

# Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykelig overvekt

Wenche Skeivoll Christiansen, Tor-Ivar Karlsen og Inger Beate Larsen

*Wenche Skeivoll Christiansen, master i psykisk helsearbeid, spesialsykepleier, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand, [shave\\_iss@hotmail.com](mailto:shave_iss@hotmail.com)*

*Tor-Ivar Karlsen, førsteamanuensis PhD, Universitetet i Agder, Institutt for sykepleie og helsevitenskap, Grimstad og Senter for sykelig overvekt i Helse Sørøst, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg, [tor-ivar.karlsen@uia.no](mailto:tor-ivar.karlsen@uia.no)*

*Inger Beate Larsen, professor, PhD, Universitetet i Agder, Institutt for psykososial helse, Grimstad, [inger.b.larsen@uia.no](mailto:inger.b.larsen@uia.no)*

## Abstract

### Material and professional stigmatization of people suffering from severe obesity

*The aim of this study is to show how people suffering from severe obesity might experience stigmatization. We interviewed 6 persons recruited from a Norwegian rehabilitation center, specialized in lifestyle intervention in severe obesity. We found that the participants suffering from severe obese experienced stigmatization and thus felt that they a) did not fit into the material world and b) experienced a lack of respect from health care professionals. The results are discussed according to how contemporary symbols are embedded in our surroundings and in our bodies. The conclusion underlines severe obesity as a complex problem which is strengthened by rooms and interior designed for ideal sizes. The prejudices that health care professionals express worsen these patients feeling of stigma. We refer to this as material and professional stigmatization.*

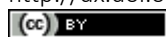
## Keyword/Nøkkelord

*self-experience; health professions, material surroundings; severe obesity; stigma*

*egenerfaring; helsepersonell; materielle omgivelser; sykelig overvekt; stigma*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4195>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

Denne artikkelen retter søkelyset mot stigmatisering av mennesker med alvorlig fedme<sup>1</sup> i Norge. Studien er basert på kvalitative intervjuer der alle deltakerne var diagnostisert som sykkelig overvektige og hadde valgt å delta i et norsk behandlingsopplegg for å endre livsstil. Antallet personer med fedme i Norge har tredoblet seg de siste 30 årene og i dag antas det at mellom 20-25% av den voksne befolkningen har en fedmetilstand (Midthjell, Langhammer, Krokstad, Holmen og Hveem 2013). Dette er medisinsk sett bekymringsfullt siden fedme er assosiert med økt risiko for mange sykdommer (Grover, Kaouache, Rempel, Joseph, Dawes, Lau og Lowensteyn 2015).

Forklaringer på hvorfor mennesker blir overvektige rettes ofte mot den overvektige selv. Alvorlig fedme har vært, og blir, forstått som selvforskyldt og blir tolket som et resultat av dovenskap, manglende selvkontroll eller fråtsing (Stunkard, Faith og Allison 2003). Dette kan forstås som fordommer som mennesker med fedmeproblemer kan oppleve krenkende. Allerede tidlig i barndommen sosialiseres vi inn i negative forståelser rundt overvekt og meninger om hva som er en pen eller mindre pen kropp (Cramer og Steinwert 1998, Staffieri 1967). Slike meninger tar vi med oss videre i livet (Fabricatore og Wadden 2003). Faktorer knyttet til opplevelsen av å bli dømt av andre, endringer av sosiale nettverk, psykososialt stress og diskriminering er pekt på som medvirkende årsaker til fedmeutvikling (Brewis 2014).

Både samfunnet som helhet, og de alvorlig overvektige som gruppe, opplever fedme som negativt. Rogge, Greenwald og Golden (2004) mener at negative holdninger fører til at overvektige personer tilpasser seg disse holdningene. Derved vil andres reaksjoner påvirke identiteten (Goffman 2009). Media spiller en viktig rolle i formidlingen av slike holdninger og bidrar på den måten til å skape negative oppfatninger om menneskets karakter. En overvektig kropp kan slik sett forstås som en spesifikk og symbolsk konstruksjon, der kroppen fungerer som en tekst hvor samtidens symboler er innskrevet (Solheim 2008). Et lands folkehelseopplysningspolitikk kan sies å inngå i slike konstruksjoner, når de for eksempel har et sterkt fokus på fysiske konsekvenser av overvekt og overser de følelsesmessige konsekvensene (Lewis, Thomas, Hyde, Castle, Blood og Komesaroff 2010).

Malterud og Ulriksen (2010) gjennomførte en diskursanalytisk studie av medieoppslag i norske aviser. Her ble fedme forklart ut fra estetikk hvor det å være overvektig var det motsatte av å være attraktiv. Fedme ble også forklart med mangel på kontroll og selvdisciplin. Disse forståelsene kan indikere at

---

<sup>1</sup> For språkets skyld veksler vi mellom begrepene «alvorlig overvekt», «overvekt» og «fedme». Begrepet sykkelig overvekt er et diagnostisk begrep og deltakerne som empirien er basert på hadde alle denne diagnosen.

overvektige blir oppfattet som lite attraktive og at de selv er skyld i sin tilstand. Fedme blir å forstå som en egenskap som diskvalifiserer personer fra å bli sosialt akseptert.

Et resultat av å stigmatisere overvektige mennesker kan være diskriminering. En norsk studie viser hvordan 15-åringer forholdt seg til overvekt hos jevnaldrende. Den belyser hvordan ungdommer generelt synes å underkjenne overvektige ungdommers menneskeverd gjennom å redusere menneskelige egenskaper og gjør dem til objekter (Rognsaa og Dreyer Fredriksen 2011).

Flere studier viser at overvektige har større problemer med å få jobb enn normalvektige (Fabrikatore og Wadden 2004, Lund, Karlsen, Hofso, Fredheim, Røislien og Sandbu 2011), og de som er i jobb opplever diskriminering på arbeidsplassen (Carr og Friedman 2005, Hansson, Näslund og Rasmussen 2010). I en større amerikansk studie ble opplevelsen av diskriminering kartlagt. Sammenlignet med normalvektige hadde svært overvektige 30% større risiko for å oppleve fedmerelatert diskriminering. For personer med alvorlig overvekt var risikoen hele 70% (Carr og Friedman 2005).

