

Examensarbete

Våren 2009

Sektionen för Hälsa & samhälle

Socialt Arbete

”De ensammas sjukdom”

-tankar och önskemål kring stöd vid viktreducering

”The lonely people’s disease”

-thoughts and wishes regarding support to be able to successfully manage a weight reduction

Författare

Alexandra Hurtig Åkerberg

Handledare

Agneta Folkesson

Examinator

Anders Giertz

Förord

Innan jag presenterar min studie vill jag med några korta meningar visa min uppskattning till alla Er som gjorde det möjligt för mig att genomföra studien.

Arbetet med studien har varit fantastiskt roligt och lärorikt, men också krävande. Jag har fått ta del av många människors tankar och erfarenheter och genom detta lärt mig oerhört mycket som jag värdesätter väldigt högt och kommer att ta med mig i resten av mitt liv.

Jag vill börja med att tacka alla medverkande i studien för att Ni ställde upp på intervjuer och så frikostigt delade med er av era liv. Tusen tack!

Ett stort tack även till min handledare Agneta Folkesson för det otroliga engagemang, hjälp och uppmuntran som du bidragit med.

Till sist vill jag rikta ett stort tack till min mor och min pojkvän som har varit ett oerhört stöd under processens gång. Utan Er hade jag inte klarat att genomföra studien.

Alexandra Hurtig Åkerberg

Kristianstad 2009-05-21

Abstract

Obesity and overweight is the worst public health related disease today, and it is a constantly increasing problem in societies all over the world. In Sweden the number of overweight persons has been doubled in the last 20 years. Today about 500 000 persons suffer from obesity and overweight.

The aim of this study was to investigate obese and overweight people's thoughts and wishes regarding what support they would like, in order to be able to successfully manage a weight reduction. The study is qualitative and conducted through six interviews, the material was analysed with content analysis. The result of the analysed interviews led to four categories: offered support, wished support, are you strong enough to find support by your own and mental wellbeing.

The conclusion of this study is that overweight person's biggest wish is to get continuous and personal support from the health care system. Sometimes the support needs to be life long. This is what all the interviewed persons think is most important in order to be able to handle a weight reduction. A common understanding among the participants was also that the society needs to take more responsibility in order to prevent more people from getting overweight, and to help people who already are overweight. A feeling of stigmatization is something that all the interviewed feels on a daily basis.

Keywords: Obesity, overweight, support, treatment, weight reduction, stigmatization

1. INLEDNING	6
2. SYFTE	6
2.1 PROBLEMFÖRMULERING.....	6
3. BAKGRUND	7
3.1 TEORETISK REFERENS RAM.....	9
4. TIDIGARE FORSKNING	10
5. METOD	12
5.1 METODVAL	12
5.2 URVAL.....	13
5.3 DATAINSAMLING	13
5.4 GENOMFÖRANDE.....	14
5.5 ANALYS/BEARBETNING	14
5.6 LITTERATURSÖKNING.....	15
5.7 METODDISKUSSION	16
6. ETISKA REFLEKTIONER	18
6.1 RISK/ NYTTA MED STUDIEN	18
7. RESULTAT	19
7.1 ERBJUDET STÖD	19
7.2 ÖNSKAT STÖD	20
7.2.1 <i>Hälso och sjukvård</i>	21
7.2.2 <i>Samtalsterapi enskilt/ grupp</i>	22
7.2.3 <i>Stöd i familj/ vänner</i>	23
7.2.4 <i>Dietist</i>	24
7.2.5 <i>Motion</i>	25
7.3 KLARAR MAN SJÄLV AV ATT SÖKA STÖD?	25
7.4 PSYKISK HÄLSA/ OHÄLSA	26
8. DISKUSSION	27
8.1 RESULTATDISKUSSION.....	27
8.2 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING.....	34

REFERENSER 35

BILAGA 1

BILAGA 2

BILAGA 3

1. Inledning

Övervikt och överviktsproblematik är något jag genom hela livet har varit väldigt nära, dels genom egna erfarenheter samt genom familj och vänners erfarenhet. Detta tillsammans med att jag idag i mitt dagliga liv möter fler och fler människor som är överviktiga har lett till funderingar kring var insatserna behövs för att kunna stötta personerna med övervikt så att de kan minska sin vikt.

