

Kristine Ranæs

"Det er berre tungt å vere tung"

Unge vaksne sine erfaringar rundt psykisk helse og fedme

Masteroppgåve i psykisk helsearbeid
Rettleiar: Ingrid Sørdal Følling
Medretteiar: Elisabeth Valmyr Bania
Mai 2022

Kristine Ranæs

"Det er berre tungt å vere tung"

Unge vaksne sine erfaringar rundt psykisk helse og fedme

Masteroppgåve i psykisk helsearbeid
Rettleiar: Ingrid Sjørdal Følling
Medrettleiar: Elisabeth Valmyr Bania
Mai 2022

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

SAMANDRAG

Bakgrunn: Psykiske lidingar og fedme er blant dei største folkehelseutfordringane vi står overfor i dag. Spesielt unge vaksne opplever psykiske lidingar og fedme. Det er behov for meir kunnskap og innsikt i desse komplekse helsetilstandane som påverkar unge vaksne sine liv på mange måtar, og for å tilby hensiktsmessige helsetenester og støtte.

Hensikt og problemstilling: Målet med studien er å få meir innsikt og kunnskap om korleis unge vaksne opplever komplekse helsetilstandar som psykisk helse og fedme. Problemstillinga til denne studien er: «Kva for erfaringar har unge vaksne med fedme relatert til psykisk helse og sin fedmesjukdom?»

Metode: Dette er ein kvalitativ studie som baserar seg på fem individuelle semi-strukturerte dybdeintervju. Unge vaksne i alderen 19-32 år deltok i studien. Datamaterialet vart analysert gjennom systematisk tekstkondensering. Studien baserar seg på ei fenomenologisk hermeneutisk tilnærming der informanten sine subjektive erfaringar er i fokus.

Resultat: Dei fem hovudtemaene er følgande:

- 1) Tankar kring eigen kropp: Informantane beskriv korleis fedme kan forårsake både fysiske og psykiske helseutfordringar, og korleis dei opplever press i samband med kropp og utsjånad. Dei viser til arv og miljø i forbindelse med fedme, og korleis dei opplever vektrelaterte helsetiltak.
- 2) Psykisk helsetilstand: Informantane reflekterer over arv og miljø knytt til psykisk helse. Vidare beskriv dei korleis ulike faktorar kan ha effekt på deira psykiske helse, som stress, sjølvbilde og sjølvtilitt, og kva for tankar dei har kring psykiske helseproblem i samband med fedme.
- 3) Sosialt og deltaking: Informantane fortel kva dei liker å gjere i fritida si, og vidare beskriv dei opplevinga av sosiale hindringar, stigma og fordømmar i samfunnet som følge av fedmen.
- 4) Mobbing og belastningar i barndommen: Refleksjonar kring barndomsopplevingar som mobbing og sosial ekskludering, og tankar kring familiemiljøet i samband med fedme og psykiske helseutfordringar i dag.
- 5) Søvn og matvanar: Informantane beskriv deira matvanar og utfordringar knytt til søvn og døgnrytme, og korleis dette påverkar fedmen og den psykiske helsa.

Oppsummering: Informantane i studien beskriv at psykisk helse og fedme påverkar kvarandre i stor grad. Dei unge vaksne formidlar ein kompleksitet i deira tilværeelse med biologiske, psykologiske og sosiale utfordringar, noko som viser nødvendigheita av ei heilskapleg tilnærming frå helsevesenet.

ABSTRACT

Background: Mental health problems and obesity are some of the greatest public health challenges in today's society. Particularly young adults are experiencing mental health problems and obesity. There is a need for more knowledge and insight within these complex health conditions which affect young people's lives in many ways, and to be able to offer appropriate health services and support.

Aim and research question: The aim of this study is to generate more knowledge about young adults and their experiences of complex health conditions concerning mental health and obesity. The research question for this study is: "*What kind of experiences do young adults with obesity have related to mental health and their obesity disease?*"

Method: This is a qualitative study based on five individual semi-structured research interviews. Young adults aged 19-32 years participated in the study. The data material was analyzed by using a systematic text condensation. The study is based on a phenomenological hermeneutic approach, where the subjective experiences of the participants are in focus.

Results: The five main themes were as follows:

- 1) Thoughts about one's body: The participants describe how obesity can cause physical and mental health problems, and how they experience pressure about their bodies and looks. They referred to heritage and environment in connection with obesity, and experiences with measures regarding weight.
- 2) Mental health condition: The participants reflect about heritage and environment in relation to their mental health status. Furthermore, they explain what affects their mental health status, such as stress, self-image and self-esteem, and the thoughts they have about mental health problems in relation to obesity.
- 3) Social life and participation: Describing what they prefer to do in their spare time, and how they experience social barriers, stigmatization, and prejudice because of obesity in the society.
- 4) Bullying and burdens in childhood: Reflections about childhood experiences such as bullying and social exclusion, and thoughts about family environment in relation to obesity and mental health problems today.
- 5) Sleep and eating habits: The participants describe their eating habits and challenges in relation to sleep and circadian rhythm, and how it affects obesity and mental health.

Summary: The participants in this study describe that mental health and obesity affect each other to a great extent. Young adults convey complexity in their struggles such as biological, psychological and social challenges, which indicates the need of a holistic approach from the health care system.

FORORD

Som fysioterapeut sit eg med opplevinga av at fysioterapiutdanninga og det kliniske arbeidet i stor grad dreier seg om somatiske helseplager, og vier mindre merksemd til psykologiske aspekt ved ulike sjukdomsbilde. Etter nokon år som fysioterapeut i praksis fekk eg lyst til å sjå nærmare på psykologiske faktorar i samspel med det biomedisinske. Det å gjennomføre eit masterstudie i psykisk helse har vore svært givande og lærerikt i den samanheng. Denne oppgåva handlar om psykisk helse relatert til fedme, og fordjupinga i denne tematikken har gitt meg mykje ny kunnskap og forståing for samspelet mellom fysisk og psykisk helse.

Mange fortener ein takk i arbeidet med denne masteroppgåva. Først og fremst vil eg takke dei som stilte opp til intervju og opna seg opp om sine personlege tankar, refleksjonar og opplevingar. Utan dei hadde ikkje oppgåva blitt like interessant og spennande å jobbe med. Eg sit igjen med stor respekt for dei som lever med utfordringar knytt til psykisk helse og fedme.

Takk til rettleiar Ingrid Sørdal Følling og medrettleiar Elisabeth Valmyr Bania for konstruktive tilbakemeldingar og tips undervegs. Det har vore verdifull drahjelp i situasjonar der eg stod fast. Eg vil også takke dei ansatte på behandlingssklinikken for engasjementet i rekrutteringsarbeidet og for å stille lokalet disponibelt til gjennomføring av intervju.

Takk til arbeidsplassen min i Melhus kommune, med leiar Heidi Dahlen Moen, for fleksibilitet på jobb slik at eg kunne utføre arbeidet med masteren og tilpasse jobben min deretter. Eg set også pris på interesse og spørsmål frå kollegaene mine undervegs i arbeidet, der eg har fått glede av å engasjere meg i vidareformidling av kunnskap frå studien.

Vidare vil eg takke min tålmodige sambuar Ole Magnus Losen, som har trekt seg ut av huset på dagtid og kveldstid for å bidra til skriverser for studenten. Hans oppmuntringar, interesse for arbeidet og tru på gjennomføringsevna mi har betydd mykje. Og sist, men ikkje minst, takk til venner og familie for gode råd til strukturering av masterforløpet, innspel på språket og gjennomlesing.

No ved slutten av masterprosessen er eg glad og letta over å ha fullført arbeidet. Eg vil ta med meg all kunnskapen vidare i mitt kliniske virke som fysioterapeut. Sett i retrospekt er eg glad eg prioriterte mi eiga psykiske og fysiske helse i masterprosessen - med denne tematikken friskt i minne heile vegen - og tok meg tida til trim, matpausar, telefonavbrekk med bessmor og andre positive innslag for ikkje å drukne i oppgåveskriving, og risikere å møte den berykta veggen.

PS: Eg har valt å bruke noko samnorsk i oppgåva, som blant anna velkjente ord som *overspising* og *spisevanar*, da eg synes språket flyt betre med desse kjente begrepa.

Kristine Ranæs
Kvål, 8. mai 2022

Innhald

1. INTRODUKSJON	1
1.1 BEGREPSAVKLARINGAR	1
1.2 PSYKISK HELSE OG FEDME I EIT SAMFUNNSPERSPEKTIV	2
1.3 BAKGRUNN FOR VAL AV PROBLEMSTILLING	5
1.4 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	5
1.5 TEORETISK PERSPEKTIV: DEN BIOPSYKOSOSIALE MODELLEN	5
2. KUNNSKAPSGRUNNLAG OG TIDLEGARE FORSKING	7
2.1 FAKTORAR SOM MEDVERKAR TIL PSYKISKE LIDINGAR OG FØLGANDE KONSEKVEN SAR	7
2.2 SOSIALE MEDIA OG SØVNVANSKAR I SAMBAND MED PSYKISK HELSE	8
2.3 RISIKOFAKTORAR OG KONSEKVEN SAR AV FEDME	9
2.4 STIGMA OG FORDOMMAR MOT MENNESKE SOM HAR FEDME	10
2.5 FEDME SOM EIT KVARDAGSLEG PROBLEM OG EIN LIVSLANG KAMP	10
3. METODE	12
3.1 KORT OM VITENSKAPSTEORI	12
<i>Fenomenologi</i>	12
3.2 KVALITATIVE METODAR	13
<i>Semistrukturerte intervju</i>	14
3.3 UTVAL OG REKRUTTERING	14
<i>Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	14
<i>Informasjon om utvalet</i>	14
<i>Rekruttering</i>	15
3.4 DATAINNSAMLING	15
<i>Intervjuprosessen</i>	15
<i>Transkribering</i>	16
<i>Forskingsetiske vurderingar</i>	16
3.5 ANALYSE	17
<i>Trinn 1: Helhetsinntrykk og foreløpige tema</i>	17
<i>Trinn 2: Meiningsberande enheter og koding</i>	17
<i>Trinn 3: Kodegrupper</i>	18
<i>Trinn 4: Samanfating og utvikling av hovudtema</i>	18
3.6 ROLLA SOM FORSKAR	18
3.7 METODEDISKUSJON	19
3.8 STYRKER OG SVAKHEITER MED STUDIEN	19
3.9 LITTERATURSØK	20
4. RESULTAT	21
4.1 TANKAR KRING EIGEN KROPP	21
<i>Fysiske helseplager som følge av fedme</i>	21
<i>Kroppspress, kompleks og vanskar med utsjånaden</i>	22
<i>Arv og miljø i samband med fedme</i>	23
<i>Tiltak kring vekt</i>	23
4.2 PSYKISK HELSETILSTAND	25
<i>Arv og miljø i samband med psykisk helse</i>	25
<i>Stress, sjølvtilitt og sosiale media</i>	25
<i>Faktorar som påverkar den psykiske helsa</i>	26
<i>Psykisk helse og fedme i samanheng</i>	27
<i>Hjelp til psykiske helseplager</i>	28
4.3 SOSIALT OG DELTAKING	28
<i>Fritid og interesser</i>	28
<i>Sosiale hindringar grunna fedmen</i>	29
<i>Stigmatisering og fordommar kring fedme</i>	30
4.4 MOBBING OG BELASTNINGAR I BARNDOMMEN	30

<i>Mobbing og sosial ekskludering</i>	30
<i>Familjære belastninger i oppveksten</i>	31
4.5 SØVN OG MATVANAR	32
<i>Kosthold og trøstespising</i>	32
<i>Utfordringer med søvn og døgnrytme</i>	32
5. DISKUSJON	34
5.1 DET ER BERRE SLITSAMT Å VERE STOR OG TUNG	34
5.2 MENTALT SLÅTT NED	36
5.3 SPIRALEN UTE AV KONTROLL	38
6. OPPSUMMERING OG VIDARE IMPLIKASJONAR	42
LITTERATURLISTE	43
VEDLEGG	49

*«Ja, eg har litt ekstra kilo ...
Men eg har enda fleire ekstra kilo på personlegheit.»
(Informant)*

1. Introduksjon

Målet med denne studien er å belyse kva for erfaringar unge vaksne i aldersspannet 18 til 32 år har rundt psykisk helse og fedme. Studien kan vere eit bidrag til betre innsikt og forståing rundt tilværelsen til unge vaksne med fedme, og kan forhåpentlegvis vere eit tilskudd i utforminga av hensiktsmessige tilnærmingar for denne pasientgruppa. Stadig fleire unge slit med fedme og psykiske lidningar (Folkehelseinstituttet, 2018a; Røgeberg, 2019), noko som gjer det interessant å utforske fenomenet på eit djupare nivå i denne studien, med ei kvalitativ tilnærming (Malterud, 2017). I mitt virke som fysioterapeut er både psykisk helse og fedme tematikk som stadig går igjen og som kan vere utfordrande å finne løysingar på. Det er av stor interesse å få høyre erfaringane til dei som kjenner kor skoen trykker.

1.1 Begrepsavklaringar

Psykisk helse er eit overordna begrep som rommar alt frå god psykisk helse og livskvalitet til psykiske lidningar (Folkehelseinstituttet, 2018b). God psykisk helse kan beskrivast som ein tilstand der mennesket kan realisere egne evner, takle normale påkjenningar som følger med livet, arbeide produktivt og vere i stand til å gi eit bidrag til fellesskapet (WHO, 2018). *Livskvalitet* er ein opplevd følelse av å ha ei god helse og eit godt liv, samt tilfredsstillande materielle levekår, fellesskapsfølelse, arbeid og fritid (Nes, 2019; Meyer & Vollrath, 2017).

Psykiske vanskar (plager) beskrivast som lettare former for psykiske utfordringar som ikkje har diagnosekriteriene oppfylt og ikkje karakteriserast som sjukdom (Røgeberg, 2019; Krokstad & Knudtsen, 2011). *Psykiske lidningar* omfattar ei rekke ulike tilstandar som påverkar og forstyrrar tankar, følelsar, åtferd og/eller sosialt funksjonsnivå i ulik alvorlegheitsgrad, og reknast som ein sjukdom (Tesli et al., 2021; Folkehelseinstituttet, 2018b). Alle som har psykiske lidningar vil med andre ord også ha psykiske vanskar, men ikkje alle med psykiske vanskar har, eller vil få, psykiske lidningar (Røgeberg, 2019). I min studie blir begrepa psykiske vanskar og lidningar brukt litt om ein anna av informantane, da dei går litt over i kvarandre, og alle informantane rapporterer om både påviste psykiske lidningar og lettare former for psykiske vanskar.

Dei tre begrepa sjølvtilitt, sjølvfølelse og sjølvbilde kan i følge Dyregrov (2019) beskrivast på følgande vis: *Sjølvtilitt* er å ha trua på egne prestasjonar og evne til å meistre oppgåver på ulike arenaer, eksempelvis på arbeid og i sosiale lag. *Sjølvfølelse* er å akseptere seg sjølv og kjenne sin grunnleggande verdi, til tross for dårlege prestasjonar. *Sjølvbilde* omhandlar det mentale bildet vi har av oss sjølv og korleis vi trur andre oppfattar oss (Dyregrov, 2019). To andre følelsar som omtalast i denne studien er skyld og skam. Rygh (2017) beskriv at *skam* oppstår dersom mennesket bryt med samfunnet sine eller egne forventningar og ideal. Skam medfører ein følelse av å bli avslørt og sett for den ein «verkeleg er». Vidare beskriv Rygh (2017) at *skyld* er ein følelse av å bryte med seg sjølv.

Fedme er ein kompleks, kronisk sjukdom der unormalt eller overflødig kroppsfeitt svekker helsa og livskvaliteten (WHO, 2021). *BMI (Body Mass Index)*, eller KMI (kropps masseindeks), blir ofte nytta som eit mål innan fedmeindustrien, gjerne saman med midjemål (Grønning et al., 2013; WHO, 2022). I denne studien har eg valt å benytte forkortinga «BMI», da dette er meir kjent i daglegtalet enn «KMI». BMI fungerer best som eit mål på populasjonsnivå og ikkje individnivå, da det kan vere misvisande i enkelte tilfelle (WHO, 2021; Meyer & Vollrath, 2017). Høg BMI treng ikkje bety dårleg helse, og muskulære eller låge personar kan bli definert som overvektige på BMI-skalaen sjølv om dei har normal mengde feitt på kroppen (Grønning et al., 2013; Meyer & Vollrath, 2017). BMI definerast som vekt i kilogram delt på høgda i meter opphøgd i andre (kg/m^2) (WHO, 2021). Forhøga BMI er ein risikoinikator for enkelte sjukdommar, og for vaksne over 20 år gjeld følgande verdiar for BMI-score (WHO, 2022):

- BMI under $18,5 \text{ kg/m}^2$ indikerer undervekt.
- BMI mellom $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ indikerer normalvekt.
- BMI mellom $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ indikerer overvekt.
- BMI mellom $30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$ indikerer fedme grad 1.
- BMI mellom $35 - 39,9 \text{ kg/m}^2$ indikerer fedme grad 2.
- BMI over 40 kg/m^2 indikerer fedme grad 3.

1.2 Psykisk helse og fedme i eit samfunnsperspektiv

I løpet av eitt år vil éin av fem vaksne (16-22 prosent) oppleve å få ei psykisk lidning. Psykiske lidningar er den klart største årsaka til tap av helse blant unge og vaksne i arbeidsfør alder (Folkehelseinstituttet, 2018a). Psykiske lidningar kan ramme i alle aldrar, men førekomsten er størst blant unge vaksne, og lidningane debuterer ofte før fylte 30 år (Tesli et al., 2021; Røgeberg, 2019, Folkehelseinstituttet, 2018a). Dei vanlegaste formane for psykiske lidningar er angst, depresjon og rusmisbruk (Folkehelseinstituttet, 2018b). I Norge vil éin av tre oppleve ei angstlidning i løpet av livet, og éin av fire vil oppleve ein depresjon eller ei anna stemningslidning. Truleg er det også store mørketal (Folkehelseinstituttet, 2018a). Psykiske lidningar var hovuddiagnosen hos éin av tre som fekk innvilga uføretrygd i 2014, og personar som blir uføre på grunn av psykiske lidningar er i gjennomsnitt yngre enn dei som får uføretrygd av andre diagnoser. I tillegg aukar psykiske lidningar risikoen for å bli uføretrygda av andre årsaker (Folkehelseinstituttet, 2018a). Blant unge vaksne (25-29 år) har andelen med innvilga uføretrygd meir enn dobla seg dei siste ti åra, hovudsakleg grunna psykiske lidningar (Røgeberg, 2019).

Den psykiske helsa vår blir påverka av ei rekke sosioøkonomiske, biologiske og miljømessige faktorar i eit livsløp (WHO, 2018). God psykisk helse skapast der folk lever liva sine, til dømes på skular, jobb, i familiar, nære relasjonar og lokalmiljø, forklarar Tesli et al. (2021). Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet blir skapt allereie i barndommen. Ved å gi barn og ungdom trygge lokalmiljø, der dei opplever meistring, inkludering og engasjement, vil dette vere med på å bygge ei vaksen befolkning med ei god psykisk helse. Viss derimot barn opplever utanforskap, einsemd og diskriminering, vil dette vere risikofaktorar for å utvikle psykiske helseutfordringar seinare i livet (Tesli et al., 2021).

Fedmeepidemien er eit av dei største helseproblema vi står ovanfor i dag. På verdensbasis er 650 millionar menneske ramma av fedme, og førekomsten har nesten tredobla seg sidan 1975 (WHO, 2021). Majoriteten av verdas befolkning bur i land der overvekt og fedme tar fleire liv enn det undervekt gjer, opplyser WHO (2021). Tal frå HUNT-studien viste ei sterk auking av fedme og diabetes i den norske befolkninga frå 1980-talet til midten av 2000-talet, der menn har størst auking i BMI og kvinner har størst auking i midjemål (Krokstad et al., 2013). I dag har fleirtalet av den vaksne befolkninga i Norge overvekt eller fedme, og så få som 25 % av menn og 40 % av kvinner er normalvektige (Folkehelseinstituttet, 2018a). Den største vektaukinga skjer i aldersgruppa unge vaksne, og menneske født etter 1970 har betydeleg høgare BMI i ung vaksen alder enn tidlegare. Fedme i ung vaksen alder aukar risikoen for å måtte leve med ein livslang fedmetilstand (Brandkvist et al., 2019; Midthjell et al., 2013). Blant unge i alderen 18-20 år hadde 21 % av kvinner og 28 % av menn overvekt eller fedme i tidsrommet 2012-2013 (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Årsakane til fedmeepidemien er samansett. Vi lever i eit fedmefremmande samfunn der mange opplever det som utfordrande å ete sunt og vere fysisk aktive (Folkehelseinstituttet, 2018a). Den grunnleggande årsaka til fedme er ubalansen som oppstår mellom energiinntak og energiforbruk (WHO, 2021). I tillegg er fedme eit resultat av eit komplekst samspel mellom genetiske, epigenetiske, metabolske, åtferdsmessige og miljømessige faktorar, der sistnemnte ser ut til å vere ledande årsak til fedmeveksten dei siste tiåra (Farrell et al., 2021; Rohde et al., 2019). Eksponeering for antibiotika som spedbarn, særleg i tidsrommet frå fødsel til 6 månader, kan vere ein årsak til auka BMI og fedme seinare i livet (Trasande et al., 2013). I tillegg kan tarmmikrobiota hos spedbarn vere ein indikator på fedmerisiko og forhøga BMI i vaksen alder (Korpela et al., 2017).

Fedme medfører auka risiko for sjukdommar som diabetes type 2, kardiovaskulære sjukdommar, galleblæresjukdom, feittlever, fleire former for kreft og søvnapné (Abdullah et al., 2010; Poirier et al., 2006; Aune et al., 2015; Longo et al., 2019; Wolin et al., 2010; Meyer & Vollrath, 2017). Mange typar muskel- og skjelettsjukdommar, til dømes artrose i hofte og kne, heng tett saman med fysisk inaktivitet og fedme (Folkehelseinstituttet, 2018a; Meyer & Vollrath, 2017). Fedme aukar også risikoen for langsiktige medisinske komplikasjonar, reduserer livslengda og skapar store helsekostnadar (Wharton et al., 2020; Bjørnelv et al., 2021). BMI er ein indikator på dødelegheit i befolkninga, og forhøga BMI-verdi reduserer livslengda på grunn av ei rekke følgesjukdommar, oppgir Buxton & Snethen (2013).