En annen amerikansk studie viser at også fysiske omgivelser kan bidra til diskriminering (Glenn og Clark 2015). I en slankeklinikk hadde de for eksempel store stoler tilpasset store kropper. De store stolene ble oppfattet av de overvektige på den ene siden som omtenksomt og krenkende på den andre. Omtenksomt fordi de fikk plass i stolene, krenkende fordi de ble minnet på hvor overvektige de var. En review-studie understøtter den krenkende effekten og viser at fysiske omgivelser som ikke er tilpasset overvektige «produserer» unormale kropper (Colls og Evans 2014).

Nedlatende holdninger i samfunnet relatert til kroppsstørrelse, kombinert med at stadig flere mennesker blir alvorlig overvektige, kan gi en rekke uheldige konsekvenser. På individplan kan det resultere i sosial tilbaketrekning, trøstespising, protestspising, negative psykologiske tilstander, stress, ytterligere overvekt og underforbruk av nødvendige helsetjenester (Brewis 2014, Anderson og Wadden 2004, Puhl og Heuer 2009, Østbye, Taylor, Yancy og Krause 2005).

En rekke studier dokumenterer at helsearbeidere har fordommer mot overvektige personer (Brown, Stride, Psarou, Brewins og Thompson 2007, Brown og Thompson 2007, Cahnman 1968, Foster, Wadden, Makris, Davidson, Saderson og Allison 2003, Hansson et.al 2010, Klein, Najman og Kohrman 1982, Malterud og Ulriksen 2010, Malterud og Ulriksen 2011, Maroney og Golub (1992). Puhl, Moss-Racisin, Schwartz og Brownell (2008) og Puhl og Latner (2007) påpeker at fagfolk har adoptert allmenne stigmatiserende holdninger i møte med overvektige pasienter, og Lorentsen og Hansen (2011) understreker at man trenger mer kunnskap om hvordan denne stigmatiseringen foregår. Brown et.al (2007) viser derimot at britiske sykepleiere som selv hadde følt problemet

på kroppen synes å ha færre fordommer mot overvektige pasienter enn normalvektige sykepleiere.

Flere studier tydeliggjør at fordommer hos helsearbeidere reduserer kvaliteten på behandlingen. Allerede i 1968 beskrev Cahnman at profesjonelle så på overvektige som noen som var vanskelige å behandle (Cahnman 1968). Ernæringsfysiologer beskrev at de brukte et negativt tonefall overfor pasientene og at de hadde en unnvikende verbal og nonverbal kommunikasjon (Stone og Werner 2012). En review av litteraturen publisert i 2015 slår fast at det foreligger klar evidens for at mange grupper av helsepersonell har negative holdninger til personer med fedme (Phelan, Burgess, Yeazel, Hellerstedt, Griffin og van Ryn 2015). Goffman (2009) understreker at menneskers empati og sympati for en stigmatisert person vil forsvinne i takt med stigmaets kraft.

Det synes å være en allmenn oppfatning at mennesker med sykelig overvekt lett blir stigmatisert i vårt samfunn (Liukko 1996). Ifølge Brewis (2014) øker stigmatiseringen til tross for at det blir mer og mer vanlig at folk er overvektige. Link og Phelan (2001) derimot viser til at stigmatiserende atferd fra andre, alene ikke utgjør et tilstrekkelig bevis for at overvektige personer tilhører en stigmatisert gruppe. Forfatterne argumenterer for at den overvektige selv inngår i en stigmatiserende prosess hvor diskriminering og tap av status og posisjon er resultatet.

Som vist har mange utenlandske studier påpekt at mennesker med alvorlig overvekt er utsatt for ulike former for stigmatisering. Da en av forfatterne av denne artikkelen i lengre tid har arbeidet på en rehabiliteringspost for mennesker med alvorlig overvekt erfarte han at klientene ofte snakket om seg selv som stigmatisert. For klientene var tilsynelatende stigmatisering blitt et hverdagsbegrep og vi ønsket derfor å forstå fenomenet slik det ble erfart av mennesker med overvektsproblematikk. Hensikten med denne studien er derfor å få en dybdeforståelse av hvordan overvektige mennesker i Norge erfarer stigmatisering på grunn av sin overvekt. Med bakgrunn i dette har studien følgende problemstilling: På hvilke måter erfarer mennesker med alvorlig overvektsproblematikk å bli stigmatisert?

## **Metode**

Studien er inspirert av Lindseth og Norbergs (2004) fenomenologisk – hermeneutisk metode. Metoden er fenomenologisk fordi fokuset rettes mot levde erfaring med det formål å få fram meningsessenser ved denne erfaringen. Men den er også hermeneutisk i den forstand at den levde erfaringen tolkes i lys av tidligere forskning og teoretiske perspektiver. Ideen var å få kunnskap om fenomenet «stigmatisering» slik det ble erfart av mennesker med alvorlig overvektsproblematikk, og deretter gjøre vår fortolkning av fenomenet. Ved

hjelp av kvalitative intervju søker derfor studien kunnskap direkte fra dem det gjelder.

### ***Kvalitative forskningsintervju***

Studien innebar seks semi-strukturerte kvalitative forskningsintervju av en times varighet. Intervjuene omfattet individuelle samtaler der kunnskap ble skapt i samspillet mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale og Brinkmann 2009). Vi laget en intervjuguide med følgende åpne forskningsspørsmål: a) Hva er motivasjonen din for å bli med i denne undersøkelsen? b) Hva er dine erfaringer med stigmatisering i forhold til sykelig overvekt? c) Kan du gi noen eksempler på hvordan overvekten plager deg i dagliglivet? d) Hva er dine drømmer for fremtiden? Førsteforfatter la til rette for at deltakerne fikk fortelle så fritt som mulig om hvordan de opplevde å bli stigmatisert på grunn av sin overvekt. Målet var å få frem den andres beskrivelse, tolkning og forståelse (Aase og Fossåskaret 2007), uten å lede mot bestemte konklusjoner eller skygge for erfaringer og refleksjoner. Fortellingene ble fulgt opp med oppklarende og utfyllende spørsmål for å få frem mest mulig dybdekunnskap om stigmatisering og samtidig undersøke om det de sa var blitt oppfattet riktig.

