

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å få innblikk i hvordan voksne personer med sykelig overvekt opplever barrierer som kan påvirke deltakelse i aktivitet.

Metode: En litteraturstudie ble gjennomført for å identifisere og analysere tidligere forskningsstudier om det aktuelle temaet. Seks forskningsartikler av relevans ble valgt ut gjennom søk i anerkjente databaser. Selvvalgt litteratur og teori ble benyttet for å besvare problemstillingen.

Resultat: Funnene ble delt inn i ulike tema: personlige barrierer, barrierer i omgivelsene og aktivitetsbarrierer.

Oppsummering: Ved å øke kunnskap om barrierer som kan påvirke deltakelse, kan ergoterapeuter tilrettelegge og tilpasse aktiviteter for mennesker med sykelig overvekt, og gruppen kan bli mer inkludert og få økt mulighet til deltakelse i aktivitet.

Nøkkelord: Sykelig overvekt, fedme, voksne, barrierer, stigma, aktivitet, deltakelse, hverdagsaktiviteter

Innhold

Sammendrag.....	1
1.0 Innledning	4
1.1 Samfunnsaktualitet	4
1.2 Samfunnets kroppsfokus	5
1.3 Aktivitet og deltakelse for alle.....	6
1.4 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.5 Avgrensninger og presiseringer.....	7
1.6 Begrepsavklaringer	7
1.6.1 Stigma.....	7
1.6.2 Sykelig overvekt.....	7
1.6.3 Barrierer	7
1.6.4 Aktivitet	8
1.6.5 Deltakelse	8
2.0 Ergoterapiteori.....	9
2.1 The Person-Environment-Occupation Model	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie	10
3.2 Kvalitativ metode.....	11
3.3 Inkluderingskriterier	11
3.4 PICO	11
3.5 Søkestrategi	11
3.6 Etisk vurdering.....	13
4.0 Resultat	13
4.1 Artikler.....	13
4.2 Analyse av resultat.....	14
4.3 Presentasjon av funn.....	14
4.3.1 Personlige barrierer.....	15
4.3.2 Barrierer i omgivelsene.....	16
4.3.3 Aktivitetsbarrierer	19
5.0 Diskusjon	19
5.1 Hovedfunn.....	19
5.2 Resultatdiskusjon	19
5.3 Metodiske betraktninger.....	25
6.0 Avslutning.....	26
Litteraturliste	27

Vedlegg 1: PICO skjema.....	31
Vedlegg 2: Utvalgte artikler.....	33

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven i ergoterapi er strukturert etter IMRaD-modellen. IMRaD-forkortelsen står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Dalland, 2013). Oppgaven består av seks kapitler. I første kapittel presenteres samfunnsaktualitet, bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling, avgrensninger og presiseringer og begrepsavklaringer. Andre kapittel består av en kort presentasjon av valgt ergoterapeutisk teori, som brukes for å belyse problemstillingen. I tredje kapittel beskrives metode for litteratursøk, og de valg som er foretatt i prosessen. I fjerde kapittel presenteres utvalgte artikler og funnene fra disse. Funnene diskuteres med valgt ergoterapeutisk teori i femte kapittel, som avsluttes med en metodisk betraktning. Videre følger avslutningen i sjette og siste kapittel.

1.1 Samfunnsaktualitet

World Health Organisation (WHO, 2019) karakteriserer fedme som en av de største helseutfordringene i verden, og fra 1980 til 2008 har antallet personer med overvekt nesten doblet seg. Basert på de siste tallene fra europeiske land er 30-70% overvektige og 10-30 % har fedme i den voksne befolkningen (WHO, 2019). WHO (2000) klassifiserer kroppsmasseindeks (KMI) for voksne slik: 18–25: normalvekt, ≥ 25 : overvekt, ≥ 30 : fedme, 30 – 34: fedme grad I, 35 – 39: fedme grad II, og ≥ 40 : fedme grad III. KMI-verdiene er aldersuavhengige og gjelder for begge kjønn (WHO, 2000). Gjennom helse- og levekårsundersøkelsene publiserer Statistisk sentralbyrå (SSB, 2016a) opplysninger om den norske befolkningens vektutvikling basert på KMI. Resultatene viser at det blir stadig flere overvektige i Norge, og at forekomsten av fedme øker (SSB, 2016a). Tall fra SSB (2016b) viser også en økning av fedme blant den voksne befolkningen i Norge. Fra 1998 til 2015 er det en dobling av personer med fedme i denne aldersgruppen (SSB, 2016b). Se tabell 1.

Tabell 1: Tabellen viser fedmeutviklingen i prosent i Norge fra 1998 - 2015 (SSB, 2016b).

Symptom	Kjønn	Alder	Statistikkvariabel	1998	2002	2005	2008	2012	2015
Fedme (KMI ≥ 30)	Begge kjønn	25-44 år	Levevaner	6%	8%	9%	11%	11%	12%
Fedme (KMI ≥ 30)	Begge kjønn	45-66 år	Levevaner	8%	10%	11%	11%	11%	16%

Ifølge Östman, Britton og Jonsson (2004) skyldes overvekt ofte en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Ut over dette er det flere risikofaktorer og årsaks mekanismer for å utvikle overvekt og fedme. Disse kan blant annet være oppvekstforhold, psykologiske forhold, genetiske og biologiske forhold, medikamenter og psykososiale forhold (Östman et al., 2004). Helsedirektoratet (2011) påpeker at psykososiale forhold som livsvilkår, oppvekstforhold, reaksjoner og opplevelser kan være en årsak til overvekt og fedme. Psykologiske belastninger fra nederlagsfølelser, traumer, overgrep og mobbing, kan føre til forstyrret spising og overvekt. Bekymring, temperament og depresjon kan også påvirke levesett og vekt (Helsedirektoratet, 2011). En av fem nordmenn har ifølge Ulset, Undheim og Malterud (2007) KMI ≥ 30 som tilsvarer fedme grad 1 eller høyere. KMI benyttes for å angi grensene for normalvekt og vekt som kan medføre sykdomsrisiko. I sin litteraturstudie fra Norge om forekomst og utviklingstrekk, beskriver de at fedme (KMI ≥ 30) er høyere nå enn tidligere i alle samfunnslag, aldersgrupper og deler av landet. Tallene gir sterke indikasjoner på at fedmeepidemien er kommet til Norge, og at epidemi i denne sammenheng tolkes som økt hyppighet og forekomst blant grupper av mennesker innenfor et begrenset eller definert tidsrom (Ulset et al, 2007).

1.2 Samfunnets kroppsfokus

Malterud og Ulriksen (2010) gjennomførte en studie av fem aviser i Norge om artikler relatert til kroppsvekt. Studien viser at alle mennesker blir påvirket av kulturen rundt kroppsvekt på en eller annen måte. Media setter en standard med sin diskurs rundt kroppsideal med informasjon og kommentarer, hvor kroppsvekt og slanking er i fokus. Artikler advarer mot fedme fra et estetisk synspunkt, hvor man ved å gå opp i vekt i blir mindre attraktiv. Tekstene appellerer til at tynne kropper er mere attraktive, gir økt velvære og oppnår suksess, mens tykke personer er stygge, late, ulykkelige og mislykkede. De overvektige blir også fremstilt som personer uten selvkontroll, som spiser mat uten tanke på egen helse, er gjerrige og burde skamme seg. De tynne fremstår i denne sammenheng som kontrollerte og vellykkede personer, mens de overvektige blir stigmatisert og foraktet (Malterud & Ulriksen, 2010). Ifølge Bonsaksen, Hustadnes, Axelsen og Bjørnsborg (2011) legges det stor vekt på kropp og utseende i dagens samfunn. Mennesker med sykkelig overvekt kan erfare at fremmede kan ha sterke meninger om deres kroppsstørrelse og kroppsvekt, i form av diskriminering, stirring, fotografering og ufine tilrop. Skyldfølelse, skam og sosial stigmatisering er erfaringer knyttet til fedme, som gir en følelse av å være utstøtt og uønsket i samfunnet (Bonsaksen et al., 2011). Det kan tenkes at dette er med på å skape barrierer, som kan påvirke deltakelse i aktiviteter på grunn av samfunnsmessige og kulturelle normer.

1.3 Aktivitet og deltakelse for alle

I en studie av Charlesworth og Banaji (2019) viser resultatene en nedgang i negative holdninger hos den amerikanske befolkningen, når det gjelder seksuell legning, rase og hudfarge. Samtidig ses det en økning i negative holdninger mot kroppsvekt (Charlesworth & Banaji, 2019). I lys av dette funnet kan det tenkes at diskriminering av sykkelig overvektige er et økende samfunnsproblem. I Norge har likestillings- og diskrimineringsloven (2017) som formål å fremme likestilling og forhindre diskriminering. Med likestilling menes likeverd, like rettigheter og like muligheter, som forutsetter tilrettelegging og tilgjengelighet. Loven omtaler også trakassering og direkte forskjellsbehandling. Med trakassering menes handlinger, unnlater eller ytringer som er krenkende, ydmykende eller nedverdiggende. Med direkte forskjellsbehandling menes at en person behandles dårligere enn andre i en tilsvarende situasjon. Loven omtaler også universell utforming, hvor offentlige og private virksomheter rettet mot allmennheten har plikt til universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjoner (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017). Loven er viktig for å bidra til at alle kan delta i aktivitet og være en del av samfunnet. For ergoterapeuter er tilrettelegging for aktivitet en viktig del av yrkesutførelsen. Ifølge yrkesetiske retningslinjer til Norsk Ergoterapeutforbund (2017), er ergoterapeuters visjon å gjøre aktivitet og deltakelse mulig for alle. Dette fremmes ved å myndiggjøre befolkningen til å opprettholde egen helse og trivsel i hverdagslivet. Ved å støtte den enkeltes behov, interesser og ønsker gjennom en åpen og inkluderende holdning, vil man også respektere den enkeltes rett til medbestemmelse, selvbestemmelse og privatliv (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017). Ergoterapeuters oppgave er blant annet å bidra til at alle skal kunne delta i hverdags-, arbeids- og fritidsaktiviteter. Deltakelse gir positive resultater i form av bedre livskvalitet og økt velvære (Christiansen & Baum, 2005).