Ein høg BMI aukar risikoen for å ei rekke psykiske helseutfordringar (Emmer et al., 2020; McCrea et al., 2012). Menneske som har fedme har auka risiko for til dømes angstlidingar, depresjon og andre stemningslidingar, panikkilidingar og fobiar, spiseforstyrningar og ADHD (Husky et al., 2018; Avila et al., 2015; Petry et al., 2008). Fedme kan medføre redusert psykisk og emosjonell helse, og mange opplever dårleg sjølvfølelse, nedstemtheit, sosial isolasjon, uheldige matvanar, inaktivitet, samt vanskar med å danne og oppretthalde intime relasjonar (Homer et al., 2016; Puhl & Heuer, 2009; Thomas et al., 2008). Unge med overvekt og fedme rapporterer om psykiske lidingar og

suicidale tankar oftare enn normalvektige, og desse utfordringane er hos mange relatert til mobbing og utanforskap (van Vuuren et al., 2019). Mange som har fedme opplever komplekse tankar og følelsar ovanfor eigen kropp, liv og eksistens. Fedmen kan opplevast som eit hinder i å leve det livet ein ønsker seg. Mange ser på situasjonen som midlertidig og føler at livet er «satt på vent» medan kroppen er stor (Haga et al., 2020). På grunn av det komplekse samspelet av fysiske og psykiske faktorar bak ein fedmetilstand, er det nødvendig at førebygging og behandling skjer gjennom heilskaplege tilnærmingar og intervensjonar (Lazarevich et al., 2013).

Psykiske helseutfordringar er ei viktig forklaring i utviklinga av overvekt og fedme, forklarar Meyer & Vollrath (2017). Til dømes vil personar med angst og depresjon vere meir disponerte for å oppleve stress og hjelpeløyse i møte med utfordringar. Dette kan medføre endringar i appetitt, mettheit, sjølvkontroll og vilje, og kan disponere for vektauking (Meyer & Vollrath, 2017). Psykiske lidningar kan også vere ein bidragsytar til fedme på grunn av psykofarmaka som skaper vektauking (Lazarevich et al., 2013; Avila et al., 2015). Fedme i samband med psykiske helseutfordringar kan ha noko ulik førekomst blant kvinner og menn. Generelt sett har kvinner med fedme noko sterkare assosiasjonar til psykiske helseutfordringar enn menn, blant anna førekomsten av depresjon (Tronieri et al., 2017; Husky et al., 2018). Tronieri et al. (2017) beskriv vidare at enkelte funn tyder på at traumatiske hendingar i barndommen medfører større risiko for utvikling av fedme hos kvinner enn hos menn. Likevel ser det ikkje ut til å vere forskjell på kjønn i samband med fedme og PTSD (posttraumatisk stresslidning). Overspising og fedme kan påverke den metabolske helsa til menn i større grad enn hos kvinner, kanskje på grunn av at menn i mindre grad involverer seg i helsetilbod og behandling. Bekymringar rundt vekt, størrelse og fasong er vanleg blant begge kjønn, truleg i større grad enn først antatt hos menn, opplyser Tronieri et al. (2017) vidare.

Barn og unge som strever med overvekt og fedme kan ha ein komorbiditet av psykiske helseutfordringar som hindrar dei i å oppnå normalvekt (BeLue et al., 2009). Barn i Norge som bur på landet og barn som har lågt utdanna mødre har høgare gjennomsnittleg BMI og større midjemål enn barn som bur i byar og barn av høgt utdanna mødre (Biehl et al., 2013). Forøvrig ser vektaukinga blant barn ut til å flate ut, og om lag eitt av seks barn har overvekt eller fedme i dag (Meyer & Vollrath, 2017). Dersom unge har passive livsstilar og er fysisk inaktive, kan dei vere disponerte for muskel- og skjelettsmerter, psykiske lidningar, redusert helse og velvære. Opphopping av desse faktorane over tid vil utgjere ein risiko for vektauking og fedme i vaksen alder (Guddal et al., 2020). Dersom fedme vedvarer frå barndommen og utover i vaksenlivet, kan det auke risikoen for somatiske sjukdommar som diabetes type 2 og koronararteriesjukdom etter ung vaksenalder (Richardson et al., 2020).

Avslutningsvis, om psykisk helse og fedme i eit samfunnsperspektiv, må det presiserast at samfunnsperspektivet i denne studien er ein norsk kontekst. Dermed er den norske velferdsstaten utgangspunktet for tilværelsen som informantane beskriv seinare i oppgåva. Kort forklart sørger velferdsstaten for at alle innbyggjarane er sikra grunnleggande goder gjennom det offentlege som helsetenester, utdanning, trygd og pensjon (Hatland et al., 2018). Mange av desse ordningane og tenestene er gratis, med unntak av små eigenandelar. Alle som bur i landet skal ha dei same rettighetene,

uavhengig av eksempelvis høg eller låg inntekt, og på denne måten sørger staten for å ivareta blant anna uføre og arbeidsledige. Velferdsstaten finansierast gjennom skatt og avgifter, oppgir Hatland et al. (2018).

1.3 Bakgrunn for val av problemstilling

Så langt eg kan finne, i arbeidet med litteratursøk og kunnskapsgrunnlag, er det få kvalitative studiar som baserer seg på dei unge vaksne sine erfaringar i samband med psykisk helse og fedme. Ofte er erfaringsbaserte studiar basert på større aldersspenn. I min studie ønsker eg å løfte fram dei unge vaksne, som står på startstreken til å etablere seg i vaksenlivet, for å høyre deira refleksjonar om korleis psykisk helse og fedme påverkar kvarandre og deira tilværelse. Til tross for auka inkludering av pasienterfaringar innan helseforskning, er erfaringane fortsatt underrepresenterte innan fedmeforskning (Farrell et al., 2021; Lowes & Hulatt, 2013). Mykje er sagt om fedme i samband med komorbiditet, sjukdomsrisiko og assosiasjonar til psykiske helseplager, men det finst mindre kunnskap om korleis det er å leve med ein kompleks sjukdom som fedme, og kva fedme gjer med den psykiske helsa til enkeltindividet. Menneska som lever med fedme sit ofte på historiar som forblir skjult, blant anna ved at samtalar mellom pasient og helsepersonell blir lite personlege og ærlege (Johnstone et al., 2020). Innerste tankar, bekymringar og plagar kan bli haldt tett til brystet. Gjennom ei kvalitativ tilnærming i denne studien er målet å legge til rette for at menneska med fedme får opna seg opp i større grad om sine erfaring og opplevingar (Malterud, 2017). Kanskje kan dei skjulte historiane kome fram i lyset og gi meir kunnskap om livet til unge vaksne med fedme. Farrell et al. (2021) underbygger dette og oppmodar til fleire kvalitative studiar av erfaringane til menneska som lever med fedme.

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikta med studien er å undersøke erfaringane unge vaksne med fedme har rundt ulike aspekt ved eigen livssituasjon, med særleg fokus på psykisk helse. Opplever dei at den psykiske helsetilstanden påverkar fedmen, eller motsatt? Målet er å skape meir innsikt og kunnskap om korleis unge vaksne opplever komplekse helsetilstandar som psykisk helse og fedme, samt bidra til hensiktsmessige tilnærmingar og tiltak for pasientgruppa med fedme.

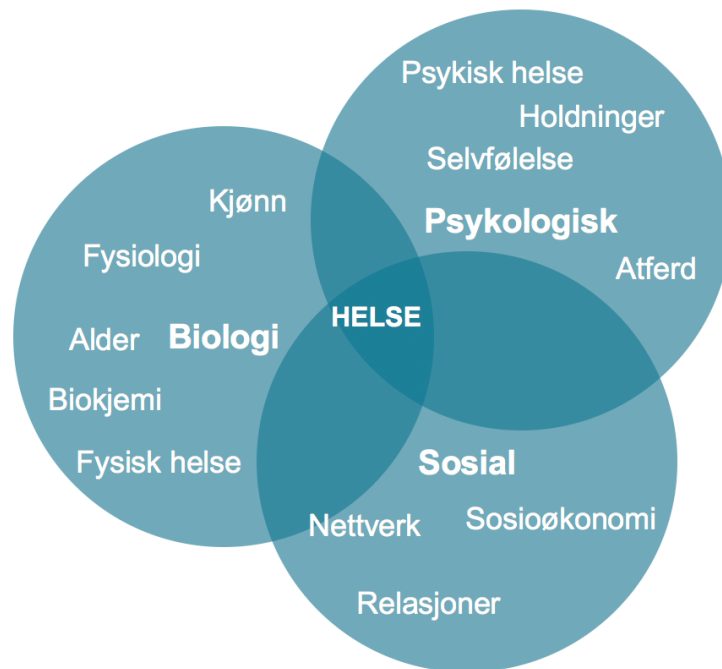
Problemstillinga til studien er følgande:

Kva for erfaringar har unge vaksne med fedme relatert til psykisk helse og sin fedmesjukdom?

1.5 Teoretisk perspektiv: Den biopsykososiale modellen

For å forstå korleis fysiske og psykiske helsetilstandar utviklast og oppretthaldast, er det hensiktsmessig å benytte den biopsykososiale forståingsmodellen. Den biopsykososiale modellen viser korleis eit komplekst samspel mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorar kan påverke helsa og resultere i sjukdom. Modellen vart utvikla i 1977 av George L. Engel som hevda at den allereie eksisterande biomedisinske modellen ikkje tok hensyn til relevante psykologiske og sosiale faktorar som var viktige i vurderinga av den

aktuelle helsetilstanden. Ved å bruke den biopsykososiale modellen vil ein kunne oppnå ei heilskapleg forståing og tilnærming for den enkelte sine fysiske og psykiske helseutfordringar (Engel, 1977). Koukoulithras et al. (2021) gir i tråd med dette eksempel på korleis mangfaldige faktorar kan ha innverknad på ein helsetilstand eller eit smertebilde, og korleis faktorane fordeler seg under den biopsykososiale modellen. Biologiske faktorar er til dømes kjønn, alder, fysisk helse, genetisk disposisjon og effekt av medisiner. Psykologiske faktorar er til dømes åtferd, sjølvfølelse, psykisk helse, stresshandtering, haldningar og følelsar. Sosiale faktorar er eksempelvis nettverk, familiehistorie, sosioøkonomisk status, kulturelle tradisjonar og utdanning.



Figur 1: Illustrasjon av den biopsykososiale modellen, basert på Engel (1977) sin teori. https://static.wixstatic.com/media/aef226_119ecf94d94d460c94f94c6c2237ac78~mv2.png/v1/fit/w_1000%2Ch_866%2Cai_c%2Cq_80/file.jpg

Modellen tek hensyn til dei biologiske aspekta ved helsa vår, den psykologiske helsetilstanden, og det sosiale miljøet vi omgir oss med. Alle dei tre aspekta påverkar kvarandre og helsetilstanden, og modellen sørger for å inkludere alle aspekt som skjer i kroppen, i hovudet og i livet til den enkelte (Engel, 1977). Den biopsykososiale modellen er spesielt gunstig i situasjonar med udefinerte sjukdomsbilde, og kan bidra til forståing og behandling av komplekse helsetilstandar, som til dømes psykiske lidningar og fedme. Ved bevisstgjerjing av ulike årsakssamanhengar får pasientane større innsikt i eigen helsetilstand og kan vere med å kontrollere bidragsytarane til eige sjukdomsbilde (Ghaemi, 2009). I samband med til dømes psykiske lidningar kan ein anta ein potensiell komorbiditet av tilstandar og fysiske sjukdommar, noko som underbygger teorien om at den enkelte pasient alltid må forståast gjennom biologiske, psykologiske og sosiale termer (Smith, 2021; Porter, 2020).

2. Kunnskapsgrunnlag og tidlegare forskning

I dette kapitlet vil eg presentere noko av det eksisterande kunnskapsgrunnlaget og tidlegare forskning som er gjort om psykisk helse og fedme. Eg har valt å dele kapitlet inn i psykisk helse og fedme som tema kvar for seg, med jamlege kommentarar om deira påverknad på kvarandre og sett i samband med unge vaksne. Utvalet av forskning som blir presentert her er av relevans for å forstå resultata og funna seinare i oppgåva. Fedme, som er kjernetilstanden og utgangspunktet for datainnsamlinga i denne studien, vil vere i hovudfokus i dette kapitlet.

2.1 Faktorar som medverkar til psykiske lidingar og følgande konsekvensar

Det er noko usikkerheit rundt kvifor psykiske lidingar oppstår, men truleg er det eit samspel mellom miljømessige og arvelege faktorar (Folkehelseinstituttet, 2018a; Røgeberg, 2019). Psykiske lidingar kan ha stor innverknad på fleire område i livet, og kan gå ut over prestasjonar på skule og arbeid, forhold til familie og vener, og evna til å delta i fellesskapet (WHO, 2018). Faktorar som kan medverke til psykiske lidingar er til dømes negative barndomserfaringar, raske sosiale endringar, ein stressande arbeidstilværelse, diskriminering, sosial ekskludering, ein usunn livsstil eller redusert fysisk helse (WHO, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018a). Levealderen til menneske med psykiske lidingar er lågare enn hos befolkninga elles, og dette skyldast både medfølgande fysisk sjukdom, ulykker og større førekomst av sjølv-mord. Auka førekomst av fysisk sjukdom hos menneske med psykiske lidingar kan ha samanheng med større forbruk av tobakk og rusmiddel, usunt kosthald, overvekt, fedme og fysisk inaktivitet. Dette kan vidare disponere for fysiske sjukdommar som til dømes hjarte- og karsjukdommar, kreft og diabetes (Tesli et al., 2021).

I overgangen frå ungdomsåra til ung vaksenaldar opplever mange personlege, sosiale og kulturelle utfordringar, stress og prestasjonspress. Nettopp i ung vaksenaldar er førekomsten størst av psykiske lidingar, samt risikoåtfærd og rusmisbruk. Årsaka til dette er truleg ein kombinasjon av nevrobiologisk utvikling, identitetsutforsking og sosiale interaksjonar (Grant & Potenza, 2010). Mobbing i oppveksten disponerer også i stor grad for psykiske helseproblem, og gutar ser ut til å vere noko meir sårbare for skadelege effektar av mobbing enn jenter (Källmén & Hallgren, 2021). Psykiske lidingar rammar med andre ord mange allereie frå ung alder og utgjær først og fremst sjukdomsbyrde gjennom ikkje-dødelege helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018a). Særleg bekymringsfull er aukinga i andelen unge jenter som rapporterer om psykiske utfordringar og søker helsehjelp for dette (Folkehelseinstituttet, 2018b). Medikamentbruk i samband med psykiske lidingar har hatt ei betrakteleg negativ utvikling blant unge vaksne og tenåringar i tidsrommet frå 2004 til 2017, samanlikna med andre aldersgrupper. Spesielt jenter og unge kvinner har hatt ei auking i medisinbruk mot psykiske lidingar, i hovudsak sovemedisinar, etterfulgt av antidepressiva (Røgeberg, 2019).

Sosioøkonomiske faktorar kan påverke den psykiske helsa vår i positiv eller negativ forstand. Dette kan vere faktorar som inntekt, bolig, utdanning, sysselsetting og sivilstatus (Folkehelseinstituttet, 2018a). Alvorlege psykiske lidingar har hyppigast førekomst hos den delen av befolkninga med låg sosioøkonomisk status. Psykiske lidingar kan gjere det utfordrande å meistre utdanning og arbeidsliv, noko som vil

medføre dårlegare sosioøkonomisk posisjon. Motsatt kan også økonomiske problem og arbeidsrelaterte utfordringar auke risikoen for psykiske lidningar (Tesli et al., 2021). HUNT-studien (Helseundersøkelsen i Trøndelag) beskriv korleis psykososiale faktorar kan gjere noko med korleis mennesket opplever seg sjølv, som å føle seg dominant/underdanig eller overlegen/underlegen, noko som påverkar vår psykiske helse og velvære (Skalická et al., 2009). I tillegg til at sosioøkonomiske faktorar kan medføre psykiske helseutfordringar, kan også vår evne til å ta vare på helsa vår påverkast av desse faktorane, og dermed disponere for vektaking og fedme (Husky et al., 2018; Folkehelseinstituttet, 2018a).

Psykiske helseutfordringar utgjør ein stor andel i samband med sjukefråvær og uføretrygd her til lands, beskriv Røgeberg (2019). Unge vaksne som blir uføretrygda på grunn av psykiske lidningar kan oppleve mange konsekvensar som følge av dette. Livskvaliteten blir påverka av å ikkje vere med i fellesskapet, ein faller utanfor arbeidslivet, og økonomiske konsekvensar kan skape utfordringar for den enkelte. I tillegg til at enkeltmenneske blir ramma personleg av uførheit, vil samtidig samfunnet rammast med tap av arbeidskraft, samfunnet går glipp av verdiskaping frå den enkelte unge arbeidstakarar, samt auka offentlege kostnader som trygdeutbetalingar (Røgeberg, 2019).

2.2 Sosiale media og søvnevanskar i samband med psykisk helse

Sosiale media kan vere ein medverkande årsak til psykiske helseproblem blant unge i dag (Berryman et al., 2018). Wolfers & Utz (2022) beskriv at sosiale media kan assosierast med auka nivå av stress. *Passiv* bruk av sosiale media, som skrolling gjennom nyheitsstraumar, kan assosierast med depresjon, men her er det uklart om sosiale media forårsakar depressive symptom, eller om menneske med depressive symptom i større grad bruker sosiale media. Passiv bruk av sosiale media kan imidlertid indikere noko høgare nivå av interessedepresjon, konsentrasjonsproblem, tretthet, einsemd, håpløshet og mindreverdigheitsfølelse. Tretthet og einsemd kan også medverke til passiv bruk av sosiale media (Aalbers et al., 2019). Overdriven bruk av sosiale media kan medføre dårleg søvnkvalitet og hyppige søvnforstyrringar, noko som indikerer at bruken av sosiale media kan medføre redusert psykisk helse også indirekte gjennom dårlegare søvn (Alonzo et al., 2021).

Søvn har innverknad på vår helse, og vi er avhengige av god, restituerande søvn for optimal psykisk helse (Alonzo et al., 2021). Redusert søvnkvalitet kan disponere for psykiske lidningar som depresjon, angst og stress (Al-Khani et al., 2019). I ungdomstida er vi avhengige av å få nok søvn, og søvn spelar ei viktig rolle i forminga av ungdomshjernen (Tarokh et al., 2016). Unge på veg inn i vaksenlivet møter gjerne endringar og stress knytt til det sosiale livet, busituasjon, biologisk utvikling og økonomisk situasjon, noko som kan gi utslag på søvnmønsteret og søvnkvaliteten hos unge (Friedrich & Schlarb, 2018). Andre faktorar som kan bidra til stress er krav i arbeidslivet og privatlivet som opplevast som belastande og vanskelege å innfri. Kanskje viser krava som unge møter i dag eit misforhold mellom samfunnskrava og befolkninga si evne til å meistre og innfri desse krava (Tveråmo et al., 2003).

2.3 Risikofaktorar og konsekvensar av fedme

Fedme er ein delvis arveleg eigenskap, og enkelte er meir genetisk disponerte for å utvikle fedme enn andre (Brandkvist et al., 2019). Frå 1960-talet til slutten av 2010-talet auka førekomsten av fedme dramatisk for dei som var genetisk disponerte for det, men ikkje i like stor grad blant dei som ikkje var genetisk disponerte, opplyser Brandkvist et al. (2020). Eit fedmefremmande miljø ser ut til å vere den viktigaste bidragsytaren for vektauking både blant genetisk disponerte og dei som ikkje er predisponerte (Brandkvist et al., 2019). I tillegg til arvelege komponentar kan også oppvekstmiljø og familiære relasjonar bidra til vektauking, til dømes gjennom vidareføring av uheldige matvanar (Taube-Schiff et al., 2017). Evna vår til å ta vare på eiga helse kan svekkast eller styrkast gjennom familien og nære relasjonar (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Sosioøkonomiske vanskar eller disharmoni i eit familiemiljø kan bidra til utvikling av overvekt og fedme hos barn, blant anna fordi det medfører psykiske og emosjonelle utfordringar (Hemmingsson, 2014). Dette kan skape uheldige åtferdsmønster, auka appetitt, redusert metabolisme, betennelsar og stress, forklarar Hemmingsson (2014). Blant overvektige barn beskrivast ofte ein tilværelse med mobbing, utanforskap, sosial isolasjon og fysisk inaktivitet, noko som kan medføre kroppslege smerter, psykiske helseutfordringar og ytterlegare vektauking (Guddal et al., 2020; Thomas et al., 2008). Ein anna risikofaktor for utvikling av overvekt og fedme er opplevde overgrep i barndommen, enten i form at følelsemessige, fysiske, seksuelle eller generelle overgrep (Hemmingsson, 2014). Evensen et al. (2016) opplyser at barn og unge som er overvektige eller har fedme, er disponert for å slite med vekta vidare inn i tenåra.

Vektauking i vaksen alder skjer ofte som følge av psykiske helseproblem, ein passiv livsstil eller utfordringar med vekt etter svangerskap, og vektaukinga skjer ofte utan at personen er bevisst dette sjølv (Thomas et al., 2008). Svært få som har fedme oppgir at årsaka til overvekta er personlege negative eigenskapar som latskap (Grønning et al., 2013). Sosioøkonomiske faktorar kan bidra til fedmeutvikling, og førekomsten av overvekt og fedme er størst blant dei med den kortaste utdanninga (Folkehelseinstituttet, 2018a). Sosiale faktorar kan ha stor betydning for helsa vår og eventuell arbeidsuførheit (Krokstad et al., 2013). Eit godt arbeidsmiljø opplevast som ein positiv bidragsytar til helse og god sjølvfølelse hos vaksne med fedme, men arbeidsledige opplever ofte at fedmen er eit hinder i å søke jobb eller bli verande på jobb (Homer et al., 2016).