### ***Uvalg***

For å få gyldig kunnskap i kvalitative studier er det viktig at deltakerne har den kunnskapen studiet søker (Kvale og Brinkmann 2009). Deltakerne var tre kvinner og tre menn som hadde vært til behandling for sykelig overvekt ved et rehabiliteringssenter. Disse ble trukket ut blant 139 respondenter i en stor, kvantitativ kartleggingsundersøkelse om sykelig overvekt. De ble valgt ut blant de respondentene fra denne undersøkelsen som hadde rapportert om store, følelsesmessige utfordringer i et fedmespesifikt livskvalitetsskjema (Karlsen, Lund, Roislien, Tonstad, Natvig og Sandbu 2013). Vi er klar over at det nødvendigvis ikke er en tydelig sammenheng mellom følelsesmessige utfordringer knyttet til fedme og det å bli stigmatisert, men vi har som vist over valgt å se på dette som et hverdagsbegrep blant mennesker med sykelig overvekt.

### ***Fenomenologisk hermeneutisk analyse***

Lindseth og Nordberg (2004) beskriver analysen i tre trinn: 1) Naiv lesning hvor fenomenet beskrives, 2) strukturell analyse hvor teksten fortettes i meningsenheter og 3) formulering av en helhetsforståelse.

Den naive lesningen gikk ut på å få en umiddelbar forståelse av det samlede intervjumaterialet (Lindseth og Nordberg 2004). Materialet ble lest grundig og vi fikk allerede her et tydelig bilde av at alle deltakerne hadde opplevd stigmatisering.

Den strukturelle analysen ble gjennomført som en åpen fortolkning hvor vi unngikk å teoretisere eller bruke fagterminologi (Lindseth og Nordberg 2004).

Dette innebar en sensitivitet i forhold til den enkelte deltakers beskrevne erfaringer. Her fant vi frem til meningsenheter som vi systematiserte. Vi foretok en sammentrekning av meningsenhetene og fortolket disse til å høre inn under to felles temaer. I denne prosessen var det overraskende mange som beskrev utfordringer i forhold til fysiske omgivelser. Mindre overraskende var det kanskje at deltakerne opplevde at helsepersonell bidro til stigmatisering, siden dette allerede var godt beskrevet i internasjonal forskningslitteratur basert både på overvektiges og helsepersonells egne erfaringer. Vi valgte likevel å ha dette som tema fordi vi også ønsket mer fenomennære beskrivelser fra de overvektige personenes egne perspektiver i tillegg til at vi ønsket et nasjonalt fokus. Ved hjelp av denne fremgangsmåten kom vi fram til to hovedtemaer som deltakerne erfarte: a) Å ikke passe inn i en materiell verden og b) Å erfare manglende respekt fra helsepersonell (se eksempel på analyse av meningsenhet i tabell 1).

Tabell 1. Eksempel på analyse av meningsenhet

| <b>Meningsenhet</b>  | <b>Sammentrekning</b>   | <b>Tema</b>                            |
|--|---|--|
| Jeg har problemer med å sitte i bussene sammen med andre. Og hvis det er to i min størrelse blir det jo ikke plass. Hvis jeg sitter innerst ved vinduet, blir setet ved siden av meg sist tatt, hvis det er tynnere folk lengre bak. | Offentlige transportmidler er ikke tilpasset mennesker som lider av overvekt. | Å ikke passe inn i en materiell verden |

Formuleringen av en helhetsforståelse handlet om at vi gikk tilbake i datamaterialet for å undersøke om de to temaene vi hadde kommet fram til representerte deltakernes samlede erfaringer med stigmatisering. Her oppdaget vi ikke noe nytt og dermed mener vi at de to temaene representerer et logisk og sammenhengende helhetsbilde av stigmatisering.

### ***Forskningsetikk***

Deltakerne ble informert både skriftlig og muntlig om studiens formål, at deltakelse forutsatte frivillighet, og at de kunne trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Samtlige skrev under samtykkeerklæring og alle personopplysninger er aidentifisert og fiktive navn er benyttet.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Etter at datamaterialet var analysert ble lydfilene slettet og dokumentene anonymisert. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Norge

(2010/954). Studien kan ha etiske implikasjoner fordi den både tar for gitt at mennesker med alvorlig overvektsproblematikk er stigmatisert og at vi karakteriserer personene som alvorlig overvektige. Når det gjelder stigmatiseringen har vi tidligere redegjort for hvordan dette er å forstå som et hverdagsbegrep i denne sammenheng. Når det gjelder å beskrive mennesker som «alvorlig overvektige» har dette sammenheng med at deltakerne i denne studien var alle søkt inn på en rehabiliteringsinstitusjon nettopp fordi de hadde denne diagnosen. De var derfor alle innforstått med betegnelsen.

### ***Metodekritikk***

Studien har svakheter og styrker. Dette er en kvalitativ studie med et begrenset antall deltakere og funnene er selvfølgelig ikke representative for alle mennesker med alvorlig fedme og derved ikke representative for alt helsepersonell som disse deltakerne beskriver. I tillegg har det faktum at vi ba deltakerne fortelle om stigmatisering, medført utelukkelse av de gode erfaringene. Dette er jo også naturlig da alle seks var valgt ut fordi de i en større undersøkelse hadde rapportert om store, følelsesmessige utfordringer (Karlsen et.al 2013). Vi kan også kritiseres for å ha lagt begrepet «stigmatisering» i munnen på deltakerne som kanskje ellers hadde beskrevet smertefulle opplevelser med andre, og mere fenomennære begreper. Men da alle deltakerne var utvalgt på grunn av rapporterte følelsesmessige problemer, og da forskning viser at mange overvektige knytter problemene sine til stigmatisering, mener vi at det er mulig å benytte dette metabegrepet. Den interne validiteten i studien er vist ved å gi leseren innblikk i gjennomføringen og analysen. Styrken er at det kvalitative datamaterialet er systematisert og analysert på en slik måte at det kan gi en mer generell kunnskap hvor andre mennesker med alvorlig overvekt vil kunne kjenne seg igjen. Samtidig kan resultatene komme til nytte i klinisk praksis og være lærerike for helsepersonell og andre når de møter mennesker med alvorlig overvektsproblematikk.