Det är viktigt att förstå varför denna utveckling fortsätter, vad det är som gör att inga försök till att hejda utvecklingen har lyckats, vilket leder till den viktigaste frågan: Vad kan hjälpa den överviktiga att uppnå en viktreducering. Vad är det för stöd som är efterfrågat?

Under utbildningens gång, samt i samband med den obligatoriska praktikterminen som jag gjorde som kurator så väcktes ännu fler tankar kring hur jag som blivande socionom kan stötta människor med övervikt för att de ska kunna uppnå en viktreducering.

Vilka önskemål och tankar har överviktiga kring stöd och hjälp vid en viktreducering, detta är frågor jag skulle vilja ha svar på för att kunna möta dem i deras problematik och göra en insats när jag arbetar som socionom. Jag har inte funnit så mycket litteratur och tidigare forskning som utgår ifrån den enskildes tankar och önskemål, därför ser jag ett behov av att göra denna studie.

2. Syfte

Studiens syfte är att få en ökad kunskap om vad som kan bidra till att man som överviktig skulle klara av att genomföra en viktnedgång, detta genom att lyfta fram den överviktigas tankar och önskemål kring stöd vid viktreducering, för att sedan kunna möta den enskilda individens behov i arbetet som socionom.

2.1 Problemformulering

Vilket stöd önskar en vuxen person med övervikt för att lyckas med en viktreducering?

Vilket stöd erbjuds?

Klarar man själv av att söka det stöd man efterfrågar?

3. Bakgrund

Övervikt är ett problem som ständigt ökar. Trots att det är en av de mest synliga folksjukdomarna, så verkar världen ändå blunda för dess konsekvenser (Nafziger, 2006). För första gången i människans historia dör nu fler människor till följd av övernäring, än på grund av svält och bristsjukdomar. Stoppas inte utvecklingen finns det risk för att den nuvarande unga generationen blir den första på många hundra år där barnen lever kortare tid än sina föräldrar (Löndahl, 2007; Melin, 2004).

Definitionen på övervikt och fetma anges utifrån måttet Body Mass Index (BMI), där man räknar ut förhållandet mellan längd och vikt. Den som har ett BMI mellan 18.5 och 25 anses vara normalviktig och gränserna för övervikt ligger mellan 25 och 30. När ett BMI på 30 har passerats anses man lida av fetma (Melin, 2004). Fetma klassas av WHO (World Health Organization) som en kronisk sjukdom och övervikt som risk för sjukdom. Fetma är ett snabbt växande folkhälsoproblem och i Sverige har antalet personer med fetma nästan fördubblats på 20 år. Omfattningen är nu omkring 500 000 människor. Den ökade förekomsten av fetma gäller både män och kvinnor och i alla åldersgrupper, cirka tio procent bland vuxna och cirka fyra procent bland barn och ungdomar. Annorlunda uttryckt är fetma ett tillstånd där kroppens naturliga energireserv i form av fettvävnad ökar till en punkt där den blir associerad med negativa hälsoeffekter och ökad dödlighet. Fetma betraktas som ett allvarligt hot mot folkhälsan eftersom den ökade kroppsvikten har visats disponera för flertalet sjukdomar (Melin, 2004). Man har farhågor om att minskad medellivslängd redan om 10 år kommer att vara ett faktum i USA, detta framkommer i en artikel publicerad i New England Journal of Medicine (2005).

Homosapiens har funnits i cirka 2 miljoner år, och de karaktärsdrag och beteende som ledde till vår utveckling och fortsatta överlevnad har inte märkbart förändrats under dessa år. Människor kan inte leva utan vatten eller mat och vi behöver vara fysiskt aktiva för att må bra. Våra förfäder anpassade sig till den mängden föda som fanns, vilket varierade beroende på årstid och andra faktorer. Detta innebär att människan är utvecklad att kunna hantera väldigt ojämn tillgång på föda och även perioder av svält. Obegränsad tillgång på föda är däremot inget vi är utvecklade för att kunna hantera (Melin, 2004).