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Overvekt og fedme er som beskrevet et økende problem i Norge og verden generelt, og er en samfunnsutfordring vi ønsker å vite mer om. Etter utforsking av tema i forbindelse med denne oppgaven, har vi inntrykk av at det er lite forskning og kunnskap om temaet fra et ergoterapeutisk perspektiv. Det finnes bred forskning på fysisk aktivitet og ernæring i tilknytning til overvekt. Dette er viktige aspekter, men årsakene til overvekt er ofte både komplekse og sammensatte. Vi har en felles hypotese om at mennesker med sykkelig overvekt ikke deltar i like mye aktivitet som normalvektige. På bakgrunn av dette ønsker vi å få kunnskap om barrierene denne gruppen møter i hverdagen, som kan påvirke dem fra å delta i ulike aktiviteter. Derfor ble denne problemstillingen valgt:

«Hvilke barrierer kan påvirke deltakelse i aktivitet for voksne med sykelig overvekt?».

1.5 Avgrensninger og presiseringer

For å avgrense innholdet i oppgaven vil den handle om voksne personer over 18 år med sykelig overvekt. Empirien omhandler vestlig kultur for å være overførbart til norske forhold. Temaet omhandler en gruppe som består av unike individer, og derfor er ikke funnene representative for alle med sykelig overvekt. Vi har valgt å avgrense aktivitet til de aktivitetene vi har vurdert som hovedfunn i artiklene fra utvalget.

1.6 Begrepsavklaringer

Her følger en beskrivelse av stigma og de ulike begrepene i problemstillingen.

1.6.1 Stigma

Stigma omhandler ifølge Goffman (2014) det sosiale samspillet som foregår mellom såkalte 'normale mennesker' og de stigmatiserte. Med de stigmatiserte menes de som har et fysisk, psykisk eller sosialt diskrediterende særtrekk som skiller dem fra flertallet. Samfunnet inndeler mennesker i grupper, og bestemmer hvilke egenskaper som er vanlige for medlemmene i gruppene. Bare ved utseendet til en person kan man forutsi hvilken kategori personen tilhører og hvilke egenskaper han besitter, kort sagt hans sosiale identitet (Goffman, 2014). Stigma i denne oppgaven omhandler i tillegg holdningene samfunnet har til mennesker med sykelig overvekt og de fysiske stigma som er i omgivelsene.

1.6.2 Sykelig overvekt

Sykelig overvekt defineres med at en person har en KMI ≥ 35 kg/m² med følgesykdom eller KMI ≥ 40 kg/m² (Helsedirektoratet, 2015).

1.6.3 Barrierer

Barrierer er ifølge Lid (2019) noe som kan hindre aktivitet og deltakelse. Ved å bruke dette begrepet flyttes oppmerksomheten fra menneskets funksjon over til barrierer i omgivelsene, som begrenser eller hindrer deltakelse i aktivitet. Dette viser da en ubalanse mellom mennesker med nedsatt funksjonsevne og samfunnets krav og forventninger. Mennesker med funksjonsnedsettelse møter barrierer i bestemte situasjoner, og disse barrierene kan hemme den enkeltes muligheter til aktivitet og deltakelse (Lid, 2019). Vi ser ikke på sykelig overvekt som en funksjonsnedsettelse, men tror at personer med sykelig overvekt kan møte

barrierer på lik linje med personer som har en funksjonsnedsettelse. Dette kan være fysiske og samfunnsskapt barrierer, men vi anser også holdninger de blir møtt med av andre i samfunnet for å være en barriere.

1.6.4 Aktivitet

Tuntland (2011) skriver at det engelske språket bruker ordene *activity* og *occupation* for å beskrive aktivitet. Begrepet aktivitet er mangetydig og det norske språket mangler nyanser for å kunne beskrive de ulike betydningene av ordet godt nok. Det er derfor viktig å definere hva som legges i begrepet aktivitet. Begreper som oppgave, handling eller gjøremål sidestilles med aktivitet, men har en bredere betydning (Tuntland, 2011). Aktiviteten kan ifølge Reed (2005) være produktiv selv om den ikke resulterer i et produkt. Den er også verdifull for å få, vedlikeholde eller utvikle nødvendige ferdigheter for å ivareta roller og økt tilfredshet (Reed, 2005). Aktivitet er et bredt begrep og i denne oppgaven har vi valgt å beskrive aktivitet, som noe man foretar seg i og utenfor hjemmet. Dette omfatter hverdags-, arbeids- og fritidsaktiviteter som man deltar i på grunn av behov, produktivitet eller noe man har lyst til å gjøre. Deltakelse i forskjellige aktiviteter skaper roller og identiteter, som sier noe om hvem man er. Aktivitet og deltakelse er sammenhengende begreper som viser det involverende og inkluderende aktivitetsperspektivet i ergoterapi (Birk & Langdal, 2015).

1.6.5 Deltakelse

Deltakelse beskrives gjennom flere perspektiver. WHO (2001) beskriver deltakelse som hvordan en person engasjerer seg i en livssituasjon. Bredland, Linge og Vik (2011) beskriver hvordan interaksjon med omgivelsene for individer med funksjonsnedsettelse, muliggjør eller hindrer deltakelse på grunn av disse. Deltakelse knyttes også til opplevelsen av å delta eller føle seg inkludert, samt ha mulighet for autonomi og medbestemmelse (Bredland et al., 2011). Deltakelse er en del av ergoterapeuters aktivitetsforståelse, og handler om menneskets muligheter til å være involvert i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger (Birk & Langdal, 2015). Deltakelse kan som nevnt defineres på ulike måter. I denne oppgaven mener vi at deltakelse også innebærer hvordan en person blir påvirket av personlige og samfunnsmessige faktorer, samt ulike faktorer i omgivelsene. Disse faktorene kan fremme eller hemme deltakelse i hverdags-, arbeids- eller fritidsaktiviteter.

2.0 Ergoterapiteori

I denne delen presenteres valgt ergoterapeutisk teori.

2.1 The Person-Environment-Occupation Model

The Person-Environment-Occupation Model (Law et al., 1996), heretter kalt PEO, består av tre komponenter som på norsk oversettes til *person*, *omgivelser* og *aktivitet*. Modellen antar at personen er dynamisk, motivert og i kontinuerlig utvikling, og er konstant i interaksjon med omgivelsene. Individets ferdigheter vil påvirke personens aktivitetsutførelse og interaksjon med omgivelsene. Disse ferdighetene er mottakelige for endring og kan endres gjennom en intervensjon.

Person: Omfatter rolle, selvkonsept, kulturell bakgrunn, personlighet, helse, kognisjon, fysisk ytelse og sensoriske evner. Personkomponentet kan også brukes om grupper eller samfunn.

Aktivitet: Refererer til noe en person engasjerer seg i og som utføres for å oppfylle en hensikt. Aktiviteten har en verdi og en mening for individet eller gruppen som utfører den, gjennom ulike roller og omgivelser.

Omgivelser: Omfatter fysiske, kulturelle, institusjonelle, sosiale og sosioøkonomiske omgivelser, og er konteksten hvor aktiviteten utføres av personen. Omgivelsene kan være en fremmede eller hemmende faktor for aktivitetsutførelsen.

Utførelse: Modellens tre komponenter påvirkes kontinuerlig av hverandre i en dynamisk prosess (figur 1). Graden av overlapping av komponentene sier oss noe om samspillet mellom *person*, *aktivitet* og *omgivelse*. Jo mere komponentene overlapper hverandre jo mer øker kvaliteten på aktivitetsutførelsen, og dess mindre de overlapper desto større er utfordringen med aktivitetsutførelsen.

Ved å benytte PEO-modellen får ergoterapeuter en oversikt over de ulike komplekse faktorene som påvirker aktivitetsutførelsen. Terapeuten kan da analysere faktorene, og planlegge tiltak sammen med personen for å optimalisere aktivitetsutførelsen. Målet er å oppnå størst mulig overlapping av komponentene (Law et al., 1996).

Maximizes fit
*and therefore maximizes
occupational performance*



Minimizes fit
*and therefore minimizes
occupational performance*



Figur 1: Modellen viser hvordan komponentene påvirkes i en dynamisk prosess (Law et al., 1996).

Problemstillingen utforsker hvilke barrierer som kan påvirke deltakelse i aktivitet. Teori benyttes for å forstå sammenhenger, og PEO-modellen (Law et al., 1996) vil hjelpe oss med dette. Modellen synliggjør det dynamiske samspillet mellom komponentene og kompleksiteten i aktivitetsutførelsen. Vi tenker derfor at aktivitetsutførelse kan forstås som deltakelse, siden deltakelse i aktivitet blir påvirket av de samme komponentene. Denne forståelsen benyttes videre i oppgaven. På denne måten tydeliggjør også modellen hvor utfordringene for deltakelse i aktivitet ligger. Ut ifra dette kan vi finne strategier for å fjerne eller tilrettelegge barrierer for å muliggjøre deltakelse. Vi vil benytte teorien i både resultat- og diskusjonskapittelet for å synliggjøre barrierer som kan påvirke deltakelse i aktivitet. Det teoretiske perspektivet legges til grunn for analysen av problemstillingen.

3.0 Metode

I metodekapittelet beskrives litteraturstudie, kvalitativ metode, inkluderingskriterier, PICO, søkestrategi og etisk vurdering.

