



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Feit, men likevel sunn?»

«Fat, but otherwise healthy?»

Christina Asphaug

Bachelor i folkehelsearbeid med fokus på kosthold og
fysisk aktivitet

Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett, Institutt for
idrett, kosthold og naturfag

Bodil Bjørndal

31.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Siste ledd i denne 3-årige folkehelseutdanningen ved Høgskolen på Vestlandet var å skrive en bacheloroppgave innenfor temaene fysisk aktivitet og/ eller kosthold. Gjennom livet har jeg vært tett på mennesker som har slitt med overvekt og fedme, og det har ført til et ønske om å forstå, og å kunne hjelpe på en bedre måte. Målet med denne oppgaven har derfor vært å øke forståelsen for hvordan personer med overvekt selv opplever sin helse, og hva det er med overvekten som forringer helsen. Først vil jeg gjerne takke min veileder, Bodil Bjørndal, for grundige og spesifikke tilbakemeldinger og innspill. Hun har bidratt til å hjelpe meg til å se på disse utfordringene ut fra flere perspektiv. Jeg vil også rette en stor takk til alle informantene som var villige til å dele av sine erfaringer og sin kunnskap. Takk også til min mor som har lest korrektur, og kommet med innspill. Jeg velger å tro at jeg har blitt litt klokere, og forhåpentligvis en litt bedre hjelper!

Til slutt vil jeg legge ved et sitat fra filosofen Søren Kierkegaard om «sann hjelpekunst»:
«At man, når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske til et bestemt sted, først og fremst må passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst... For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham – men dog vel først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke. Vil jeg allikevel gjøre min merforståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig eller stolt, slik at jeg i grunnen, i stedet for å hjelpe ham, egentlig vil beundres av ham. Men all sann hjelp begynner med en ydmykelse; hjelperen må først ydmyke seg under den han vil hjelpe, og herved forstå at det å hjelpe, er ikke det å herske, men det å tjene, at det å hjelpe ikke er å være den mest herskesyke, men den mest tålmodige, at det å hjelpe er villighet til, inntil videre, å finne seg i å ha urett, og i ikke å forstå hva den andre forstår.»

- Fritt oversatt fra Søren Kierkegaard, 1962

Abstract

Title

“Fat, but otherwise healthy”

Purpose

The aim of this study is to provide some knowledge linking the overweight and their impacts on different dimensions of health. The main objective is to identify what people with obesity find helpful when seeking help in regards of weight reduction, and thereby provide guidelines for health workers so they can offer a more individualized health-promoting intervention.

Method

The study has a phenomenological approach. The data is presented on the basis of five qualitative interviews with participants who have previously tried to lose weight, or who during their life have struggled with obesity. The study is based on a qualitative cross-case analysis.

Results

The study’s findings show that a health-promoting approach correlates with the key concepts of “coping” and “participation”. The participants have little focus on the risks of disease, but they see disadvantages to their obesity in stigma and repeated failed attempts at dieting. A health promoting approach contains recognition, being heard and understood and being followed up over time. Health workers must be honest about the risks of obesity, although this is not a health-promoting intervention itself. Healthy life choices must be made as simple and feasible as possible for people with obesity to succeed in weight change interventions.

Keywords

Lifestyle change, weight loss, motivation, salutogenesis, health, health-promoting

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling og oppgavens hensikt	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
2.0 Teoretisk rammeverk	3
2.1 Livsstil og overvekt	3
2.2 Strategier og virkemidler for håndtering av overvekt	4
2.2.1 Fysisk aktivitet	4
2.2.2 Kosthold	5
2.2.3 Helsearbeiders møte med mennesker som søker hjelp for sin overvekt	5
2.2.4 Effekt av intervensjoner	6
2.3 Sammenheng mellom vekt og helse	6
2.3.1 Helsemessige konsekvenser av overvekt	6
2.3.2 Helsemessige konsekvenser av vektfokus og slanking	7
2.4 Hva er helse?	7
2.4.1 Salutogenese og mestring	8
2.4.2 Empowerment	9
2.5 Helsefremmende arbeid	9
2.5.1 Folkehelsepolitiske satsningsområder	9
3.0 Metode	10
3.1 Litteratursøk	10
3.2 Studiedesign og Informanter	11
3.3 Analyse	11
3.4 Metodiske utfordringer	11
4.0 Resultater	12
4.1 Presentasjon av funn	12
4.1.1 «Har prøvd alt!». Hvilke vektreduserende intervensjoner er forsøkt	12
4.1.2 «Det går utover humøret». Informantenes opplevelse av helse knyttet til sin overvekt	13
4.1.3 «Overvektige er late og dumme». Holdninger og fordommer	15
4.1.4 «Så hvis du har en pose med motivasjon, så tar jeg gjerne imot!». Hva mener informantene er hensiktsmessig intervensjon	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Hva er det med overvekt og fedme som påvirker helsen?	17
5.2 Helsefremmende intervensjoner	19
6.0 Konklusjon	21
7.0 Referanser	22
8.0 Vedlegg	25
8.1 Intervjuguide	25

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Folkehelseinstituttet rapporterer at det siden 1970-tallet har vært en stor økning i forekomsten av overvekt og fedme i den norske befolkningen, hvorav 1 av 4 middelaldrende menn og 1 av 5 kvinner nå har en vekt som klassifiseres som fedme. En høy vekt regnet i kroppsmasseindeks (KMI) er blant de 10 viktigste risikofaktorene for død, der en KMI på over 30 kg/m² er forbundet med en økt risiko for både diabetes, hjerte- og karsykdom, visse typer kreft, søvnapné og slitasjegikt i hofte og kne, ifølge Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme er i tillegg en risikofaktor for stigmatisering, psykiske plager og mistriivsel (Fhi, 2017). Årsakene til overvekt er mange og sammensatte, men skyldes i hovedsak en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, der kosthold og fysisk aktivitet er sentrale faktorer (NHI, 2018). Usunt kosthold og inaktivitet er listet opp blant det Folkehelseinstituttet betegner som «Ti store folkehelseutfordringer i Norge», basert på sykdomsanalyse blant den norske befolkning av 2018 (FHI, 2018).

Som helsearbeider synes det derfor høyst relevant og viktig å ha kunnskaper om hvordan en skal imøtegå slike helseutfordringer. Slik helsemyndighetene fremstiller det, så synes sammenhengen mellom overvekt og helse å være entydig og klar. Det som imidlertid kanskje ikke er like entydig, er hvordan overvektige selv opplever og vurderer sin helse, og hva overvektige selv opplever som problematisk med sin overvekt. Det skal ikke mange google-søk til for å få opp millioner av treff på hvordan overvekt kan bekjempes, både av forskningsbaserte intervensjoner og av sensasjonspregede metoder som lover god hjelp med overvekten. Som helsearbeider skal en benytte kunnskapsbaserte intervensjoner. Det er uenigheter i faglitteraturen om hva som er den mest hensiktsmessige tilnærmingen til overvekt og fedme, og det finnes hypoteser fra forskningspublikasjoner som hevder at slanking ikke fører til mindre sykkelighet og lavere dødelighet (se oversikt i tidsskrift for legeförening) (Samdal & Meland, 2018). Det vises blant annet til en studie kalt Look Ahead, som viser at vektreduksjon hos overvektige ikke fører til bedre hjertehelse (Davis & Goswami, 2014), og til den amerikanske bevegelsen «Health at every size», som fronter en alternativ tilnærming til overvektproblematikken (Heascommunity.com, udatert). Det er også gjort studier som hevder at en viss grad av overvekt er det som gir minst risiko for å dø for tidlig (Afzal, Tybjærg-Hansen, Jensen & Nordestgaard, 2016), mens andre studier motbeviser dette og hevder at normalvekt er det som gir lavest risiko for tidligere død (Aune, Sen, Prasad, Norat, Janszky, Tonstad, Romundstad & Vatten, 2016).