De senaste hundra åren har människans levnadsstandard ökat så markant att konsekvenserna i västvärlden har blivit att övervikt är ett allt större problem. Obegränsad tillgång på mat kombinerat med minskad fysisk aktivitet är de primära orsakerna till denna utveckling. Vilket innebär att både beteende och omgivningen behöver förändras för att utvecklingen ska kunna få ett stopp. Även ärftlighet är en faktor som spelar stor roll när det gäller risken att utveckla övervikt. En individ som via arvet är predisponerad för övervikt och utsätts för en mindre gynnsam omgivning, såsom lätt tillgång till fettrik mat utvecklar väldigt lätt övervikt (Melin, 2004).

Palme (1981) jämför svårigheterna kring att leva med övervikt med de svårigheter en alkoholist upplever, alkoholisterna skulle aldrig omge sig med sprit, då det är en för svår lockelse. Motsvarande gäller även en person med viktproblem, att det finns ohälsosam och lättätmat nära i omgivningen innebär en oemotståndlig lockelse. Problematiken är snarlik, ändå ses av samhället svårigheterna för en person med viktproblem inte som lika allvarliga som för en alkoholist (Palme, 1981).

Även Karlsson (2003) anser att det är ett problem med den allmänna uppfattning att överviktiga själv är ansvariga för sin övervikt, detta leder till att samhället lätt gör det ultimata attributionsfelet, det vill säga tillskriver oförmågan att gå ner i vikt till orsaker som svaga personligheter och dålig karaktär. Starka negativa attityder riktas ofta mot stigmatiserade individer som hålls ansvariga för sitt eget tillstånd. Detta förklarar varför stigmatiseringen är så stark. Om övervikt setts som ett resultat av både yttre och inre orsaksförklaringar skulle stigmatiseringen och de negativa attityderna minskat avsevärt (Karlsson, 2003).

Övervikt och fetma är inte bara ett stort hälsoproblem för den enskilde, riskerna för mobbning, trakasserier och diskriminering ökar, detta samtidigt som benägenheten att delta aktivt i sociala och kulturella aktiviteter kan minska (Löndahl, 2007). Enligt Nordlund & Stade (2005) så är att gå ner i vikt inte den stora utmaningen, utan det svåra är att bibehålla den lägre kroppsvikten. Endast 5 % av de som har gått ner 5 % i vikt bibehåller den lägre vikten i 5 år (Nordlund & Stade, 2005).

Problemen är också stora och växande för samhället vad gäller omsorg, sjukvård och arbetsmarknad (Löndahl, 2007). Samhällsekonomiska analyser visar att det svenska

samhällets kostnader för fetma och övervikt uppgår till omkring 3 miljarder per år, vilket är 2 % av totala kostnaden för hälso och sjukvården. Kostnaderna ökar i stort sett proportionellt i förhållande till ökande bmi-värden. Detta visar tydligt att det finns en stor vinning, samhällsekonomiskt i att finna en väl fungerande behandling och förebyggande strategier gällande övervikt (Löndahl, 2007; Nafziger, 2006).

I Sverige har under de senaste åren regeringens syn på övervikt förändrats. År 2001 nämndes övervikt i obetydlig grad i folkhälsorapporten, medan det i 2006 års folkhälsorapport erkändes som en stor folksjukdom som med största sannolikhet kommer att ha en stor effekt på framtiden. Många debatter och politiska påtryckningar har lett till att det nu ser ut som att något börjar hända även i praktiken. Nazfiger (2006) skriver att ett paradigmskifte behövs för att kunna förhindra utvecklingen av övervikts-epidemin (Nazfiger, 2006).

3.1 Teoretisk referensram

Jag har valt att använda mig av två teoretiska utgångspunkter inför denna studie, då jag anser att de båda är viktiga för ämnet. Dels Carnevalis modell för att bedöma hälsa och dels Goffmans teorier om stigmatisering.

Carnevali (1999) använder för att bedöma hälsa en modell för dagligt liv ställt mot funktionellt hälsotillstånd. Det är en modell som beskriver hur människans vardag blir påverkad i det dagliga livet av det funktionella hälsotillståndet och av den funktionella förmågan, dvs. individens inre och yttre resurser (Carnevali, 1999).