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie defineres av Støren (2010) som en undersøkelse av det som er skrevet, altså empirien, av artikkelforfatterne. Materialet i en slik studie består av den eksisterende kunnskapen fra artiklene, som hentes ved å søke i ulike databaser. Studien er en systematisering av kunnskapen, og er nyttig fordi man skaffer seg en oversikt over den kunnskapen yrkesgruppen er opptatt av. Det å systematisere kunnskap vil si å søke, samle, vurdere og sammenfatte den. Kunnskapen det snakkes om her finnes i vitenskapelige artikler, og er den primære eller originale fra forfatteren eller forskeren selv (Støren, 2010). Litteraturstudie er benyttet for å samle data til å besvare problemstillingen.

3.2 Kvalitativ metode

For at litteraturen skulle besvare problemstillingen, søkte vi etter kvalitative studier av voksne med sykelig overvekt og det de opplever som barrierer for deltakelse i aktivitet. Målet med kvalitative metoder er å fange opp mening og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2013). Ifølge Malterud (2017) er kvalitative metoder en forskningsstrategi for å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved det som skal studeres. Materialet består av tekst, som kan komme fra observasjoner eller samtaler, og kan bidra til å presentere nyanser, mangfold og subjektive erfaringer. En virkelighet kan beskrives fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante for problemstillingen forskere ønsker å belyse (Malterud, 2017). Vi har valgt å utelukke kvantitative studier fra vår litteraturstudie, fordi de ikke viser noen nyanser i resultatene. I kvantitative studier foregår datainnsamlingen uten kontakt med feltet, som skaper en fjernhet mellom forsker og undersøkelsespersoner (Dalland, 2013).

3.3 Inkluderingskriterier

For å avgrense søkene ytterligere satte vi tre inkluderingskriterier. Kriteriene var at artiklene skulle være strukturert etter IMRaD-modellen, være fagfellevurdert og utgitt tidligst 2008. IMRaD-modellen og fagfellevurdering øker muligheten for å finne godkjente forskningsartikler. Årsavgrensningen ble satt for å finne de nyeste og mest relevante artiklene om tematikken. Det er anbefalt av ergoterapiutdanningen å benytte litteratur fra de ti siste år. Vi har valgt å innlemme 2008 i våre søk, da arbeidet med oppgaven startet i 2018.

3.4 PICO

PICO beskrives av Helsebiblioteket (2016) som en forkortelse for elementer som ofte vil være med i en problemstilling, og står for: P; populasjon/pasient/problem, I; intervensjon, C; *comparison*/sammenligning og O; *Outcome*/endepunkter. PICO er et verktøy som brukes for å presisere og tydeliggjøre problemstillingen. Når man har formulert en presis problemstilling vil PICO være til hjelp i søk etter forskningslitteratur. PICO gir struktur og klargjør problemstillingen for litteratursøk, utvelgelse og vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2016). Vi har valgt å benytte PICO for å strukturere litteratursøket vårt (vedlegg 1).

3.5 Søkestrategi

Søkeprosessen foregikk i tidsrommet 1.april 2019 til 26.april 2019. Søkene ble blant annet foretatt i databasene Oria, PubMed og SveMed+. Søkeordene vi brukte var *obesity*, *morbidity*

obese, participation, everyday life, lived experience, activity, occupation, daily occupation, adults, qualitative, stigma, weight-related problems, barriers og *occupational therapy*. Det ble benyttet tilsvarende søkeord på norsk, men de ga få treff og derfor er de fleste artiklene på engelsk. Det var utfordrende og finne ergoterapeutiske forskningsartikler om tema, så vår søkestrategi resulterte i seks artikler.

Oria ble benyttet som første søkemotor, da det er en database vi har brukt ofte i studietiden og kjenner godt, før andre søkemotorer ble benyttet. Søkene med *OR* (vedlegg 1) ga over 4,4 millioner treff i Oria, nesten 400 000 treff i PubMed og ingen i SveMed+. Selv med avgrensninger ga søkene fortsatt altfor mange treff i de første databasene til at det var aktuelt å vurdere artikler. Ved å søke med ord som kan relateres til eller ha samme betydning som sykelig overvekt (vedlegg 1), i kombinasjon med *AND* og andre søkeord, fikk vi avgrenset søket nok til at det ble aktuelt å vurdere artiklene.

I Oria benyttet vi ulike kombinasjoner av de utvalgte søkeordene. Søkeordene "*morbidly obese*" *AND* "*everyday life*" med avgrensningene *fagfellevurderte artikler, utgitt fra 2008* og emnene ble valgt til å gjelde *voksne* og *mennesker*, resulterte i 59 treff hvorav en artikkel ble inkludert i utvalget.

Søket i PubMed ble gjennomført med ulike ordkombinasjoner slik vi gjorde i Oria. Søkeordene *obesity, stigma, qualitative* og *adults*, med avgrensningene *utgitt fra 2008* og *mennesker*, endte i 56 treff hvorav to artikler ble inkludert i utvalget. Vi gjennomførte også ulike avanserte søk. Søkeordene *experience AND participation AND adults AND obesity* ble skrevet inn i hvert sitt felt i *builder*. For at ordene skulle finnes i artikkelen, ble alle rullegardinene valgt med *title/abstract* før det ble søkt. Videre ble utvalget avgrenset med *utgivelsesår fra 2008* og *species* ble satt til *humans*. Søket ga ti treff hvorav en artikkel ble inkludert i utvalget.

Vi benyttet SveMed+ som søkemotor med ulike ordkombinasjoner som i tidligere søk. Søkeordene *occupation AND barriers AND obesity*, med avgrensningene *fagfellevurderte artikler* og *utgitt fra 2008*, søket resulterte i ett treff, som var en artikkel vi inkluderte i utvalget. Siden søket resulterte i så få treff, forsøkte vi med andre søkeord, men fant ikke flere relevante artikler. Et annet søk i SveMed+ ble utført med søkeordene *sykelig overvekt* med avgrensningene *fagfellevurderte artikler* og *utgitt fra 2008*. Antall treff ble 39 artikler hvorav en artikkel ble inkludert i utvalget.

Artiklene vi har valgt beskriver fra et ergoterapeutisk perspektiv, hverdagslivet til voksne med sykkelig overvekt og deres erfaringer med barrierer som kan påvirke deltakelse i ulike aktiviteter. Alle artiklene oppfyller inkluderingskriteriene som er satt.

3.6 Etisk vurdering

Alle artiklene er godkjent av etiske komiteer. Dette var viktig for oss da sykkelig overvekt er et sensitivt tema det eksisterer mye stigma om. Sitater og funn fra de engelske artiklene er oversatt til norsk, og gjengitt etter beste evne. Det kan derfor forekomme at nyanser i språket er unøyaktige.

4.0 Resultat

I resultatkapittelet presenteres de seks artiklene, analyse av resultat og presentasjon av funn.

4.1 Artikler

Her presenteres de seks artiklene som ble inkludert i utvalget (tabell 2). Se vedlegg 2 for en utfyllende presentasjon av artiklene.

Tabell 2: Tabellen viser de ulike artiklene som er inkludert i utvalget.

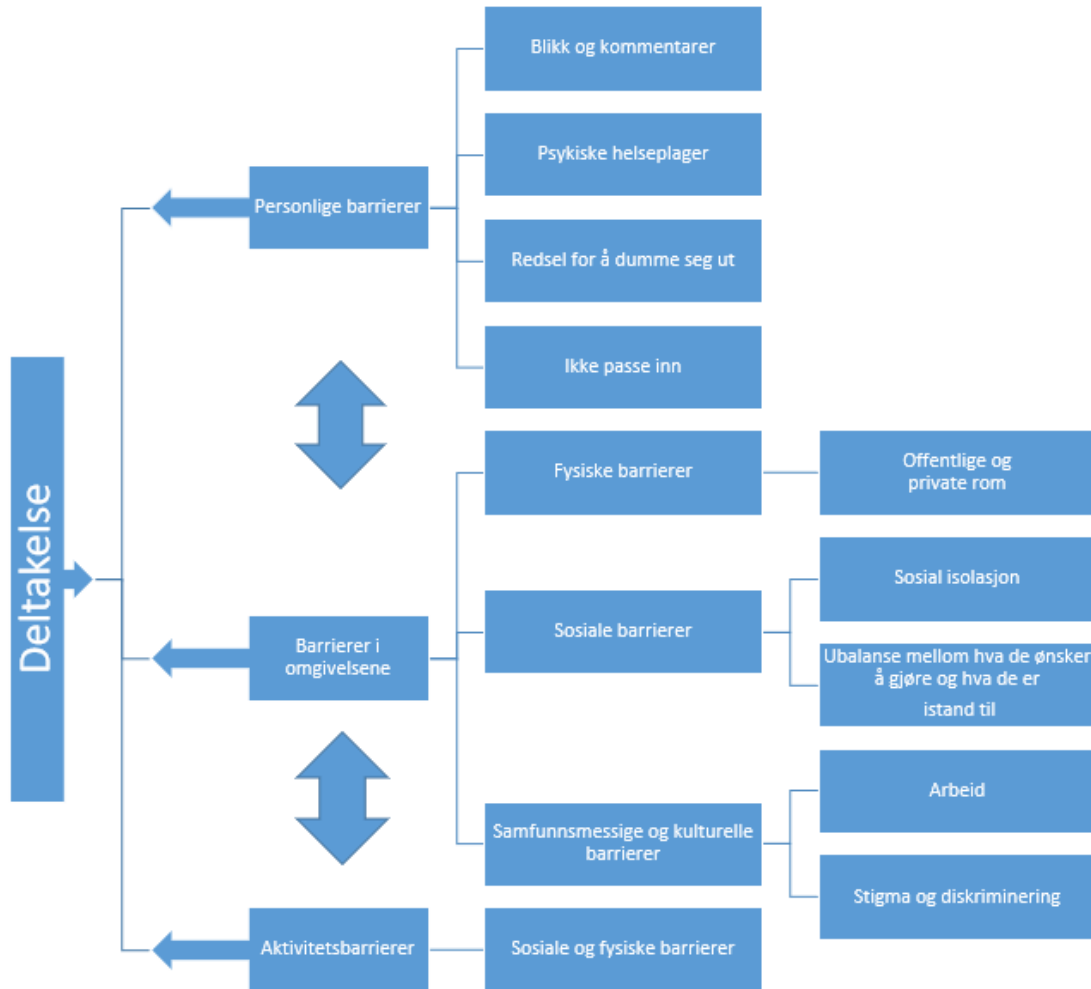
Artikkel	Forfattere, årstall og artikkelnavn
1	Björg Christiansen, Lisbet Borge og May Solveig Fagermoen (2012). "Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image"
2	Samantha L. Thomas, Jim Hyde, Asuntha Karunaratne, Dilinie Herbert og Paul A. Komesaroff (2008). "Being "fat" in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia"
3	Sophie Lewis, Samantha L. Thomas, R. Warwick Blood, David J. Castle, Jim Hyde og Paul A. Komesaroff (2011). "How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study"
4	Mary A. Forhan, Mary C. Law, Brenda H. Vrkljan og Valerie H. Taylor (2010). "The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity"
5	Randi Nossun, Ann-Elin Johansen og Ingvild Kjekken (2018). "Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity"
6	Wenche Skeivoll Christiansen, Tor-Ivar Karlsen og Inger Beate Larsen (2017). "Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt"