Det vil være interessant å undersøke hva overvektige selv mener om sin helse, og hva som oppleves som helsefremmende tilnærming for dem. Kan det tenkes at slanking og intervensjoner som tar sikte på å redusere overvekt, paradoksalt nok kan være helseskadelig? En kan i så fall sette spørsmålsteget ved om det er etisk forsvarlig å anbefale metoder for vektnedgang med potensielle skadevirkninger og lav suksessrate.

1.2 Problemstilling og oppgavens hensikt

Hovedmålet med denne oppgaven er å øke forståelsen for sammenhengen mellom overvekt og helse, der helse ses på i et bredere perspektiv enn som risikofaktor for sykdommer og tidligere død. Ønsket er å få kunnskap om overvektiges egen opplevelse av helse og hva de opplever som hjelpsomt, og derigjennom bidra til at helsearbeidere kan gi en mer individtilpasset helsefremmende intervensjon når mennesker søker hjelp for sin overvekt.

Oppgaven vil derfor videre ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

«Hvilke tilnærminger kan tenkes å være helsefremmende for personer som søker hjelp for sin overvekt?»

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Mennesker med overvekt er en stor og sammensatt gruppe, med ulike utfordringer. Hva som kan være helsefremmende for én person, er ikke nødvendigvis helsefremmende for en annen. I et forsøk på å avgrense et stort tema, og i håp om å kunne identifisere noen felles faktorer som kan bidra til mer helsefremmende tilnærming til mennesker med overvekt, velger jeg å skrive om voksne i alderen 26-55 år, med en overvekt på KMI-skalaen mellom $30\text{kg/m}^2 > 40\text{kg/m}^2$. Det vil videre i oppgaven ikke differensieres på grad av overvekt, da fokus vil være på overvektiges opplevelse av helse, uavhengig av antall kilo.

Oppgaven vil søke å finne svar på om det er mulig å identifisere noen faktorer som virker helsefremmende og nyttige i møte mellom helsearbeider og mennesker som oppsøker hjelp for sin overvekt. Den vil videre ikke kunne ut i en plan eller detaljert beskrivelse av en spesifikk intervensjon, men vil gjøre noen antydninger om hvilke fokus helsearbeider bør ha i

hjelpen som gis til mennesker med overvekt. Selv om helsefremmende og forebyggende intervensjoner på samfunnsnivå vil være høyst relevant for tema, vil det i denne sammenheng belyses hva helsearbeidere kan gjøre på individnivå. Begrepet helsearbeider (med fagutdanning) vil bli brukt i oppgaven om den som står i en hjelperelasjon til personer som søker hjelp for sin overvekt, og vil ikke være en betegnelse på helsearbeider fra en spesifikk hjelpeinstans. Behandling av fedme med medikamentell eller kirurgisk behandling, vil ikke bli omtalt i oppgaven.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Livsstil og overvekt

Helsetilstanden til den norske befolkningen er generelt god. Noe av det som har hatt stor betydning for bedret helse i befolkningen, er en bedring av velferden i samfunnet. Det Norge og verden ellers nå står ovenfor, er en økende forekomst av sykdommer knyttet til den livsstilen vi lever, altså hva vi spiser og drikker, og hvor fysisk aktive eller inaktive vi er. Livsstilssykdommer som diabetes, kols, kreft og hjerte- og karsykdommer preger det norske sykdomsbildet i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Usunt kosthold, overvekt og fysisk inaktivitet regnes som noen av de viktigste risikofaktorene for utviklingen av livsstilssykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a)

Det vanligste målet på kroppsvekt i forhold til helse, er kroppsmasseindeks (KMI). En KMI mellom 25-30 kg/m² regnes som overvekt, mens KMI på 30 kg/m² eller over klassifiseres som fedme (Fhi, 2017). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at 3 av 10 nordmenn er overvektig eller har fedme (SSB, 2017). I aldersgruppen «middelaldrende», opererer folkehelseinstituttet med tall som viser at 1 av 4 menn, og 1 av 5 kvinner har KMI på 30 kg/m² eller mer. Det også er funnet høyere forekomst av overvekt og fedme i lavere sosioøkonomiske grupper (Fhi, 2017).

2.2 Strategier og virkemidler for håndtering av overvekt

Basert på kunnskapsoppsummering, har helsedirektoratet utarbeidet nasjonale retningslinjer for hvordan overvekt og fedme skal håndteres på faglig forsvarlig måte i primærhelsetjenesten. Retningslinjene gir føringer for både forebyggingsstrategier, og for hvordan overvekt og fedme skal utredes og behandles (Helsedirektoratet, 2011).

Selv om mange av behandlingsrådene er myntet på fastleger, så vil mange av anbefalingene kunne overføres til også andre helsearbeidere i møte med hjelpesøkende mennesker med overvekt. De nasjonale retningslinjene omhandler blant annet konkrete råd om fysisk aktivitet, kostvaner, og forutsetninger for å få til livsstilsendring. Det understrekes at intervensjon til overvektige må individualiseres, men uansett må bestå av et opplegg som inkluderer fysisk aktivitet, endring av kostvaner, i tillegg til en atferdspsykologisk tilnærming. Den enkeltes vekthistorie må legges til grunn for hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig. I retningslinjene beskrives vektreduksjon som et behandlingsmål, men ikke nødvendigvis et mål om en KMI innenfor normalvekt, da selv et vekttap på 5-10% vil kunne gi store helsegevinster (Helsedirektoratet, 2011, s.35-39).

2.2.1 Fysisk aktivitet

Helsedirektoratet ber helsearbeidere om å motivere overvektige til økt fysisk aktivitet, da dette regnes som den viktigste faktor for å redusere vektrelatert sykkelighet og dødelighet (Helsedirektoratet, 2011, s.43). Målet er å øke hverdagsaktiviteten, og å bistå overvektige til å finne lystbetonte aktiviteter, som opprettholdes over tid. Fysisk aktivitet vil i tillegg til å være direkte sykdomsforebyggende, i løpet av kort tid kunne gi økt opplevelse av mestring og reduksjon av både fysiske og psykiske plager. Slike helsegevinster vil virke motiverende og selvforsterkende (Helsedirektoratet, 2011, s.41). Helt konkret anbefales minimum en halvtimes daglig moderat fysisk aktivitet som nødvendig for å bedre helsen, mens en times aktivitet med moderat til høy intensivitet må til for å påvirke vekten (Helsedirektoratet, 2011, s.24 & s.44-45)

2.2.2 Kosthold

En reduksjon i energiinntak er nødvendig for å få til en vektreduksjon. Det anbefales et individuelt tilpasset kosthold med en energireduksjon på 500-1000 kcal/ døgn for å oppnå vektreduksjon på et halvt til ett kilo pr uke. (Helsedirektoratet, 2011, s.39) Det er mange dietter og mange meninger om hvilken kostsammensetning som er mest gunstig for vektreduksjon. Den dietten som imidlertid sies å være den beste, er den som kan holdes ut med over tid, og at den etableres som en vane, ifølge retningslinjene. I tillegg anbefales noen basisfaktorer i kosten som: faste måltider, «fem om dagen» (av frukt og grønnsaker), søtsaker begrenset til en gang i uken, rene kjøttprodukt/ fugl/ fisk, lettere meieriprodukter, grove kornvarer, begrenset mengde umettet fett, og ikke minst vann som tørstedrikk. (Helsedirektoratet, 2011, s.45 ff)

2.2.3 Helsearbeiders møte med mennesker som søker hjelp for sin overvekt

De nasjonale retningslinjene omtaler i stor grad også forutsetninger for å få til endringsprosesser hos mennesker med overvekt og fedme. Blant annet hevdes det at helsearbeider først og fremst selv må ha tro på og tillit til at den overvektige kan få til en endring. Den enkeltes vekthistorie må legges til grunn for videre oppfølging, da tilnæringsmåte vil avhenge av om vektproblemer eksempelvis skyldes genetiske faktorer, livsstil, sykdom eller medikamenter (Helsedirektoratet, 2011, s.33-35). En grunnleggende respekt, forståelse og anerkjennelse fra helsearbeider er en forutsetning for å kunne hjelpe mennesker med overvekt (Helsedirektoratet, 2011, s.40). Helsearbeider må kunne forstå hva som hindrer den hjelpesøkende i å være fysisk aktiv og/ gir økt spisetrang, og hva som kan være den bakenforliggende årsaken til vektproblemene. Helsearbeider rådes også til å kartlegge livssituasjon og ta hensyn til livshendelser som kan påvirke muligheter for å få til vektreduksjon og endringsprosesser. Indre motivasjon hos den overvektige er en essensiell faktor for å kunne lykkes med endringsprosesser. Helsearbeider rådes til å anerkjenne den innsatsen som kreves for å gå ned i vekt, samt signalisere håp og muligheter for å styrke mestringstro hos den overvektige (Helsedirektoratet, 2011, s.53).