Matvanar er ofte tett forbunde med både fedme og psykiske helseutfordringar, og kan medføre usunn åtferd knytt til kosthald og dysfunksjonelle meistringsstrategiar (Grønning et al., 2013; Lazarevich et al., 2013; Lazarevich et al., 2016). Overspising, trøstespising, uregelmessige måltid, konstant svoltfølelse og stort behov for karbohydrat er fenomen som kan assosierast med høgt nivå av impulsivitet og depressive symptom, som vidare bidreg til vektauking (Lazarevich et al., 2013). Ved depressive symptom brukast gjerne trøstespising og overspising for å regulere negative humørtilstandar. Motsatt kan depresjon medføre redusert appetitt og sulting. Psykiske helsetilstandar som angst, tristhet, sinne, frustrasjon og stress gjer at ein blir meir utsett for emosjonelle matvanar, noko som er med på å forklare utviklinga av fedme (Lazarevich et al., 2016).

2.4 Stigma og fordommar mot menneske som har fedme

Grønning et al. (2013) beskriv korleis helse og utsjånad assosierast med kvarandre og signaliserer forskjellige levesett. Utsjånaden kan seie noko om moral i forhold til mat, det å halde seg i form og ta vare på seg sjølv. Dette er assosiasjonar som gjer helsa visuelt tilgjengeleg, ved å sjå på kroppane sine parametere, forklarar Grønning et al. (2013). Kulturelle førestillingar knytt til fedme kan skape negative inntrykk av personlege eigenskapar som fråsing, ettergivenhet og mangel på disiplin, og fedme assosierast med skyld og skam (Groven & Engelsrud, 2016; Grønning et al., 2013). Fedme blir ofte framstilt på ein forenkla måte i det offentlege rom til å kun omhandle kaloriar inn og ut, noko som skapar eit bilde av at fedme er eit personleg ansvar som kan behandlast av frivillige beslutningar (Rubino et al., 2020). Mange menneske med fedme vel å trekke seg tilbake og isolere seg for å unngå pinlege opplevingar, blikk og kommentarar (Farrell et al., 2021). Kroppen spelar ei viktig rolle knytt til sjølvidentitet og sosial identitet (Grønning et al., 2013). Farrell et al. (2021) forklarar at stress, låg sjølvfølelse og andre følelsmessige lidningar kan bidra til ytterlegare vektaking og fedme. Fleire ønsker å gå ned i vekt nettopp på grunn av stigma og fordommar, og mange rapporterer om større aksept i samfunnet etter ein vektreduksjon (Grønning et al., 2013).

Stigma og fordommar basert på vekt aukar sjukdomsførekomen og dødelegheita hos dei som utsettast for det (Folkehelseinstituttet, 2018a). Vektstigma kan vere ein bidragsytar til både fysiske og psykiske helsevanskar (Rubino et al., 2020). Fleire beskriv ein følelse av å bli objektivisert og framandgjort på grunn av fedmen (Ueland et al., 2019). Diskriminering, fiendtlege sosiale haldningar og urettferdig behandling er belastande og bidrar til ein passiv, stillesittande livsstil og psykiske helseutfordringar. Den fysiske helsa kan også påverkast av dette i form av høgare førekomst av sjukdom og kroniske betennelsar (Sutin et al., 2015). Vektstigma i seg sjølv er ein psykososial bidragsytar som medverkar til større grad av fedmefremmande åtferd (Puhl et al., 2020). Sutin et al. (2015) viser til funn som peiker i retning av at stigma knytt til vekt kan medføre konsekvensar som er meir skadeleg enn overvekta i seg sjølv. Vektstigma kan forøvrig sjå ut til å medføre større konsekvensar for kvinner enn menn, med negative sosiale følger og økonomiske konsekvensar (Tronieri et al., 2017). Mange med fedme rapporterer om diskriminering i arbeidslivet på grunn av vekta og utsjånad, og dette gjeld i noko større grad for kvinner enn for menn (Puhl & Heuer, 2009). Diskriminering skjer også innan helsevesenet, på utdanningsinstitusjonar og i samfunnet generelt (Rubino et al., 2020). Fleire har opplevd brotne relasjonar som følgje av fedmen, i familien, mellom enkeltpersonar, med helsepersonell og i lokalsamfunnet elles (Thomas et al., 2008). Urettferdig behandling, samt stigma og fordommar på grunn av vekt er svært stressande for den enkelte (Schvey et al., 2014).

2.5 Fedme som eit kvardagsleg problem og ein livslang kamp

Dagleglivet for personar med fedme kan innebere ikkje å finne kle som passar, ikkje bruke bilbelte da dei ikkje er lange nok, ikkje gå på kino og teater fordi seta er for små, og økonomiske konsekvensar som å måtte kjøpe to flysete fordi eitt blir for lite (Thomas et al., 2008). Turar og feriar kan opplevast som angstfylte for mange (Homer et al., 2016). Enkelte kvinner i Groven & Engelsrud (2016) sin studie beskriv korleis dei opplever det som «familiens beste» at dei går ned i vekt, og at det kan ha noko å seie for deira framstilling som suksessfulle mødre. Enkelte føler seg som ei byrde i

familiesamanheng, fordi familien sitt sosiale liv og moglegheiter for ferie og andre fornøyelsar blir begrensa på grunn av fedmen (Homer et al., 2016). Mange med fedme unngår sosiale samankomstar, familie og venner fordi dei skammar seg over sin utsjånad, og vil unngå pinlege hendingar, blikk og kommentarar (Grønning et al., 2013; Homer et al., 2016). Enkelte vel sosial isolasjon og tenker at andre er uinteresserte i å vere ilag med ein så stor person (Lier et al., 2016).

For mange med fedme har vektreduksjon vore ei utfordring heile livet. Eit gjennomgåande ønske hos mange er å gå ned i vekt for å forbetre den generelle helsa og unngå kroniske helseplager (Buxton & Snethen, 2013). Ogden et al. (2020) beskriv korleis enkelte yter ein innsats for å gå ned i vekt og mislykkes med forsøket, medan andre gir opp å prøve vektreduksjon fordi dei forventar å mislykkast. I førebygginga og behandlinga av fedme og langsiktig sjukdom er vanleg fysisk aktivitet ein av dei viktigaste livsstilsfaktorane (Guddal et al., 2020). Pasientar som tyr til kirurgiske inngrep mot fedmen opplever at dette er «einaste utveg», og håpar at kirurgi kan føre til store forbetringar i både fysisk og psykisk helse (Homer et al., 2016). I arbeidet med å utvikle ein sunn livsstil, gå ned i vekt og førebygge fedme, er støttande relasjonar ein viktig bidragsytar, og familiemedlem og vener kan påverke vanar og åtferd knytt til god helse. (Gjertsen et al., 2021). Forventningar om å innfri sosiale normer eller tradisjonelle kjønnsroller kan vere eit hinder på vegen mot ei sunn livsstilsending (Sriram et al., 2018). Buxton & Snethen (2013) beskriv forøvrig at det er mange med fedme som ikkje baserar helsa si på BMI-scoren, og opplever å vere fornøgde med helsa dersom dei meistrar eigen kvardag og daglegdagse gjeremål.

Samspelet mellom fedme og psykiske helseproblem svært komplekst. Hensynet til psykisk helse må alltid ivaretakast i behandling av fedme (Tronieri et al., 2017). Kunnskap om meistringsstrategiar, adekvat følelshandtering og sunn åtferd knytt til mat kan vere viktige bidrag i førebygging og behandling av helsetilstandar som overvekt og fedme (Lazarevich et al., 2016; Ohara et al., 2019). Med fedmeepidemien verda står ovanfor i dag er behovet stort for å iverksette effektive førebyggjande tiltak mot fedme i den generelle befolkninga, spesielt med tanke på dei som er genetisk disponerte for å utvikle fedme (Bjørnelv et al., 2021; Brandkvist et al., 2019). Personar med fedme kan oppleve eit stort personleg ansvar for eigen helsetilstand, noko som kan vere eit hinder i å søke hjelp hos helsetenestene (Brown et al., 2006). Gode relasjonar til helsepersonell og tettare oppfølging er faktorar som bidreg til betre kontakt og tillit til helsetenestene (Buxton & Snethen, 2013). Menneska som søker hjelp for fedmen ønsker å bli sett som den personen dei er, ikkje berre overvekta, BMI-scoren og følgetilstandane. Dei ønsker få hjelp av helsepersonell til å kome seg ut av kroppane og situasjonen som held dei igjen frå å utfolde seg sjølv (Johnstone et al., 2020).

3. Metode

I dette kapitlet vil eg først gi ei kort innføring i vitenskapsteori. Malterud (2017) opplyser at ein fint kan benytte seg av kvalitative forskingsmetodar utan at det er nødvendig med noko fordjuping i filosofiske og vitenskapsteoretiske grunnlag, men dette kan likevel bidra til ei betre forståing av den store samanhengen. Kapitlet vidare vil beskrive den kvalitativ forskingsmetoden som er benytta i denne studien, samt framgangsmåten knytt til utval, rekruttering, datainnsamling og analysing.

3.1 Kort om vitenskapsteori

Vitenskapsteori er eit overordna begrep som omfattar læra om dei vitenskaplege teoriene, begrepa og metodane, i tillegg til kunnskapssyn (Thoresen et al., 2020). Vitenskapssynet kan forenkla sett delast inn i to retningar som forankrar seg i ulike kunnskapssyn – positivisme og hermeneutikk. Positivismen er naturvitenskapen som skal bidra med å *forklare*, medan hermeneutikk er humanvitenskapen som skal bidra med å *forstå*. Desse to retningane seier noko om hovudtrekka i synet på metode, kunnskap og teoidanning (Dalland, 2020). Vitenskapsteori og metodologi er to begrep som går litt over i kvarandre, og enkelte bruker dei nesten som synonym. For å nyansere desse begrepa kan det bemerkast at metodologien er ein del av vitenskapsteorien, og er definert som læra om metodane (Thoresen et al., 2020).

Positivisme har hatt stor betydning innan medisin og helsefag. Den tek utgangspunkt i fenomen som kan målast og observerast som objektive fakta, noko som er forutsetningar innan kvantitative forskingsmetodar (Thoresen et al., 2020; Malterud, 2017). Positivismen ønsker å gi forklaringar knytt til termer av årsak-verknad. Forskaren skal ikkje la seg påverke av vurderingar som ikkje er vitenskaplege, men skal forholde seg objektiv (Dalland, 2020). Nokon av aspekta ved den tradisjonelle, positivistiske metodelæra er trua på å skulle oppnå stabile konklusjonar på korleis ting verkeleg er, trua på sikkerheit og sannheit, samt ei forventing om å komme fram til ei universal generalisering (Tjora, 2017).

Hermeneutikk betyr fortolkingslære og har som mål å skape forståing. Denne typen kunnskap får ein ikkje innsikt i gjennom positivismen og naturvitenskapen sine metodar. Mennesket som eit fysisk vesen påverkast også av fleire faktorar som håp, drømmer og redslar. Mennesket er ikkje kun omgitt av ting i naturvitenskapens verden, som vekt, hastigheit, rom og tid, men også av ting som har *betyding* for den enkelte (Dalland, 2020). Ei hermeneutisk tilnærming baserer seg på fortolking og forståing av menneskelege uttrykk for å forklare det bestemte fenomenet (Malterud, 2017). Hermeneutikk brukast gjerne i samheng med fenomenologi (Dalland, 2020).

Fenomenologi

Mitt vitenskapsteoretiske ståsted i denne oppgåva er fenomenologien. Fenomenologi betyr «læra om fenomena». Eit fenomen kan dreie seg om noko meningsfullt som oppfattast av sansane, til dømes veremåte og haldningar (Dalland, 2020). Ei metodologisk tilnærming knytt til fenomenologien er ofte basert på intervju, der

menneske kan sette ord på egne tankar (Tjora, 2017). Kroppserfaringar har ein viktig plass i fenomenologien, noko som er særleg aktuelt innan fysioterapivitenenskap (Malterud, 2017).

Malterud (2017) beskriv at fenomenologi dreier seg om forståinga av individet sin livsverd, subjektive erfaringar og bevisstheit. Ei fenomenologisk tilnærming set informanten i fokus og materialet blir analysert med interesse i korleis fenomenet opplevast for den enkelte (Tjora, 2017). Vitenskapen beskrivast frå eit førstepersonsperspektiv, altså eg-perspektivet: eg føler, eg erfarer, eg ser, og liknande. Eit fenomenologisk perspektiv brukast innan helseforskning for å gi innblikk i korleis pasientar opplever sin eigen situasjon, og deira refleksjonar om korleis fenomenet påverkar forholdet til andre menneske og verden rundt. Dette perspektivet er sentralt i helseforskning der ein vil utvikle kunnskap om komplekse fenomen (Thoresen et al., 2020).

Thoresen et al. (2020) forklarar at ei fenomenologisk kunnskapsforståing har som grunnlag at all menneskeleg aktivitet, samt vitenskapleg arbeid, har *livsverda* som basis og utgangspunkt. Dette inneber at både forskaren og informantane deler nokon felles grunnleggande livsbetingelsar som tid, rom og kroppslegheit. Dette gjer at forskaren ikkje har moglegheit til å vurdere fenomenet frå eit nøytralt nullpunkt utanfor livsverda. Fenomenologien anerkjenner at forskaren si forståing av fenomenet vil basere seg på desse livsbetingelsane og at dei vil vere premissar for forskinga og vidare utvikling av kunnskap. Den fenomenologiske haldninga ønsker likevel, ideelt sett, at forskaren ikkje lar kunnskapen han eller ho allereie besitter, skal kome i vegen for eller påverke utviklinga av ny kunnskap. Målet er å hente så «rein» kunnskap som mogleg om det bestemte fenomenet (Thoresen et al., 2020).

3.2 Kvalitative metodar

Problemstillinga til denne studien er følgande: «*Kva for erfaringar har unge vaksne med fedme relatert til psykisk helse og sin fedmesjukdom?*» Sidan hensikta er å undersøke opplevingane og erfaringane hos den enkelte, velger eg å benytte ein kvalitativ forskingsmetode som skaper rom for å utforske og forstå samanhengar (Malterud, 2017). Kvalitativ metode fokuserer på ein djup innsikt i enkeltmenneske sine tankar, følelsar, refleksjonar og haldningar, som ikkje let seg talfeste eller måle (Dalland, 2020). Metoden hjelper oss til å forstå kvifor menneske gjer som dei gjer, gir innblikk i åtferd og levande kunnskap (Malterud, 2017). Gjennom ein kvalitativ metode kan ein innhente djupe, personlege følelsar og tankar hos den enkelte, sett frå hans eller hennar perspektiv (Tjora, 2017). Malterud (2017) forklarar vidare at gjennom kvalitative metodar kan vi utforske og forstå medisinske problemstillingar og studere fenomen der kunnskapsgrunnlaget frå før av er tynt.

Tjora (2017) beskriv korleis kvalitative og kvantitative metodar på eit generelt og overordna grunnlag kan skiljast seg frå kvarandre. Kvalitative metodar viser *innsikt*, medan dei kvantitative metodane viser *oversikt*. Vidare kan ein seie at kvalitativ forskning søker *forståing*, medan kvantitativ forskning søker *forklaring*. Malterud (2017) presiserer

at kvalitative forskingsmetodar har som mål å beskrive, ikkje predikere. Dette underbygger mitt val av metode, da eg ønsker å få innsikt og forståelse for den enkelte sine synspunkt, på eit djupare nivå. Dalland (2020) viser til ein anna skilnad mellom metodane, der kvalitativ forskning er ute etter det særeigne, spesielle og eventuelt avvikande, medan kvantitativ forskning søker det gjennomsnittlege, det som er felles og representativt. Vidare kan kvalitativ forskning beskrivast som at forskaren ser fenomenet innanfrå, medan i kvantitativ forskning blir fenomenet sett utanfrå (Dalland, 2020).

Semistrukturerte intervju

Kvalitative forskingsintervju gir innsikt i korleis informantane opplever sin livsverd relatert til det aktuelle fenomenet. Semistrukturerte intervju, også kalla dybdeintervju, gir moglegheit til å studere nyansane i den enkelte sine meiningar og erfaringar. Samtalen skal forløpe relativt fritt, og samtidig kretse innom aktuelle tema som forskaren har bestemt i forkant av intervjuet. Denne intervjustilen gir informanten moglegheit til å trekke inn andre relevante moment som forskaren ikkje nødvendigvis hadde tenkt ut i forkant og stilt direkte spørsmål om, men som likevel viser seg å vere aktuelle for forskinga. På denne måten kan nye tema og forhold identifiserast gjennom informantens sine assosiasjonar (Tjora, 2017).

Malterud (2017) forklarar at intervjuguiden skal bestå av opne spørsmål som legg til rette for eit mangfald av moglege svar. Informantane har da anledning til å fordjupe seg i tema dei har mykje å fortelje om, i tillegg til at dei kan trekke inn fleire relevante moment (Tjora, 2017). I min studie vart den semistrukturerte intervjuguiden utarbeidd av meg, i samarbeid med rettleiarane, og intervjuguiden bestod av seks hovudtema og fleire oppfølgingsspørsmål. I starten var spørsmåla enkle og konkrete, deretter bevegde vi oss vidare inn på meir sensitive tema knytt til tankar kring psykisk helse og fedme (*Vedlegg 1: Intervjuguide*).

3.3 Utval og rekruttering

Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å finne deltakarar til studien var inklusjonskriteriane at informantane skulle ha behandlingstrengande fedme (BMI over 35 og tilleggssjukdom, eller BMI over 40) og vere unge vaksne i alderen 18-32 år. Studien hadde ingen eksklusjonskriterier.

Informasjon om utvalet

Fem informantar deltok i studien, derav to menn og tre kvinner. Yngste deltakar var 19 år, og den eldste var 32. Blant informantane var det tre av fem som visste kva BMI dei hadde, og dei hadde ein BMI mellom 40 og 43. Dei to andre informantane ønska ikkje følge med på BMI da dei ikkje likte dette måleverktøyet. Ingen av informantane hadde forsøkt kirurgiske inngrep mot fedmen. To av informantane hadde høgskuleutdanning og var i arbeid, der éin av dei var i redusert stilling og éin var midlertidig sjukmeldt på intervjutidspunktet. To informantar var i eit utdanningsforløp og hadde deltidsjobbar i tillegg. Den siste informanten var ufør. Når det gjeld sivilstatus hadde to informantar

sambuarar på intervjudispunktet, ein informant gjekk gjennom eit samlivsbrøt og dei to siste var single.

Rekruttering

Informantane vart rekruttert med utgangspunkt i fedmeklinikken på St. Olavs hospital og på ein klinikk for konservativ behandling i Midt-Norge. Rekrutteringsprosessen gjekk føre seg på følgande måte: Som forskar møtte eg opp på behandlingssklinikken og informerte ei gruppe aktuelle kandidatar muntlig, samt at dei fekk utlevert informasjonsplakatar knytt til studien (*Vedlegg 2: Info-plakat*). Under den muntlige informeringa var det i alt fire personar som meldte seg til å vere med på studien. Dette skjedde etter at to i forsamlinga tok ordet i plenum, stilte spørsmål og engasjerte seg i kva studien dreia seg om. Tjora (2017) beskriv slike personar som viktige «nøkkelinformantar» som bidreg til *snøballeffekten* når dei melder seg på studien og vidare oppmuntrar to andre til å melde seg på. Vidare vart e-postar med informasjon og invitasjon til studien sendt ut til dei som ikkje var til stades under den muntlige seansen. E-postane vart sendt av leiaren på klinikken, da han hadde tilgang på namn og kontaktinformasjon til deltakarane. Den femte og siste informanten meldte seg etter å ha mottatt informasjon på e-post. Rettleiaren min informerte kollegaer på St. Olavs, slik at dei kunne tipse aktuelle kandidatar, men ingen fleire meldte seg etter dette.

Eg utveksla namn og telefonnummer med dei fem som hadde meldt seg, og vi heldt kontakt på SMS og telefon. På nyåret 2022 avtalte eg tid og stad for intervjuet med kvar enkelt, etter deira ønske. To intervju vart gjennomført på behandlingssklinikken, og tre intervju var gjennomført på St. Olavs. Alle fem intervju vart gjennomført i løpet av same veke i januar 2022.

3.4 Datainnsamling

Intervjuprosessen

Intervjua gjekk føre seg på samtalerom eller grupperom, der vi hadde god plass og roleg atmosfære. Det kortaste intervjuet varte i 33 minutt, og det lengste varte i 1 time og 9 minutt. Gjennomsnittstida var 53 minutt, med ein median på 60 minutt. Alle intervju vart tatt opp med lydopptakar. Intervjua gjekk føre seg på følgande måte: Innleiingsvis var fokuset å skape ei avslappa atmosfære der informanten fekk tilbod om kaffi og vatn i kantina, medan vi småprata om laust og fast, før vi gjekk til samtalerommet. Tjora (2017) beskriv kor viktig det er at forskaren og informanten opplever tillit og tryggleik før ein beveger seg mot sensitive vanskelege tema, som både psykisk helse og fedme kan vere. Vi begynte deretter med ein gjennomgang av informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet, med signering av samtykke før oppstart. Kort informasjon vart gitt om studiens mål, i tillegg til at det vart opna for spørsmål dersom informantane lurte på noko. Det vart også presisert at det ikkje fantes noko fasitsvar til mine spørsmål, men at deira tankar, erfaringar og refleksjonar var av interesse. Dei vart orientert om sine rettigheter til gjennomlesing av datamaterialet, samt retten til å trekke seg. Etter klarsignal frå informanten sette eg på lydopptakaren og starta intervjuet.

Eg opplevde at informantane i stor grad var villige til å opne opp og fortelje om sårbare og private erfaringar frå eige liv. Eg var bevisst på å oppmuntre, bekrefte og vise at eg sette pris på deira openheit. To av informantane virka noko beskjeden og usikker i intervjusettingen, og svara noko kort på spørsmåla, medan to andre tidvis snakka seg vekk frå temaet og såg ikkje ut til å la seg påverke av intervjusettingen. På grunn av korona-pandemien hadde eg som forskar munnbindet på under heile intervjuet, men eg opplevde ikkje dette som noko hindring i å danne god kontakt. Informantane fekk valet om å ha munnbindet på eller av, og alle informantane valte å gjennomføre intervjuet utan munnbind.