4.2 Analyse av resultat

I analyse av resultat leste vi artiklene hver for oss for å få et helhetsinntrykk, og markerte det vi mente var relevant for å besvare problemstillingen. Etter å ha diskutert funnene i artiklene lagde vi fire hovedtema. Deretter brukte vi fargekoder for å sortere funnene under riktig tema. Videre ble funnene sortert i undertemaer. Dette ble brukt som grunnlag for å sammenfatte funnene i resultatkapittelet. Vi prioriterte funn som var beskrevet i flere artikler, og som vi tolket til å omhandle samme aktivitet. I arbeidet med å analysere tekstene har vi vært inspirert av Malteruds systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud (2017) en pragmatisk metode for tematisk analyse av kvalitative data. Metoden benyttes for å gjennomføre analyseprosessen på en systematisk og overkommelig måte, og kan også brukes til analyse av ulike typer empirisk data med ulik grad av teoretisk forankring. Analysen i denne oppgaven ble gjennomført i fire trinn: 1) danne seg et totalinntrykk, 2) finne meningsbærende enheter, 3) identifisere og kode de meningsbærende enhetene, 4) sammenfatte betydningen av enhetene (Malterud, 2017).

4.3 Presentasjon av funn

Materialet fra litteraturstudien er betraktet fra et ergoterapeutisk perspektiv. Funnene presenteres først i en figur (figur 2) og deretter i tekst under de tematiske områdene personlige barrierer (*person*), barrierer i omgivelsene (*omgivelser*) og aktivitetsbarrierer (*aktivitet*) fra PEO-modellen (Law et al., 1996).



Figur 2: Funn plassert i tematiske områder basert på PEO-modellen (Law et al., 1996)

4.3.1 Personlige barrierer

De fleste artiklene (4/6) beskriver at det å bli stirret på, få blikk og kommentarer, gjør deltakerne ukomfortable i aktiviteter som krever at de befinner seg i offentligheten. Matbutikker, restauranter og svømmehaller er eksempler på steder som deltakerne opplever som ubehagelige, fordi de blir flau av blikk fra andre. Flere har erfaringer med at andre ser på dem mens de spiser, eller ser på innholdet i handlevognen deres. Deltakerne har en oppfattelse av at andre konstant ser på dem og bedømmer kroppene deres, hvilket forsterker følelsen av å ikke passe inn i sosiale sammenhenger. Deltakerne føler seg ukomfortable når de kjøper klær og de unngår offentlig transport, foreldremøter, idrett og sosiale aktiviteter med venner på grunn av redselen for å få blikk eller kommentarer fra andre (Christiansen et al., 2012; Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossun et al., 2018). En av deltakerne forteller: “Når du går nedover gata og unger sier ‘Se på den feite damen,

mamma', og forelderen svarer 'Det er hva som skjer når du spiser for mye'" (Lewis et al., 2011, s. 1352).

I flere av artiklene (4/6) rapporterer mange av deltakerne med sykelig overvekt at de har psykiske helseplager. Eksempler på dette er lav selvtillit, passivitet, spiseforstyrrelser, depresjon, sosial isolasjon og manglende evne til å skape eller bevare intime relasjoner. Stigma er en annen faktor som påvirker psykisk helse og velvære, spesielt selvtillit og egenverd, og særlig de kvinnelige deltakerne sier de er misfornøyde med egen kropp (Christiansen et al., 2012; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008). Signalene de mottar fra de rundt seg, påvirker hvordan de ser på seg selv: "Når noen sier noe negativt om utseende ditt til deg, vil du fremstå slik resten av dagen og dagen etter" (Lewis et al., 2011, s. 1354).

I halvparten av artiklene (3/6) beskriver deltakerne følelser av skam når de reiser med offentlig transport. Flere sier de reiser lite på grunn av størrelsene på fly- og bussetene, og at de må gå på skrå fordi midtgangen er så smal. Alle forteller om nedlatende blikk når de benytter offentlig transport, som forsterker følelsen av å ikke passe inn. Offentlig transport er både en fysisk barriere på grunn av små seter og en personlig barriere i form av skam. Negative blikk forsterker deltakernes egne følelser av skam og selvforskyldthet. (Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossun et al., 2018). En av deltakerne gir dette eksempelet: "Jeg skjemmes når jeg bruker mer enn ett sete på bussen" (Nossun et al., 2018, s. 140).

4.3.2 Barrierer i omgivelsene

I nesten alle artiklene (5/6) forteller deltakerne om fysiske barrierer som stoler med små seter eller smale armlener. De er i tillegg redde for at setene skal ødelegges på grunn av vekten. Dette gjelder også seter på kinoer, arbeidssteder, biler, offentlig transport, restauranter eller hjemme hos andre. Det å være nødt til å be om en sitteplass som passer til ens størrelse blir sett på som noe av det flaueste ved å være sykelig overvektig. Andre utfordringer deltakerne nevner er parkeringsplasser langt unna inngangspartier, mangel på heiser og trapper uten tilstrekkelig dybde i trinnene. Flere opplever store hindringer ved kleskjøp. Prøverommene er ofte for trange og forhenget er ofte ikke bredt nok til å dekke åpningen. Disse utfordringene begrenser muligheten for deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet (Christiansen et al., 2012; Christiansen et al., 2017; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008). En av deltakerne sier: "Hva om jeg drar til en fornøylespark med barna og ikke får plass i berg-

og dalbanen, eller om familien reiser på tur og jeg ikke får plass i flysetet?” (Forhan et al., 2010, s.214).

I halvparten av artiklene (3/6) beskriver deltakerne sosiale barrierer, om hvordan sosial isolasjon og stigma hindrer dem i å delta i sosiale aktiviteter. Direkte stigma fra nære relasjoner som familie og venner, kan føre til en ekstrem følelse av ensomhet. Deltakerne mener at familiemedlemmer, som har sett deres ‘kamp’ mot vekten, bør klare å se forbi stereotypene om latskap og fråtsing slik mange andre i samfunnet har. Deltakerne har også utfordringer med å inngå eller bevare parforhold, som alle relaterer til det å være sykkelig overvektig (Christiansen et al., 2012; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008).

To av artiklene (2/6) viser flere eksempler på sosiale barrierer, hvor alle deltakerne beskriver et gap mellom hva de ønsker å gjøre og hva de er i stand til å gjøre. Årsaken til dette er en disharmoni mellom verdier, muligheter og ferdigheter. Noen av deltakerne tilhører familier eller sosiale grupper som liker å gå turer i fjellet, dra på teltturer eller utføre andre fysiske aktiviteter, og konsekvensene av å være sykkelig overvektig begrenser deres mulighet til å delta så mye som de ønsker. Mange unngår sosiale sammenhenger som består av fysisk aktivitet eller sosial interaksjon. Når de spiser ute føler de seg uglestet grunnet porsjonsstørrelsen eller maten de velger. Andre eksempler er dansing og gåing, hvor de er bekymret for inkontinens eller for å sakke ned tempoet til de andre. Manglende mulighet til å kle seg moteriktig er også en årsak til at deltakerne ikke ønsker å delta i sosiale aktiviteter. Mange opplever å bli kritisert for antrekket sitt eller får kommentarer når de handler klær, og har problemer med å finne passende klær i butikker. Deltakerne ser verdien av å delta i hverdagsaktiviteter fordi det gir dem følelsen av selvbestemmelse og å bli verdsatt av andre, samt bidrar til å vedlikeholde relasjoner. De ønsker å delta i sosiale arbeids- og fritidsaktiviteter, men velger ofte å ikke delta fordi de er bekymret for at de ikke skal innfri forventningene til andre eller ikke mestrer kravene til oppgaven (Forhan et al., 2010; Nossum et al., 2018). En deltaker sier: “Jeg begynner å forstå at de tingene jeg liker og kan gjøre, blir vanskeligere. Det er skremmende å tenke på, vel, du venter nesten på... hva er neste steg? At jeg ikke kan forlate huset? Må jeg slutte med alt?” (Forhan et al., 2010, s. 214).