### **Resultater**

Det var overraskende mange beskrivelser som handlet om deltakernes forhold til de materielle omgivelsene, samt om deres møter med helsepersonell. Med «den materielle verden» mener vi de fysiske omgivelsene slik deltakerne beskrev dem. Det dreier seg i denne sammenheng om størrelser på rom og interiør. Med «manglende respekt fra helsepersonell» forstår vi deltakernes opplevelser av manglende forståelser for deres problemer. Først vil vi presentere erfaringene til deltakerne så nært opp til hva de selv fortalte og dernest gir vi våre umiddelbare fortolkninger av disse erfaringene.

#### ***Å ikke passe inn i en materiell verden***

Datamaterialet viste at deltakerne gjennomgående opplevde problemer knyttet til den materielle verden de beveget seg i. Alle fremhevet vanskeligheter med å

benytte seg av offentlige transportmidler: *«Jeg har problemer med å sitte i buss-setet ved siden av andre. Hvis det er to i min størrelse, blir det jo ikke plass»*, fortalte Espen. *«Hvis jeg sitter innerst ved vinduet, blir setet ved siden av meg sist tatt, hvis det er tynnere folk lengre bak»*. Erfaringen med at folk ikke vil sitte, eller får plass, ved siden av synes Espen var vanskelig.

Flere av deltakerne sa at de ikke var særlig bereist på grunn av størrelsene på buss- og flysetene. Når de gikk inn i bussen fortalte de at midtgangen var så trang at de måtte gå på skrå. Alle fortalte om nedlatende blikk som forsterket følelsen av å ikke passe inn når de benyttet offentlig kommunikasjon.

I forhold til restaurant- og kinobesøk beskrev Hans stedene på denne måten: *«Før kunne jeg ikke gå inn på en restaurant uten at jeg visste at det var benker der og ikke stoler»*. Han fortalte at han både var redd for ikke å få plass på stolene, men også at han var redd de kunne bli ødelagt på grunn av kroppstydningen. Kinoer representerte tilsvarende utfordringer: *«Jeg går aldri på kino, for jeg vet jeg ikke vil få plass»*, fortalte Hans.

Andre materielle hindringer var særlig knyttet til kleskjøp og til å prøve klær. De kvinnelige deltakerne fremhevet drømmen om å kjøpe klær i en vanlig butikk for normalvektige, samt å kjøpe plagg til en mye rimeligere pris enn prisen for klær til alvorlig overvektige mennesker. Spesielt størrelsen på prøverommene ble opplevd som utfordrende. Mari fortalte at *«gardinene er nesten ikke brede nok til å tette ordentlig igjen»* og hun syntes det var vanskelig at prøverommene var så trange og at de hadde *«speil foran og bak»*, slik hun beskrev det.

De mannlige deltakerne fortalte om mye bruk av humor når de skulle kjøpe tøy. Hans sa: *«Hvis der er noen jeg ler av så er det meg selv, jeg er veldig lite høytidelig. Men jeg hater å prøve tøy»*. Espen fortalte: *«Når jeg kommer inn i en butikk, prøver jeg å være morsom og spør dem om de har noe i min størrelse? He, he»*. Dette ble ikke framhevet av kvinnene.

Våre egne reaksjoner på deltakernes sterke fortellinger var umiddelbart normative. Vi tenkte at her burde samfunnet legge mer til rette for store mennesker. Små prøverom minner den overvektige personen om at han/hun/hen er annerledes enn folk flest og det faktum at det kan være speil på flere vegger gjør at vedkommende ser seg selv i hele sin fylde. De små prøverommene understreker på samme måte som buss-setene at vedkommende ikke passer inn i samfunnsnormen. At det hverken er plass i stolene på busser, tog, fly, restauranter eller kinoer viser til det vi tolker som en form for materiell stigmatisering, og kanskje også en form for systematisk diskriminering. Erfaringene til deltakerne viser tydelig at fysiske omgivelser er konstruert for de som har en standard størrelse. De fysiske omgivelsene kan tenkes å være et vesentlig bidrag til at mennesker med alvorlig fedme blir isolert i samfunnet. På



den måten blir opplevelsen av å ikke passe inn forsterket av materielle rammevilkår.

### ***Å erfare manglende respekt fra helsepersonell***

Møter med leger og ernæringsfysiologer ble beskrevet som svært problematiske. Et par av deltakerne fortalte at legene hadde møtt dem med en ovenfra og ned holdning. Som pasienter følte de at de selv måtte kjempe for å få hjelp. «*Legen for meg gav meg ingenting. Jeg fikk verken råd eller hjelp. Den hjelpen jeg fikk var at jeg kunne begynne å gå turer*», fortalte Hans. Peder illustrerte noe av det samme: «*Jeg føler jeg ble møtt av en overlege som egentlig så litt ned på meg og som rett og slett oppførte seg overlegent*» De to deltakerne reagerte på det som kan betegnes som fordømmende holdninger fra legenes side. Rådene de profesjonelle ga, om kosthold og mosjon, var råd som deltakerne hadde fått mange ganger før og som de allerede hadde mye kunnskap om. Deltakerne vektla at de trengte hjelp til å få dette til i praksis.

Espen var særlig engasjert i at helsepersonell hadde lite kunnskap om overvekt og de problemene det førte med seg. «*De er veldig lite opptatt av psykologi og av mestrings- og kanskje manglende mestringsmekanismer som ligger bak hvorfor folk spiser, og hvorfor folk trimmer mindre*». På den måten formidlet han at det er viktig å lære en person å kjenne for å kunne hjelpe vedkommende best mulig. Espen understreket at mange med alvorlig fedme var deprimerte og derfor overspiste og eller trøstespiste de. Hans illustrerte dette slik: «*Historiene er mange, og de aller fleste som er sykkelig overvektige har opplevd føle ting på en eller annen måte*». En av deltakerne fortalte om traumatiske episoder som årsak til sin fedme:

*Noen sykelige overvektige mennesker bruker mat som medisin for traumatiske opplevelser tidligere i livet. Det er en grunn til at folk overspiser. Du kan ikke komme til meg og fortelle at det ligger i familien. Det er bare tull. Jeg vet flere som spiser fordi de har blitt seksuelt misbrukt og som av den grunn spiser seg store, slik at ingen får lyst på dem.*

Sitatet understreker en hensikt med å være stor, «at ingen får lyst på deg», og samtidig forteller vedkommende at overvektige mennesker som er seksuelt misbrukt gjør seg mindre tiltrekkende ved hjelp av sine store kropp.