Transkribering

Alle dei fem intervjuva vart transkriberte av meg umiddelbart etter intervjuva, innan 1-3 dagar. Alle personlege opplysningar vart anonymisert og ein kunne ikkje identifisere informantane i etterkant gjennom transkripsjonane. Dialekter vart omgjort til nynorsk, med unntak av ord og uttrykk som passa seg best på dialekt. Pausar og småord vart bevart i transkripsjonane, i tillegg til at «*(latter)*» vart notert der det forekom. Gjennom å transkribere alle intervjuva på eiga hand fekk eg som forskar ei unik moglegheit til å bli kjent med eige datamateriale. Ved å transkribere intervjuva raskt etter at dei var gjennomført, kunne eg på best mogleg vis gjengi det informantane faktisk hadde uttrykt (Dalen, 2004).

Forskingsetiske vurderingar

Før denne studien kunne settast i gang, vart det sendt inn ein søknad til REK (Regional Etisk komité) for å få godkjenning til å gjennomføre forskingsprosjektet (*Vedlegg 3: Godkjenning frå REK*). Etter at prosjektet var godkjent, vart det utarbeidd eit informasjonsskriv og samtykkeskjema etter REK sin mal. Dette vart bruka i samband med intervjuprosessen, der informantane fekk skriftleg informasjon om studien og signerte skriftleg samtykke før deltakinga (*Vedlegg 4: Info- og samtykkeskjema*). Alle fekk informasjon om at deltakinga var frivillig, opplysningane frå dei vart anonymisert, og kva rettigheter dei hadde som deltakarar i studien. Dei fekk kontaktinformasjon til meg som forskar og kunne ta kontakt om ønskeleg. Alle fekk tilbodet om å lese gjennom eige intervju i etterkant, noko éin informant takka ja til. To informantar ønskte å få tilsendt ferdig masteroppgåve i etterkant. Informantane fekk ei lita gåve etter intervjuet, som takk for at dei deltok.

Gjennom masterprosessen har kun eg som forskar hatt tilgang til kontaktinformasjon til informantane, og opplysningane vart ikkje delt med andre. Til oppbevaring av filer og dokument vart NTNU sitt sikre lagringsområde benytta, i tillegg til ein privat minnepenn. Som forskar opplevde eg eit stort ansvar for at opplysningane vart forvalta rett. Eg har valt å omtale deltakarane i studien som «*ein informant,*» «*fleire informantar*» og liknande, da eg ikkje vil skrive for mykje relatert til kjønn, og heller ikkje oppgi alder. Utvalet er såpass lite at eg vurderer dette som nødvendig for å ivareta deltakarane sin anonymitet.

Som forskar var eg bevisst mitt ansvar da eg skulle stille spørsmål rundt psykisk helse og fedme. Det er sårbart å opne seg opp og fortelle om personlege erfaringar og vanskelege opplevingar til ein framand. Eg forsikra dei i starten av intervjuet at dei hadde rett til å gi beskjed dersom nokon av spørsmåla var vanskelege å svare på, eller om dei ønska å gå vidare til neste spørsmål. Alle deltakarane var opne om sine personlege erfaringar og gav av si tid for at eg skulle få datamaterialet eg var ute etter, noko det står stor respekt av og som eg er svært takksam for. Informantane er årsaka til at denne oppgåva vart spennande og lærerik å jobbe med. I tillegg har alle informantane bidratt med sine erfaringar for å skape meir innsikt rundt denne tematikken, og eg håpar deira historiar vil vere med å skape meir forståing og aksept, samt redusere fordømmar og stigma mot denne gruppa.

3.5 Analyse

Datamaterialet i denne studien baserar seg på fem intervju med dei unge vaksne som deltok. På grunn av eit lite utval vart det ikkje benytta noko dataprogram i analyseprosessen, men analysen vart utført manuelt i Word, deretter skriven ut og bearbeidd med penn og papir. Malterud (2017) sin analysemetode med systematisk tekstkondensering vart benytta i arbeidet for ein tematisk tverrgående analyse. Datamaterialet vart vurdert etter følgande analysetrinn:

Trinn 1: Helhetsinntrykk og foreløpige tema

Dei fem transkripsjonane vart skrivne ut frå Word og lest igjennom for å få ein heilskapleg oversikt og eit inntrykk av alt materialet samla (Malterud, 2017). I denne prosessen noterte eg stikkord rundt foreløpige tema som peika seg ut for kvart intervju. Fargekodar vart bruka til å markere foreløpige felles tema som gjekk igjen. Etter den første gjennomlesinga av alle transkripsjonane, var det følgande *foreløpige tema* som peika seg ut:

1. *Psykiske vanskar og/eller overvekt hos foreldre*
2. *Mobbing, kommentarar og utestenging i barndommen*
3. *Trøstespising/overspising*
4. *Stigmatisering og fordømmar som sosiale hindringar*
5. *Prestasjonspress og stress*

Trinn 2: Meiningsberande enheter og koding

Deretter organiserte eg materialet som skulle studerast vidare, og sorterte vekk det som var irrelevant for problemstillinga (Malterud, 2017). Denne prosessen foregjeikk på datamaskina. Eg las gjennom intervju linje for linje og plukka ut meiningsberande enheter. Desse vart sett inn i ein oversiktleg tabell og vidare systematisert gjennom koding. Ved å kode materialet bryter ein ned empirien, og sett merkelapp på kva det eigentleg dreier seg om (Dalen, 2004). Kodane skulle presist gjengi detaljar frå empiriske data (Tjora, 2017).

Trinn 3: Kodegrupper

Vidare forsøkte eg å få meir oversikt over datamaterialet ved å plassere kodane i kodegrupper. Tjora (2017) forklarar at hensikta med kodegrupper er å finne tematiske samanhengar og gruppere desse, samt sortere ut kodar som ikkje er relevante for problemstillinga. I tabellen med meiningsberande enheter og kodar laga eg ei ny kolonne for kodegruppene, og forsøkte å plassere kodane i kvar sine kodegrupper, på eit meir fortolkande nivå. Ved å lage kodegrupper fant eg fellestrekk for studien som staka ut retninga vidare.

Trinn 4: Samanfatning og utvikling av hovudtema

Kodegruppene skulle deretter sorterast inn i passande tema. I denne delen av analysen var målet å finne dei viktigaste temaene som var dekkande for intervjuet og skulle prege resultatet av studien. Tjora (2017) beskriv at i denne fasen vil det teoretiske ta meir styring, samanlikna med fasane fram til no der empirien har vore utgangspunktet for arbeidet. Eg undersøkte meiningsberande enheter, kodar og kodegrupper, og hadde relevante teoriar, modellar og studier i bakhovudet, og forsøkte å samanfatte dette: Kva dreier dette seg egentleg om? Finnes det ein generell merkelapp som passar for dette fenomenet som eg har henta empiri om? Kva for eksisterande teoriar, modellar og studier omtalar dette fenomenet? (Tjora, 2017)

Etter å ha utført denne analysen, var det fem hovudtema som vart ståande igjen som sentrale til slutt – dette var litt andre tema enn eg hadde notert meg etter første gjennomlesing (trinn 1). Eg vurderte følgande fem hovudtema som dekkande, gjennomgåande og beskrivande for empirien opp i mot problemstillinga. Kvart hovudtema har tilhøyrande underkategoriar som kjem fram i resultatkapittelet.

1. Tankar kring eigen kropp
2. Psykisk helsetilstand
3. Sosialt og deltaking
4. Mobbing og belastningar i barndommen
5. Søvn og matvanar

3.6 Rolla som forskar

Sjølv ved ferdigstillinga av denne masteroppgåva er det fortsatt uvant å tenke at eg var forskar i samband med denne studien. Eg er ydmyk over å ha fått lov til å prøve meg som forskar, med alt ansvaret det inneber. I tillegg til masterskrivinga har eg jobba som klinisk utøvande fysioterapeut, noko eg anser som ein fordel i mi rolle som forskar. Eg har hatt praksisfeltet mitt tett på heile vegen med jamlege innslag av tematikk som psykisk helse og fedme. Dette opplever eg som eit positivt bidrag i forståinga av informantane sine uttalelsar og opplevingar. Praksiserfaringa mi har vore med på å forme studien, da eg har hatt mange tankar om tematikken både før, under og etter datainnsamlinga. Likevel har eg forsøkt å vere bevisst ikkje å la min bakgrunnskunnskap kome i vegen for ny utvikling av kunnskap, slik Thoresen et al. (2020) presiserer er viktig i forskinga. I møte med informantane var det viktig for meg å stille med eit ope sinn og banke ark.

Som ung og uerfaren forskar har eg vore bevisst alderen min og korleis denne kan ha innverknad på datainnsamlinga. Eg som forskar var omtrent på same alder som mine unge informantar, og på grunn av dette var eg ekstra bevisst på å framstå profesjonell og vise at eg tok arbeidet på alvor. Samtidig var eg bevisst å skape ei komfortabel atmosfære der eg og informantane var på same nivå og kunne føre ein likestilt samtale mellom to partar på same alder. Som ung vaksen kunne eg sjølv relatere til mange av dei temaene informantane tok opp, eksempelvis sosiale media og prestasjonssamfunn, og dette gjorde at vi fekk gode dialogar rundt tematikken med lik forståing av konsept. Kanskje var det enklare for informantane å ta opp «ungdommelege» tema og utfordringar nettopp fordi eg som forskar var på same alder som dei.

Som kvinneleg forskar var eg også bevisst at dette kunne ha påverka intervjuet. Tre av fem informantar var kvinner og to var menn. Det kan tenkast det er lettare å opne seg opp til nokon av det same kjønnet. Eksempelvis snakka ein kvinneleg informant om utfordringar på datingmarkedet og skjønnhetsideal, noko som kanskje var lettare å snakke om da vi begge er kvinner. Eg opplevde likevel alle informantane som opne og villige til å dele personleg informasjon. Til dømes var ein av dei mannlige informantane open om sine kompleks knytta til strekkmerker, kropp og utsjånad.

3.7 Metodediskusjon

Den kvalitative tilnærminga i denne studien var gunstig og godt eigna for å svare på følgjande problemstilling: «*Kva for erfaringar har unge vaksne med fedme relatert til psykisk helse og sin fedmesjukdom?*» Ved å bruke kvalitative forskingsintervju opplevde eg at studien fekk eit rikt datamateriale der mange personlege erfaringar kom opp på bordet. Eg håper funna kan bidra til innsikt og forståing i tematikken for alle som ønsker det, samt at funna kan vere av relevans i samband med klinisk praksis. Meir om dette i kapittel 6, «Oppsummering».

Knytt til metoden i denne oppgåva kan det nemnast at eg opplevde arbeidet med rekruttering av informantar som utfordrande, og endte opp med færre deltakarar enn eg i utgangspunktet hadde ønska. Eg hadde ikkje tilgang til namn og kontaktopplysningar til dei aktuelle kandidatane som ikkje var fysisk til stades under den muntlige informasjonen på behandlingssklinikken, på grunn av taushetsplikta. Alt eg kunne gjere var å informere gjennom andre ansatte på klinikkane, som hadde kontaktinformasjonen, og håpe nokon ville engasjere seg og melde seg på. Leiaren på behandlingssklinikken sendte ein purrande e-post da det ikkje var noko respons på den første. Likevel meldte berre éin kandidat seg etter å ha fått informasjon på e-post. På grunn av at deltakinga skulle vere frivillig, og studien skulle ta føre seg potensielt vanskelege og sårbare tema, valte eg ikkje å mase meir på kandidatane etter éin runde med puring.

3.8 Styrker og svakheiter med studien

Den viktigaste svakheita med denne studien er størrelsen på utvalet. Fem informantar deltok, i motsetning til åtte eller fleire, som eg hadde sett for meg i utgangspunktet. Konsekvensen av dette kan vere at eg ikkje oppnådde god nok metning av

datamaterialet. Ei god metning av materialet inneber at det ikkje kjem fram nye moment i kvart intervju (Tjora, 2017). I alle dei fem intervju eg gjennomførte opplevde eg at det kom fram nye moment, difor nådde eg truleg ikkje metningspunktet. Likevel, målet med ein kvalitativ studie er å samle innhaldsrik informasjon frå informantane, og dette opplevde eg i stor grad. I alle fem intervju var det fleire felles erfaringar og refleksjonar som gjekk igjen, og samtidig hadde alle noko nytt og særregent å tilføye som berika materialet ytterlegare. Etter fem intervju hadde eg mange konkrete, personlege erfaringar frå unge vaksne om deira psykiske helse og fedme, og eg fekk eit rikt datamaterialet til å arbeide med vidare i studien. Eg vurderer det i tillegg som ein styrke at dei fem informantane som deltok var av begge kjønn med forskjellige aldrar.

Ein konsekvens av størrelsen på utvalet var at framstillinga av funna i resultatkapittelet ikkje kunne innehalde for mykje informasjon. For ein lesar kunne det truleg vore interessant med meir detaljerte opplysningar om kjønn og alder rundt kvart sitat, da dette synleggjer deltakarane i større grad og gir betre inntrykk av personen og kjelda til sitatet. Bevisst valte eg å ikkje ta med dette for å sikre anonymitet. Imidlertid tenker eg at lesaren er opplyst om at det er tre kvinner og to menn som er deltar i studien, med aldersspennet 19 - 32 år, og eg håper dette gir eit godt nok bilde av opphavet til sitata.

3.9 Litteratursøk

Søk etter kunnskapsgrunnlag og tidlegare forskning vart hovudsakleg utført i følgjande databasar: PubMed, Google Scholar, Oria, Cochrane Library og MEDLINE. Følgjande søkeord vart brukt: obesity, obese, BMI, overweight, mental health, psychological health, physical health, young adults, adolescents, adults, stigma, sleep, stress, social media og biopsychosocial model. Søkeorda vart benytta i ulike kombinasjonar med kvarandre, mest på engelsk og noko på norsk, og litteratursøk vart jamleg utført heilt til slutten av masterforløpet. Telefonkontakt og e-postkorrespondansar vart i tillegg utført med HUNT forskningscenter for å innhente oppdatert, relevant datamateriale. I tillegg vart fleire lærebøker benytta for å innhente kunnskap, særleg knytt til metode og analyseprosessen.

4. Resultat

I dette kapitlet vil eg presentere funna frå dei fem intervju. Problemstillinga til studien er følgande: «Kva for erfaringar har unge vaksne med fedme relatert til psykisk helse og sin fedmesjukdom?» Etter analysen stod følgande fem hovudtema fram som essensielle for empirien: Tankar kring eigen kropp, psykisk helsetilstand, sosialt og deltaking, mobbing og belastningar i barndommen, søvn og matvanar – alle med tilhøyrande underkategoriar. Framstillinga av funna vil bli underbygd med direkte sitat frå informantane, skrive i *kursiv* med anførselsteikn.

4.1 Tankar kring eigen kropp

Fysiske helseplager som følge av fedme

Informantane fortel at dei stort sett er fornøgde med helsa si, og at helsa er mykje betre enn vekta skulle tilseie. Ein informant seier at kroppen har det «aldeles glimrande,» situasjonen tatt i betraktning. Stort sett alle rapporterer om fine verdiar knytt til blodtrykk og kolesterol, friske hjarter og indre organ, og ingen har livsstilssjukdommar som diabetes. Ein informant oppgir at helsa er grei i dag til tross for fedmen, men at han bekymrar seg for korleis helsa kan bli på sikt. Han fortel at ein stor motivasjon for å gå ned i vekt er betre helseutsikter for framtida.

I samband med fysiske helseplager fortel ein informant om tidvis migrene og skulder- og nakkeplager. Ein anna informant har truleg PCOS (polycystisk ovariesyndrom), noko som medfører blant anna overvekt og problem med vektreduksjon. Ein tredje informant har fleire diagnosar å rapportere om - lupus, sekundær fibromyalgi og intrakraniell hypertensjon. Alle informantane rapporterer om redusert kondisjon og utholdenhet. Dette medfører utfordringar ved til dømes trappegange og anna fysisk aktivitet, der fleire av informantane blir andpustne, svett og slitne. Alle oppgir at dei i meir eller mindre grad manglar energi og overskudd i kvardagen. To informantar beskriv at dei tidvis har mykje energi, men da må dei vere forsiktige og ikkje overanstrenge seg, da dei kan bli straffa i etterkant. Det kan vere vanskeleg å finne balansen.

Ein informant fortel at ho har ein BMI over 40, men synes ikkje dette ser ut til å stemme. Ho stiller seg kritisk til BMI-skalaen og opplever at den gir eit feil bilde av helsetilstanden – ho ser ikkje på seg sjølv som så stor. Informant 3 understrekar at det er viktig med eit positivt syn på eigen kropp, og ei mental innstilling om at fedmen ikkje skal vere noko hinder i seg sjølv. Dersom ein tenker at fedmen og den fysiske tilstanden er eit hinder, vil den fort bli det. Da skaper man ei barriere for seg sjølv, i følge informanten. Fleire av informantane svarer både ja og nei på om dei trivest i eigen kropp, og forklarar at sjølvbildet og sjølvtiliten kan variere mykje.

At utanforståande *antar* at du har eit fysisk helseproblem, kan vere belastande, i følge informantane. Ein informant som jobbar i barnehage opplevde ein ubehageleg kommentar frå ein kollega om at ho kanskje burde skifte yrke, med den antakinga at fedmen kunne vere ei utfordring ved til dømes nødsituasjonar, der ein må komme seg raskt til ulykkesstaden. Informanten fortel at det er synd at fedmen blir antatt å vere eit

problem, da ho sjølv opplever at ho fint meistarar sine arbeidsoppgåver og ikkje plages i jobbtilværelsen. Ho innrømmer at ho ikkje er av dei raskaste, eller har god utholdenhet, men dette meiner informanten kan gjelde andre også, ikkje berre dei som har fedme. Dessutan motargumenterer informanten i slike situasjonar om at ho heller skal vere føre var, og vere til stades *før* ulykka skjer, og på denne måten treng ho ikkje springe dersom uhellet er ute.

Vidare beskriv ein informant at han har smerter i skuldrene på grunn av at kroppen er så stor. Han forklarar at sjølv om han slappar av, så ligg ikkje armene inntil kroppen, men dei står heile tida ut og *«får eit spenn»*. Han tenker desse skulderplagene kunne vore unngått dersom kroppen hadde vore mindre. I tillegg fortel han at leggane er vonde under fysisk aktivitet på grunn av all kroppsvekta, muskulaturen blir raskt slitent og ledda kan verke. Ei anna fysisk helseutfordring forklarar informanten er at han ikkje kan å sove på ryggen på grunn av vanskar med pusten.

«Det er berre slitsamt å vere stor og tung.»

Kroppspress, kompleks og vanskar med utsjånaden

Éin mannleg og éin kvinneleg informant tenker at kvinner i større grad enn menn kjenner på press knytt til kropp og utsjånad. Den mannlege informanten påpeiker at *alle* har lyst til å sjå bra ut, inkludert han sjølv. Han forklarar at alle strekkmerkene på overkroppen og beina går ut over sjølvtiliten hans. Dersom han skulle bestemme seg for å gå mykje ned i vekt, vil han få eit nytt problem med mykje overhengande hud. Det er begrensa kor bra det kan bli, oppsummerer informanten.

«Eg har øydelagt kroppen min for resten av livet, til ein viss grad. (...) Huda er veldig, veldig utstrekt og raud og stygg. Og eg plages veldig mykje med svie og sår som dukkar opp på grunn av det, for huda er så tynn der. (...) Og det med vasking - unngå å få diverse dritt og infeksjonar - eller å passe på og tørke seg overalt, når du begynner å bli så stor, da... Masse overflate.»

Alle informantane har forsøkt å gå ned nokon kilo, men med lite hell for varig endring. Ein av informantane var svært opptatt av slanking før, om kor mange kilo ho gjekk ned, kva for trening som var mest effektiv, og liknande. Dette var ein tilværelse ho ser tilbake på som krevande, med eit kontinuerleg press og fokus på slanking. Ho opplevde at dette gjekk ut over andre ting, fordi ho vart så opphengt i det. Ho har no bestemt seg for at ho ikkje ønsker å vere den som står på butikken og teller kaloriar.

Ein informant fortel om utfordringar knytt til fedmen på datingmarkedet, der det er eit stort fokus på utsjånad. Etter å ha møtt folk frå Tinder, hadde ho opplevd å få høyre at ho var for stor, og ikkje såg ut slik som på bilda. Informanten fortel at før i tida kunne ho skjemmast veldig over utsjånaden, og slike avvisingar gjekk meir inn på henne da. No forsøker ho å snu tankegangen og tenke at det er deira tap. Klok av skade spør ho i dag Tinder-matchar på melding i forkant av møtet, for å avklare saken først som sist: *«Har du noko i mot plus-size?»*

«Berre sånn, ja, eg har litt ekstra kilo... Men eg har enda fleire ekstra kilo på personlegheit. (latter) Eg har sagt det, ihvertfall i dating-livet, at det eg manglar i cm på midje og cm i høgde – eg er ganske kort – gjer eg opp for med personlegheit.»

Arv og miljø i samband med fedme

Alle informantane fortel om foreldre og andre familiemedlem som har slitt, eller fortsatt slit, med vekta. Informanten som har PCOS fortel at mora også har same sjukdom og har problem med vekta. Fleire av informantane ser ein tydeleg arveleg komponent mellom foreldra sin kroppsfasong og deira eigen. Tre informantar fortel at dei har vore store så lenge dei kan hugse, sidan dei var små. Dei to andre informantane fortel at vekta auka på barneskulen og ungdomsskulen, der den eine forklarar at det skjedde som følge av endra rutiner da foreldra skilte seg, og den andre forklarar at vektaukainga skjedde som følge av mobbing og utanforskap. Sistnemnte understrekar at han var så «desperat og deprimert» på det tidspunktet at han ikkje opplevde noko vektaukaing da han stod midt i det. Han beskriv at han ikkje hadde kapasitet til å registrere at kroppen utvikla seg i ei uheldig retning.

Heimemiljøet og nære relasjonar har hos informantane hatt innverknad på vektaukainga og fedmen. Ein informant beskriv at i foreldra sitt fråvær, i samband med turnusjobbing, tok han sjølv styringa over kosthaldet og matvanane, og åt usunt til uheldige tidspunkt. Ein anna informant reflekterer over at hennar porsjonar ofte var større enn dei andre sine. Ho har alltid hatt god matlyst, og i dag er ho fortsatt glad i å lage og ete mat. Ein tredje informant sa at bestemora kunne oppfordre henne til å forsyne seg meir av maten, men samtidig minne henne på at ho ikkje måtte bli større. To av informantane var slitne av fokuset mødrene skapte rundt vekta, og opplevde at mødrene kommentere vekta på uheldige måtar, viste uro og bekymring for helsetilstanden deira, og snakka om vektreduksjon og risiko for livsstilssjukdommar på ein uhensiktsmessig måte. Desse to informantane opplevde slettes ikkje mødrene sine innspel som gunstig for å ta tak i situasjonen og hindre ytterlegare vektaukaing.