I flere av artiklene (4/6) forteller deltakerne om kulturelle barrierer. For mange bidrar den sykelige overvekten til at de ikke klarer å utføre arbeidet sitt, må slutte i arbeidet, bli oppsagt eller ikke får seg jobb. De har en følelse av at arbeidsgiveren mener de er mindre egnet til å utføre arbeidsoppgavene sine sammenlignet med deres kolleger som ikke er overvektige, og merker at det blir stilt mindre krav til dem. Oppfattelsen av at jo mer vekten øker, jo mindre kredibilitet har de i sosiale og arbeidsrelaterte sammenhenger. Det er heller ikke mulig å bli

vurdert til forfremmelse på grunn av vekten, og de blir ofte fortalt at vekten påvirker arbeidsutførelsen negativt (Christiansen et al., 2012; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008). En av deltakerne forteller: "Sjefen min sa jeg måtte gå ned i vekt fordi den påvirket jobben jeg gjorde. Jeg jobber som web-designer og vekten min er irrelevant. Jeg ble så sjokkert når hun sa dette" (Lewis et al., 2011, s. 1352). En annen deltaker deler denne erfaringen: "Jeg var på jobbintervju hvor de sa at jeg ikke var det de så etter. Når jeg spurte hvorfor, svarte de at det var grunnet størrelsen min, at de ønsket noen som var attraktive for å ta imot kundene" (Thomas et al., 2008, s. 324).

To av artiklene (2/6) beskriver stigma i samfunnet som forsterker deltakernes følelse av å være utenfor normen. Et eksempel er mangelen av positive fremstillinger av overvektige mennesker i media. Deltakerne sier at den sykelige overvektige kroppen er et avvik i forhold til det bildet media viser, og som en konsekvens av dette føler de at samfunnet uttrykker at de 'ikke skal være synlige'. Andre eksempler er setebelteforlenger på fly eller i firmabiler, inkontinens på grunn av trykk på blæra, begrenset tilgjengelighet eller fasiliteter som ikke passer for store kropper. Dette er erfaringer som deltakerne opplever som ydmykende (Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011).

I flere av artiklene (4/6) sier deltakerne at de opplever stigma og diskriminering, ved at fremmede kommenterer vekten ved kleskjøp. De kvinnelige deltakerne drømmer om å kjøpe klær i vanlige klesbutikker, og å kjøpe klær til normal pris kontra dyrere klær for overvektige. De kan bli møtt av butikkansatte som sier at butikken ikke er egnet for dem, fordi de ikke selger store størrelser. De butikkansatte får på denne måten deltakerne til å skjemmes over å se på moteriktige klær, og mange oppfatter dette som enda en bekreftelse på at de ikke er sosialt aksepterte eller verdsatte. Det å ikke kunne kjøpe klær de føler seg vel i, har en negativ påvirkning på selvbilde, selvtilit og kroppsbilde, samt i sosial interaksjon med andre. Noen beskriver hvordan de føler seg avvist, ekskludert og isolert som et resultat av stigma i omgivelsene (Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossun et al., 2018; Thomas et al., 2008). Flere deltakere sier: "Verden er ikke laget for tykke mennesker" (Lewis et al., 2011, s. 1354).

En av artiklene (1/6) beskriver hvordan stigmatisering kan påvirke identitetsfølelsen hos deltakerne. Mange uttrykker at de ikke følger drømmene og ambisjonene sine, slik som å studere, søke ny jobb eller å bli kjent med nye mennesker, på grunn av dette. Noen mener at identiteten deres står i fare for å bli definert av feil og mangler på egen kropp, sammenlignet med det kulturelle skjønnhetsidealet (Lewis et al., 2011). Denne selvpålagte identiteten er nesten utelukkende negativ: «Jeg føler at jeg ikke kan uttrykke meg selv. Jeg kan ikke kle

meg som jeg vil ... fordi jeg ikke finner klær. Dette påvirker selvfølelsen, kroppsspråket mitt, måten jeg fremstår ovenfor andre og hvor attraktiv jeg føler meg" (Lewis et al., 2011, s. 1354).

4.3.3 Aktivitetsbarrierer

I fire artikler (4/6) forklarer deltakerne at de er forhindret fra å delta i fysiske og sosiale aktiviteter grunnet helseproblemer relatert til sykelig overvekt. Eksempler på dette kan være pustebesvær eller fallfare på tur med venner. Fjellturer, teltturer, dansing, trene på treningssenter og gå tur, er andre aktiviteter hvor deltakerne opplever begrenset mulighet for deltakelse. Et annet eksempel er stivhet og smerter når de leker med barn og barnebarn, gjør husarbeid eller deltar i idrett. (Christiansen et al., 2012; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Nossum et al., 2018). En av deltakerne uttrykker: "Jeg er redd for å falle når jeg går ute om vinteren, og at jeg ikke skal klare å reise meg opp" (Christiansen et al., 2012, s. 5).

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet presenteres hovedfunn, resultatdiskusjon og metodiske betraktninger.

5.1 Hovedfunn

Våre hovedfunn viser at barrierer som kan påvirke deltakelse i aktivitet for voksne med sykelig overvekt sjelden ligger i selve aktiviteten, men som oftest i personen selv eller i omgivelsene. Blikk og kommentarer fra andre, redsel for å dumme seg ut, skam eller psykiske helseplager kan føre til personlige barrierer for å delta i aktivitet. Barrierer i omgivelsene kan bestå av fysiske barrierer i offentlige eller private rom. Sosiale barrierer kan være en ubalanse mellom hva de ønsker å gjøre og hva de er i stand til, eller sosial isolasjon. Samfunnsmessige- og kulturelle barrierer kan oppleves i arbeidslivet, eller i form av stigma og diskriminering. Aktivitetsbarrierer kan bestå av sosiale eller fysiske faktorer.

5.2 Resultatdiskusjon

Problemstillingen vi skal besvare er: «*Hvilke barrierer kan påvirke deltakelse i aktivitet for voksne med sykelig overvekt?*». Vi diskuterer våre funn gjennom et ergoterapeutisk perspektiv i lys av PEO-modellen av Law et al. (1996) og selvvalgt litteratur. Komponentene person, omgivelser og aktivitet i modellen påvirkes kontinuerlig av hverandre i en dynamisk prosess, og vil synliggjøre barrierene for aktivitet og deltakelse for voksne med sykelig

overvekt. Graden av overlapping sier oss noe om samspillet mellom de tre komponentene (Law et al., 1996).

Årsakene til sykelig overvekt kan være mange og komplekse, men det å være tynn fremstilles ofte i media som et ideal alle bør og kan oppnå. Media advarer mot fedme fra et estetisk synspunkt, hvor de appellerer til at tynne kropper er mer attraktive enn overvektige (Malterud & Ulriksen, 2010). Det virker som medias fremstilling skaper en forventning i samfunnet om hvordan mennesker skal se ut, og skaper en norm for hva som blir ansett som 'normalt'. Personer med sykelig overvekt kan føle at de ikke passer inn i denne normen, og at deres kropp er et avvik i forhold til denne fremstillingen (Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011). Media bruker ofte personer som fremstår som 'perfekte', og viser ikke mangfoldet av mennesker som finnes. For mange med sykelig overvekt kan kroppsidealet dermed føles uopnåelig. Det å ikke passe inn samfunnsnormen kan skape en barriere for deltakelse, fordi man føler seg annerledes og utenfor. Dette understøttes av Forhan et al. (2010) og Lewis et al. (2011) hvor de sier at de sykelige overvektige føler samfunnet uttrykker at de 'ikke skal være synlige'. Det kan samtidig ses en økning i negative holdninger mot kroppsvekt, som studien til Charlesworth og Banaji (2019) viser. Dette kan føre til at flere personer med sykelig overvekt føler seg ekskludert fra samfunnet. På dette området kan ergoterapeuter bidra med å myndiggjøre befolkningen og skape en inkluderende holdning (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017).

Kvinner uttrykker en større misnøye med egen kropp enn menn i våre valgte artikler. Årsaken kan skyldes et langvarig kroppsfokus av kvinner i media, selv om kropps fokuset nå har endret seg til å gjelde begge kjønn. Dette samsvarer med funn i artiklene til Christiansen et al. (2017), Lewis et al. (2011), Nossum et al. (2018) og Thomas et al. (2008) hvor de kvinnelige deltakerne sier de er misfornøyde med egen kropp. Personene med sykelig overvekt forteller at de føler skam og at de ikke er sosialt akseptert eller verdsatt, når de ikke kan kjøpe klær i vanlige klesbutikker. Kommentarer fra butikkansatte, klær i for små størrelser eller trange prøverom kan gjøre kleskjøp problematisk, og kan ha en negativ påvirkning av selvbilde, selvtillit og kroppsbylde, (Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossum et al., 2018; Thomas et al., 2008). Vi kan forstå dette som at kroppen til voksne med sykelig overvekt ikke passer inn i menneskeskapte omgivelser. Det å ikke passe inn i det samfunns skapte rom, kan føre til en barriere som sørger for at gruppen ikke føler de hører hjemme på lik linje som normalvektige. Holdningene de blir møtt med av butikkansatte kan styrke denne følelsen og de negative tankene de har om seg selv. Man kan tenke seg at dette kan føre til redusert sosial interaksjon og økt isolasjon, som igjen kan påvirke helsen negativt. Vi kan forstå dette som en personlig barriere for å delta i aktivitet. Det kan virke som

holdningene i samfunnet opprettholder stigma og diskriminering, og at det gis lite rom for å være utenfor normen. Likestillings- og diskrimineringsloven (2017) skal forhindre diskriminering og fremme like muligheter, noe som forutsetter tilrettelegging og tilgjengelighet. Loven skal også hindre trakassering via handlinger eller ytringer som krenker, er ydmykende eller nedverdiggende (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017). Våre funn tyder på at personer med sykkelig overvekt utsettes for diskriminering i hverdagslivet, som kan påvirke deres deltakelse i offentlige rom. Dette understøttes av studien til Bonsaksen et al. (2011), hvor mennesker med sykkelig overvekt kan erfare at fremmede har sterke meninger om deres kroppsstørrelse i form av stirring og ufine tilrop.