2.2.4 Effekt av intervensjoner

Mye av forskningen rundt overvekt og fedme er kvantitativ, epidemiologisk forskning, som eksempelvis tverrsnitt- eller befolkningsundersøkelser. Ved litteratursøk finnes det også en del intervensjonsstudier rundt tema om overvekt og fedme, men få studier viser varig effekt av intervensjoner. Intervensjoner som består av kostanbefalinger, oppfølgingsmøter og råd om fysisk aktivitet kan være prediktorer for vektendring, ifølge en metastudie av Dansinger, Athina & Wong (2007). Dansinger et. al skriver at vektreduserende intervensjoner gir minimale vekttap, og vedvarer ikke over tid. De konkluderer også med at det i fremtidige studier bør fokuseres på hvilke faktorer som faktisk resulterer i vekttap, samt å minimere tilfellene hvor personer ikke blir fulgt opp. Det er også foretatt en metastudie på hva som gjør at personer klarer å opprettholde vekttap, hvor det konkluderes med at atferdsintervensjoner som inkluderer både kosthold og fysisk aktivitet har en betydelig fordel på vedlikehold av vekttap (Dombrowski, Knittle, Avenell, Araújo-Roares & Sniehotta, 2014). I studier om intervensjoner for livsstilsendring har det blitt funnet evidens for at personens motivasjon og følelse av mestring spiller en viktig rolle for å lykkes (Prescott & Børtveit, 2004). Wigton & McGaghie (2001) sier i sin studie at overvekt og livsstilsendring er et omfattende tema, hvor de også skriver at overvektige føler seg stigmatisert i møte med helsepersonell.

2.3 Sammenheng mellom vekt og helse

2.3.1 Helsemessige konsekvenser av overvekt

Overvekt og fedme fører til økt dødelighet sammenlignet med normalvekt, og er en stor risikofaktor for en rekke sykdommer, og for redusert trivsel og livskvalitet, ifølge kunnskapsoppsummering fra Helsedirektoratet (2011). Sykdommer som hjerte-karlidelser, diabetes 2, kreft, muskel- og skjelettlidelser med flere, kan ramme overvektige, og spesielt når KMI ligger på 30 og over. Risikoen øker med stigende grad av fedme. Fysisk inaktivitet er den viktigste årsaken til økt sykkelighet og dødelighet, og ikke vekten i seg selv (gjelder KMI opp til 35). Kostens sammensetning har i tillegg direkte effekt på blant annet blodlipider og blodtrykk, som igjen har betydning for risikoutvikling av kroniske sykdommer og tidligere død (Helsedirektoratet, 2011, s.14).

Overvekt og fedme assosieres med en rekke psykiske lidelser, blant annet angst og depresjon, men hva som er årsaken til denne sammenhengen er ikke entydig (Avila, Holloway, Hahn,

Morrison, Restivo, Anglin & Taylor, 2015). Det er også funnet sammenheng mellom vektstigma og psykososiale vansker (Papadopulos & Brennan, 2015).

2.3.2 Helsemessige konsekvenser av vektfokus og slanking

Å klassifisere alle personer med KMI >25 som overvektige uavhengig av fysisk form og sykdomsstatus, kan gi uønskede konsekvenser og stigma. I Norge vil en slik KMI gjelde halvparten av den norske befolkning, ifølge Helsedirektoratet. Et anstrengt forhold til mat og kropp, kan føre til spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet oppfordrer til strategier i kampen mot overvekt og fedme, som gir balanse mellom positive og negative effekter på folkehelsen (Helsedirektoratet, 2011, s.15).

I Tidsskriftet for den norske legeforening drøftes det om vektfokus kan være helseskadelig. Forfatterne i artikkelen «Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?», viser til kunnskapsoppsummeringer som bekrefter at overvektige opplever en rekke stigmaer, både i helsevesen, medier, skole- og arbeidsliv, samt i sosiale relasjoner. Det hevdes at det er en vanlig oppfatning at mennesker med overvekt og fedme har skyld i sin egen situasjon, og at de tar helseressurser fra andre med mer «plettfriandel». Det vises videre til at spesielt ungdom er misfornøyd med egen kropp, og at kroppsmisnøye korreleres med redusert selvvurdert helse. I artikkelen vises det dessuten til studier der sammenhengen mellom overvekt og redusert helse ikke er entydig og klar (Samdal & Meland, 2014). De samme forfatterne skriver i artikkelen «Helse uansett størrelse» (2018), at slanking ikke fører til mindre sykkelighet og lavere dødelighet, og at slike forsøk på å oppnå god helse er fånyttede strategi. Slanking setter ned forbrenningen, og det medfører en endring i produksjon av hormoner knyttet til sult- og metthetsfølelse, som igjen stimulerer til vekttoppgang på sikt. Forfatterne hevder at mislykkede forsøk på slanking fører til overdrevet fokus på mat og vekt, dårlig selvbilde og kroppsmisnøye (Samdal & Meland, 2018).

2.4 Hva er helse?

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «En tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte». Definisjonen har blitt kritisert fordi den gjør at alle mennesker har uhelse (Braut, 2018). I Tidsskriftet Den Norske Legeforening kan vi lese om Fugelli og Ingstad sin studie av folks oppfatning av

helsebegrepet. De viktigste meningsbærende elementene i respondentenes helsedefinisjon var blant annet trivsel, funksjon, mestring, energi og humør (Fugelli & Ingstad, 2001).

Fugelli og Ingstad skriver videre at det folkelige perspektivet på helse har tre kjennetegn; Helhet, pragmatisme og individualisme. Det betyr at helse både er et holistisk, et relativt og et personlig fenomen, og at det er vevd inn i alle deler av livet og samfunnet. Helse bestemmes i forhold til hva mennesker forventer ut fra alder, sosial situasjon og sykdomsbyrde. Veien til helse blir derfor ulik fra individ til individ (Fugelli & Ingstad, 2001).

2.4.1 Salutogenese og mestring

Salutogenese er en teori som sier noe om hva som fremmer god helse og som gir individer økt mestring og velvære (Antonovsky, 2012). Denne typen tankegang ble introdusert på slutten av 1970-tallet av den medisinske sosiologen Aron Antonovsky, og midt på 90-tallet ble det tydelig at Salutogenese kom til å danne et solid teoretisk rammeverk for helsefremmende arbeid (Lindström og Eriksson, 2015).

Antonovsky innførte et begrep kalt stressorer. Stressorer kan eksempelvis være dårlige livsforhold eller sykdom, som skaper spenninger som må hankses med. Klarer man ikke hankses med stressorene kan man oppleve at man har dårlig helse, og vice versa oppleve god helse om man takler stressorene. Salutogenese handler om å finne faktorer som er assosiert med mestring, som kan fungere som boostere for å hankses med stressorene. Antonovsky var opptatt av hvilke betingelser, faktorer og ressurser som er viktig for å utvikle god helse (Antonovsky, 2012).