Når det gjaldt konsultasjoner hos ernæringsfysiologer ble også disse møtene oppfattet som lite individualiserte. Trine sa: «*De baserer seg på standard ting. Du skal ha det og det pålegget på brødskiven, og hvis du bare lærer deg å spise og trimme riktig så vil du gå ned i vekt*». Hans uttrykte dette slik: «*Ernæringsfysiologene tar i bruk veldig mye robotprat*». Begge disse deltakerne opplevde ikke å være unike personer som ernæringsfysiologene var interessert i. I stedet ble de møtt med holdninger som noen som ikke hadde god nok

selvkontroll. Dette kan betegnes som mangel på empati. «*Selvsagt var det en ung, syltynn dame som var ernæringsfysiolog, og mennesker som er topprente og slanke, skjønner ikke så mye av overvektsproblematikken når de selv ikke har vært borti problemet*», sa Trine. Når de som skal hjelpe oppleves som perfekte, ble følelsen av å være mislykket tilsynelatende forsterket. Samtidig kan man også forstå denne uttalelsen som en form for «motstigmatisering» av slanke mennesker.

Her ser vi at samtlige av våre deltakere hadde begrenset entusiasme knyttet til møtene med sine leger og ernæringsfysiologer nettopp fordi de profesjonelle i liten grad evnet å møte dem uten fordommer. I stedet formidlet de generelle holdninger om at overvekt er selvforskyldt og derfor vanskelig å gjøre noe med. Det synes som om helsepersonellet de fortalte om møtte dem med en fastlagt norm for hva de burde gjøre og hva de måtte holde seg unna. På mange måter kan det synes som om de hadde standard løsninger på ulike menneskers kompliserte liv. På samme vis bød jo også den materielle verden på standardløsninger. Slik sett var overvektige personer ikke å betrakte som enkeltindivider med ulike behov, men som en gruppe. Brukerperspektivet, hvor den enkelte skal være en aktiv deltaker i utforming av egen behandling, synes derfor fraværende ifølge deltakernes egne erfaringer.

## **Diskusjon**

Basert på deltakernes erfaringer med å oppleve seg stigmatisert har vi utviklet begrepene «materieell stigmatisering» og «profesjonell stigmatisering». Deltakernes opplevelser av å ikke passe inn i den materielle verden på grunn av deres størrelse, forsterket en følelse av å være utenfor. Samtidig ble deres opplevelse av å tilhøre en stigmatisert gruppe understøttet av negative møter med profesjonelle hjelpere. For bedre å forstå disse to formene for stigmatisering vil vi først problematisere og diskutere forholdet mellom universell utforming og folkehelsetiltak som skal få folk i aktivitet. Vi vil dernest diskutere hvordan profesjonelle representerer samfunnsnormer om overvekt som retter seg mot overvektige som gruppe til fordel for det mangfoldige enkeltindividet med medbestemmelsesrett.

### ***Materieell stigmatisering***

Goffman (2009) skriver at et stigma kan handle om en fysisk skavank, noe som kan være en betegnelse på en stor kropp. I følge Goffman (2009) illustrerer stigmaet en feil på personen. Feilen uttrykkes i denne forbindelse også diagnostisk som «sykelig overvekt». Den kroppslige «feilen» får støtte av materielle omgivelser fordi utforming av rom og interiør er tilpasset gjennomsnittsmennesket og derved de som er normalvektige. Materieell stigmatisering finner således sted der omgivelsene er tilpasset et normalitetsideal, og der mennesker som faller utenfor dette idealet oppfattes av

andre og seg selv som «unormale». Klesbutikkens prøverom formidler for eksempel at det er en feil ved vedkommende dersom han/hun/hen ikke får plass der.

De mange beskrivelsene av materiell stigmatisering fra deltakernes side gjør det fristende å tenke seg at samfunnet burde legge forholdene bedre til rette for mennesker som ikke faller inn under normalitetsidealet. Dette prinsippet er jo også lovfestet gjennom plan og bygningsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (Lovdata 2017a og b) og har fått betegnelsen universell utforming. Universell utforming innebærer at omgivelsene er utformet på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, og det er forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Mæland 2013). Basert på deltakernes erfaringer synes universell utforming i liten grad å omfatte mennesker med alvorlig overvekt. For å understreke at mennesker med overvektsproblemer er en naturlig del av samfunnet kunne man således tenke seg å benytte prinsippene knyttet til universell utforming og for eksempel designe offentlig kommunikasjon slik at overvektige personer fikk bedre plass. På den måten ville mennesker med andre kroppsfasonger enn de som tilhører normalitetsidealet få en opplevelse av å høre til i samfunnet. En opplevelse av tilhørighet vil igjen kunne hindre diskriminering og resultere i integrering. Dette vil kunne føre til et høyere fysisk og sosialt aktivitetsnivå som i seg selv kan bidra til at overvektspene reduseres. Derved kan den overvektige selv, men også andre, endre syn på overvekt (Brewis 2014). På den måten kan det skje en destigmatisering.