Mange i samfunnet bruker kollektivtransport hver dag for å komme seg til fritidsaktiviteter, skole eller jobb. Hvis personer med sykkelig overvekt blir forhindret eller unnlater å reise, uteblir også deltakelse i aktiviteter, som igjen kan påvirke både den psykiske og fysiske helsen. Det kan tenkes at få opplever barrierer i selve aktiviteten å reise med kollektivtransport, men at diskriminering og fysiske barrierer i omgivelsene kan bidra til økte personlige barrierer, som skam og følelsen av å ikke passe inn. Christiansen et al. (2017), Lewis et al. (2011) og Nossun et al. (2018) påpeker at størrelsen på fly-, buss- og bilsetene er for små og midtgangen så smal at deltakerne må gå på skrå. Deltakerne forteller også om nedlatende blikk, som forsterker deres følelse av skam og å ikke passe inn (Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossun et al., 2018). Funnene viser at reiser med offentlig transport er noe personene med sykkelig overvekt kan oppleve som utfordrende, og manglende tilrettelegging kan påvirke muligheten for deltakelse. Likestilling- og diskrimineringsloven (2017) skal bidra til å bygge ned samfunnsskapt barrierer og sørge for at offentlige og private virksomheter rettet mot allmennheten er universelt utformet. Kollektivtransport som ikke er universelt utformet kan skape en barriere i omgivelsene. Lid (2019) skriver at personer møter barrierer i bestemte situasjoner, og disse barrierene kan hemme den enkeltes muligheter til aktivitet og deltakelse.

Det å stå utenfor arbeidslivet kan påvirke økonomiske forhold og muligheten til å bidra i samfunnet, noe mange anser som meningsfullt. Reed (2005) beskriver hvordan aktivitet er verdifullt for å få, vedlikeholde eller utvikle nødvendige ferdigheter for å ivareta roller og økt tilfredshet. Funnene til Christiansen et al. (2012), Forhan et al. (2010), Lewis et al. (2011) og Thomas et al. (2008) viser at den sykelige overvekten kan være årsak til at flere ikke klarer å utføre arbeidet sitt, må slutte i arbeidet, blir oppsagt eller ikke får seg jobb. Vi kan forstå dette slik at den sykelige overvekten kan bli en personlig barriere som påvirker deltakelsen. Et annet relevant punkt i denne sammenhengen er at flere har en følelse av at arbeidsgivere mener de er mindre egnede til å utføre arbeidsoppgavene sine, og at det stilles mindre krav til

dem (Christiansen et al., 2012; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008). Artikkelen til Malterud og Ulriksen (2010) beskriver hvordan media fremstiller overvektige personer som late og mislykkede. Dette kan ha betydning for hvordan andre ser på personer med sykelig overvekt, og at for eksempel arbeidsgiver og arbeidskollegaer oppleves som en barriere i omgivelsene på grunn av sine holdninger og manglende inkludering. Mangel på tilrettelegging kan hindre voksne med sykelig overvekt i å delta i arbeid på like premisser som andre. Dette omtales i likestillings- og diskrimineringsloven (2017) hvor like rettigheter og muligheter forutsetter tilrettelegging og tilgjengelighet. Loven omtaler også direkte forskjellsbehandling hvor en person behandles dårligere enn andre i en tilsvarende situasjon (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017). Man kan tenke seg at det er flere årsaker til at personer med sykelig overvekt faller utenfor arbeidslivet. Stigma og nedlatende holdninger grunnet vekt, kan føre til at voksne med sykelig overvekt ikke ønsker å delta i aktiviteter på lik linje med andre for å unngå å bli 'sett ned på'. Det å være i et miljø hvor andre har en nedlatende holdning til personer med sykelig overvekt, kan påvirke helsen negativt.

I studiene til Christiansen et al. (2012), Christiansen et al. (2017), Forhan et al. (2010), Lewis et al. (2011) og Thomas et al. (2008) forteller personer med sykelig overvekt hvordan mangel på tilrettelegging i bygde omgivelser kan begrense muligheten for aktiviteter utenfor hjemmet. Omgivelsene kan derfor være en barriere for denne gruppen, da det offentlige rom ofte kan være tilpasset normalvektige. Barrierene kan i bestemte situasjoner hemme den enkeltes mulighet til deltakelse i aktivitet (Lid, 2019). Det å ikke kunne delta i aktiviteter grunnet manglende tilrettelegging kan føre til at gruppen føler seg mer stigmatisert, og at de ikke passer inn i samfunnsnormen. Offentlige og private virksomheter rettet mot allmennheten plikter ifølge likestillings- og diskrimineringsloven (2017) å være universelt utformet. Mangel på dette kan styrke opplevelsen av å være ekskludert fra samfunnet og være en barriere som påvirker muligheten for deltakelse. Dette samsvarer med funnene til Christiansen et al. (2017), Lewis et al. (2011), Nossun et al. (2018) og Thomas et al. (2008) hvor personene med sykelig overvekt kan føle seg avvist, ekskludert og isolert som et resultat av stigma i omgivelsene.

Media fremstiller ofte overvektige som personer med manglende selvkontroll, som spiser mat uten tanke på egen helse og som burde skamme seg (Malterud & Ulriksen, 2010). Flere har erfaringer med å bli sett på og motta kommentarer om vekten når de utfører aktiviteter i offentligheten (Christiansen et al., 2012; Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossun et al., 2018). Personer med sykelig overvekt kan føle seg dømt av andre ut ifra bildet media skaper av dem. Dette kan føre til stigma og bli en barriere i omgivelsene, som kan påvirke deltakelse. For eksempel vet de aldri på forhånd om de kan bli utsatt for stigma,

eller det at andre har en mening om hva de handler i butikken eller spiser på resaurant. Det kan derfor tenkes at noen velger bort aktiviteter, og at aktivitetsunngåelsen kan forstås som en måte å unngå andres blikk og kommentarer på. Det å ikke delta i aktiviteter kan føre til sosial isolasjon. Dette understøttes av Christiansen et al. (2012), Lewis et al. (2011) og Thomas et al. (2008) som beskriver hvordan sosial isolasjon og stigma hindrer personer med sykelig overvekt i å delta i sosiale aktiviteter. De forteller også hvordan stigmatisering kan påvirke det å bli kjent med nye mennesker (Lewis et al., 2011).

En annen barriere i omgivelsene kan komme av stigma fra nære relasjoner, som kan ha en forsterkende effekt på følelsen av å være ekskludert fra samfunnet. Det at venner og familie bekrefter stereotypiene om sykelig overvekt, kan føre til at det blir oppfattet som en sannhet og påvirke hvordan de ser på seg selv. Lewis et al. (2011) belyser hvordan stigma kan påvirke identitetsfølelsen, og at deltakerne ikke følger sine drømmer og ambisjoner på grunn av dette. Man kan tenke seg til at familie og venner som utsetter personer med sykelig overvekt for stigma, også kan ha følelser av skam og skjemmes over kroppene deres. Ydmykende og nedverdiggende kommentarer fra familie og venner kan være ment som motivasjon til vektnedgang, men kan oppleves som en bekreftelse på at de ikke er gode nok som de er. Hvis man ikke føler seg inkludert i samfunnet eller av sine nære relasjoner, kan dette være en barriere for å delta i aktivitet. Dette samsvarer med våre funn fra artiklene, hvor stigma fra nære relasjoner kan føre til en ekstrem følelse av ensomhet (Christiansen et al., 2012; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008).

Personer med sykelig overvekt kan oppleve barrierer forbundet med deltakelse i sosiale hverdagsaktiviteter. Aktiviteter som mange tar for gitt, for eksempel å gå på kino eller restaurant med venner, kan for mange av dem være utfordrende. I artiklene til Forhan et al. (2010) og Nossun et al. (2018) beskriver personene med sykelig overvekt at selv om de ikke er i stand til å gjøre alle aktivitetene de har lyst til, ser de verdien av å delta i hverdagsaktiviteter. Dette er fordi det gir dem følelsen av selvbestemmelse og å bli verdsatt av andre, samt bidrar til å vedlikeholde relasjoner (Forhan et al., 2010; Nossun et al., 2018). Dette kan forstås som et ønske om å kunne delta i flere aktiviteter, men at barrierer i omgivelsene og person begrenser denne muligheten. Det kan oppstå dilemma når man har lyst til å delta i en aktivitet, men velger å avstå på grunn av barrierer. Ved å avstå fra sosiale sammenhenger over lengre tid, kan det føre til at den med sykelig overvekt ekskluderer seg selv fra for eksempel vennegjengen. Deltakelse knyttes ifølge Bredland et al. (2011) til opplevelsen av å delta, føle seg inkludert og ha mulighet for autonomi. Deltakelse knyttes også til å gi positive resultater i form av bedre livskvalitet og økt velvære (Christiansen &

Baum, 2005). Det at man ikke føler seg i stand til å delta eller blir forhindret i å gjøre noe man har lyst til, kan føre til ufrivillig passivitet og dermed påvirke helsen negativt.

I artiklene til Christiansen et al. (2012), Forhan et al. (2010), Lewis et al. (2011) og Thomas et al. (2008) forteller personer med sykkelig overvekt at de har psykiske helseplager. De psykiske plagene i seg selv kan være en barriere for å delta i sosiale sammenhenger, samtidig kan sosial interaksjon og deltakelse påvirke helsen positivt. Dette understøttes av Christiansen og Baum (2005) som sier at deltakelse gir positive resultater i form av bedre livskvalitet og økt velvære. Mange med sykkelig overvekt forteller også at de er forhindret fra å delta i fysiske og sosiale aktiviteter på grunn av helseproblemer (Christiansen et al., 2012; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Nossun et al., 2018). Fysiske og sosiale aktiviteter utføres som regel sammen med en eller flere personer. Man kan tenke seg til at hvis de personlige fysiske forutsetningene er ulike, kan det føre til utfordringer i gjennomføringen av aktiviteten. Et eksempel på dette kan være på tur i marka, at personen med sykkelig overvekt går saktere eller trenger oftere pauser på grunn av pustebesvær eller smerter. Det kan tenkes at disse barrierene i person og aktivitet kan føre til aktivitetsunngåelse, fordi man ikke mestrer kravene til aktiviteten og ikke lever opp til egne og andres forventninger.