Om man tillämpar denna modell på en person med överviktsproblem skulle de inre resurserna kunna vara uthållighet, styrka, kunskap, motivation, färdigheter och sinnesstämning. De yttre resurserna kan vara människor i individens omgivning, förhållningssätt man möter, bostad och pengar. Carnevali (1999) jämför samspelet mellan det funktionella hälsotillståndet och det dagliga livet med en balansvåg där den ena vågskålen utgörs av den funktionella förmåga en individ besitter. Det vill säga de inre resurser samt de yttre resurser som finns till individens hjälp och där den andra vågskålen utgörs av det dagliga livet och de krav som individen ställs inför. När kraven blir för många och individens inre och yttre resurser inte kan tillgodose dessa krav skapas en obalans som leder till ohälsa. För att en individ ska nå

livskvalitet krävs det att en balans mellan dessa två vågskålar vidmakthålls (Carnevali, 1999).

Enligt Goffman (2001) handlar stigmatisering om ett kollektivt identitetsskapande, exempelvis genom uppdelning av vad som anses vara normalt, onormalt, acceptabelt och oacceptabelt. Genom stigmat möjliggörs symboliska gränser i samhället som talar om vilka som hör till och vilka som faller utanför, detta blir ett skapade av oss och de andra (Goffman, 2001).

Vad som är avvikande kan vara föränderligt över tiden. Som stigmatiserade tar Goffman (2001) upp både fysiskt, psykiskt och socialt avvikande beteende. Ett stigma kan vara både synligt och osynligt, synligt stigma är exempelvis fysiska handikapp eller övervikt. Ett osynligt stigma däremot går att dölja och individen behöver inte konfronteras med det i alla vardagliga situationer. Övervikt är ett synligt stigma som inte går att dölja, därför måste individen lära sig att leva med sitt stigma och konfronteras med olika fördomar varje dag i alla sammanhang (Goffman, 2001).

4. Tidigare forskning

I Gards och Wrights avhandling kan man läsa att det har skett ett paradigmskifte gällande behandling av övervikt och insatser i Australien. Där ses det nu som en del av samhällets ansvar, att läkare och andra vårdpersonal identifierar, uppmärksammar och diagnostiserar personer som är överviktiga eller ligger i riskzonen för att bli det och ta kontakt med dem angående detta, att informera om riskerna med övervikt och förslå olika viktminskningsbehandlingar. Detta ska göras oavsett om det föreligger någon risk för medicinsk följsjukdom eller inte. I Australien ses nu övervikt som ett socialt problem, som är orsakat av en blandning av sociala, kulturella och individuella faktorer. Snabbmatskedjorna, den nya teknologin och förändrade värderingar anses som några av förklaringarna till varför andelen överviktiga ständigt ökar. Dessa yttre orsaksförklaringar visar varför överviktiga personer inte klarar av att genomföra en viktnedgång på egen hand. Att engagera regering och kommuner framhålls som en viktig del för att kunna motarbeta övervikts-epedemin. Detta föreslås kunna göras till exempel genom att ändra stadsplanering och byggnader så att människor blir tvingade till mer rörelse, att höja skatterna på onyttig mat, att införa mer obligatorisk fysisk aktivitet under skolgång och arbetstid. Ett kontroversiellt

förslag som nämns är att höja skatten för de personer som inte uppfyller kraven på mängden av fysisk aktivitet per vecka (Gard & Wright, 2005).

Ingela Melin (2004) har i en doktorsavhandling studerat olika behandlingsalternativ för övervikt, och även överviktsproblematiken i sig. I avhandlingen poängterar Melin att överviktiga människor inte endast lider av fysiska svårigheter till följd av övervikten, utan även av fördomar och negativa attityder. Det har visat sig i många studier att även vårdpersonals attityder till överviktiga patienter är negativa, de har använt ord som motvilja, obekvämlighet och ogillande när de har beskrivit sina känslor i samband med behandling av överviktiga. Tankar som visade sig vanliga bland vårdpersonalen var att överviktiga personer är självömkande, saknar viljestyrka och har relationsproblem. Dessa negativa attityder hos vårdpersonal är inget nytt fenomen, överviktiga patienter har setts som ointelligenta och icke framgångsrika under lång tid, redan 1969 gjorde Maddox & Liederman en studie som visade att vårdpersonal helst inte behandlade överviktiga patienter och att de var övertygade om att behandlingen inte skulle bli framgångsrik. Detta kan ses som en förklaring till varför det inte finns så många långtidsbehandlingar av överviktiga (Melin, 2004).