På den andre siden vet vi at personer med alvorlig overvekt har høyere risiko for følgesykdommer. Ideen om universell utforming må derfor balanseres mot behovet for et aktivitetsskapende samfunn. I USA arbeider arkitekter med det de omtaler som «fight obesity with architecture». Fysisk samfunnsutforming inkluderer derfor prinsippet om «active buildings», hvor bygningene i seg selv skal designes slik at folk må være mer i bevegelse for å benytte dens ulike fasiliteter. Et annet ideal er «active transportation» hvor folk skal kunne bevege seg trygt til fots (Price 2017, Buczynski 2017). Anti-fedme-arkitektur sammen med rom og interiør, som er tilpasset det som er vedtatt som normalstørrelser, illustrerer derved en kultur. Solheim (2008) omtaler dette som en kultursymbolikk hvor de kulturelle symbolene er å betrakte som en tekst som formidler et samfunnsblikk på normalitet. Denne teksten er innskrevet i interiør og rom både spesifikt fordi store mennesker ikke får plass, og symbolsk på den måten at de materielle omgivelsene representerer overordnede ideer og forestillinger om den ideelle kroppen og det ideelle livet. Likevel kan det tyde på at forsøk på å overskride slike overordnede forestillinger om den ideelle kroppen heller ikke nødvendigvis bidrar til mindre stigmatisering, da overvektige mennesker har rapportert at store møbler i en slankeklinikk som var

tilpasset deres kroppsstørrelser forsterket en følelse av å være patologiske og unormale (Glenn og Clark 2015).

Folkehelseiltak som skal få folk i aktivitet virker ved første øyekast fornuftige, men samtidig vil disse kunne forsterke en stigmatisering av mennesker med alvorlig overvekt. Det synes derfor vesentlig å balansere prinsippet om å utvikle et aktivitetsskapende samfunn med prinsippet om tilpasning av materielle rom for de som har kropper som ikke faller inn under normalitetsidealet.

### ***Profesjonell stigmatisering***

Kultursymbolikken synes på tilsvarende måte å komme til uttrykk i profesjonelles holdninger til overvektige personer. Samfunnsblikket om normale kropper gjenspeiles i blikket til personene som skal hjelpe de overvektige til å bli kvitt problemene sine. Dette dokumenterer også forskningen: Mange forskjellige profesjonsgrupper har forutinntatte holdninger knyttet til mennesker med alvorlig overvekt. Det er neppe slik at de ulike profesjonene har tatt til seg slike holdninger gjennom utdanningene, men samfunnsnormene er også blitt de profesjonelles normer for den sunne og normale kropp. På den måten synes fagfolkene å være sterkere disiplinert av samfunnsnormene enn av utdanningenes sannsynlige fokus på respekt, empati og brukervedvirkning. Brukervedvirkning er lovpålagt og innebærer at brukernes egne erfaringer og meninger skal tas i betraktning (St.meld.nr. 29 2012-2013).

At profesjonelle i stor grad synes å være representanter for samfunnets kultursymbolikk kan forklares med tidlig og langvarige påvirkninger. Staffieri (1967) viser jo også hvordan barn allerede i 10 års alderen knyttet adjektiver som for eksempel «lat», «stygg» og «dum» til overvektige personer. Liknende resultater gjelder også andre aldersgrupper (Ferrante, Piasecki, Ohman-Strickland og Crabtree 2009; Campell, Engel, Timperio, Cooper og Crawford 2000, Fogelman, Vinker, Lachter, Biederman, Itzhak og Kitai 2002; Foster, 2003; Hebl og Xu, 2001, Price, Desmond, Ruppert og Stelzer 1987; Puhl og Heuer, 2009, Huizinga, Bleich, Beach, Clark og Cooper 2010). For eksempel reduserer normalvektige ungdommer menneskelige egenskaper hos overvektige ungdommer og gjør dem til objekter (Rognsaa og Fredriksen 2011). Det samme synes å skje i møter mellom helsepersonell og overvektige personer. Objektiveringen skjer når helsepersonell plasserer alle overvektige i samme kategori, hvor alle skal behandles likt. Dette er sannsynligvis også en forklaring på hvorfor de følelsesmessige sidene knyttet til overvekt ikke får fokus (Lewis et.al 2010). Slik tapes det meningsberettigede enkeltindividet av syne selv om vedkommende har krav på å bli hørt av de profesjonelle. Samtidig synes objektivering å skje i mindre grad dersom overvektige personer møter helsepersonell som selv er eller har vært overvektige (Brown et.al 2007). Dette understreker også Goffman (2009) som viser til at folk som opplever å tilhøre samme gruppe sjelden bidrar til stigmatisering. Å innta pasientens perspektiv

kan være en viktig måte å nærme seg denne situasjonen på (Trainer, Brewis, Hruschka og Williams 2014). Det finnes lite forskning på generelle strategier for å redusere stigmatiserende holdninger fra helsepersonell. Phelan og medarbeidere (2015) angir noen potensielle strategier som øvelser, faktainformasjon og kognitive teknikker (Phelan et.al 2015). De bakenforliggende kulturelle faktorene som påvirker negative holdninger til personer med fedme synes å være sterke og derved potensielt vanskelig å håndtere. Her kan man undre seg på om det kunne vært fordelaktig at helsepersonell som er eller har vært overvektige i større grad burde ansettes i stillinger knyttet til arbeid med overvektige. Dette prinsippet brukes jo allerede i avhengighetsbehandling (Anderson, McGovern og DuPont 1999).

Kultursymbolikken kommer også til uttrykk i «Resept for et sunnere Norge» (St.meld.nr. 16, 2002-2003). Her er det som omtales som «fedmeepidemien» beskrevet, og tiltakene er å få folk til å spise sunnere og å få dem i aktivitet. Slik sett blir det mulig å forstå helsepersonells fokus på generelle kostholds- og aktivitetstiltak. De har kunnskap om overvekt, vet hva som skal gjøres og får støtte til dette fra overordnet hold. Samtidig vet vi at mange overvektige selv har god kunnskap om de rette tiltakene, så det er tilsynelatende ikke her skoen trykker. På sett og vis synes det som om fagfolk legger trykket på galt sted og på den måten opprettholder de stigmatiseringen. At overvektige personer er enkeltindivider som har behov for forskjellige innfallsvinkler for å få i stand en endringsprosess, får ikke fokus. Fokuset blir mer på at den overvektige personen ikke forstår konsekvensen av sine handlinger og dermed benytter fagfolkene det en av deltakerne kalte «robotprat».