En gjentagende fysisk barriere som personene med sykkelig overvekt forteller om, er små sitteplasser, parkeringsplasser langt unna inngangspartier, mangel på heiser og trapper uten tilstrekkelig dybde i trinnene (Christiansen et al., 2012; Christiansen et al., 2017; Forhan et al., 2010; Lewis et al., 2011; Thomas et al., 2008). I lys av dette funnet kan det synes som omgivelsene er laget for gjennomsnittsmennesket. Hver gang den sykelige overvektige møter fysiske barrierer i omgivelsene, kan det oppleves som en påminnelse som forsterker følelsen av å ikke passe inn. Bredland, Vinge og Vik (2011) beskriver hvordan interaksjon med omgivelsene muliggjør eller hindrer deltakelse, som også knyttes til opplevelsen av å delta eller føle seg inkludert. På den ene siden kan man si at samfunnet bør være tilrettelagt for sykelige overvektige mennesker for å unngå diskriminering og utestengelse, slik at de ikke føler seg utenfor i offentlige rom, og at samfunnet generelt kan oppleves mer inkluderende. Det kan i tillegg føre til en økning i deltakelse for denne gruppen. På den andre siden kan enkelte mene at en slik tilrettelegging oppfattes som et signal fra samfunnet om at sykkelig overvekt er uproblematisk. Et annet mulig utfall kan være at det understøtter stigmatiseringen ytterligere og fører til et større skille mellom gjennomsnittsmennesket og de med sykkelig overvekt.

Et annet relevant punkt er at voksne med sykelig overvekt føler at andre konstant ser på dem og bedømmer kroppene deres, som forsterker følelsen av å ikke passe inn i sosiale sammenhenger (Christiansen et al., 2012; Christiansen et al., 2017; Lewis et al., 2011; Nossum et al., 2018). Hvis man føler det på denne måten kan det være vanskelig å tenke at noen ser på en av andre grunner. Ikke alle som ser på en voksen med sykelig overvekt har nødvendigvis negative tanker om utseendet til vedkommende. Hvis man tenker at andre alltid ser negativt på en selv, kan det føre til en personlig barriere, med tanke på å bli kjent med andre mennesker og skape nye relasjoner i sosiale sammenhenger. Som sykelig overvektig kan det tenkes at det er en beskyttelsesmekanisme for å holde fremmede mennesker på avstand, i frykt for å bli utsatt for ubehagelige blikk eller kommentarer.

Det er fortsatt manglende kunnskap om dette temaet, men økt bevissthet kan endre ergoterapeuters møte med mennesker med sykelig overvekt. Ved å øke kunnskap om barrierer som kan påvirke deltakelse, kan ergoterapeuter tilrettelegge og tilpasse aktiviteter for mennesker med sykelig overvekt. Det kan bidra til at gruppen blir mer inkludert og får økt mulighet til deltakelse i aktivitet.

5.3 Metodiske betraktninger

I søkeprosessen erfarte vi at *OR* ikke avgrenset søkene tilstrekkelig, derfor ble *AND* benyttet som en avgrensning for at mengden artikler skulle være håndterlig. Det kan også tenkes at vi ikke har benyttet tilstrekkelig med engelske søkeord, og en konsekvens av dette kan være at vi har gått glipp av relevante artikler. Halvparten av studiene hadde få deltakere, som kan ha begrenset mengden og mangfold av informasjon som kom frem i artiklene. I to av studiene hadde noen deltakere lavere KMI enn inkluderingskriteriene og en studie hadde deltakere under 18 år, til tross for avgrensning i søk. Dette har sannsynligvis ikke påvirket resultatet, da det ikke fremkom synlige forskjeller i studiene mellom voksne personer med sykelig overvekt og personer med fedme, eller på grunn av alder. For å belyse problemstillingen kunne vi ha benyttet andre teorier som for eksempel Model of Human Occupation (Kielhofner, 2015) eller Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (Townsend & Polatajko, 2007). Komponentene person, aktivitet og omgivelse kan også forstås gjennom disse teoriene, men vi valgte PEO-modellen (Law et al., 1996) fordi vi mente det dynamiske samspillet mellom komponentene ville synliggjøre hvor barrierene for deltakelse i aktivitet kunne oppstå.

6.0 Avslutning

Overvekt og fedme er en økende samfunnsutfordring det finnes lite forskning og kunnskap om fra et ergoterapeutisk perspektiv. Det er en økende tendens til negative holdninger mot overvekt, og alle i samfunnet blir påvirket av kroppsfokuset på en eller annen måte. Vi trenger derfor mer kunnskap for at ergoterapeuter skal kunne bidra i denne samfunnsutfordringen. Hensikten med denne oppgaven var å få kunnskap om hvilke barrierer som kan påvirke deltakelse i aktivitet for voksne med sykelig overvekt. Ut ifra våre funn er det som regel ikke i selve aktiviteten barrierene for deltakelse oppstår, men hos personen og i omgivelsene. Det ser ut til at mange av de personlige barrierene skapes gjennom interaksjon i de samfunnsmessige omgivelsene. Vi mener en ergoterapeutisk tilnærming, hvor man ser på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, kan gi en mer holistisk forståelse av barrierene. Dette kan påvirke deltakelse i aktivitet for denne gruppen. Det kan være vanskelig å endre holdningene i samfunnet, men økt kunnskap kan redusere stigma og diskriminering, og føre til økt deltakelse for mennesker med sykelig overvekt.

Litteraturliste

- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse, verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Birk, M. Aa. & Langdal, I. (2015). Centrale begreber inden for ergoterapi. I Brandt, Å., Madsen, A. J. & Peoples, H. (Red.), *Basisbog i ergoterapi*. (3. utg., s. 119-138). København: Munksgaard.
- Bonsaksen, T., Hustadnes, A. L., Axelsen, P. M. & Bjørnsborg, E. (2011). Lærer å mestre sykkelig fedme. *Sykepleien*, 99(2) 58-60 [10.4220/sykepleiens.2011.0031](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0031)
- Charlesworth, T. E. S. & Banaji, M. R. (2019). Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: I. Long-Term Change and Stability From 2007 to 2016. *Psychological Science*, 30(2) 174–192. <https://doi.org/10.1177/0956797618813087>
- Christiansen, B., Borge, L. & Fagermoen, M. S. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.17255>
- Christiansen, C. H. & Baum, C. M. (2005). Outcomes: The Results of interventions in Occupational Therapy Practice. I Christiansen, C. H. & Baum, C. M. (Red.), *Occupational Therapy. Performance, Participation and Well-Being*. (S. 522-540). Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Christiansen, W. S., Karlsen, T.-I., & Larsen, I. B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4195>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forhan, M. A., Law, M. C., Vrkljan, B. H., & Taylor, V. H. (2010). The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, volume 77 (4), 210-218. <https://search.proquest.com/docview/762445246/abstract/E8022E78459C43B6PQ/1?accountid=12870>
- Goffman, E. (2014). *Stigma: om avvigerens sociale identitet* (2.utg.). Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Hentet 29.03.2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. (Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten IS-1735). Hentet 05.03.19 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasional-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015, 9. september). *Sykkelig overvekt - Voksne*. Hentet 13.05.2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/sykkelig-overvekt/tilstander-for-sykkelig-overvekt/sykkelig-overvekt-voksne>
- Kielhofner, G. (2015). *MOHO, Modellen for menneskelig aktivitet* (2. utg.). København: Munksgaard.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Lewis, S., Thomas, S. L., Warwick Blood, R., Castle, D. J., Hyde, J. & Komesaroff, P.A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 73(9). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021>
- Lid, I. M. (2019). Funksjonshemning. I *Store norske leksikon*. Hentet 06.05.2019 fra <https://snl.no/funksjonshemning>
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51?q=diskrimineringsloven>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. og Ulriksen, K. (2010). "Norwegians fear fatness more than anything else" A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1) 47-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.022>
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2017). *Yrkesetiske Retningslinjer, Ergoterapeutenes profesjonsetikk*. Hentet 02.04.2019 fra <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/>
- Nossum, R., Johansen, A.-E. & Kjekken, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2). <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1279211>

- Reed, K. L. (2005). An Annotated history of the Concepts Used in Occupational Therapy. I Christiansen, C. H. & Baum, C. M. (Red.), *Occupational Therapy. Performance, Participation and Well-Being*. (s. 567-626). Thorofare NJ: Slack Incorporated.
- Statistisk sentralbyrå. (2016a). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. Hentet 09.05.2019 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar>
- Statistisk sentralbyrå. (2016b). Helseforhold, levekårsundersøkelsen. *06181: Levevaner (prosent), etter symptom, kjønn, alder, statistikkvariabel og år*. Hentet 24.04.2019 fra <http://www.ssb.no/statbank/sq/10021936/>
- Støren, I. (2010). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D. & Komesaroff, P. A. (2008). Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations. An International Journal of Public Participation In Health Care and Health Policy*, 11(4). <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x>
- Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, wellbeing, & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Ulset E., Undheim R. & Malterud K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 127: 34-7 <https://tidsskriftet.no/2007/01/tema-sykelig-overvekt/er-fedmeepidemien-kommet-til-norge>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Geneva: World Health Organization; 2000. WHO Technical Report Series nr. 894. Hentet 24.04.2019 fra https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva. Hentet 10.05.2019 fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2019). Obesity: Data and statistics. Hentet 10.05.2019 fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

Östman, J., Britton, M. & Jonsson, E. (2004). *Treating and preventing obesity: an evidence based review*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co.