I følge Antonovsky beveger man seg hele tiden i et kontinuum mellom helse og uhelse. Man beveger seg altså hele tiden mellom den subjektive opplevelsen av helse og den subjektive opplevelsen av uhelse. Antonovsky mente at «sense of coherence» (SOC), opplevelse av sammenheng (OAS) er avgjørende for at mennesker bevarer sin plass på kontinuumet, og beveger seg mot god helse (Antonovsky, 2012).

Antonovsky introduserte også et begrep kalt «generelle motstandsressurser» (Antonovsky, 2012). Langeland (2011) omtaler begrepet som «mestringsressurser», og definerer det til å være det som er med å fremme menneskers evne til å takle krevende situasjoner. Har man en

opplevelse av å ha gode mestringsressurser, vil man ha sterkere SOC og sannsynligvis en opplevelse av bedre helse.

2.4.2 Empowerment

I Ottawa-charteret i 1986, ble begrepet «empowerment» definert som en prosess som setter mennesker i stand til å øke kontroll over sin egen helsetilstand, samt å forbedre egen helse (WHO, 1986). Begrepet har blitt forsøkt oversatt til norsk med ord som eksempelvis «myndiggjøring» (Malterud & Walseth, 2004), og har i de senere tid fått stor oppmerksomhet innenfor helsefagene. Det handler om å gi makt eller autoritet til mennesker, for å bidra til å motvirke hjelpeløshet. Empowerment-tankegangen ønsker å fremme menneskers motivasjon, muligheter og egne ressurser (Stand, 2003).

2.5 Helsefremmende arbeid

Utviklingen av det helsefremmende arbeidet var et resultat av et behov for å distansere det helsefremmende arbeidet fra den medisinske diskursen som tidligere dominerte sykdoms- og helsearbeidet. Verdens helseorganisasjon har hatt en sentral rolle i dette arbeidet. WHO definerer det helsefremmende arbeidet som en prosess som gjør mennesker i stand til å ta kontroll over, og forbedre sin helse (WHO, 2016). En av hensiktene med satsningen på det helsefremmende arbeidet er å forskyve innsatsen i helsevesenet, slik at en større del av ressursene brukes på helsefremmende og forebyggende arbeid. En slik reorientering ble fremhevet allerede i Ottawa Charteret i 1986, men er like aktuelt i dag. I dag satses det mye på å fremme en helsevennlig livsstil og helsevennlige miljø (WHO, 2016). Det skal i større grad rettes oppmerksomhet mot en mer holistisk tilnærming, der livskvalitet, mestring og menneskers ressurser står i fokus (Haugen og Rannestad, 2014).

2.5.1 Folkehelsepolitiske satsningsområder

I de siste årene er det kommet flere stortingsmeldinger som har lagt føringer for folkehelsearbeidet i Norge, der det har vært en økt satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I meldingene satses det på noen nasjonale mål for folkehelsepolitikken, blant annet at befolkningen skal ha flere leveår med trivsel, god helse og

mindre sosiale helseforskjeller. Regjeringen ønsker å legge til rette for at befolkningen skal ta sunne helsevalg, samt å skape et samfunn som gjør de sunne helsevalgene lettere og mer tilgjengelig for folk. Regjeringen trekker frem kosthold og fysisk aktivitet som nøkkelfaktorer i dette satsningsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a)(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

3.0 Metode

Å utvide forståelse av fenomener som er koblet til mennesker og situasjoner i deres sosiale virkelighet, er det overordnede målet med kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning forsøker å få en dypere innsikt i hvordan personer forholder seg til sin livssituasjon (Dalen, 2011). Kvalitative intervjuer er godt egnet til å skaffe innsikt i respondentens egne tanker, erfaringer og følelser (Dalen, 2011). Et krav til utvalget av respondenter, er at de selv har erfaringer med det forskningen skal ha fokus på (Postholm, 2010).

3.1 Litteratursøk

Ulike kilder har blitt benyttet til det teoretiske rammeverket i oppgaven, -i hovedsak sentrale dokument fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, med referanser til forskningsartikler og andre publikasjoner derfra. Videre har veileder ved høyskolen gitt anbefalinger om forskningsartikler og metastudier om tema. Søk etter kilder og litteratur er for øvrig gjort på internett via Google, Oria eller andre databaser gjennom høyskolens elektroniske bibliotek, der noen av søkeordene som følger har blitt brukt: «overvekt», «fedme», «helse», «intervensjoner overvekt», «helsefremmende intervensjon overvekt og fedme», «sammenheng overvekt og helse», «effekt intervensjon overvekt», «salutogenese livsstilsendring», + tilsvarende engelske søkeord. Det har vært en stor utfordring å få spesifikke treff på aktuelle kilder til det teoretiske rammeverket, da det finnes massive mengder litteratur om tema «overvekt og helse». Spesifiseringen av søkeordene har muligens vært noe svakt i denne sammenheng. Metastudier og oversiktsartikler som er referert til, vil imidlertid motvirke noe av et mangelfullt søk i databaser for forskningsartikler.

3.2 Studiedesign og Informanter

Opgavens tema og innfallsvinkel har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming. For å belyse og få innblikk i overvektiges opplevelse av helse, er det derfor i hovedsak valgt en kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming, i form av dybdeintervju og semistrukturerte intervju. Denne type intervju synes å være best egnet til å få innsikt i respondenters subjektive tanker og erfaringer rundt tema, og gir respondenter mulighet til å komme med utdypende svar underveis ut fra den enkeltes perspektiv.

Det ble gjort et strategisk utvalg av personer som har prøvd å gå ned i vekt, eller i løpet av livet har slitt med overvekt. Informantene ble valgt blant annet via felles bekjente, eller på bakgrunn av åpenhet i sosiale medier. Det har blitt gjennomført dybdeintervju av fem personer av begge kjønn, som har overvekt eller fedme.

Det ble innhentet tillatelse fra NSD (Norsk Senter for Forskningsdata). Spørsmålene i intervjuene har ikke hatt til hensikt å måle effekt av ulike intervensjoner, men har forsøkt å få svar på hvordan informantene vurderer sin helse, og hvordan de ønsker å bli møtt når de søker hjelp for sin overvekt.

3.3 Analyse

I analysen av de kvalitative dataene, er det valgt å bruke en såkalt cross-case analyse (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2010). Funnene er forsøkt sortert og systematisert etter tema og ut fra forskningsspørsmålene i intervjuguiden. Det første tema handler om hvilke intervensjoner de tidligere har forsøkt for å gå ned i vekt, hvor det også er spurt hva som eventuelt tidligere har fungert for dem. Det andre tema er hvordan de forstår og opplever helsebegrepet, og hva som regnes som god helse for den enkelte respondent. Det er videre spurt om hvorvidt samfunnets holdninger påvirker deres helseopplevelse. Det siste tema handler om hvordan de ønsker å bli møtt av helsepersonell og hjulpet med sitt vektproblem.

3.4 Metodiske utfordringer

Utvalget er begrenset, og ideelt skulle det vært et større antall informanter. Valget om antall informanter og hvor disse ble rekruttert fra, har hovedsakelig sin årsak i etiske overveielser. Innledningsvis ble det vurdert om informanter kunne rekrutteres fra legekantor eller fra Frisklivs- og mestringscenter. Informanter herfra ville måttet godkjenne og være villig til å bli identifisert av undertegnede, og til å gi fortrolige opplysninger til en fremmed. Dette kan

tenkes å være en tilleggsbelastning når de søker hjelp for sin overvekt. og jeg ville ikke kunnet være i posisjon til å følge opp informantene i ettertid av intervjuene.