Fire av fem informantar fortel om aktive barndommar der dei deltok på fotball, volleyball, kampsport og basketball. Dette var med på å halde vekta nede, til ein viss grad. På barneskulen og ungdomsskulen slutta fleire av informantane med idrett, og fekk ein meir passiv, stillesittande livsstil. Ein informant tenker at små endringar i barndommen kunne utgjort ein stor forskjell på hans vektutvikling i oppveksten.

«Viss eg hadde hatt god søvn, og ikkje slutta på fotball, som eg gjorde i åttande (...) – resten kan vere det same, så trur eg at eg hadde vore mykje meir normal no. Mykje nærmare normalen. Sånn i forhold til vekt.»

Tiltak kring vekt

Fleire av informantane fortel at dei er motiverte for å investere i eiga helse og skape ei varig livsstilsendring. Alle fortel om ulike slankekurar dei har forsøkt for å gå ned i vekt.

Eksempel på dette er pulverkurar, shakar eller kaffi, og diettar som til dømes 5/2-dietten og lavkarbo. Erfaringane er at slankekurane fungerer i nokon veker, der dei går litt ned i vekt, men strenge slankekurar er vanskelege å oppretthalde over tid. Da stig vekta ofte etterpå – gjerne forbi der den var i utgangspunktet. To av informantane presiserer at det er viktig for dei å finne ein balansegang, der dei ikkje treng å leve med ein vedvarande diett, men meistrar å skape ei sunn, varig livsstilsendring. Dei ønsker seg noko som kan inkorporerast i ein kvardag, utan strenge tidspunkt eller rutiner. Ein informant beskriv at det kan vere utfordrande å halde seg til sunne matvanar når til dømes sambuaren kan ete det han vil utan å legge på seg. Da opplever informanten å stå aleine i sitt prosjekt om vektreduksjon, og skulle ønske at sambuaren var meir motiverande og bidrog på reisa mot ein lettare kropp. Ein anna informant fortel om eit tiltak som hadde god effekt på vekta hennar for ei stund tilbake.

«Det som funka best for meg, den perioden eg prøvde, for sånn 10 år sidan, det var å bytte til litt mindre fat. Utruleg nok. Det funka. For da er det ikkje fysisk plass til meir, og så... Augene dine og hjernen er på ein måte trent til å bli mett når fatet begynner å bli tomt. Og da er det ikkje bestandig du har lyst til å forsyne deg meir. Fordi... du er mett. Og det å lære at «mett» er den der «ikkje svolten lenger». Vanleg mett er ikkje overmett.»

Alle informantane har forsøkt tiltak som meir fysisk aktivitet og trening for vektreduksjon. Informanten med PCOS opplever det som demotiverande å skulle trene når ho veit at det finst ei medisinsk forklaring for fedmetilstanden hennar. Det er ikkje umogleg for henne å gå ned i vekt, men det er vanskelegare på grunn at PCOS, forklarar informanten. Til dømes kan andre gå éin kilometer for å få eit visst utbytte, medan ho må gå tre kilometer for å oppnå same effekt, viser informanten til som eksempel.

Ein informant fortalte om hjelpa frå helsepersonell i arbeidet mot fedme. Ho føretrekk at helsepersonell er direkte i dialogen rundt fedme og vektreduksjon. Ho opplever at mange «bakar det inn» og snakkar meir generelt om overvekt og fedme. Informanten understrekar at både pasienten med fedme og helsepersonell vil alltid vere klar over at vedkommande er overvektig. Da kan ein kalle ein spade for ein spade. Likevel ønsker informanten at fedmen ikkje automatisk blir ansett som eit problem. Helsepersonell kan informere om at fedme gir ein *auka risiko* for diabetes, men det er ikkje synonymt med diabetes. Informanten seier mange med stor kropp kan vere tilfreds med sin fysiske tilstand, og da ønsker ein ikkje å få påpeika at noko er gale. Informant 2 understrekar at fedme er ein kompleks tilstand med potensielt mange årsaker bak, og dette må helsepersonell også vere bevisst.

«Viss du ser ein person og ser at han er sjukeleg overvektig (...), så er det eit symptom. Du kan ikkje behandle fedme som ein sjukdom i seg sjølv, for det gir ingen mening. Det er eit symptom på andre ting. Eller, ikkje berre éin ting, dessverre. Det er mange ting som kan forårsake det.»

4.2 Psykisk helsetilstand

Arv og miljø i samband med psykisk helse

Fleire av informantane kan rapportere om ulike diagnosar knytt til psykisk helse, samt erfaringar med psykiske vanskar. To av fem informantar har ADHD. Alle fem kan fortelle om erfaringar med depresjon og angst. Elles kjem det fram diagnosar som bipolar lidelse type 2 og dysthymi (kronisk depresjon). Fleire av informantane opplever at den psykiske helsa har gått litt opp og ned gjennom livet.

To informantar oppgir at dei har ein grunntilstand som varierer mellom null og minus, og følelsen av å vere nedstemt har vart så lenge at dei anser det som normaltstanden. Fire av fem har følt på psykiske vanskar gjennom barndommen og oppveksten, men har først blitt utreia som unge vaksne. Fleire av informantane opplever det som ein lettelse å få ein diagnose og ei forklaring på helsetilstanden, og fortel at diagnosen har vore til hjelp for å ta tak i situasjonen og søke hjelp og tiltak. I samband med psykisk helse i oppveksten blir også små bygdemiljø nemnt som ei utfordring. I slike små miljø kan det vere desto meir tabu å snakke om følelsar og psykisk helse, og dersom ein slit med psykiske vanskar, blir dette «*kosta under teppet*» og forsøkt gløymt. Informantane beskriv korleis psykisk helsetilstand i oppveksten fekk lite merksemd, og dei opplevde i liten grad tidleg igangsetting av tiltak.

Stort sett alle informantane kan fortelje om foreldre – enten éin eller begge – som slit med psykiske lidingar. Fleire informantar beskriv at dei truleg er genetisk disponerte for psykiske helseplager, samt at oppvekstmiljøet vart påverka av foreldra sine psykiske vanskar. Blant anna blir det nemnt foreldre med bipolar lidelse, angst, og ei mor med store psykiske helseutfordringar som var suicidal. Informanten som fortel om mora som var suicidal, beskriv dette som ei stor belastning i ungdomsåra og den dag i dag. På grunn av dette har informanten vanskar med å stole på andre, sidan mora utførte fleire sjølvmoordsforsøk til tross for lovnadar om å ikkje gjere det igjen. I tillegg har heimemiljøet i barndommen hos fleire informantar medført uheldige konsekvensar, til dømes på grunn av foreldre som var lite tilstedeverande og som i liten grad fulgte barna opp med sunne rutiner.

Stress, sjølvtilitt og sosiale media

Alle informantane kan rapportere om negative erfaringar med stress, der arbeidsrelatert stress er ein av hovudkjeldene. Høg arbeidsbelastning kan medføre dårleg søvn og utfordringar med å oppretthalde fokus på ei livsstilsending. Éin av informantane jobbar i ei 60 % stilling, éin informant er sjukmeldt frå jobben på intervjutidspunktet og éin informant er arbeidsufør. Dei to siste er i eit utdanningsforløp og har deltidsjobbar i tillegg. Informant 1 fortel at no om dagen er målet å få opp energinivået og ikkje planlegge for mykje.

«Det vart litt mykje, starta rett i jobb etter studiet, og... 100 % da. Litt krevande å jobbe i heimetenesta. Veldig heavy. Ganske hektisk kjør, mykje stress. Så det... påverkar jo også den psykiske helsa da. Stress og overskudd og energimangel... Også har eg angst og depresjon, da. Så det påverkar jo litt rundt det, da.»

Ein informant fortel at som ungdom opplevde ho at sjølvbildet og indre faktorar var hovudårsaka til usunt stress, men no er det jobb og ytre faktorar som i større grad skapar stress. Informanten er komen lengre i dag i forhold til destruktive tankar, sjølvbilde og sjølvtilitt, og føler seg meir open og ser lys og motivasjon for framtida. Ein anna informant fortel at ho er fornøgd med sjølvbildet og sjølvtilitten i dag, men at det har tatt mange år å kome dit.

Stress opplever informantane også gjennom sosiale media. Fleire har erfart at sosiale media har ein negativ effekt på deira sjølvtilitt og sjølvfølelse fordi der framstillast tilværelsen som eit glansbilde og medfører eit prestasjonspress. Informantane opplever urealistiske forventningar som stilles til dei, og kjenner på skuffelsar når forventningane ikkje kan innfriast. Ein informant opplever blant anna det å skulle finne seg ein kjærast som ei kilde til stress, når alle andre i omgangskretsen får kjærestar og barn.

«Høge forventningar til seg sjølv, høgt press... Og idealsamfunnet, for eksempel med Instagram og alt det der, som skal vere så prestasjonsfylt. Alt framstillast så bra i media, da... Det kan bli litt sånn press og forventningar. Alle andre har det så bra, og er så sprek og sporty og flink.»

Faktorar som påverkar den psykiske helsa

Informantane fortel at det er svært viktig med gode folk og eit trygt nettverk rundt seg for å ivareta den psykiske helsa. Det er behov for nokon nære støttespelarar som ein kan snakke med og få aksept hos. Ein informant fortel at ho har lært seg å velge vener med omhu, og ikkje lenger er saman med venner som stel energi frå henne.

Informant 1 oppgir at frisk luft hjelper på den psykiske helsa, samt å ha ein hund som kan vere med på tur. Ulike former for avspenning og avkopling blir også trekt fram som positivt for den psykiske helsa, til dømes yoga. To av informantane synes musikk er ein positiv bidragsytar, da det fungerer som eit utløp for følelsane. Søvn er også eit essensielt tema hos fleire av informantane, som må vere på plass for å ha ei god psykisk helse. Ein informant meiner at søvn i stor grad hjelper mot depresjon, og at livskvaliteten blir «*latterleg mykje betre*» om ein har gode søvnrutiner.

Å vere i god fysisk form er ein sterk bidragsytar til psykisk velvære, samt det å kjenne seg sterkare i kroppen etter trening, seier informant 2. På same måte kan det gi motsatt effekt å vere i dårleg fysisk form, til dømes om ein opplever gangsperrre av å gå opp ein ekstra etasje i trappa. Tung trening kan vere med å gi eit psykisk løft, slik informanten beskriv her.

«Eg sa til meg sjølv at «viss eg gjer det her, så får eg lov til å slappe av». Og da får eg lov til å ha ein heil dag med god samvittighet. Og da føler eg meg så... altså... Eg får nesten lyst å skrike, fordi eg føler meg så bra. Fordi eg får lov... Eg kan gjere det eg pleier å gjere no, fordi eg har «betalt» for det. (...) Og viss eg gjer det nok gongar til at det blir framgang (...) da kan eg begynne å seie sånn

'no har eg hatt ei bra veke.' Og da begynner eg å knytte det bortover, altså 'no har eg hatt ein bra periode...' Heilt til, på ein måte, eg har hatt eit bra liv.»

Faktorar som kan påverke den psykiske helsa negativt, er i følge éin informant følelsen av at andre dømmer henne. Ho opplever det som viktig for hennar psykiske helse å bli akseptert. Ein anna informant oppgir forventningar som ein negativ bidragsytar på den psykiske helsa. Både forventningar frå seg sjølv og andre. Ho opplever eit prestasjonskrav og forventningar på jobb, på studiet, sosialt og knytt til fysisk helse. Ho beskriv ein følelse av å ligge utanfor normalen, mykje på grunn av kroppen og fedmen, og dette er ei byrde å måtte bere. Det forventast at ein skal trene, ha eit sunt kosthold, eit sosialt liv, eit bra jobbliv, ein stabil økonomi, og så vidare. Ho tenker mykje på korleis ho kan «bli normal» - om det i det heile tatt let seg gjere.

Ein informant beskriv ein psykisk tung periode der mange faktorar dytta han ned i ein negativ spiral i forhold til fysisk og psykisk helse. Kjærasten hadde dratt på utveksling, vennene var borte, han droppa ut av studiet, flytta heim og begynte å jobbe på bensinstasjon. «Og åt meg i hjel.» Det var på det tidspunktet han drog til psykolog og fekk hjelp.

Psykisk helse og fedme i samanheng

«Psyken, helse og velvære i eigen kropp, på ein måte, er viktigare enn sjølv talet på vekta. Så lenge ikkje den fysiske størrelsen øydelegg nokon ting for deg, eller skadar deg på nokon måte, så bør ikkje det vere hovudfokuset.»

Alle informantane fortel at psykisk helse og fedme påverkar kvarandre begge vegar, og går veldig hand i hand. Ein informant forklarar at dersom ho har ein dårleg periode psykisk, påverkar dette levevanane, kosthald og trening. Viss ho derimot er flink på trening, medfører dette psykisk velvære, og ho føler seg betre, tek sunnare val i forhold til mat, og det oppstår ein positiv ringverknad.

Ein informant opplever som kvinne at samfunnet sitt skjønnhetsideal påverkar henne i stor grad. Ho forsøker å akseptere seg sjølv og tenke at ho har meir å tilby enn berre utsjånad, men skjønnhetsideal gjer noko med korleis ein ser på seg sjølv og eigen kropp. Det påverkar også hennar oppfatning av eigne moglegheiter og framtidsutsikter.

«Eg har hatt mange gongar der eg har kjent litt på det at... Ja, altså, eg er større og fortener ikkje det beste... Det er fælt å seie det, men... (latter) Det er på ein måte... Man senker standarden litt.»

Ein av informantane beskriv korleis psykisk helse og fedme kan skape ein ond spiral gjennom gjensidig påverking. Han illustrerer korleis til dømes kosthalds- og søvnrutiner kan skli ut, og gjere at den onde spiralen grev seg djupare og djupare. Om kostholdet og søvnen er dårleg, opplever han å føle seg nedfor, elendig og deprimert. Da søker han etter noko som kan få han til å føle seg betre, og det er ofte mat. Mat vil igjen forsterke

den onde spiralen han allereie befinn seg i, med dårleg samvittighet og ytterlegare vektauking. Ein anna informant har same erfaring om at mat og trøstespising blir mykje brukt i periodar med negative tankar, noko som kun resulterer i forverra psykisk og fysisk helsetilstand.

Informant 3 fortel at i tunge periodar har ikkje trening og fysisk aktivitet vore i tankane ein gong. Ein anna informant beskriv derimot at fysisk aktivitet kan hjelpe mot følelsen av å vere deprimert. Ein informant forklarar at samvittigheita kan gnage og han kan klandre seg sjølv for ikkje å følge drømmene sine og gjere noko fornuftig, og oppsummerer at han er ein type med ekstrem mangel på disiplin. Informant 2 understrekar at følelsen av å vere deprimert i stor grad er situasjonsbetinga. Dersom ein ikkje har nokon lyspunkt i kvardagen eller har det livet ein ønsker seg, vil ein fort føle seg nedfor. Fedmen vil påverke alle aspekt ved livet ditt, opplyser informanten, fordi fedmen skapar konsekvensar for søvnen, den fysiske helsa, det sosiale livet, og så vidare.

«Viss du har eit elendig liv, så er den logiske responsen å vere deprimert. Sjølvsgt. (...) Viss du blir spurt om: har du ein partner, korleis er forholdet til familien din, korleis er helsa di, korleis søv du, karrieremessig, utdanningsmessig... Viss du blir spurt om ein masse ting med livet ditt, og du svarer at samtlige er elendig – sjølvsgt har du det heilt forjævlig. Du har jo ingen grunn til å ha det bra. Kvifor skal du ha det bra viss du har det fælt?»

Hjelp til psykiske helseplager

Fleire informantar synes det er vanskeleg å få den hjelpa dei har behov for i forhold til psykisk helse. Psykologtimane er dyre, ventelistene er lange, fleire har opplevd avslag i forsøket på å få hjelp. Ein informant fortel om følelsen av «å dette mellom stolane» fordi tilboda ikkje passar hennar behov. To informantar har fått hjelp frå DPS (Distriktpsikiatrisk senter), éin av dei i samband med angst og depresjon, og éin etter eit akutt-tilfelle. Ein tredje informant håpar å få sleppe til på DPS for utredning no i vår.

«Dei siste par åra har eg akseptert det og funne måtar eg sjølv kan ta tak i ting og jobbe med ting på da. For eksempel søke hjelp via fastlege, DPS og oppsøke psykolog. Ta tak i det med trening og generelt prøve å endre mine levevaner. Men det vanskelegaste er å endre tankemønster og jobbe med hovudet da. Den mentale biten er vanskeleg.»

Ein informant fortel at det var til stor hjelp med studentprestane på høgskulen. Der kunne ein møte opp på kort varsel og snakke ut om vanskelege tankar og følelsar. Informanten meiner det er altfor få slike lågterskeltilbod innan psykisk helse.

4.3 Sosialt og deltaking

Fritid og interesser

Fire av fem informantar fortel om ei interesse for dataspel, Twitter og andre skjermaktivitetar. Andre interesser informantane trekk fram er turar og friluft, song og

musikk, venner, seriar, kjæledyr, kunst og handtverk, lesing, podcast og politikk. Fleire av informantane opplever å ha fritidsaktivitetar som i stor grad bidreg til mykje stillesitting. To informantar fortel at mesteparten av deira sosiale liv foregår på internett, og gir uttrykk for at dei gjerne i større grad skulle hatt eit sosialt liv utanfor internett også. Informanten som er ufør opplever å mangle eit sosialt nettverk, og dei trådane ho fekk tak i under studier og jobb, glapp frå henne da dei andre gjekk vidare i livet og ho vart ufør.

Ein informant forklarar at den sosiale omgangen var motivasjonen hans for å henge med på skulen i ungdommen. Faga i seg sjølv hadde han ingen interesse av, men han måtte gjere det godt nok til å henge med klassekameratane sine. To av informantane var derimot tydelege på at dei ikkje ønskte å møte igjen gamle skulekameratar, sidan dei har dårlege minner frå tida på grunnskulen.

«To stykk, som eg fortsatt har kontakt med i frå ungdomsskulen, sa dei vurderte å arrangere reunion. (...) Eg berre sa det på forhånd, at enten så kjem eg ikkje, eller så ender eg opp med å øydelegge heile skiten for dykk. 'Åå, kvifor det?', 'Nei, for eg kjem ikkje til å klare å halde kjeft. Faen ta alle dykk som gjorde det her til eit jævla mareritt. Eg er så glad eg aldri har sett dykk igjen.' (latter) Nei, fuck off.»

Sosiale hindringar grunna fedmen

Ein informant beskriv eit ønske om å kunne vere med på sosiale aktivitetar utan å vere redd for at det blir for tungt, eller at han blir sliten, svett og ikkje synes det er noko gøy. Det er ubehageleg å kjenne på desse tinga i sosiale lag. Berre det å gå opp trappa kan gjere ein svett og sliten. Informanten seier at fedmen absolutt står i vegen for opplevelsesspennet. Ein anna informant har alltid likt strandliv og svømming, men beskriv at fedmen er ei hindring for å delta. Det å skulle kle av seg på stranda beskrivast som ei barriere. Informanten forsøker å ikkje tenke for mykje på det og berre delta likevel, men det er vanskeleg å ignorere desse tankane.

Ein informant tenker at samfunnet er kome langt med å tilrettelegge for fleire grupper menneske, og vise aksept for ulike grupper, samtidig har ho forståing for at samfunnet ikkje kan tilrettelegge for alle på alle område. Informant 3 har opplevd å sette seg inn i ein bil og ikkje fått på sikkerhetsbeltet fordi det var for kort. Ein informant opplever til stadigheit at ho ikkje får tak i kjolen ho ønsker seg fordi den ikkje finst i stor nok størrelse. To av informantane har stått i ubehagelege situasjonar på tivoli som følgje av kroppsstørrelsen.

«Eg har ikkje villa vore med på enkelte karusellar fordi eg veit at eg får ikkje ned den bøynen. Så da har eg berre valt å ikkje delta... Da står eg heller nedpå bakken og passar på telefonar og vesker.»

«Eg prøvde å sette meg inn i ein karusell ein gong, og det var jo kjempeydmykande... At eg ikkje kunne ta noko fordi at eg var for stor. (...) Det var fordi låra mine var for breie. Det blir meir eit eksempel på heile prinsippet, at sånn... Det er ikkje berre det at det finst ting du ikkje kan gjere, men også sånn...»

Konsekvensane når du hamnar i sånne situasjonar. Det at alle andre er også klar over at det finst ting du ikkje kan gjere når du er så stor. Du ender opp med å bli behandla annleis, til ein viss grad.»

Ein informant fortel at fedmen kan opplevast som eit hinder ved aktivitetar utanfor det ein driv med til dagleg. Han unngår sosiale aktivitetar der det er mange ukjente folk, og opplever at samfunnet i stor grad har eit negativt og krenkande syn på dei som er overvektige. Han legg godt merke til det, fortel han, og ser det på blikket til folk, noko som gjer det vanskeleg å sosialisere seg. Informanten har over lengre tid følt seg nedstemt og deprimert, og opplever at fedmen hindrar han å bli kjent med nye folk.

Ein informant beskriv at i oppveksten var det som ein fristad å vere heime fordi det var mykje mobbing og einsemd på skulen og i andre miljø. Fotballaget bestod av dei same medelevene som mobba, noko som medførte at informanten slutta på fotball og fekk ein meir passiv livsstil, som igjen skapte vektaking og desto meir mobbing.

Stigmatisering og fordømmar kring fedme

Alle informantane fortel om erfaringar rundt stigmatisering og fordømmar på grunn av overvekta. Informant 2 understrekar at det er stigma kring mange ulike grupper i samfunnet, og spesielt mot menneske med fedme. Han meiner likevel noko av stigmatiseringa kan ha ei viss sannheit i seg.