At overvektige personer ikke forstår følgene av det han gjør er i tråd med et annet grunnlag for stigmatisering som vi finner hos Goffman (2009). Han viser til at stigmatisering også skjer ved at noen tilskrives en personlighetsbrist. Slik blir det mulig å tenke seg at profesjonelle tilskriver mennesker med alvorlig fedme en personlighetsbrist som går ut på at han/hun/hen ikke overskuer konsekvensen av sine handlinger og derved ikke er i stand til å gjøre noe med sitt problem uansett hvor mye råd og veiledning han/hun/hen får. De tror rett og slett ikke på det de driver med. Dette kan forklare hvorfor de for eksempel gir kortere konsultasjoner til overvektige (Stone og Werner 2012).

Følgene av profesjonell stigmatisering kan være alvorlige. Pasienter som oppsøker helsepersonell kan for eksempel oppleve at deres problemer ikke blir tatt på alvor og at de derfor ikke tør å fortelle om vanskeligheter til den som er ment å hjelpe (Anderson og Wadden, 2004). Andre implikasjoner som er knyttet til dårlig erfaring med helsevesenet har ført til at mange overvektige ikke møter til, eller utsetter, avtaler og heller ikke følger godt nok opp forordningene som er gitt (Østbye et al., 2005).

## Konklusjon

Alvorlig overvekt viser seg som et sammensatt problem. Vi har pekt på to forhold som medvirker til stigmatisering. Det ene er at fysiske rom og interiør er designet for kroppsstørrelser innenfor normalitetsidealet. Det andre er at alvorlig overvektige opplever fordommer fra helsepersonell. Dette har vi valgt å betegne som henholdsvis materiell og profesjonell stigmatisering.

Selv om man vet at den fysiske helsen påvirkes negativt av alvorlig overvekt, er det uansett viktig å understreke at materielle standarder i samfunnet også kan redusere livskvaliteten til mennesker med alvorlig overvekt. I denne sammenhengen bør vi diskutere om den universelle utformingen også bør gjelde denne gruppen, selv om dette er en kontroversiell diskusjon å ta i en tid hvor folkehelsearbeid innebærer å sette i gang universelle tiltak som skal rette seg etter standardstørrelser og innrettes for å «tvinge» folk inn i standardmål.

Når det gjelder den profesjonelle stigmatiseringen blir det viktig at helsepersonell tar til seg de lovfestede kravene om brukervedvirkning i samfunnet. Å lytte til hva den enkelte har å si, fordrer at de kulturelle, negative normene relatert til overvekt må legges til side for at helsepersonell kan bli i stand til å møte mennesker som virkelig sliter, på en åpen og fordomsfri måte. Det kan i tillegg være en ide å diskutere om prinsippet om egenerfaring med overvekt hos helsepersonell kan være en fordel.

Selv om det foreligger mye forskning som viser helsepersonells (negative) holdninger til mennesker med fedme er det viktig at fokuset på dette ikke svekkes. Vi etterlyser forskning, som involverer og samordner ulike faglige og forskningsmetodiske vinklinger. Særlig gjelder dette områder knyttet til helseprofesjonelles møter med pasienter og hvordan samfunnet kan organiseres for å redusere diskriminering og øke reell integrering. En studie om hvordan omgivelsene kan utformes slik at overvektige personer kan oppleve seg verdsatt og som en del av samfunnet, vil i tillegg kunne gi noen svar på hvordan omgivelsene også kan bidra til redusert diskriminering og bedre integrering.

## Litteratur

- Anderson D.J., McGovern J.P. og DuPont R.L. (1999) The origins of the Minnesota model of addiction treatment – a first person account. *Journal of Addict Dis* 18(1): 107-114 10.1300/J069v18n01\_10
- Anderson, D.A. og Wadden, T.A. (2004) Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obesity Research*, 12, 1587-1595 10.1038/oby.2004.198
- Brewis A.A. (2014) Stigma and the perpetuation of obesity. *Social science & medicine*, 118: 152-158  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.003>

- Brown I. og Thompson J. (2007) Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Informing Policy Worldwide through Research and Scholarship* 10.1111/j.1365-2648.2007.04450
- Brown I., Stride C., Psarou A., Brewins L. og Thompson J. (2007) Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4):329-41 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x
- Buczynsky B. (2017). Lastet ned den 17.01.2017 fra: <http://inhabitat.com/interview-5designs-michael-ellis-discusses-anti-obesity-architecture/>
- Cahnman W.J. (1968) The Stigma of Obesity. *Sociological Quarterly*, 9(3):283-99 10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x
- Campell K., Engel H., Timperio A., Cooper C. og Crawford D. (2000) Obesity Management: Australien general practitioners' attitudes and practices, 8(6): 459-466 10.1038/oby.2000.57
- Carr D. og Friedman M.A. (2005) Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3):244-59 10.1177/002214650504600303
- Colls R. og Evans B. (2014) Making space for fat bodies? *Progress in Human Geography*, 38(6): 733-753 10.1177/0309132513500373
- Cramer P. og Steinwert T. (1998) Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3):429-51 10.1016/S0193-3973(99)80049-5
- Fabricatore A.N. og Wadden T.A. (2003) Psychological Functioning of Obese Individuals. *Diabetes Spectrum*, 16(4):245-52 <https://doi.org/10.2337/diaspect.16.4.245>
- Fabricatore A.N. og Wadden T.A. (2005) Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*, 22(4):332-7 <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.01.006>
- Fogelman Y., Vinker S., Lachter J., Biederman A., Itzhak B. og Kitai E (2002) Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *International Journal of Obesity*, 26(10): 1393-1397 10.1038=sj.ijo.0802063
- Foster G., Wadden T., Makris A., Davidson D., Sanderson R. og Allison D. (2003) Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, 11(10):1168-77 10.1038/oby.2003.161
- Ferrante J.M., Piasecki A.K., Ohman-Strickland P.A. og Crabtree B.F. (2009) Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*, 17(9): 1710-1716 10.1038/oby.2009.62
- Glenn, N.M. og Clark, M. (2015) When accommodation gets complicated. *JAMA: Journal of the American Medical Organization*, 314(15): 1567-1568 10.1001/jama.2015.5978
- Goffman E. (2009) *Stigma: om afvigerens sociale identitet*, Frederiksberg: Samfundslitteratur