Når det gjelder vurdering av validitet og reliabilitet av funnene fra intervjuene, så vil et såpass lite utvalg informanter begrense muligheten for å konkludere og generalisere. Ettersom hovedmålet er å få en dypere forståelse av hvordan enkeltpersoner opplever sin egen helse, vil funnene uansett kunne si noe om de aktuelle informantene sin opplevelse, deres preferanser og ønsker. Eventuelle likelydende svar fra informantene, vil muligens kunne øke kunnskap og forståelse for hvordan mennesker med overvekt ønsker å bli hjulpet og møtt av helsearbeidere.

Som ved all kvalitativ forskning, gir svar fra intervjuene stort rom for fortolkning. Det ble ikke benyttet båndopptaker under intervjuene, men det ble notert ned svar og noen direkte sitat fra informantene underveis i intervjuene. Som intervjuer, er det lett å være forutinntatt og styrende i spørsmålene, for å få svar «som passer». På grunn av kjennskap til informantene fra før, kan det ha vært fare for at objektiviteten og åpenheten i spørsmålene kan ha blitt påvirket. For å styrke reliabiliteten i analysen av funnene, har en helsesykepleier blitt involvert i en gjennomgang av nedskrevne notater fra intervjuene, og har kommet med innspill til analyse.

4.0 Resultater

Respondentene blir heretter referert til som Kari, Per, Janne, Lisa og Espen. Høyeste fullførte utdanningsgrad i utvalget varierer fra fagskole til høyere utdanning.

4.1 Presentasjon av funn

4.1.1 «Har prøvd alt!». Hvilke vektreduserende intervensjoner er forsøkt

Det første spørsmålet informantene ble stilt, var hvilke intervensjoner de tidligere har prøvd for å gå ned i vekt. Etter litt betenkningstid fortalte de åpent om forskjellige dietter og metoder de hadde prøvd. Alle respondentene kunne rapportere om flere og gjentatte forsøk og metoder for å gå ned i vekt, blant annet Grethe Roede-kurs og pulverdietter. Videre fortalte alle fem informantene at de hadde prøvd å telle kalorier ved bruk av hjelpemidler, som eksempelvis applikasjonen «Lifesum». Tre av informantene hadde prøvd legemidler som Reductil- eller Allitabletter. Alle respondentene fortalte dessuten at de hadde prøvd å slanke

seg ved å generelt spise mindre og bevege seg mer. Alle fem hadde brukt internett som hjelpemiddel og kilde til å hente informasjon. Av steder de hadde søkt hjelp, hadde tre respondenter snakket med fastlegen om sitt vektproblem, og tre hadde oppsøkt treningssenter for veiledning hos treningssenteransatte.

Av intervensjoner som av informantene ble opplevd som nyttige og virksomme, rapporterte samtlige om vektreduksjon så lenge intervensjonen pågikk. Per beskrev eksplisitt at applikasjonen «Lifesum» var den metoden som han hadde lykkes best med, da han fikk god monitorering av energiinntak og forbruk gjennom appen. Samtlige svarte imidlertid at de ikke hadde klart å opprettholde vektreduksjonen over tid, og samtlige informanter har i dag vedvarende overvekt og fedme.

4.1.2 «Det går utover humøret». Informantenes opplevelse av helse knyttet til sin overvekt

Hvordan helse defineres, og hva som oppleves som god helse er sentrale spørsmål i oppgaven. Informantene ble derfor spurt om hva god helse innebærer for dem, og hvordan helsen blir påvirket av deres overvekt.

Espen sitt svar var at for han betyr god helse det å kunne være aktiv, sosial og å yte i arbeidslivet. For Janne handlet det om å ha det bra både fysisk og psykisk, hvor mestring og trivsel er nøkkelord. God helse for Lisa ble forklart som å ha energi til å takle hverdagens krav, og ha overskudd til å trene, være sosial eller drive med fritidsaktiviteter, samt fravær av alvorlig sykdom. Også den mentale helsen er viktig, der god selvfølelse, tilfredshet og mestring er essensielle faktorer for god helse, ble det presisert av Lisa. Per svarte, at «for å ha god helse må kroppen være sykdoms- og smertefri», og han forklarte videre, at «det gjør noe med det mentale dersom kroppen ikke er det». Per snakket om hvordan hans overvekt påvirker helsen hans, og mente at overvekten i seg selv ikke setter fysiske begrensninger på livet hans nå. Han uttalte at han likevel ikke er komfortabel med vekten sin. «Det påvirker humøret, når man ikke er tilfreds med kropp og vekt», tilføyde han i sitt svar. Som eksempel på hvordan overvekten har påvirket humøret, fortalte han om tidligere kjøp av motorsykkel og dyre motorsykkelklær, som ikke lenger passer han, og som han beskrev som sårt. For Kari betyr god helse å mestre dagligdagse gjøremål, samt å kunne gjøre det en har lyst til uten at vekten setter begrensninger, som eksempelvis «å kunne gå i vanlige klesbutikker og finne klær som passer». Kari sin utdyping av svaret var, at «det er jo også det å ikke ha det vondt.

De dagene jeg har det veldig vondt, da føler jeg ikke at jeg har god helse. Og vondt det kan jo være så mye. -Både psykisk og fysisk».

På spørsmål om hvordan respondentene ville rangere og vurdere sin egen helse, svarte Kari at hun føler at kroppen er frisk, men at den psykiske helsen er verre enn den fysiske. Hennes utdyping av svaret lød som følger; «Vekten hindrer meg i å bevege meg, både på sosial måte, og på fysisk og psykisk måte» og «det er pinlig å vise hvor dårlig form jeg er i». Hun snakket videre om at det er høy terskel for å komme seg ut og i bevegelse, og at de hele blir en vond sirkel, da hun stadig blir i dårligere form når hun ikke kommer seg i aktivitet.

Alle respondentene vurderte sin egen helse som god, og opplever ikke at vekten deres hindrer dem stort fysisk. Samtlige av respondentene svarte imidlertid at de ikke er fornøyd med egen kropp og vekt. Janne sa at utilfredsheten med egen kropp fører til dårlig humør og misnøye. Vektøkning hos henne henger ofte sammen med en følelse av å ikke mestre hverdagen, og vice versa, og hun fortalte at det resulterer i at hun føler seg ekkel og lite verdt.

På spørsmål om mulige helsegevinster med en vektreduksjon, svarte Per at han ikke forventer bedring i sin fysiske helse, bortsett fra at det kan bli noe lettere å utøve fysisk aktivitet. Han har heller ikke merket noen bedring fysisk ved tidligere vekttap. Han tenker likevel at den mentale biten vil føles «vesentlig bedre», og at han blir mye lettere og lysere til sinns ved vekttap. Verken Janne eller Lisa forventer bedring i sin fysiske helse etter vektnedgang, men forventer en bedring på det mentale planet. Janne fortalte at hun tidligere spiste mye usunn mat og var inaktiv, men at hun endret vaner og gikk ned i vekt som følge av det. Da gikk hun fra å være deprimert til å få det bra både psykisk og fysisk. Kari sin forventning ved vektreduksjon, er at helsen vil bedre seg både fysisk og psykisk, og ikke minst sosialt. Dette understøttes av følgende sitat fra Kari: «hvis jeg klarer å gå ned i vekt, vil jeg føle at jeg ser annerledes på meg selv. Og andre vil kanskje se annerledes på meg». Hun tror at selvfølelsen ville blitt bedre, og at hun ikke lenger ville blitt så selvfokusert i det sosiale livet. «Det å mestre betyr egentlig alt; -det å klare det en har satt seg fore», ifølge Kari. Lisas overvekt påvirker i hovedsak selvbildet. Hun har en utdanning innenfor helsefag, og fortalte at hun føler på skam over selv å være overvektig, når personer kommer til henne for å få hjelp med tilsvarende problem.