«Man seier det er masse stigma. (...) At man blir behandla annleis og tileigna masse eigenskapar med ein gong folk ser at du er sånn og sånn. Men grunnen til at stigmatiseringa finst, er jo fordi det ofte stemmer. Det stemmer nesten alltid. (...) Ein ting overvektige har til felles, som eg trur, er at dei gjer alt metabolsk feil. Og ein viss prosent av det – ein ganske stor ein – handlar om disiplin. Og det at overvektige folk har ein stereotypi med seg, med at dei kanskje ikkje er like disiplinert som andre, det synes eg er heilt innafor, for det stemmer jo. I den forstand at du treng ikkje gå rundt å vere slem og seie det, og vere ekkel med vilje. Men eg klandrar ingen for å ha... for å få det i hovudet. For det stemmer jo.»

4.4 Mobbing og belastningar i barndommen

Mobbing og sosial ekskludering

Fire av fem informantar fortel om oppvekstar prega av utestenging, kommentarar, baksnakking og mobbing. Dette var i hovudsak knytta til deira overvekt, og det bidrog til ytterlegare vektaking og større kroppar. Informanten med PCOS hadde i tillegg ekstra hårvekst i ansiktet, noko som også var eit lett val for andre å kommentere. Informantane fortel at mobbinga fortsatt heng med som ei tung bær i dag. Ein av informantane forsøker å snu tankegangen og tenke at mobbinga har vore med på å gjere henne sterkare.

Ein informant fortel om mobbing og negative kommentarar i svømmehallen. I tillegg kunne venner og foreldra til vennene kommentere at ho var for stor og måtte passe på

kva ho åt. Ein anna informant nemner utfordringar i garderoben etter gymmen som medførte at han ikkje dusja. Dette vart ei ny kilde til mobbing, da han begynte å lukte vondt, og medelevarne tok i større grad avstand til han på grunn av lukta. Ein informant fortel om lærarar som var med på mobbinga, bidrog til sosial ekskludering og skapte avstand mellom informanten og medelevarne. Informanten fortel vidare at skulegangen heller ikkje vart noko enklare av å ha dysleksi.

«Ja, mobbinga, den kjem sånn... her og der. Da mister eg mykje lysta til å gjere ting, men... Eg kjem meg gjennom det, ihvertfall.»

Ein informant fortel kor vanskeleg det var å kome seg ut av rolla som mobbeoffer. Han forsøkte fleire gongar på barneskulen å vere sosial og bli kjent med andre, men kvar gong han prøvde, vart han «*mentalt slått ned*» av dei andre. Han var så og seie aleine på skulen frå andreklassen til tiandeklassen. Han beskriv oppveksten sin som dårleg, der mobbinga vart ei kilde til overspising og trøstespising. Maten vart bruka som alkohol, beskriv informanten. Det medførte ytterlegare vektaking og enda tyngre kropp.

Familiære belastningar i oppveksten

Som tidlegare nemnt, har fleire av foreldra til informantane sjølv slitt med psykiske vanskar og/eller overvekt. To informantar fortel om belastningar i heimen der det har vore sinne, aggresjon og krangling.

«Eg var jo mykje sint og lei meg og trist som barn. Og det påverka meg jo, korleis heimemiljøet var... Og litt sånn krangling heime, og... Det har jo vore greitt å vekse opp, men litt sånn ustabil til tider.»

Ein informant fortel om mora som ikkje var så oppløftande i forhold til vekta, og kunne snakke negativt til henne om å passe på kva ho åt og at ho burde iverksette tiltak. Ho opplevde dette som vonde kommentarar som medførte ein usunn tankegang og sette «*grillar i hovudet*» hennar. Ein anna informant fortel at på grunn av foreldra si skilsmisse og jobbane dei hadde, vart han verande mykje aleine i oppveksten. Dette medførte at han åt det han ville, når han ville. Han tok over styringa over eige liv og gjorde det som følte godt. Når han ser tilbake hadde han ønska seg meir kunnskap og hjelp frå familien i oppveksten til kva han kunne gjort annleis for å unngå vektakinga.

«Sånn kroppspositivisme og sånn der «du er fin som du er»-greier... Eg har fått det heile livet mitt. Og har hatt kjempegode, snille, velmeinande foreldre, tanter, besteforeldre, lærarar, venner – det har berre vore bjørnetenester, er konklusjonen min. Fordi eg har slitt og vore deprimert... Viss du slit og er deprimert, og blir fortalt at du er fin som du er, kva kan du gjere da? Sånn... Viss det her er så fin som eg er, vil eg heller vere død, ikkje sant? Du må få høyre at 'Nei, det skal ikkje vere sånn. Det er ting du kan gjere for å få det betre.' Du må få høyre det!»

Ein informant kunne fortelle om mora som vart tidleg ufør og sleit med psykiske lidingar. Informanten tenker at eigne psykiske lidingar, traume og depressive periodar botnar i stor grad i dei psykiske vanskane mora hadde, med mykje medisinbruk og sjølvmoordsforsøk. Dei psykiske vanskane ser ut til å ha røter langt tilbake i familien, poengterer informanten.

«Mamma er oppvaksen med ein stefar som drakk litt mykje. (...) Det var ikkje bestandig han var så snill med mormor, og det var ikkje bestandig han var så snill med mamma. (...) Sånn at, traume frå hennar barndom, som igjen gjekk litt utover forholdet til alkohol og pappa, har på ein måte forplanta seg opp til meg.»

4.5 Søvn og matvanar

Kosthald og trøstespising

Fleire informantar fortel om eit kosthald som består av usunn mat og for store mengder mat. Mange streber etter eit sunt kosthald, gode treningsrutiner i kvardagen, samt eit gunstig søvnmønster. Ein informant opplyste at ho ville starte det nye året 2022 med gode søvnrutiner og måltidsvaner, med fokus på sunne matvarer og mindre sukkerholdig mat.

Ein informant opplever at maten heng tett saman med det psykiske, og at det blir mykje trøstespising i dårlege periodar. Andre gongar har tunge psykiske periodar verka motsatt, at ho ikkje har ete i det heile tatt. Ein anna informant fortel at trøstespising og overspising fant stad som følgje av mobbing og vanskar på skulen. Maten vart bruka som trøyst når tankane var tunge og vanskelege. I dag assosierer informanten depresjon med mat, fordi maten alltid har vore ein trøyst i vanskelege periodar, og depresjon opplevast som synonymt med å vere veldig svolten.

Ein anna informant reflekterer over korleis matvanane heng saman med søvnmønsteret. Overvekta medfører dårlegare søvnkvalitet og meir usunne måltid. Informanten tenker at dei som er overvektige øydeleggjar den metabolske helsa si ved å ete «feil» i forhold til ein skal sove – i forhold til når ein står opp, legg seg og kor mange timar ein søv. Han tenker at når søvnen sklir ut, sklir matvanane ut i tillegg. Å utsette eit måltid gir ringverknader til seinare, fordi det påverkar søvnen negativt, og da et ein meir usunn mat for å halde seg vaken, og det blir ein ond spiral.

«Eg veit med meg sjølv at når eg har sove lite, da har eg ekstra lyst på masse kaloririk mat. Da har eg veldig lyst på feit og god mat. Eg tenker på McDonalds med ein gong eg vaknar... Eg veit akkurat kva eg har lyst på! Eg har lyst på McDonalds akkurat no.»

Utfordringar med søvn og døgnrytme

Informantane fortel om utfordringar med legging på riktig tidspunkt og innsovning, hovudsakleg på grunn av stress, tankespinn, skjermbruk og søvnproblem som til dømes søvnapné. Ein informant er opptatt av at kroppen treng nok søvn for å fungere optimalt. Hans erfaring er at vekta auka da søvnmønsteret sklei ut. På grunn av pendling til og frå

vidaregåande skule, vart det tidlege morgonar og desto seinare kveldar for å ta igjen dataspeling. Han vurderer sin eigen søvnkvalitet som dårleg på grunn av fedmen, og trur søvn og vekt påverkar kvarandre begge vegar.

«Det som kjenneteiknar alle overvektige er søvn. Fordi det er såpass viktig helsemessig. Det er det viktigaste du gjer, sånn eigentleg. Og den blir akselerert av overvekt, fordi du søv dårlegare når du er større. Spesielt viss du begynner å ha søvnapné (...) som berre øydelegg søvnen din litt. Så begynner du å sove på dagen, og da får du ikkje sove på kvelden. Så er spiralen ute av kontroll. (...) Viss søvnen ryk, så ryk absolutt alt. Dårlig søvn, har lyst på feit, kaloririk mat, som du et heile tida, inkludert rett før du skulle ha lagt deg, og da øydelegg du kvaliteten på søvnen igjen, så får du lite søvn... Så kroppen kjem over i feil rekkefølge.»

Informanten tenker at i ein kvardag der ein må prioritere, kan alt nedprioriterast til fordel for søvnen. Søvnen er den siste som skal ryke, etter den kjem mat, deretter trening. Han har inntrykk av at menneskekroppen tåler veldig mykje juling, men ikkje å bli fråtatt søvnen. Dersom søvnen ryk, blir vi øydelagde. Informanten understrekar at han har sett mange folk som ikkje trenar, og som har eit elendig kosthald, men dei søv 8-9 timar kvar natt. *«Og dei har det fantastisk.»*

Ein anna informant beskriv også at ein sunn døgnrytme er eit viktig bidrag for god helse. Det er til stor hjelp for kroppen å stå opp og legge seg til faste tidspunkt, saman med resten av samfunnet. Informanten trur heile hans noverande livssituasjon botnar i dårleg søvnmønster, og at han har hatt søvnunderskudd i årevis.

«Berre det å stå opp! Det viktigaste er at du legg deg til same tid og står opp til same tid, uansett når det er. Viss du har valet: stå opp når resten av verda står opp. Ikkje sant? Det er ikkje nokon vits i og ikkje gjere det. For da hamnar du berre utanfor. (...) Sånn, alle har lyst til å vere spesiell, og blablabla, men eigentleg ikkje. Det er ingen som har lyst til det, vi har lyst å vere saman. Vi er sosiale skapningar.»

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil eg diskutere mine funn opp mot det eksisterande kunnskapsgrunnlaget og tidlegare forskning som er gjort om psykisk helse og fedme. Eg vil anvende den biopsykososiale modellen i forståinga av dei ulike fenomenena som kom fram i intervjuet gjennom å trekke inn biologiske, psykologiske og sosiale faktorar i framstillinga. Først vil eg innleiingsvis oppsummere hovudfunna frå studien som skal diskuteras vidare i kapitlet.

Dei unge vaksne beskriv fedme som eit *symptom* forårsaka av mange biologiske, psykologiske og sosiale faktorar. Ein tung kropp disponerer for fysiske og psykiske helseproblem, og mange opplever ein ansvarsfølelse for eigen helsetilstand. Samfunnet trekkast fram med sine strukturar og konstruksjonar som ikkje passar til store kroppar. Informantane har også viktige refleksjonar i møte med helsevesenet. Vidare beskrivast ønsket om ein normal kropp, og korleis kroppen har innverknad på sjølvbilde og sjølvtilit. Stress og prestasjonspress er velkjente følelsar, i følge informantane, og sosiale media kan påverke dette. Informantane beskriv vidare eit samfunn med stigma, fordommar, diskriminering og forskjellsbehandling mot menneske med fedme. Dette medfører konsekvensar som einsemd, skam og isolasjon. Oppveksten til informantane blir trekt fram i forklaringa av både fedmetilstanden og som ei kjelde til psykiske helseutfordringar. Avslutningsvis beskrivast fenomen som onde spiralar og andre barrierer på vegen mot vektreduksjon.

5.1 Det er berre slitsamt å vere stor og tung

I min studie kjem det fram at ein stor og tung kropp kan slite på mennesket både fysisk og psykisk. Informantane rapporterer om somatiske helseplager som vonde kroppsdelar som følge av vekta, feilstillingar i ledd som følge av størrelsen, samt klassiske skulder- og nakkeplager. Ingen av informantane hadde livsstilssjukdommar som diabetes, høgt blodtrykk og kolesterol, eller hjarte- og karsjukdommar, noko som kan handle om at informantane har ein ung alder og difor ikkje har erfaring med dette. Fleire studier viser forøvrig ein auka risiko for ei rekke helseplager og livsstilssjukdommar med åra i samband med fedme (Abdullah et al., 2010; Poirier et al., 2006; Aune et al., 2015; Longo et al., 2019; Wolin et al., 2010; Meyer & Vollrath, 2017; Folkehelseinstituttet, 2018a; Meyer & Vollrath, 2017). Denne sjukdomsrisikoen var informantane i min studie klar over, og fleire presiserte at risikoen for følgesjukdommar på sikt var ein klar motivasjonsfaktor for vektreduksjon og endring av livsstil. Richardson et al. (2020) bemerkar at dersom barnefedme vedvarar over tid og ein høg BMI blir opprettheldt med aukande alder, kan dette disponere for somatiske sjukdommar etter ungdomsår og ung vaksenaldar.

Informantane beskriv korleis ein stor kropp bidreg til ekskludering frå samfunnet. Thomas et al. (2008) og Homer et al. (2016) skriv i tråd med mine funn at mange med fedme opplever ikkje å passe inn i samfunnet sine standardar. Kle er ofte i for små størrelsar, bilbelte ikkje lange nok, sete på teater og kino er for trange, og turar og feriar kan vere angstfylte som følgje av utfordringane med å passe inn. Slike misforhold medfører personlege nederlag, men samtidig oppgir informantane i min studie at det verste er at alle rundt kan sjå at dei er for store og ikkje får plass. Opplevingar som dette

skremmer informantane frå å ville delta på sosiale arenaer, i tillegg til at det forsterkar følelsen av å vere annleis og unormal. Dersom samfunnet ikkje passar til kroppsfasongen, eksempelvis fordi seta er for smale, skjer det ei ekskludering allereie på dette stadiet, på samfunnsnivå – før nettverk og omgangskretsar tar uheldige sosiale val som utestenging og ekskludering frå fellesskapet. Opplevinga av at den store kroppen ikkje passar inn eller høyrer til i samfunnet på lik linje med små kroppar, er med på å forsterke følelsen av kroppen som uattraktiv og objektivisert (Homer et al., 2016). I min studie viser informantane forståing for at ikkje alt i samfunnet kan tilretteleggast for alle grupper, men samtidig er til dømes kle og bilbelte eksempel på enkle materielle produkt som kan tilpassast fleire, for å unngå uheldig ekskludering.

Den store, tunge kroppen som eit biologisk utgangspunkt kan medføre psykologiske påkjenningar, beskriv informantane i min studie. Fedmen skaper ei rekke begrensningar, som vidare disponerer for skam, utanforskap, nedstemtheit og einsemd. Ein informant beskriv den ydmykande følelsen av å stadig måtte velge andre og mindre fine alternativ fordi dei flottaste kjolane berre finnes i små størrelsar. Refleksjonar og spørsmål som oppstår i samband med slike opplevingar er at ein ikkje fortener det beste, fordi ein har fedme, innrømmer informanten. Tankar som at ein må senke standarden i forhold til partnerar og andre aspekt i livet, fordi kroppen er stor og tung, er deprimerande. Gjentatte sosiale nederlag, tilsynelatande på grunn av fedmen aleine, har stor betydning for mennesket og kan påverke både fysisk og psykisk helsetilstand negativt. Farrell et al. (2021) beskriv korleis fedmen opplevast som eit hinder for mange i å leve det livet ein ønsker seg, og fleire opplever at livet er «satt på vent» på grunn av fedmen, og at dei først må få bukt med vekta før livet kan trå til. Ei anna psykologisk belastning som følge av fedmen, i følge informantane i min studie, er korleis resten av samfunnet ser på den som har fedme. Eksempelvis kan ukjente på gata sende nedlatande, dømmande blikk ved forbipassering. Farrell et al. (2021) og Lier et al. (2016) beskriv i tråd med dette korleis mange med fedme trekker seg tilbake fordi dei ikkje orkar å bli sett ned på, få kommentarar og oppleve pinlege situasjonar. Dei treng ikkje få det bekrefta atter ein gong at dei er annleis og utanfor normalen, med sine store kroppar.

I min studie beskriv informantane i tråd med Brown et al. (2006) opplevinga av eit personleg ansvar for eigen helsetilstand og korleis kroppen er blitt, noko som kan vere eit hinder i å søke hjelp hos helsetenestene. Likevel har fleire av informantane i min studie har fått hjelp hos fastlegar, DPS og psykologar i samband med sin fedme og/eller psykiske helsetilstand, med varierende utbytte. Informantane har imidlertid fleire interessante refleksjonar i møte med helsevesenet. På den eine sida er det ønskeleg at fagpersonar opnar opp for dialog om fedme, og ikkje «går rundt grauten» for å unngå eit ubehageleg tema, påpeiker informantane. Når helsepersonell «bakar inn budskapet», og snakkar om fedme på eit generelt grunnlag med generelle konsekvensar, opplevast det lite individretta, forklarar informantane. Fedme bør ikkje vere eit samtaletema som blir unngått, da det skaper meir tabu og skam rundt tematikken. På den andre sida ytrar informantane eit ønske om ein balansegang mellom direkte uttalelsar og hensynsfulle tilnærmingar angående vekt. Informantane forklarar at dei ikkje ønsker helsepersonell skal *anta* at fedmen er eit problem for dei. Dette fordi mange av informantane ikkje baserar helsa si på fedmen og BMI-scoren, eit poeng Buxton & Snethen (2013) også underbygger i sin studie. Buxton & Snethen (2013) forklarar vidare i tråd med mine funn at pasientar med fedme ønsker at helsepersonell skal tilby måtar å handtere vekta på og

legge til rette for dialog og spesifikk rettleiing angående vekt, kosthald og trening. I mitt virke som fysioterapeut er desse utfordringane knytt fedme velkjente tema. På den eine sida er det nødvendig å ta tak i fedmeproblematikken, informere om årsakssamanhengar og sjukdomsrisiko, og på den andre sida skal ein ikkje skape unødvendig fokus på fedmen og vekta dersom det ikkje er ønskeleg og relevant. Mange pasientar er allereie bevisste sine helseutfordringar og opplever det som belastande å stadig bli påminna desse konsekvensane. Først og fremst blir tilnæringsmåten avgjerande i pasientkonsultasjonar om fedme og vektproblematikk, for å skape tillit og gode relasjonar (Buxton & Snethen, 2013). I samheng med hjelp frå helsevesenet og informantane sine refleksjonar, synleggjerast behovet for å ta hensyn til psykologiske og sosiale aspekt ved komplekse sjukdomsbilde som fedme, vel så mykje som biologiske og medisinske forhold. Som ein av informantane presiserte i min studie må fedme sjåast som eit symptom på mange ting, og behandlingstiltak av vekta i seg sjølv har difor ingen hensikt, poengterer informanten. Det sentrale spørsmålet blir kva for årsaker som ligg bak og skapar fedmen.

5.2 Mentalt slått ned

Med bakgrunn i informantane sine uttalelsar kjem det fram at tilværelsen med fedme kan medføre vanskar med sjølvbilde og sjølvtilit. På den eine sida opplyser fleire informantar at dei ønsker å akseptere sin eigen kropp og har jobba med dette i årevis. På den andre sida beskriv informantane ein konstant kamp mot kroppen og kilo, og eit ønske om å forandre seg og få ein sosialt akseptabel kropp. Min studie og studien til Grønning et al. (2013) beskriv behovet for å passe inn i samfunnet og få ein «normal» kropp som ikkje skiller seg ut. Dersom ein føler seg annleis og som eit sosialt utskudd, blir ein naturleg konsekvens å trekke seg tilbake og skjule kroppen, som vidare disponerer for vektaking og psykiske belastningar. Tilværelsen med fedme kan skape ein følelse av å vere eit mislykka medlem av samfunnet. Grønning et al. (2013) beskriv korleis normale, sosialt akseptable kroppar skaper stoltheit, og dersom kroppen ikkje oppfattast som det, kan den bli ei kjelde til angst, ydmykelse og utanforskap. I min studie oppgir både menn og kvinner at dei strever med å godta kroppen og eigen utsjånad. Imidlertid antydar begge kjønn at kompleks knytt til kropp og utsjånad truleg er meir uttalt hos kvinner enn hos menn. Tronieri et al. (2017) bemerkar forøvrig at menn også bekymrar seg for utsjånad, truleg i enda større grad enn først antatt. I samfunnet vi lever i, med mykje eksponering av idealkroppar gjennom mobilen og andre kanalar, kan ein anta at kroppspresstet er ekstra stort blant unge i dag. Mange unge er dessutan usikre på seg sjølv og befinn seg i ein livsfase der dei skal «finne seg sjølv». Ein av informantane beskriv korleis ho anser fedmen som ei ulempe som må vegast opp for, når ho beskriv korleis personlegheita hennar skulle vege opp for vekta på datingmarkedet. Ein kan kanskje forvente av kroppspresstet vil avta noko med aukande alder, og at denne aldersgruppa med unge vaksne er ekstra utsette for fokus på utsjånaden. Grønning et al. (2013) underbygger at kroppen i dagens samfunn er eit prosjekt for mange unge, med stort fokus på utsjånad, størrelse og fasong. Ein slank kropp assosierast med kontroll, gir høg status og popularitet, og det er eit ideal i dagens samfunn å halde seg i form, ete sunt og ta vare på kroppen sin, beskriv Grønning et al. (2013). Med bakgrunn i tankane dei unge vaksne har kring eigen kropp, utsjånad og normalitet kan dette sjåast som eit resultat av samfunnet sine konstruksjonar, malar og ideal som legg retningslinjer for kva som er sosiale akseptabelt og anerkjent.