Vedlegg 1: PICO skjema.

<p>Skriv inn spørsmålet ditt her. Husk å være så presis i formuleringen som du kan klare.</p> <p>Sett spørsmålet ditt inn i PICO:</p>	<p><i>Hvilke barrierer kan påvirke deltakelse i aktivitet for voksne med sykkelig overvekt?</i></p>	
P: Pasient/problem	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Voksne med sykkelig overvekt
I: Intervensjon	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Barrierer, erfaringer,
C: Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (For eksempel dagens praksis)?	Normalvektige
O: Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Påvirker deltakelse i aktivitet

Hva slags kjernespmåler er dette?		Hvilke databaser vil du søke i? (Ranger i prioritert rekkefølge)
	Prevalens (Hvor mange...)	1 Oria
	Diagnose (Hvordan kan man avgjøre om noe...)	2 OT-seeker
	Prognose (Hvordan går det med...)	3 Cochranelibrary
	Etiologi, årsak (Hvorfor får noen...)	4 PubMed
	Effekt av tiltak (Virker...)	5 Swemed+
x	(Pasient)erfaringer (Hvordan oppleves det å...)	6 Google Scholar

Hvilke trunkeringer gjelder i disse databasene?	«rundt flere ord», * eller _ for å erstatte tegn
--	--

I kolonnen nedenfor setter du inn de engelske termene for PICO-en din. Husk å supplere med synonymer etter hvert som du blir mer kjent med den engelske terminologien. Dette gjør du før du skal gjennomføre søket ditt.

P Person/pasient/ problem	I Intervensjon/ eksponering	C Ev. sammenligning	O Utfall
<i>Obese Obesity "Severe obesity" "Morbidly obese" Fat Overweight Bmi "Body mass index"</i>	<i>Barriers Stigma "Quality of life"</i>	<i>"Normal weight"</i>	<i>Activity Occupation "Activities of daily living" Participation</i>

Eventuelle andre kommentarer som kan være nyttige å opplyse om:

OR

*Obese OR obesity OR "severe obesity" OR "morbidly obese" OR fat OR overweight OR bmi
OR "body mass index"*

Activity OR occupation OR "activities of daily living" OR participation

Stigma OR barriers OR "quality of life"

Søkene som ble gjennomført med *OR* resulterte i for mange treff til at det var aktuelt å vurdere artikler selv med ulike avgrensninger.

AND

Ved å søke med *Obese, obesity, "severe obesity", "morbidly obese", fat, overweight, BMI* eller *"body mass index"*, i kombinasjon med *AND* og andre søkeord, fikk vi avgrenset søket nok til at det ble aktuelt å vurdere artiklene.

Vedlegg 2: Utvalgte artikler.

Forfattere, år, land, tidsskrift	Björg Christiansen, Lisbet Borge og May Solveig Fagermoen (2012). Norway. Int J. Qualitative Stud Health Well-being. 7: 17255	Samantha L. Thomas, Jim Hyde, Asuntha Karunaratne, Dilinie Herbert og Paul A. Komesaroff (2008). Australia. Health Expectations. 11, 321-330.	Sophie Lewis, Samantha L. Thomas, R. Warwick Blood, David J. Castle, Jim Hyde og Paul A. Komesaroff (2011). Australia. Social Science & Medicine 73, 1349-1356	Mary A. Forhan, Mary C. Law, Brenda H. Vrkljan og Valerie H. Taylor (2010). Canada. Canadian Journal of Occupational Therapy. 77, 210-218.	Randi Nossum, Ann-Elin Johansen og Ingvild Kjekken (2018). Norway. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Vol 25:2, 136-144	Wenche Skeivoll Christiansen, Tor-Ivar Karlsen og Inger Beate Larsen (2017). Norge. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2.
Tittel	Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image	Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia	How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study.	The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity	Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity	Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt
Hensikt	Finne mere informasjon grunnet lite forskning på feltet. Få mer kunnskap om spisevaner, kroppsbilde og motivasjon for endring.	Studien har til formål å utvikle et bilde av både erfaringer av fedme og virkningen av sosio-kulturelle faktorer angående fedme.	Studien fremmer kunnskap om vektbasert stigma ved å dokumentere hvordan voksne med sykkelig overvekt beskrev de forskjellige typer stigma de møtte, hvordan de reagerte på det, og hvordan ulike typer stigma påvirker	Beskrive "levd" erfaring av voksne personer med fedme og hvordan dette påvirker deltakelse i hverdagsaktiviteter	Utforske aktivitetsutfordringer og barrierer for personer med fedme fra et ergoterapeutisk perspektiv	Hensikten med studien er å vise hvordan mennesker med sykkelig overvekt kan oppleve stigma.

			helse og sosial velvære.			
Metode	Kvalitativ, kvalitative intervjuer for å få innsikt i levd liv fra brukernes perspektiv	Kvalitativ metode, semistrukturerte dybdeintervju	Kvalitativ, semistrukturert intervju	Deskriptiv fenomenologi (hvordan det fremtrer fra et førstepersonsperspektiv), Intervju	Kvalitativ, semistrukturert intervju med utgangspunkt i COPM.	Fenomenologisk-hermeneutisk metode. Fenomenologisk: fokuset rettes mot levd erfaring. Hermeneutisk: den levde erfaringen tolkes i lys av tidl. forskning og teoretiske perspektiver.
Deltakere	11 deltakere, alder 26-56. Alle deltakere har stått på venteliste for bariatrisk kirurgi og deltatt i "patient education resource centre" som er obligatorisk for de som skal gjennomgå bariatrisk kirurgi	76 deltakere, alder 16-72. Står ikke hvor mange av hver alder, men gjennomsnittsalder er 47 år.	141 australske voksne med sykkelig overvekt, alder 19-75 år. Gjennomsnittsalder 44,8.	10 deltakere, alder 30-60, BMI klasse 3	63 deltakere (hovedvekt kvinner), alder 18-60 gjennomsnittsalder 42, BMI 35+ (med følgesykdom), eller BMI 40+	6 deltakere, 3 kvinner og 3 menn, plukket ut fra en kvantitativ undersøkelse med 139 deltakere. (Det står ikke noe om alder i denne, men vi tok kontakt med forfatterne, og fikk svar om at utvalget bestod av voksne personer.)

Hovedfunn	Delt inn i fem tema med flere ulike undertema. 1 Å bli oppfattet som overvektig 2 Å se seg selv om overvektig 3 Inngrodde vaner, kampen mellom viten og det å gjøre 4 Inngrodde vaner, å gjøre uten å vite 5 Inngrodde vaner, å spise som trøst	4 konklusjoner: 1. opplevelsen av fedme er ulik, men har felles tema 2. folk som lever med fedme har hørt helserådene, men de er vanskelig å håndtere 3. tiltak bør skreddersys for å møte individuelle og samfunnsbehov 4. vi må revurdere hvordan vi skal nærme oss fedmeintervensjoner for å sikre at vi unngår å rekapitulere skadelige sosiale stereotyper og forverre sosiale ulikheter	- Stigma påvirker helse og sosial velvære - Stigma skaper barrierer for deltakelse - Stigma oppfattes som selvforskyldt - Unngår stigmatiserende situasjoner - Tenker på fedmeproblemet	Tre hovedtema med to undertema. 1 utfordringer knyttet til deltakelse i hverdagsaktiviteter -Valg relatert til aktivitet -Hvilken verdi har aktiviteten 2 Barrierer -Fysiske omgivelser -Holdninger 3 Strategier for deltakelse i hverdagsaktiviteter -Støtte -Forsøke å holde ut, tross hindringer	Delt inn i to hovedkategorier, 1 Aktivitetsutfordringer - Egenomsorg -produktivitet -fritid 2 Aktivitetsbarrierer -Leke med barn/barnebarn -Mat -Kjøpe klær -Svømmehall	Alvorlig overvekt er et sammensatt problem. To forhold som medvirker til stigma: fysiske rom (omgivelser) og fordommer fra helsepersonell.
Begrensninger	Få deltakere i studien. Kun 25% av de inviterte deltok.	Man kunne selv melde seg til denne studien, hvilket kan bety at de påmeldte kunne ha flere negative eller	Ikke opplyst	Studien gir ikke innblikk i betydningene av aktivitetene for deltakerne. Deltakerne bestod	Mangel lydopptak av intervju: Detaljer og nyanser kunne ha gått tapt fra intervjuene da det ikke var samme	Begrenset antall deltakere derfor er ikke funnene representative for alle mennesker med alvorlig

		<p>ekstreme erfaringer enn de som ikke valgte å delta. Det var en hovedvekt av kvinner som deltok. Det ble søkt etter personer som hadde levd med sykkelig overvekt i mange år, det kan forklare den litt høye gjennomsnittsalderen.</p>		<p>av voksne som hadde søkt behandling, som betyr at studien viser erfaringene til personer med sykkelig overvekt som hadde bestemt seg for å endre livsstil, da den hadde hatt en negativ påvirkning på helsen deres.</p>	<p>ergoterapeut som intervjuet deltakerne. Intervjustilen kunne ha påvirket innholdet og antall svar. Høyde var selvrapportert, hvilket kan ha påvirket BMI. Alle deltakerne var norske og henvist til behandling. Majoriteten av deltakere var kvinner. Det kan bety at studien ikke er representativ for voksne med sykkelig overvekt generelt.</p>	<p>fedme. Deltakerne ble bedt om å fortelle om stigmatisering, derfor uteble gode erfaringer fra studien. Kan kritiseres for å ha lagt begrepet "stigmatisering" i munnen på deltakerne, at det kunne vært beskrevet på en annen måte av deltakerne.</p>
--	--	--	--	--	---	--