4.1.3 «Overvektige er late og dumme». Holdninger og fordommer

Lisa snakket i intervjuet om at samfunnets holdninger til overvekt har hatt stor innflytelse på henne. Hennes opplevelse er «å bli pepret av idealkroppen i sosiale medier hver dag», og hun føler seg ikke god nok når hun ikke passer inn i idealet. Hun føler at samfunnet har negative holdninger til overvektige, og som tillegges egenskaper som late, svake, dumme og uten viljestyrke. I perioder med vektoppgang, har hun skammet seg og vært redd for å vise seg offentlig. Lisa har tidligere jobbet i treningssenterbransjen, og opplevde der at det var mye fordommer mot overvekt. Hun fortalte at hun følte at folk ikke trodde på at hun kunne jobben sin, og at hennes kompetanse ble underkjent.

Både Janne og Kari snakket om retusjerte bilder av modeller på sosiale medier, filmer og tv som en kilde til å ikke føle seg god nok. Kari sin utdyping av dette, var at man i media stadig blir eksponert for hvordan man bør se ut; «For eksempel i filmer, så er alltid den tjukke filmkarakteren den personen med dårlige personkarakteristikk, og som blir presentert som dum eller lat». Kari sin oppfatning er at det generelt er et stort stigma mot overvektige, og at hun blir konfrontert med vekten overalt hvor hun går, alt fra på butikken til i helsevesenet. «Man føler generelt at det er holdninger. Og det påvirker den psykiske helsen. Veldig!», ifølge Kari.

Informantene ble videre spurt om hvordan deres opplevelse var, da de søkte hjelp for sin overvekt. Janne fortalte at hun en periode gikk fast til personlig trener, hvor hun følte treneren hadde fordommer mot henne. Da hun søkte hjelp hos treneren fikk hun beskjed om at hun «var veldig stor og at det måtte gjøres noe med». Hun følte den personlige treneren så ned på henne, og oppfattet henne som lat og som et svakt menneske. Espen fortalte at han var redd for å bli dømt og satt i bås da han oppsøkte hjelp for sin overvekt. Da Lisa søkte hjelp hos fastlege for andre helseproblem, følte hun at problemet ble avskrevet som en konsekvens av sin overvekt, og at hun ikke ble tatt seriøst. Kari snakket om at hun alltid har følt på skam over sin overvekt. På lik linje med Janne og Lisa, fortalte Kari om opplevelser av å ikke bli tatt seriøst da hun oppsøkte hjelp. Samtlige hadde opplevelser av hjelpere og helsearbeidere med fordommer, og en opplevelse av å bli sett på som late og svake mennesker. Kari fortalte at da hun deltok på Grethe Roede-kurs, følte hun at hele sin identitet og sin utdanning ble underkjent. Hun følte det ble presentert lettvinte løsninger til henne, og at kurslederen hadde en underforstått «Jeg har skjont det, du har ikke skjont det. Jeg skal fortelle deg hvordan det skal gjøres, så må du bare gjøre det»-holdning. Da Per søkte hjelp hos sin fastlege, opplevde

han at legen ikke var oppriktig interessert i å finne ut hvor problemet lå, men heller interessert i å skrive ut resept og bli ferdig med pasienten. Han har også opplevd at andre helseplager har blitt avskrevet på grunn av hans overvekt.

4.1.4 «Så hvis du har en pose med motivasjon, så tar jeg gjerne imot!». Hva mener informantene er hensiktsmessig intervensjon

På spørsmål om hva som har vært til hjelp for informantene ved tidligere forsøk på vektreduksjon, var svaret fra Kari at det viktige var å få formidlet håp om at endring var mulig. Videre formidlet hun at det var og er essensielt for henne å få hjelp med motivasjonen og tiltro til egen mestring. Likeså er det viktig for henne å bli tatt seriøst og ikke bli devaluert, men heller bli anerkjent for sine sterke sider. I svaret sitt la Kari vekt på å få forklart seg og bli møtt på det som er vanskelig for akkurat henne, noe som understøttes av hennes sitat: «Når jeg søker hjelp, ønsker jeg at du skal være genuint interessert i min historie, ikke sette meg i bås». For Espen har det også vært essensielt å finne motivasjon for å lykkes med vektnedgang. Både for Lisa og Janne har det tidligere hjulpet å skifte fokus fra vektnedgang til ernæring og helse. Begge trakk frem at det har hjulpet å finne en treningsform de trives med, og hvor det motiveres å få resultater i treningsaktiviteten.

Per har tidligere blant annet drevet med kaloritelling og deltatt på Grethe Roede-kurs. På spørsmål om foretrukken intervensjon, svarte han at han allerede har kunnskap om hva som skal til for å lykkes med vektreduksjon, men at det er motivasjon som mangler. «Så hvis du har en pose med motivasjon, så tar jeg gjerne imot!», foreslo han spøkefullt. I utdyping av svaret sitt, mente han at han har god kontroll på hva en kalori tilsvarer, og hvor mange kalorier for eksempel en brødskeive inneholder. «Det sitter langt inne å starte opp igjen med et strengt kostholds-regime med kaloritelling», repliserte han. Per synes slanking tar lang tid, og vil helst ha resultatene fort, og han kommenterte videre i humoristisk tone; «Jeg startet på en fire-ukers slankekur. -Ble ferdig på 3 timer». Janne tror at en ukentlig avtale med psykolog hadde hjulpet henne til å lykkes med vektreduksjon, og begrunnet dette med man må jobbe med eget selvbilde for å lykkes med vektnedgang og livsstilsendring. Hun synes det er lettere å snakke om slikt med folk hun ikke kjenner, men som likevel viser forståelse for problemene. Lisa svarte at hun trenger overskudd for å mestre og lykkes med vektreduksjon, men hun er usikker på hva som kommer først av mestring eller overskudd (høna eller egget). Motivasjon og håp om at endring er mulig, ble fremhevet som nøkkelfaktorer fra samtlige respondenter. Likeså ble det fremhevet av samtlige respondenter ønsket om å bli tatt på alvor,

og at helsepersonell kan vise oppriktig interesse for deres unike historie, og de bakenforliggende årsakene til deres situasjon. «Jeg vil bli tatt imot med åpne armer, og at de faktisk gjør det de kan gjøre, uten å bli dømt etter utseende og vekt» var Espen sitt svar. Kari hadde et likelydende svar: «Jeg ønsker å møte mennesker som forstår, og som ikke er utseendefokusert eller har fordommer mot overvektige. -Heller ikke en som proklamerer og hevder å ha hele sannheten, men en som har forståelse for at overvektige ikke er en homogen gruppe». Hun tror at det er viktig at hjelpepersonell tåler ambivalensen til den som søker hjelp. «Når man søker hjelp, er man ikke nødvendigvis toppmotivert til å gjøre det som skal til, og det er viktig å være forberedt på dette», ble det utdypet i hennes svar. Per fortalte at han tidligere var blitt henvist til overvektsklinikk, hvor han opplevde å få presentert slankeoperasjon som løsning på hans problem. Han ble også henvist videre til et opphold på rehabiliteringssenter, men at det tok et helt år fra han søkte hjelp, til han fikk innvilget oppholdet.

5.0 Diskusjon

Hva som kan være helsefremmende i tilnærmingen til mennesker som søker hjelp for sin overvekt og fedme, er et stort og omfattende tema, som avhenger blant annet av hvordan man definerer helse. I det følgende vil resultater fra intervjuene forsøkes drøftes opp mot teoretisk rammeverk og metodisk tilnærming.