Stress og prestasjonspress blir nemnt av fleire informantar som negative bidragsytarar på den psykiske helse. Jobbrelatert stress er ei av hovudutfordringane, der enkelte beskriv det som krevande å ha kapasitet til ein fulltidsjobb og handtere arbeidsrelaterte belastningar som kommentarar frå kollegaer. Enkelte opplever at arbeidskvardagen kan ta mykje energi og skape mindre overskudd til resten av dagen. Vidare fortel informantane om opplevd indre stress, i form av krav til seg sjølv og forventningar frå andre. I samband med dette trekkast sosiale media fram som ein medverkande faktor til indre stress og prestasjonspress. På den eine sida oppgir enkelte i min studie at sunne forbilde som motiverer til trening og gode matvanar kan vere positive innslag i kvardagen gjennom sosiale media. Forøvrig er nettopp kroppspositivisme og anerkjenning av alle kroppar, uansett størrelse, eit populært fenomen på sosiale media i dag. På den andre sida oppgir informantane at sosiale media kan skape ein dårleg sjølvfølelse og negativt syn på eigen tilværeelse. Vidare rapportererast det i min studie om at psykisk tunge periodar med lågt energinivå og depressive tankar medfører mykje tid på mobilen, noko som kan forsterke følelsen av å vere nedfor og utanfor. Aalbers et al. (2019) opplyser imidlertid at passiv skrolling på sosiale media nettopp kan assosierast med depresjonssymptom og einsemd. Det er uklart om sosiale media medfører psykiske helseutfordringar, eller om bruk av sosiale media derimot er ein hyppig tendens i tilfella der det allereie eksisterer psykiske helseplager (Aalbers et al., 2019).

I min studie gir fleire informantar uttrykk for at sosiale fenomen som stigma og fordommar basert på vekt er svært belastande og har ein negativ effekt på deira psykiske helse og velvære. Farrell et al. (2021) beskriv at dei ulike variantane av stigma kan delast inn i sjølvstigma, stigma frå andre, og frykt for å oppleve stigma. Stigma basert på vekt kan skape begrensningar på fleire område i livet og assosierast med negativt kroppsbilde, redusert psykisk helse og velvære, depresjon, auka blodtrykk og større matforbruk (Farrell et al., 2021; Emmer et al., 2020; Sutin et al., 2015). Fedme kan skape førestillingar om manglande disiplin og sjølvkontroll, usunt kosthald, lite trening, latskap, og at menneske med fedme kan takke seg sjølv for overvekta (Grønning et al., 2013). Fordommene peikar i retning av at fedme er ein fullstendig kontrollerbar tilstand som den enkelte har forårsaka sjølv, og har eit personleg ansvar for å ta hand om (Rubino et al., 2020). Slike førestillingar og oppfatningar av menneske som har fedme kan skape store psykologiske påkjenningar. Forøvrig presiserer ein informant i min studie at stigma og fordommane som er retta mot menneske med fedme eksisterer for ein grunn. Han beskriv at førestillingane om veremåten og eigenskapane til menneske med fedme ofte stemmer med verkelegheita. Han viser forståing for at andre i samfunnet har desse fordommane mot menneske med fedme. Informanten seier at han personleg har ein veremåte som stemmer overeins med førestillingane frå samfunnet; lite disiplin, dårleg kosthald, lite trening og for dårleg ivaretaking av kroppen.

Ein stor kropp er visuelt tilgjengeleg for alle rundt og medfører ikkje berre stigma og fordommar, men også diskriminering og forskjellsbehandling. Farrell et al. (2021) beskriv at det kan oppstå psykiske barrierar hos menneske med fedme som begrensar opplevelsesspennet og held menneske tilbake frå å utfolde seg sjølv. Informantane i studien min underbygger denne opplevinga, og gir eksempel på at ein freistande strandtur kan avskrivast fordi tanken på å kle av seg på stranda er for vanskeleg. Mange av sjukdommane som kan assosierast med fedme er stressrelaterte sjukdommar som

kan vere eit resultat av til dømes diskriminering (Sutin et al., 2015), noko som illustrerer kor skadeleg sosiale faktorar kan vere for biologiske og psykologiske aspekt ved helsa. Farrell et al. (2021) og Homer et al. (2016) underbygger i tråd med mine funn at mange med fedme opplever kritiske blikk som antydgar at dei ikkje er gode nok, prøver hardt nok, ikkje fortener respekt og er late, noko som medfører skyld- og skamfølelse hos den enkelte. Informantane i min studie samsvarer med Sutin et al. (2015) om at menneske med fedme stadig opplever negative sosiale haldningar og urettferdig behandling, noko som medfører barrierer mot å bli kjent med nye menneske, samt skapar konsekvensar som sosial isolasjon, ein stillesittande livsstil og trøstespising. Ueland et al. (2019) poengterer at fedme skapar førestillingar om åtferd som fråtsing og ettergivenhet, som på mange måtar stemmer overeins med åtferda informantane beskriv i min studie. Imidlertid er ikkje dette bildet eintydig, og ord som «fråtsing» og «ettergivenhet» framstiller menneske med fedme på ein negativ måte, noko som blir misvisande og uheldig da informantane beskriv svært komplekse, vanskelege og håplause situasjonar som ligg til grunn når mat blir bruka til å lindre smerte. Maten blir eit positivt tilskudd i ein elles nedstemt tilværelse, noko som gir ny innsikt og forståing til begrepa «fråtsing» og «ettergivenhet». På sikt kan fråtsing og ettergivenhet bidra til å forverre situasjonen med ytterlegare vektaking og psykiske nedturar. Dette gir eit tydeleg bilde av korleis sosiale førestillingar og påkjenningar kan skape psykologiske følger, eksempelvis einsemd og nedstemtheit, som vidare bidreg til trøstespising og ytterlegare vektaking.

Fleirtalet av informantane i min studie såg tilbake på oppvekstar prega av mobbing og sosial ekskludering. Informantane beskriv desse negative opplevingane som tung bagasje å bere med seg i dag, og fleire opplever medfølgande sosiale og psykologiske påkjenningar som ung vaksen der dei tar avstand til andre, kjenner ein redsel for at ingen vil vere venn med dei og føler seg einsame. Mobbing, utanforskap og negative barndomsopplevingar kan vere betydelege risikofaktorar for utvikling av psykiske vanskar seinare i livet, og kan medføre langsiktige emosjonelle konsekvensar (Tesli et al., 2021; Folkehelseinstituttet, 2018b; Thomas et al., 2008; WHO, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018a). Informantane beskriv mobbinga som ein viktig årsak til deira psykiske helseproblem, der angst og depresjon, eller andre stemningslidingar, er dei hyppigaste tilstandane. Mobbinga beskrivast også av fleire informantar som ein viktig bidragsytar til vektakinga og fedmen. Nokon informantar fortel om opplevde psykiske helseutfordringar allereie i frå barneskulealder, ungdomsskule og vidaregåande, noko som illustrerer ein tidleg debut, som er i tråd med Folkehelseinstituttet (2018b) sine opplysningar om at dei fleste psykiske lidingar opptre i ung alder, ofte før fylte 30 år.

5.3 Spiralen ute av kontroll

Funn frå min studie viser korleis unge vaksne med fedme opplever å hamne i uheldige spiralar med stress, psykiske helseutfordringar, lite søvn, kaloririk mat, inaktivitet og ytterlegare vektaking. Informantane beskriv korleis biologiske, psykologiske og sosiale faktorar har gjensidig påverkingskraft på kvarandre, og dersom éin faktor skliar ut i negativ retning, vil den dra med seg dei andre faktorane i dragsuget. Informantane forklarar på den eine sida at dersom vekta aukar, vil dette ha negativ effekt på psykisk helse og velvære, som vidare kan føre til trøstespising og overspising for å døyve vanskelege følelsar, som igjen medfører dårleg søvn, og da er spiralen på veg ut av kontroll. På den andre sida beskriv informantane at spiralen også kan påverkast i positiv

retning. Til dømes dersom enkelte faktorar får seg eit positivt løft, som ein god periode med trening, kan faktorar som psykisk helse, velvære, søvn og kosthald bli påverka i positiv forstand. Fysisk aktivitet beskrivast forøvrig som viktig av fleire informantar og som eit positivt bidrag til god psykisk og fysisk helse. Eit anna positivt bidrag til spiralen er opplevd meistring i kvardagen, beskriv informantane i min studie, og Buxton & Snethen (2013) underbygger at mange unge med fedme er fornøgde med helsa si når dei opplever å meistre kvardagen.

Alle informantane i min studie har på eit eller anna tidspunkt forsøkt å gå ned i vekt. Forsøk på livsstilsendringar og vektreduksjon blir av samtlige informantar beskrive som ei kompleks, utfordrande oppgåve. Med bakgrunn i det informantane fortel skapast eit bilde av at menneske med fedme kjempar ein indre kamp mot biologien, fedmetilstanden og kiloa, i tillegg til psykologiske faktorar som sjølvstigma, skam og nedturar. Samtidig illustrerer informantane den ytre kampen mot samfunnet sine sosiale haldningar, fordømmar og førestillingar, der enkeltmenneske med fedme stillast til ansvar for eigen kropp og livsstil. Informantane fortel at ulike diettar har vore prøvd ut opptil fleire gongar, men gav aldri langsiktige resultat. Forsøk på vektreduksjon har ofte medført ytterlegare vektauking i etterkant. Informantane ytrar eit ønske om å finne sunne løysingar og rutiner som kan integrerast i ein normal kvardag, utan å måtte telle kaloriar, veie maten eller gå på diettar. Buxton & Snethen (2013) støtter desse refleksjonane og presiserer at for menneske med fedme er det meir nyttig å fokusere på fysisk aktivitet, sunn mat og korleis ein skal handtere kroniske helseplager i staden for å fokusere på vekttapet i seg sjølv. Informantane beskriv korleis dei møter hindringar på vegen mot vektreduksjon og livsstilsendring. Ei av hindringane som kjem fram i min studie er at det er utfordrande å oppretthalde sunne vanar og halde fast ved dei dersom nære relasjonar, til dømes ein sambuar, kan ete usunt og skeie ut, utan å legge på seg. Igjen beskrivast følelsen av å sitte aleine i båten i kampen mot kiloa, med ansvaret aleine for vektreduksjon. Thomas et al. (2008) underbygger denne opplevinga av at mange med fedme opplever eit stort individuelt ansvar for eigen vektreduksjon, og i enkelte tilfelle kan dette medføre ekstreme former av diettar, eller sulting. Ei anna hindring på vegen mot vektreduksjon er emosjonelle matvanar som trøstespising og overspising. Dette er fenomen som fleire av informantane i min studie beskriv at dei fell tilbake til, der maten blir ei trøyst i tunge psykiske periodar. Lazarevich et al. (2016) beskriv i tråd med dette at mat ofte brukast som belønning eller for å takle vanskelege følelsar i fråværet av anna alternativ åtferd. Mat blir ein konsekvens av depressive tankar og er ein betydeleg medverkande faktor til vektauking. Éin informant i min studie beskriv at for han var depresjon synonymt med å vere svolten. Denne assosiasjonen hadde etablert seg tidleg i ein vanskeleg oppvekst, da vonde tankar vart lindra med mat. Nokon av informantane beskriv korleis mat blir bruka på same måte som alkohol, der enkelte hadde opplevd å ete seg kvalm på usunn mat. Slik informantane beskriv tilværelsen med slanking, vektauking, optimisme og nederlag om ein anna, illustrerer dei ein evig runddans der spiralen svingar både opp og ned.

Utfordringar knytt til søvn, innsovning og døgnrytme er andre viktige utfordringar informantane presiserer i samband med fedme, og fleire hevdar at dårleg søvn har spelt ei betydeleg rolle for deira vektauking. Informantane begrunna søvnutfordringane sine med stress og tankespinn som hindra dei frå å sove, fedmerelaterte utfordringar som søvnapné og vanskar med å sove på ryggen, og skjermtid som forstyrra døgnrytmen.

Dersom søvnmønsteret skli ut, vil det vere ein klar medverkande faktor til ein negativ spiral, presiserer nokon av informantane. Eit uheldig søvnmønster medfører at måltid forskyvast til uheldige tidspunkt, rutiner uteblir, ein hamnar utanfor resten av samfunnet i forhold til våkentid og arbeidstid, og den psykiske helsa blir negativt påverka av å falle utanfor. Informantane beskriv denne psykologiske belastninga av å hamne utanfor resten av samfunnet, noko som forsterkar følelsen av å vere annleis og unormal. I studien min beskrivast forøvrig nødvendigheita av fellesskapsfølelsen, der ein står opp på lik linje som alle andre og kan delta på samfunnsnivå. Ein av informantane understrekar at søvn er det viktigaste du kan gi kroppen for å bevare god helse, noko Alonzo et al. (2021) underbygger, og presiserer at god søvn er nødvendig for å ha ei god psykisk og fysisk helse. Søvn spelar i tillegg ei viktig rolle i utviklinga av menneskehjernen som ung (Tarokh et al., 2016), noko som underbygger nødvendigheita av at unge får nok søvn for å ha god helse. Dette kan også underbygge påstandane til informantane om at vektaukainga skjedd som følgje av øydelagt søvnmønster. Ein informant uttrykte at hans vekt og livssituasjon ville vere heilt annleis dersom han fekk nok søvn i ungdommen. Dårlig søvn kan forøvrig også sjåast i samband med psykiske lidingar som depresjon, angst og stress (Al-Khani et al., 2019), som er tilstandar fleire informantar beskriv å ha erfaring med.

I min studie kjem det fram korleis familiemedlem i oppveksten med ulikt hell har forsøkt å bidra til å få spiralen inn på rett kjøll igjen. På den eine sida opplevde nokon informantar at foreldra deira, familien og foreldra til venner involverte seg på uheldige måtar, med negativt snakk om overvekt, formaningar om å gå ned i vekt og openbar bekymring for helseutfordringane på sikt. Informantane illustrerer gjennom dette ei oppleving av å tidleg føle seg unormal og annleis. Taube-Schiff et al. (2017) underbygger at foreldre til barn med overvekt og fedme kan vere konstant bekymra for barna sin helsetilstand, ha eit ønske at dei skal forandre seg, gå ned i vekt og bli sunnare. Ofte blir bekymringane vidareformidla på ein uhensiktsmessig måte til barnet, og det kan skape eit dårleg foreldreforhold og bidra til redusert sjølvfølelse hos barnet (Taube-Schiff et al., 2017). Homer et al. (2016) viser dessutan til tilfelle der familiemedlem ikkje forstår seg på situasjonen til dei overvektige barna og klandrar dei for fedmen og helseproblema dei har tileigna seg. Imidlertid bemerkar Thomas et al. (2008) at dersom foreldre forsøker å iverksette tiltak mot barna si overvekt, kan dette opplevast som eit ytterlegare nederlag og følelse av å vere annleis for barna. På den andre sida kan familie og nære relasjonar bidra positivt i arbeidet mot god helse. Lazarevich et al. (2016) beskriv nødvendigheita av støtte og rettleiing, og presiserer at unge har godt av å lære seg gunstige meistringsstrategiar som adekvat følelshandtering, slik at ikkje mat blir løysinga i tunge periodar. Imidlertid blir det i studien beskrive at positive innspel frå familien og pårørande i oppveksten, som bemerkningar om at kroppen var fin som den var, slettes ikkje var til nytte. Dette blir av ein informant beskrive som bjørnetenester som forårsaka ytterlegare vektaukaing. Informanten forklarar at positive kommentarar om den store kroppen var deprimerande å høyre, da informanten sjølv ikkje opplevde kroppen som noko positivt. Dette illustrerer eit sentralt dilemma som foreldre og nettverk kan møte i samband med overvektige barn, nettopp balansen mellom å bekrefte at dei er gode nok som dei er, men samtidig informere om uheldige helseutfall og vere tilgjengelege for råd og rettleiing i arbeidet mot vekta. Imidlertid var det ingen av informantane i min studie som fortalte om foreldre som bidrog positivt til vellykka vektreduksjon. Taube-Schiff et al. (2017) viser i sin studie av unge vaksne at foreldre kan vere gode støttespelarar som hjelper dei overvektige inn på rett spor, til å nå måla sine om å ete sunt og gå ned i

vekt, samt støtte dei rundt eventuelle kirurgiske inngrep. Familien kan også spele ei stor rolle i oppvekstar der det ikkje finnes venner, avsluttar Taube-Schiff et al. (2017).

Eit par av informantane i min studie var ufør eller sjukemeldt, tilsynelatande på grunn av fedmerelaterte årsaker, og eit par av informantar hadde hoppa av utdanningsforløpa dei hadde starta på. Fedme i en velferdsstat som Norge kan opne mange dører til fysisk og psykisk helsehjelp, noko dei unge vaksne hadde benytta seg av opptil fleire gongar. Mange er fornøgde med hjelpa, særleg knytt til fysisk helsehjelp. Forøvrig er nokon mindre fornøgde med den psykiske helsehjelpa, både fordi dei ikkje slepp til i eit system med lange ventelister, eller at deira behov ikkje blir møtt i møte med helsevesenet. I ein velferdsstat med fri tilgang på helsetenester har alle rett til helsehjelp til ein minimal kostnad, rett til eigenmelding og sjukmelding når helsa buttar i mot, og støtteordningar dersom ein blir ufør (Hatland et al., 2018). Det kan tenkast at menneske med fedme har eit større fråvær frå skule og jobb på grunn av komplikasjonane og følgetilstandane som fedmen kan skape. Velferdsstaten sørger for at menneske med fedme har eit svært godt helsetilbod med rett til behandling og oppfølging til ein låg pris, samanlikna med fleire andre land som ikkje har slike goder. Imidlertid kan det tenkast at terskelen for å hoppe av helsetilboda er lågare her til lands med fri tilgang på helsetenester til ein liten kostnad. Den same tendensen kan truleg sjåast i samband med utdanning, som også er eit så og seie gratis tilbod for alle i Norge. Nokon kan velge å hoppe av studiet ved manglande motivasjon, da det medfører liten grad av økonomiske konsekvensar. På lik linje med resten av befolkninga må det avslutningsvis nemnast moglegheita for å utnytte eit system som sørger for økonomisk tryggleik til tross for fråvær og uførheit, noko som er ei reell problemstilling for befolkninga på generelt grunnlag.

6. Oppsummering og vidare implikasjonar

Vi har i denne studien fått innblikk i fem ulike tilværelsar til unge vaksne med fedme. Problemstillinga til studien var følgande: «*Kva for erfaringar har unge vaksne med fedme relatert til psykisk helse og sin fedmesjukdom?*» Funna frå studien tyder på at psykisk helse og fedme går veldig hand i hand. Fedme blir beskrive som eit symptom på fleire samansette, bakenforliggande årsaker. Det krev ei sterk psyke for å takle det konstante kjøret av indre og ytre stressfaktorar som menneske med fedme fortel at dei opplever å stå i. Som unge vaksne står informantane på springbrettet ut i vaksentilværelsen, og fleire oppgir at fedmen er eit hinder for dei i å leve det livet dei ønsker, med moglegheiter for eit sosialt liv, jobb, kjærast og familie.

Til tross for eit lite utval i denne studien håper eg at funna kan vere av relevans for helsepersonell i møte med menneske som har ein fedmetilstand. I samband med fedmebehandling bør den psykiske helsa også vere i fokus, der kartlegging av tankar, følelsar og meistringsstrategiar er sentralt. Erfaringane og opplevingane som informantane beskriv er tett knytt til praksisfeltet, til dømes tankar om korleis dei ønsker å bli møtt av helsevesenet. Dette er refleksjonar som kan overførast til fleire behandlingssituasjonar og er til ettertanke for korleis helsepersonell opptre i samband med menneske som har fedme. Informantane i min studie viser gjennom sine erfaringar at det er nødvendig at helsepersonell møter dei gjennom ei heilskapleg og biopsykososial tilnærming. Kunnskap frå studien kan også anvendast av *mannen i gata*, da informantane gir tydeleg uttrykk for korleis mange møter dei på uheldige måtar med stigma, fordommar, diskriminering og forskjellsbehandling. Dette kan tyde på at samfunnsmedlem generelt har forbettringspotensiale knytt til sine haldningar og handlingar mot menneske som har fedme. Sist, men ikkje minst, kan forhåpentlegvis kunnskapen frå studien vere av relevans for enkeltmennesket med fedme da den kan bidra til gunstige tilnærmingar frå helsepersonell, samt større forståing, anerkjenning og respekt frå dei utanforståande.

I mitt kliniske virke som fysioterapeut vil eg vere bevisst å ikkje unngå vanskelege samtaletema som fedme eller psykiske lidingar, sjølv om det kan opplevast som sårbart å snakke om. Ein god regel kan vere å bringe temaet på banen for dialog der pasienten kan vere i førarsetet for korleis samtalen utviklar seg. Med denne studien i bakhovudet vil eg som fysioterapeut i mykje større grad enn tidlegare kunne førestille meg korleis det kan vere å stå i pasienten sine sko.

Det hadde vore interessant med vidare forskning på unge vaksne sine erfaringar rundt tilværelsen med fedmesjukdom i samband med psykisk helse, gjerne i større omfang, for å innhente ytterlegare erfaringar, refleksjonar og opplevingar. I tillegg hadde det vore av interesse for seinare studier å inkludere andre som står menneska med fedme nær, som pårørande og helsepersonell, for å forstå fleire sider av saken og høyre deira perspektiv om korleis det opplevast å vere støttespelarar til menneske med fedme.

Litteraturliste

- Abdullah, A., Peeters, A., de Courten, M., & Stoelwinder, J. (2010). The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *89*(3), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.04.012>
- Al-Khani, A. M., Sarhandi, M. I., Zaghloul, M. S., Ewid, M., & Saquib, N. (2019). A cross-sectional survey on sleep quality, mental health, and academic performance among medical students in Saudi Arabia. *BMC Research Notes*, *12*(1), 665. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4713-2>
- Alonzo, R., Hussain, J., Stranges, S., & Anderson, K. K. (2021). Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, *56*, 101414. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101414>
- Aune, D., Norat, T., & Vatten, L. J. (2015). Body mass index, abdominal fatness and the risk of gallbladder disease. *European Journal of Epidemiology*, *30*(9), 1009–1019. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0081-y>
- Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., & Taylor, V. H. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Current Obesity Reports*, *4*(3), 303–310. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0164-9>
- BeLue, R., Francis, L. A., & Colaco, B. (2009). Mental Health Problems and Overweight in a Nationally Representative Sample of Adolescents: Effects of Race and Ethnicity. *Pediatrics*, *123*(2), 697–702. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0687>
- Berryman, C., Ferguson, C. J., & Negy, C. (2018). Social Media Use and Mental Health among Young Adults. *Psychiatric Quarterly*, *89*(2), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9535-6>
- Biehl, A., Hovengen, R., Grøholt, E.-K., Hjelmæsæth, J., Strand, B. H., & Meyer, H. E. (2013). Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: A nationally representative study. *BMC Public Health*, *13*(1), 842. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-842>
- Bjørnelv, G. M. W., Halsteinli, V., Kulseng, B. E., Sonntag, D., & Ødegaard, R. A. (2021). Modeling Obesity in Norway (The MOON Study): A Decision-Analytic Approach—Prevalence, Costs, and Years of Life Lost. *Medical Decision Making*, *41*(1), 21–36. <https://doi.org/10.1177/0272989X20971589>
- Brandkvist, M., Bjørngaard, J. H., Ødegård, R. A., Brumpton, B., Smith, G. D., Åsvold, B. O., Sund, E. R., Kvaløy, K., Willer, C. J., & Vie, G. Å. (2020). Genetic associations with temporal shifts in obesity and severe obesity during the obesity epidemic in Norway: A longitudinal population-based cohort (the HUNT Study). *PLoS Medicine*, *17*(12), e1003452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003452>
- Brandkvist, M., Bjørngaard, J. H., Ødegård, R. A., Åsvold, B. O., Sund, E. R., & Vie, G. Å. (2019). Quantifying the impact of genes on body mass index during the obesity epidemic: Longitudinal findings from the HUNT Study. *BMJ*, *366*, l4067. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4067>
- Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: A qualitative study of the perceptions of obese patients. *The British Journal of General Practice*, *56*(530), 666–672.
- Buxton, B. K., & Snethen, J. (2013). Obese Women's Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers: A Phenomenological Study. *Nursing Research*, *62*(4), 252–259. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318299a6ba>
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode—En kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget.

- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, K. (2019). *Selvtillit, selvfølelse og selvbilde. Hva er forskjellen?* Mental Helse. <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/selvtillit-selvoelse-og-selvbilde-hva-er-forskjellen>
- Emmer, C., Bosnjak, M., & Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, *21*(1), e12935. <https://doi.org/10.1111/obr.12935>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Evensen, E., Wilsgaard, T., Furberg, A.-S., & Skeie, G. (2016). Tracking of overweight and obesity from early childhood to adolescence in a population-based cohort – the Tromsø Study, Fit Futures. *BMC Pediatrics*, *16*, 64. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0599-5>
- Farrell, E., Hollmann, E., le Roux, C. W., Bustillo, M., Nadglowski, J., & McGillicuddy, D. (2021). The lived experience of patients with obesity: A systematic review and qualitative synthesis. *Obesity Reviews*, *22*(12), e13334. <https://doi.org/10.1111/obr.13334>
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Psykisk helse i Norge*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Friedrich, A., & Schlarb, A. A. (2018). Let's talk about sleep: A systematic review of psychological interventions to improve sleep in college students. *Journal of Sleep Research*, *27*(1), 4–22. <https://doi.org/10.1111/jsr.12568>
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(1), 3–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>
- Gjertsen, T. I., Helvik, A.-S., & Følling, I. S. (2021). Previous life experiences and social relations affecting individuals wish for support when establishing healthy habits – a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Public Health*, *21*(1), 1315. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11374-8>
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2010). *Young Adult Mental Health*. Oxford University Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1201377&site=ehost-live>
- Groven, K. S., & Engelsrud, G. (2016). Negotiating options in weight-loss surgery. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *19*(3), 361–370. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9677-y>
- Grønning, I., Scambler, G., & Tjora, A. (2013). From fatness to badness: The modern morality of obesity. *Health*, *17*(3), 266–283. <https://doi.org/10.1177/1363459312447254>
- Guddal, M. H., Stensland, S. Ø., Småstuen, M. C., Johnsen, M. B., Heuch, I., Zwart, J.-A., & Storheim, K. (2020). Obesity in Young Adulthood: The Role of Physical Activity Level, Musculoskeletal Pain, and Psychological Distress in Adolescence (The HUNT-Study). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(12), 4603. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124603>
- Haga, B. M., Furnes, B., Dysvik, E., & Ueland, V. (2020). Putting life on hold: Lived experiences of people with obesity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*,

- 34(2), 514–523. <https://doi.org/10.1111/scs.12756>
- Hatland, A., Kuhnle, S., & Romøren, T. I. (2018). *Den norske velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: Conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*, 15(9), 769–779. <https://doi.org/10.1111/obr.12197>
- Homer, C. V., Tod, A. M., Thompson, A. R., Allmark, P., & Goyder, E. (2016). Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(2), e009389. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009389>
- Husky, M. M., Mazure, C. M., Ruffault, A., Flahault, C., & Kovess-Masfety, V. (2018). Differential Associations Between Excess Body Weight and Psychiatric Disorders in Men and Women. *Journal of Women's Health*, 27(2), 183–190. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6248>
- Johnstone, J., Herredsberg, C., Lacy, L., Bayles, P., Dierking, L., Houck, A., Kilpatrick, M., Kramer, L., Mason, K., Mendez, C., Schrotberger, F., & Befort, C. (2020). What I Wish My Doctor Really Knew: The Voices of Patients With Obesity. *The Annals of Family Medicine*, 18(2), 169–171. <https://doi.org/10.1370/afm.2494>
- Korpela, K., Zijlmans, M. A. C., Kuitunen, M., Kukkonen, K., Savilahti, E., Salonen, A., de Weerth, C., & de Vos, W. M. (2017). Childhood BMI in relation to microbiota in infancy and lifetime antibiotic use. *Microbiome*, 5(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40168-017-0245-y>
- Koukoulithras, I., Plexousakis, M., Kolokotsios, S., Stamouli, A., & Mavrogiannopoulou, C. (2021). A Biopsychosocial Model-Based Clinical Approach in Myofascial Pain Syndrome: A Narrative Review. *Cureus*, 13(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.14737>
- Krokstad, S., & Knudtsen, M. S. (2011). *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. Levanger: Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.
- Krokstad, S., Langhammer, A., Hveem, K., Holmen, T., Midthjell, K., Stene, T., Bratberg, G., Heggland, J., & Holmen, J. (2013). Cohort Profile: The HUNT Study, Norway. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 968–977. <https://doi.org/10.1093/ije/dys095>
- Källmén, H., & Hallgren, M. (2021). Bullying at school and mental health problems among adolescents: A repeated cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00425-y>
- Lazarevich, I., Irigoyen Camacho, M. E., Velázquez-Alva, M. del C., & Zepeda Zepeda, M. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639–644. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.011>
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., & Velázquez-Alva, M. del C. (2013). Obesity, eating behaviour and mental health among university students in Mexico City. *Nutricion Hospitalaria*, 28(6), 1892–1899. https://doi.org/10.3305/nutr_hosp.v28in06.6873
- Lier, H. Ø., Aastrom, S., & Rørtveit, K. (2016). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 322–331. <https://doi.org/10.1111/jocn.13049>
- Longo, M., Zatterale, F., Naderi, J., Parrillo, L., Formisano, P., Raciti, G. A., Beguinot, F., & Miele, C. (2019). Adipose Tissue Dysfunction as Determinant of Obesity-

- Associated Metabolic Complications. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(9), 2358. <https://doi.org/10.3390/ijms20092358>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave). Universitetsforlaget.
- McCrea, R. L., Berger, Y. G., & King, M. B. (2012). Body mass index and common mental disorders: Exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *International Journal of Obesity*, 36(3), 414–421. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.65>
- Meyer, H. E., & Vollrath, M. E. M. T. (2017). *Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Midthjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., Colagiuri, S., & Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: The HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*, 3(1–2), 12–20. <https://doi.org/10.1111/cob.12009>
- Nes, R. B. (2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Ogden, K., Barr, J., Rossetto, G., & Mercer, J. (2020). A “messy ball of wool”: A qualitative study of the dimensions of the lived experience of obesity. *BMC Psychology*, 8(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00416-2>
- Ohara, K., Mase, T., Kouda, K., Miyawaki, C., Momoi, K., Fujitani, T., Fujita, Y., & Nakamura, H. (2019). Association of anthropometric status, perceived stress, and personality traits with eating behavior in university students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 521–531. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-00637-w>
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 288–297. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181651651>
- Poirier, P., Giles, T. D., Bray, G. A., Hong, Y., Stern, J. S., Pi-Sunyer, F. X., & Eckel, R. H. (2006). Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss. *Circulation*, 113(6), 898–918. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.171016>
- Porter, R. J. (2020). The biopsychosocial model in mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(8), 773–774. <https://doi.org/10.1177/0004867420944464>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). *Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity*. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-09435-012.html>
- Richardson, T. G., Sanderson, E., Elsworth, B., Tilling, K., & Smith, G. D. (2020). Use of genetic variation to separate the effects of early and later life adiposity on disease risk: Mendelian randomisation study. *BMJ*, 369, m1203. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1203>
- Rohde, K., Keller, M., la Cour Poulsen, L., Blüher, M., Kovacs, P., & Böttcher, Y. (2019). Genetics and epigenetics in obesity. *Metabolism*, 92, 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.10.007>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H.-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus

- statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497.
<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Rygh, O. (2017). Skyld og skam. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0214>
- Røgeberg, O. (2019). *Årsaker til økt tilstrømming til uføretrygd blant unge: Delrapport—DFØ | kudos*. Oslo Economics AS, Frischsenteret.
<https://kudos.dfo.no/dokument/aarsaker-til-okt-tilstromming-til-uforetrygd-blant-unge-delrapport-psykiske-heleproblemer-blant-unge-en-litteraturgjennomgang?evalueringsportalen=1>
- Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2014). The Stress of Stigma: Exploring the Effect of Weight Stigma on Cortisol Reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 76(2), 156–162. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000031>
- Skalická, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S., & Mackenbach, J. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: Evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5), 1272–1284.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyp262>
- Smith, R. C. (2021). Making the biopsychosocial model more scientific—Its general and specific models. *Social Science & Medicine*, 272, 113568.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113568>
- Sriram, U., Morgan, E. H., Graham, M. L., Folta, S. C., & Seguin, R. A. (2018). Support and Sabotage: A Qualitative Study of Social Influences on Health Behaviors Among Rural Adults. *The Journal of Rural Health*, 34(1), 88–97.
<https://doi.org/10.1111/jrh.12232>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, 26(11), 1803–1811.
<https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Tarokh, L., Saletin, J. M., & Carskadon, M. A. (2016). Sleep in adolescence: Physiology, cognition and mental health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 182–188.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.008>
- Taube-Schiff, M., Yufe, S., Kastanias, P., Weiland, M., & Sockalingam, S. (2017). A Qualitative Study of Young Adult Experiences in the Bariatric Healthcare System: Psychosocial Challenges and Developmental Difficulties. *Canadian Journal of Diabetes*, 41(4), 344–350. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.01.002>
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2021). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- 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*, 11(4), 321–330.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x>
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. Utgave*. Gyldendal Akademisk.
- Trasande, L., Blustein, J., Liu, M., Corwin, E., Cox, L. M., & Blaser, M. J. (2013). Infant antibiotic exposures and early-life body mass. *International Journal of Obesity*, 37(1), 16–23. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.132>
- Tronieri, J. S., Wurst, C. M., Pearl, R. L., & Allison, K. C. (2017). Sex Differences in

- Obesity and Mental Health. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 29. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0784-8>
- Tveråmo, A., Dalgard, O. S., & Claussen, B. (2003). Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990 – 2000. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2003/08/originalartikkel/okende-psykisk-stress-blant-unge-voksne-i-norge-1990-2000>
- Ueland, V., Furnes, B., Dysvik, E., & Rørtveit, K. (2019). Living with obesity—Existential experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1651171. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1651171>
- van Vuuren, C. L., Wachter, G. G., Veenstra, R., Rijnhart, J. J. M., van der Wal, M. F., Chinapaw, M. J. M., & Busch, V. (2019). Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization. *BMC Public Health*, 19(1), 612. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6832-z>
- Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., ... Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ*, 192(31), E875–E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
- WHO. (2018). *Mental health: Strengthening our response*. World Health Organisation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2021). *Obesity and overweight*. World Health Organisation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2022). *Body mass index—BMI*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Wolfers, L. N., & Utz, S. (2022). Social media use, stress, and coping. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101305. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101305>
- Wolin, K. Y., Carson, K., & Colditz, G. A. (2010). Obesity and Cancer. *The Oncologist*, 15(6), 556–565. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2009-0285>
- Aalbers, G., McNally, R. J., Heeren, A., de Wit, S., & Fried, E. I. (2019). Social media and depression symptoms: A network perspective. *Journal of Experimental Psychology. General*, 148(8), 1454–1462. <https://doi.org/10.1037/xge0000528>

Figurliste:

Figur 1: Den biopsykososiale modellen. Referanse:

https://static.wixstatic.com/media/aef226_119ecf94d94d460c94f94c6c2237ac78~mv2.png/v1/fit/w_1000%2Ch_866%2Cal_c%2Cq_80/file.jpg

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguiden som vart benytta til studien.

Vedlegg 2: Informasjonsplakat til aktuelle deltakarar i rekrutteringsarbeidet.

Vedlegg 3: Godkjenning frå REK.

Vedlegg 4: Informasjons- og samtykkeskjema som deltakarane fekk ved oppmøte til intervju.

Vedlegg 1: Intervjuguiden som vart benytta til studien.

Takk for at du stiller til intervju. (Tilby kaffi/vatn)

Gjennomgang av informasjonsskriv og signering av samtykkeskjema.

Har informanten nokon spørsmål? Lydopptakar ok?

1. Kan du begynne med å fortelle litt om deg sjølv og kven du er?
 - Alder
 - Har du utdanning og/eller jobb?
 - Hobbyar, kva driv du med på fritida?
 - Sivilstatus, familie, sosialt nettverk
 - Bosituasjon – leilegheit, hybel, hus, hage.. Leier/eig

2. Korleis vil du beskrive helsa di slik den er i dag?
 - Kva er positivt med helsa di?
 - Er det noko som er negativt med helsa di? (Kvifor er dette negativt?)
 - Opplever du at du har overskudd i kvardagen og meistrar det du vil?
 - Viss du vil fortelle om det; opplever du nokon helserelevante plager, sjukdommar eller begrensningar?
 - Har du lyst å seie kva BMI'en din er pr i dag? Og har den vore stabil over tid?
 - Kva erfaringar har du med tiltak mot fedme – motivasjon, trening, kosthald...

3. Kva tankar gjer du deg kring di psykiske helse?
 - Faktorar som støtter opp om god psykisk helse (sosialt, jobb...)
 - Er det nokon faktorar du tenker har negativ påverknad på di psykiske helse?
 - Viss du vil fortelle; har du erfaring med nokon psykiske vanskar (angst, depresjon..)

4. Korleis vil du beskrive oppveksten din, sett i samanheng med helsa di slik ho er i dag?
Altså kva linjer trekker du mellom oppvekst og noverande helse?
 - Når oppstod fedmen (tankar om kvifor du skulle få fedme: arv, miljø)
 - Korleis ser du på di psykisk helse opp igjennom? Periodar som gode/vanskelege?
 - Veit du om nokon negative barndomsopplevingar som du tenker påverkar helsa di i dag? Fysisk eller psykisk?

5. Opplever du at fedmen påverkar di psykiske helse, eller motsatt?
 - Kva for linjer kan du trekke mellom fedme og psykisk helse?
 - Opplever du å vere tilfreds i eigen kropp – med fysisk og psykisk helse
 - Korleis vil du beskrive sjølvbilde ditt og sjølvtiliten din?
 - Hjelp frå helsepersonell – tilfreds med denne?

6. Til slutt: er det andre ting du trudde eller håpte vi skulle snakke om i dag, som eg ikkje har spurt om? Da må du gjerne legge til det no.

Tusen takk for at du stilte opp! Gåve.



Unge voksne sine NTNU erfaringar rundt psykisk helse og fedme



Dei er ein masterstudie som undersøker forholdet mellom psykisk helse og fedme i aldersgruppa 18 - 32 år.

Kva inneber studien for deg? Eit individuelt intervju som består av 6-8 spørsmål angående dine erfaringar kring psykisk helse og fedme. Alle opplysningar blir anonymisert.

Påmelding? Du kan kontakte masterstudenten på telefon eller mail dersom du ønsker å delta.
Frist for påmelding: 1. februar 2022.

Deltakinga er frivillig og samtykkebasert.

Kvar og når? Intervjuet gjennomførast i jan/feb 2022 etter individuelle avtalar med den enkelte, for eksempel på St. Olavs eller Teams.

Tidsbruk? 1 time settast av til kvart intervju.



VELKOMMEN TIL EIN HYGGELEG PRAT ☺

Kontaktinformasjon: Kristine Ranes, masterstudent v/NTNU

Tlf. **97474232**. Mail: **kriran@stud.ntnu.no**

Vedlegg 3: Godkjenning frå REK.



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Magnus Alm	73559949	30.11.2021	288984

Ingrid Følling

Prosjektsøknad: Unge voksne sine erfaringar rundt psykisk helse og fedme

Søknadsnummer: 288984

Forskningsansvarlig institusjon: St. Olavs Hospital HF

Samarbeidende forskningsansvarlige institusjoner: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å undersøke erfaringene unge voksne har rundt egen psykisk helse og fedme. Planen er å rekruttere informanter fra fedmeklinikken ved St. Olavs hospital. Informantene skal være mellom 18-30 år og ha en BMI > 35 m/tilleggssykdom eller BMI > 40. Begge kjønn, samt variasjon i sosioøkonomisk status er ønskelig. Personer med alvorlig psykisk eller fysisk utviklingshemming vil bli ekskludert fra studien.

Det vil bli gjennomført individuelle kvalitative forskningsintervju med informantene. Dette er en gunstig metode for å innhente erfaringer fra enkeltpersoner og komme i dybden av det aktuelle temaene. Datamaterialet skal deretter analyseres gjennom fenomenologisk metode.

Ved å kartlegge erfaringer rundt psykisk helse og fedme kan vi øke forståelsen rundt disse feltene. Både fedme og psykiske vansker er aktuelle problemstillinger blant unge voksne i dag. Ved å rette fokuset mot egenerfaringer vil dette kunne bidra til å heve kompetansen på feltet og potensielt bedre klinisk praksis og behandlingsresultater.

Søknad om forhåndsgodkjenning for prosjektet ble første gang vurdert av REK midt i møte 27.10.2021. Vedtak ble da utsatt og vi ba om en tilbakemelding.

Vi viser til tilbakemelding mottatt 23.11.2021. Søknaden er vurdert på fullmakt av komiteens representant for etikk, med hjemmel i helseforskningsloven § 10 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10 annet ledd.

REKs vurdering

Komiteens prosjektsammendrag: Formålet med prosjektet er å undersøke erfaringene

unge voksne har rundt egen psykisk helse og fedme. Utvalget skal bestå av åtte voksne pasienter fra fedmeklinikken ved St. Olavs hospital med BMI over 35. Data skal samles inn via individuelle semi-strukturerte dybdeintervju. Studien er samtykkebasert.

Vurdering av din tilbakemelding

Du har i din tilbakemelding besvart våre spørsmål på en tilfredsstillende måte, og du har revidert informasjonsskrivet i tråd med våre merknader. Du oppgir at spørsmålene knyttet til traumer/mobbing er fjernet fra intervjuguiden, da disse ikke er nødvendige for å besvare forskningsspørsmålene. Du har også tydeliggjort inklusjon- og eksklusjonskriteriene i protokollen. Under forutsetning av at du tar vilkårene nedenfor til følge vurderer vi at prosjektet er forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. Du må registrere masterstudenten som prosjektmedarbeider i REK-portalen. Vennligst benytt funksjonen «Endring og/eller henvendelse».
2. Vi forutsetter at intervjuene blir tatt opp på et sikkert medium uten sender/mottaker, slik at uvedkommende ikke kan få tilgang til materialet.
3. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
4. Komiteen forutsetter at du og alle prosjektmedarbeiderne følger egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med REKs vilkår for godkjenning.
5. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Komiteen gjør oppmerksom på at anonymisering er mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkelen, jf. Datatilsynets veileder om anonymiseringsteknikker.

Vedtak

Godkjent på vilkår

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 15.05.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr. med. / Overlege Leder, REK Midt

Magnus Alm rådgiver, REK midt

Kopi til:

St. Olavs Hospital HF
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Elisabeth Valmyr Bania

REK midt

Besøksadresse: Øya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

Telefon: 73 59 75 11 | E-post: rek-midt@mh.ntnu.no

Web: <https://rekportalen.no>

Vedlegg 4: Informasjons- og samtykkeskjema som deltakarane fekk ved oppmøte til intervju.



**VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET
«UNGE VOKSNE SINE ERFARINGER RUNDT PSYKISK
HELSE OG FEDME»?**

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å kartlegge erfaringene unge voksne har rundt egen psykisk helse og fedme. Du vil bli spurt om bakgrunnen din, tanker rundt egen fysisk og psykisk helse, oppvekst, samt refleksjoner rundt hvordan din psykiske helse og fedme påvirker hverandre.

Formålet med studien er å undersøke forholdet mellom psykisk helse og fedme. Unge voksne som har vært i kontakt med fedmeklinikken ved St. Olav blir spurt om å delta i studien.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Opgaven din blir å stille opp på et intervju som tar mellom 45-60 minutter. Forskeren (masterkandidaten) vil benytte lydopptaker under intervjuet for å bevare stoffet til senere analyser. Intervjuet vil foregå etter avtalt tid og sted med den enkelte deltakeren. Intervjuet gjennomføres i januar / februar 2022.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Hensikten med studien er å samle erfaringer som kan bidra til kunnskapsheving rundt psykisk helse og fedme. Erfaringene kan bidra til å bedre behandlingstilbud, tilnæringsmetoder og resultater.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg (og eventuelt din behandling) hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, se kontaktinformasjon på siste side.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2022. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er

kun masterstudent Kristine Ranæs, veileder/prosjektleder Ingrid S. Følling og biveileder Elisabeth V. Bania som har tilgang til denne listen.

NTNU forbeholder seg retten til å publisere masteroppgaven. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollenssyn.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnummer: 288984.

NTNU (Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet) og prosjektleder Ingrid Sørdal Følling, ingrid.sordal.folling@stolav.no, er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på personvernforordningen (GDPR): Artikkel 6, nr. 1a. Artikkel 9, nr. 2a. Behandlingsgrunnlaget i studien er *samtykke*.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte masterkandidaten: Kristine Ranæs, tlf: 97474232, e-post: kriran@stud.ntnu.no.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no.

Instituttleder for psykisk helse v/NTNU er Nanna Sønnichsen Kayed, nanna.kayed@ntnu.no.

JEG SAMTYKKER Å DELTA I PROSJEKTET OG AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DE ER BESKREVET.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