- Hansson L.M., Näslund E. og Rasmussen F. (2010) Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6):587-96  
10.1177/1403494810372266
- Grover S.A., Kaouache M., Rempel P., Joseph L., Dawes M., Lau D.C.V. og Lowensteyn I. (2015) Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 3: 114–22  
dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70229-3
- Hebl M.R. og Xu J. (2001) Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity*, 25(8): 1246-1252
- Huizinga M.M., Bleich S.N., Beach M.C., Clark J.M. og Cooper L.A. (2010) Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. *Obesity (Silver Spring)*, 18(10): 1932-1937  
10.1038/oby.2010.35
- Karlsen T.I., Lund R.S., Roislien J., Tonstad S., Natvig G.K. og Sandbu R. (2013) Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality of life outcomes*, 13: 11-17  
10.1186/1477-7525-11-17
- Klein D., Najman J., Kohnman A.F. og Munro C. (1982). Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. *The Journal of Family Practice*; 14(5): 881-888
- Kvale S. og Brinkmann S. (2009) *Interviews : learning the craft of qualitative research interviewin*, Los Angeles, Calif.: Sage
- Lewis S., Thomas S.L., Hyde J., Castle D., Blood R.W. og Komesaroff P.A. (2010). "I don't eat a hamburger and a large chips every day!" A qualitative study of the impact of public health messages about obesity on obese adults. *BMC Public Health*, 10: 309-309  
10.1186/1471-2458-10-309
- Lindseth A. og Nordberg A. (2004). A phenomenological method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(2): 145-153, 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Link B.G. og Phelan J.C. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27:363-85  
10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Liukko A. (1996). *Mat, kropp och social identitet*. Stockholm: Doktoravhandling av Pedagogiske institutionen
- Lorentsen D.B.F. og Hansen T.D.K. (2011) Stigmatiseres den fede patient? *Klinisk Sygepleje*, 25(3):52-61
- Lovdata (2017a). Lastet ned den 17.01.2017 fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Lovdata (2017b) Lastet ned den 20.01.2017 fra:  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2005-06-03-33>
- Lund R., Karlsen T.I., Hofsvold D., Fredheim J., Røislien J. og Sandbu R. (2011) Employment Is Associated with the Health-Related Quality of Life of



- Morbidly Obese Persons. *Obesity Surgery*, 21(11):1704-9  
10.1007/s11695-010-0289-6
- Malterud K. og Ulriksen K. (2010) "Norwegians fear fatness more than anything else" A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1):47-52  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.022>
- Malterud K. og Ulriksen K. (2011) Obesity, stigma, and responsibilities in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4)  
10.3402/qhw.v6i4.8404
- Maroney D. og Golub S. (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Perceptual and Motor Skills* 75(2): 387-391
- Mechanic M.B., Weaver T.L. og Resick P.A. (2008) Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abuse. *Violence Against Women*,14(6):634-54 10.1177/1077801208319283
- Midthjell K., Lee C.M.Y., Langhammer A., Krokstad S., Holmen T.L. og Hveem K. (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 10.1111/cob.12009
- Mæland H. (2013). *Universell Utforming*. Masteroppgave ved det juridiske fakultet. Tromsø: Universitetet I Tromsø
- Phelan S.M., Burgess D.J., Yeasel M.W., Hellerstedt W.L., Griffin J.M. og van Ryn M. (2015) Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews* 16(4): 319-326  
10.1111/obr.12266
- Price A. 2017. Lastet ned den 17.01.2017 fra:  
<https://www.good.is/articles/walk-this-way-center-for-active-design-fights-obesity-with-architecture>
- Price J.H., Desmond S.M., Ruppert E.S. og Stelzer C.M. (1987) School nurses' perception of childhood obesity. *Journal of School Health*, 57(8): 332-336 10.1111/j.1746-1561.1987.tb03214.x
- Puhl R.M. og Latner J.D. (2007) Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*,133(4):557-80 10.1037/0033-2909.133.4.557
- Puhl R.M., Moss-Racusin C.A., Schwartz M.B. og Brownell K.D. (2008) Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2):347-58 10.1093/her/cym052
- Puhl R.M. og Heuer C.A. (2009) Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*,100(6):1019-28 10.2105/AJPH.2009.159491
- Rogge M.M.G., Greenwald M. og Golden, A. (2004) Obesity, Stigma, and Civilized Oppression. *Advanced in Nursing Science*. 27(4): 301-15
- Rognsaa R. og Dreyer Fredriksen S.T. (2011) 15-åringers opplevelser av overvekt hos jevnaldrende, en fenomenologisk-hermeneutisk studie.

- Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 7(19): 49-60  
<http://dx.doi.org/10.7557/14.1826>
- Solheim J. (2008) Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur. Oslo: Pax Forlag A/S
- Skeivoll W. (2013) Sykelig overvekt og stigmatisering. Hvilke erfaringer har norske kvinner og menn med sykkelig overvekt i forhold til stigmatisering. Masteroppgave i psykisk helsearbeid. Grimstad: Universitetet i Agder
- Staffieri J.R. (1967) A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(1):101-4  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0021227>
- St.meld.nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Regjeringen
- St.meld.nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Regjeringen
- Stone O. og Werner P. (2012) Israeli Dietitians' Professional Stigma Attached to Obese Patients. *Qualitative Health Research*, 22(6):768-76  
10.1177/1049732311431942
- Stunkard A.J., Faith M.S. og Allison K.C. (2003) Depression and obesity. *Biological psychiatry*. 54(3):330-7 [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00608-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00608-5)
- Trainer S., Brewis A., Hruschka D. og Williams D. (2014). Translating obesity: Navigating the front lines of the “war on fat”. *American Journal of Human Biology*, 27: 61-68 10.1002/ajhb.22623
- Ulset E., Undheim R. og Malterud K. (2007) Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 127: 34-7
- Østbye T., Taylor D.H., Yancy W.S. og Krause K.M. (2005) Associations between obesity and receipt of screening mammography, Papanicolaou tests, and influenza vaccination. Results from the Health and Retirement Study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *American Journal of Public Health*, 95(9): 1623-30  
10.2105/AJPH.2004.047803
- Aase T.H. og Fossåskaret E. (2007) Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode. Oslo: Universitetsforlaget