5.1 Hva er det med overvekt og fedme som påvirker helsen?

Teorien er klar på at fedme er en stor risikofaktor for alvorlig sykdom og for tidlig død (Helsedirektoratet, 2011). Til tross for dette, finner man i de kvalitative intervjuene som presentert over, at informantene har lite fokus på sykdomsrisiko og død. Noe av grunnen til dette kan være at ingen av informantene opplevde å ha fysiske symptom av sin overvekt, og dermed kunne tenkes å ha vansker med å forholde seg til fremtidig sykdomsrisiko. Samtlige av informantene snakket imidlertid om hvordan overvekt påvirket deres psykiske helse og det sosiale livet deres. I studier finner man sammenhenger mellom overvekt og psykiske vansker/lidelser (Avila et al., 2015). Årsaken til denne sammenhengen synes imidlertid ikke å være entydig. Det største fokuset i samtalene med informantene dreide seg om deres opplevelse av stigma og negative holdninger fra samfunnet, og det kan tenkes at dette kan være noe av årsaken til at overvekt påvirker den psykiske helsen. Det finnes studier som bekrefter denne

hypotesen (Papadopoulos et al, 2015). Avila et al. (2015) diskuterer imidlertid om det er de samme mekanismene som kan gi psykiske vansker/ lidelser, og det som gjør at mennesker blir overvektige, og knytter denne hypotesen blant annet til et dysfunksjonelt belønningssystem i hjernen. Informanten med pseudonymet «Janne», hevdet at vektoppgang for henne hang sammen med kroppsmisnøye og manglende mestringsfølelse, og vice versa. Dette utsagnet kan forstås som at vektoppgang både er årsaken til og konsekvensen av psykiske utfordringer. Ingen av informantene hadde forventninger om bedring av fysisk helse, bortsett fra en antagelse om at bevegelighet og fysisk aktivitet kom til å bli lettere. Alle hadde imidlertid forventning om bedre humør og en bedret psykososial helse ved vektreduksjon.

I kjølvannet av dette kan det være naturlig å drøfte helsebegrepet. Respondentene fra intervjuene hadde alle sin forståelse og mening om hva helse innebar for dem. Svarene dreide seg i hovedsak om å kunne delta i fritids- og arbeidsliv, kunne mestre, i tillegg til å ha fravær av sykdom og smerter. WHO sin helsedefinisjon som noe «fullstendig» (Braut, 2018), stemmer lite med respondentenes oppfatning av helsebegrepet. I Fugelli og Ingstad (2001) sin studie, er trivsel, funksjon, energi og humør sentrale elementer av folks oppfatning av helsebegrepet. Det kommer videre frem i studien, at helse både er individuelt fenomen, helhetlig og det er pragmatisk (Fugelli og Ingstad, 2001). Denne forståelsen av helsebegrepet er sammenfattende med hva respondentene i denne oppgaven svarer. Deres pragmatiske perspektiv handler om å kunne delta og fungere sosialt og i arbeidsliv, og kunne håndtere hverdagens krav, uavhengig av deres overvekt. Respondentene i denne oppgaven fortalte om mange og gjentagende forsøk på å nå en normalvekt, og forbli der. Alle fem har likevel en vedvarende overvekt og fedme i dag. De psykiske og sosiale konsekvensene de opplever med sin overvekt, kan tenkes å ha sammenheng med at overvekt er en stressor, som kan føles vanskelig å håndtere. God helse betinges ifølge Antonovsky om mennesket takler stressorer, og om man har mestringsressurser til å håndtere disse stressorene.

Den metodiske tilnærmingen til dette tema kan være noe svakt. Intervjuers kjennskap til informantene kan ha vært styrende for hvor stor plass de forskjellige spørsmål og svar har fått. Samtidig er det en fellesnevner fra alle respondentene at redusert opplevelse av psykososial helse knyttet til sin overvekt henger sammen med manglende mestring, og med stigma fra samfunnet. Utvalget i denne sammenheng har alle utdanning og er yrkesaktive, og må likevel hevdes å mestre mange av hverdagens og samfunnets krav. Det må tas høyde for at et annet utvalg fra andre sosioøkonomiske grupper, kan oppleve større og andre helseproblemer knyttet til sin overvekt.

5.2 Helsefremmende intervensjoner

Helsefremmende arbeid handler blant annet om å gjøre mennesker i stand til å ta kontroll over og forbedre sin helse, der ord som «empowerment» sier noe om anbefalt innfallsvinkel til helse (WHO, 2016). Som en konsekvens av dette, er det i stortingsmeldinger lagt føringer for økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid, der målet er å gjøre det lettere for at mennesker skal kunne ta sunne helsevalg (Helsedirektoratet, 2018).

Hvordan kan så helsearbeider på individnivå, legge til rette for mennesker som søker hjelp for sin overvekt, så det blir lettere for dem å ta sunne helsevalg? Helsedirektoratet (2011) sine retningslinjer for håndtering av overvekt, gir konkrete føringer for både kosthold og fysisk aktivitet, og de sier også noe om hvordan helsearbeider kan bidra til motivering og endringsprosesser hos overvektige. Målet for intervensjonen er vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2011).

I intervjuene kom informantene med sine perspektiv og ønsker om hva som opplevdes hjelpsomt og hensiktsmessig. Det som synes å gå igjen i svarene hos informantene, er å få hjelp til motivasjon og mestringstro, samt å bli anerkjent og tatt på alvor. Flere av informantene var opptatt av at de ønsket at det ble vist genuin interesse for nettopp deres situasjon uten å bli satt i bås, og at det ikke ble gitt generelle og lettvinde råd. Informantene ga uttrykk for at de hadde gode kunnskaper om kalorier og trening, men at de manglet motivasjon og mestringstro. En av informantene påpekte viktigheten av oppfølging over tid, og foreslo helt konkret en ukentlig oppfølging hos psykolog, og kommenterte at styrking av selvfølelsen var viktig for å få til endring.

Fokus på motivering og hjelp til mestringstro synes altså å være avgjørende, og er i tråd med helsedirektoratet sine anbefalinger (Helsedirektoratet, 2011), og som bekreftes av studier om vilkår for å få til livsstilsendring (Prescott & Børtveit, 2004). Samtidig har informantene et større fokus på opplevelse av fordommer og stigma mot overvektige enn på vekten i seg selv, og de erkjenner at de har vedvarende utfordringer med overvekt og fedme, på tross av gjentatte forsøk på vektreduksjon. Effektstudier viser dessuten at vedlikehold av vekttap over tid er vanskelig (Dombrowski et al., 2014). En kan derfor spørre om intervensjoner der vektreduksjon er målet, er den mest helsefremmende tilnærming for den hjelpesøkende personen. Gjentatte forsøk på å nå normalvekt, vil potensielt kunne være devaluerende på selvfølelsen, og vil igjen påvirke den psykiske helsen (Samdal & Meland, 2018). Å ikke takle overvekt som «stressor», kan føre til en subjektiv opplevelse av uhelse, slik en kan tolke Antonovsky sine teorier om helse (Antonovsky, 2012).

To av informantene i oppgaven mente det ville hjelpe å skifte fokus fra ernæring og over på helse, og at lystbetonte treningsaktiviteter kunne være selvforsterkende. Helsedirektoratets anbefalinger (2011) understøtter en slik tilnærming, ved sine råd om å motivere overvektige til økt hverdagsaktivitet og lystbetont fysisk aktivitet, der økt fysisk mestring vil kunne virke selvforsterkende, motiverende og opprettholdende av en forbedret helse. Da fysisk inaktivitet regnes som den største risikofaktoren for sykkelighet ved overvekt (Helsedirektoratet, 2011), synes det derfor avgjørende at helsearbeider bidrar til å fremme fysisk aktivitet hos overvektige. Å fokusere på hverdagsaktivitet fremfor krevende treningsformer, kan tenkes å gjøre «sunne helsevalg» enklere for overvektige. Likeså kan en kostplan utarbeidet i samarbeid med den hjelpesøkende, potensielt bli et lettere og sunnere helsevalg, enn om den overvektige blir tilrådet å følge en spesifikk diett. Per sitt svar fra intervjuet om vegring for et «strengt kostholds-regime med kaloritelling» kan kanskje understøtte nettopp dette.

Å kunne si noe om hva som kan være en helsefremmende tilnærming for overvektige, avhenger av hvilket helsefokus man har. Helsearbeider kan fokusere på viktigheten av sykdomsforebygging med et klart mål om vektreduksjon, eller ha en tilnærming som fremmer mestring og selvaksept på tross av overvekt. Det er en potensiell fare med å falle i begge grøftene her, om man skal kalle det for to ytterkanter av tilnæringsmåter. Alvorlig sykdomsrisiko er høyst reell med overvekt og fedme, og risikoen øker med økende grad av fedme (Helsedirektoratet, 2011). Å utelate et slikt fokus er nok ikke det som fremmer helse, spesielt ikke dersom dette fører til ytterligere vektøppgang, med påfølgende økt sykdomsrisiko. Personer som søker hjelp for sin overvekt har åpenbart et ønske om vektreduksjon, og helsearbeider må ha kunnskaper om hvilke kostråd og råd om fysisk aktivitet som faktisk gir vektreduksjon, jamfør Helsedirektoratet sine retningslinjer. På den annen side viser det seg at vektfokus og vektreduksjon ikke nødvendigvis bedrer helsen (Davis & Goswami, 2014), noe også informantene i denne oppgaven bekrefter. Effektstudier om overvektsintervensjoner, viser til at en kombinasjon av kostråd, fysisk aktivitet og atferdspsykologisk tilnærming er det som gir best effekt (Dansinger et al., 2007)

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven er ment å ha en fenomenologisk tilnærming, der informantene i intervjuene sine perspektiv har stått i fokus. God helse for informantene korrelerer med nøkkelbegrepene «mestring» og «deltagelse». Informantene knytter ulemper med sin overvekt til stigma og gjentatte mislykkede forsøk på å nå normalvekt, og har lite fokus på sykdomsrisiko.

Helsefremmende tilnærming for informantene handler om anerkjennelse, bli hørt og forstått, ikke settes i bås, og få oppfølging over tid fra helsearbeider. De formidler ønske om hjelp til styrking av motivasjon og mestringstro. Helsearbeider må være ærlig med informasjon om risiko ved overvekt og fedme, men dette er ikke helsefremmende i seg selv, og bidrar ikke til endringsprosesser. Å motivere overvektige til økt fysisk aktivitet synes å være avgjørende for å forebygge sykdomsutvikling. For å lykkes med helsefremmende intervensjon, må sunne helsevalg gjøres så enkelt og gjennomførbart som mulig for den hjelpesøkende.

Oppgaven gir et innblikk i noen informanternes ønsker om hvordan de ønsker å bli hjulpet med sin overvekt, men sier lite om konkrete intervensjoner. Deres ønsker er heller ikke nødvendigvis representativt for hva andre overvektige ønsker av helsehjelp.

7.0 Referanser

- Afzal, S., Tybjærg-Hansen, A., Jensen, G., & Nordestgaard, B. (2016). Change in Body Mass Index Associated With Lowest Mortality in Denmark, 1976-2013. *JAMA*, 315(18), 1989. doi: 10.1001/jama.2016.4666
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, D., Sen, A., Prasad, M., Norat, T., Janszky, I., & Tonstad, S. et al. (2016). BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ*, i2156. doi: 10.1136/bmj.i2156
- Avila, C., Holloway, A., Hahn, M., Morrison, K., Restivo, M., Anglin, R., & Taylor, V. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Current Obesity Reports*, 4(3), 303-310. doi: 10.1007/s13679-015-0164-9
- Braut, G. S., (29.05.2018). Helse, *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helse>
- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dansinger, M., Tatsioni, A., Wong, J., Chung, M., & Balk, E. (2007). Meta-analysis: The Effect of Dietary Counseling for Weight Loss. *Annals Of Internal Medicine*, 147(1), 41. doi: 10.7326/0003-4819-147-1-200707030-00007
- Davis, N., & Goswami, G. (2019). Modest weight loss does not decrease cardiovascular morbidity and mortality in adults with type 2 diabetes.
- Folkehelseinstituttet (03.01.2017). Overvekt og fedme i Noreg. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
- Folkehelseinstituttet (2018). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Fugelli, P. & Instad, B. (10.12.2001). Helse – Slik folk ser det. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 121: 3600-4. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>
- Greener, J., Douglas, F., & Teijlingen, E. (2010). More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social Science and Medicine* 70(7): 1042-1049 doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.017
- Green, J. og Tones, K. (2010) *Health promotion*. Los Angeles: Sage.

- Haugan, G. og Rannestad, T. (2014) 'Helsefremming i kommunehelsetjenesten', i Haugan, G. og Rannestad, T. (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm, s. 15-25.
- Health at every size (2019). Hentet fra <https://haescommunity.com/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Remtidens*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 19, 2018-2019).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a) *Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 19, 2014-2015).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Regjeringen (Meld. St. 26, 2014-2015).
- Helsedirektoratet (01.01.2011). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (09.09.2010). Analyseteknikker og presentasjon av kvalitative data. Hentet fra <https://www.tolkeportalen.no/no/brukerundersokelser/Kapittel-5/53-Analyseteknikker-og-presentasjon-av-kvalitative-data/>
- Langeland, E. (2011) 'Salutogene samtalegrupper - en arena for økt mestring og velvære', i Lerdal, A. og Fagermoen, M. S. (red.) *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 208-234.
- McGaghie, W. & Wigton, R. (2001) The Effect of Obesity on Medical Students' Approach to Patients with Abdominal Pain. *Journal of General Internal Medicine* 16(4): 262–265. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016004262.x
- Norsk Helseinformatikk (2018). Overvekt og fedme. Hentet fra <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/?page=all>
- OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION (1986). *Health Promotion International*, 1(4), 405-405. doi: 10.1093/heapro/1.4.405
- Papadopoulos, S., & Brennan, L. (2015). Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity*, 23(9), 1743-1760. doi: 10.1002/oby.21187
- Postholm, M. B. (2010) *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. 2004. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Samdal, G., & Meland, E. (2018). Helse uansett størrelse. *Tidsskrift For Den Norske Legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.17.0863

- Samdal, G., & Meland, E. (2014). Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?. *Tidsskrift For Den Norske Legeforening*, 134(23/24), 2247-2248. doi: 10.4045/tidsskr.14.1334 <https://tidsskriftet.no/2014/12/kommentar-og-debatt/er-det-overvekt-eller-vektfokus-som-er-helseskadelig>
- SSB (16.01.2017). Vi er kanskje ikke så overvektige likevel? Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/vi-er-kanskje-ikke-sa-overvektige-likevel>
- Stang, I. (2003) Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget, s. 141-161.
- WHO (2016) *Health topics: Health promotion*. Hentet fra http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (08.01.2004). Salutogenese og empowerment I allmenmedisinsk perpektiv. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening 124: 65-6*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenmedisinsk-perspektiv>

8.0 Vedlegg

8.1 Intervjuguide

- Hvilket kjønn identifiserer du deg ved?
- Hvor gammel er du?
- Hva er din høyeste oppnådde utdanningsgrad?
- Hvilke intervensjoner/metoder har du prøvd tidligere for å gå ned i vekt? (For eksempel forskjellige typer dietter eller treningstyper).
- Evt. Hvilke instanser/steder har du tidligere søkt hjelp oss? (For eksempel personlig trener, lege, kostholdskurs, internett).
- Hvordan har din opplevelse vært når du har søkt hjelp for din overvekt? (Hvordan ble du møtt?)
- Hva opplever du å ha vært til hjelp så langt?
- Hva betyr god helse for deg?
- Hvordan vil du rangere og vurdere din helse pr i dag?
- Forventer du å få bedre helse etter et eventuelt vekttap? I så fall på hvilken måte? (Evt. Dersom tidligere vekttap, -oppleve du å få bedre helse etter vekttap?)
- På hvilken måte påvirker overvekt din helse?
- I hvilken grad har samfunnets holdninger til overvekt innflytelse på din helseopplevelse?
- Hva tror du vil hjelpe for at du skulle klare å gå ned i vekt?
- Hvordan ønsker du å bli møtt av helsepersonell i forbindelse med intervensjoner?
- Hvilken/ Hvor mye oppfølging tror du du ville trenge?
- Hva tror du er årsaken for at du ble overvektig?