Melin (2004) framhåller andra studier som visar att även dietister har en negativ bild av överviktiga, detta är väldigt viktiga och skrämmande resultat då dietister spelar en stor roll i behandlingen och har stort inflytande över överviktiga patienter. Det framkom även att studenter under medicinsk utbildning delade dessa negativa attityder gentemot överviktiga. Försök gjordes då att minska stigmatiseringen genom att informera och utbilda studenterna inom övervikt. Detta gav frukt och resultatet blev märkbara förändringar i attityderna som fortfarande höll i sig ett år efter första mätningen. Detta påvisar att utbildning är det som kan verka förlösande i arbetet mot att förhindra fördomarna mot överviktiga personer. Det är i stort en fråga om kunskapsbrist som leder till de negativa attityderna. Det är viktigt att vårdpersonal erkänner övervikt som en kronisk sjukdom (Melin, 2004).

I sin avhandling pekar även Melin (2004) på vikten av långsiktiga behandlingar med kontinuerlig feedback för att en viktnedgång ska lyckas. Behandling som konstaterats fungera är långsiktig individuell terapi med inslag av gruppterapi (Melin, 2004).

Karlsson (2003) tar upp problemet gällande stigmatiseringen av överviktiga personer. Trots att övervikt idag är mycket vanligare än på 60-talet, så har fördomarna sedan dess bara ökat. Då övervikt är direkt synligt för alla i personens omgivning innebär det att överviktiga personer lider av stigmatiseringen i nästan varje aspekt av sitt sociala liv, otaliga undersökningar från USA styrker detta (Karlsson, 2003).

Karlsson (2003) framhåller även att överviktiga personer uppskattar såväl sin fysiska som psykiska hälsa som avsevärt mycket sämre än normalviktiga personer. Det framkom att överviktiga är psykiskt besvärade av sin övervikt varje dag i sitt vardagsliv. Jämförelser gjordes med grupper av människor som lider av andra kroniska sjukdomar, såsom reumatism och cancer, resultatet pekar på att övervikt är den kroniska sjukdom som mest påverkar livskvaliteten och vardagslivet. Slutsatsen av detta är att en behandling av överviktiga bör anpassas efter individen, samt innehålla mycket behandling som riktar sig till att förbättra det psykiska måendet (Karlsson, 2003).

5. Metod

I denna del redovisas mitt metodval. Här beskrivs även hur urvalet och genomförandet har gått till och på vilket sätt jag har analyserat och bearbetat det insamlade materialet, samt en redogörelse för de etiska övervägandena.

5.1 Metodval

Att mäta tankar och behov i siffror och statistik fungerar inte så bra, (Hartman, 2004) så för att på bästa sätt nå kunskap om de tankar och önskemål om stöd som finns hos överviktiga togs beslutet att göra en empirisk kvalitativ studie, i vilken jag har gjort intervjuer, då den informationen jag ville undersöka var svår att nå genom en kvantitativ undersökning. Kvale (1997) skriver i sin bok att forskaren genom intervjun lyssnar på respondenten och kan få tillgång till dennes upplevda livsvärld, såsom önskingar, uppfattningar och erfarenheter.

Den kvalitativa metoden beskrivs som en procedur som ger beskrivande data såsom människans egna talade eller skrivna ord. Då syftet var att få veta hur överviktiga uppfattar sina liv och sin värld valdes således en kvalitativ metod.

Studien är genomförd med inspiration från hermeneutiken och fenomenologin. Det går inte att bortse från att det alltid finns en förförståelse även om intentionen var att försöka göra full rättvisa åt de företeelser som är föremål för studien och låta fenomen visa sig.

Enligt Hartman (2004) har både fenomenologin och hermeneutiken ett holistiskt livsvärldsperspektiv. Fenomenologin ger oss en möjlighet att på ett vetenskapligt sätt möta respondentens vardagsvärld. Med ett annat ord livsvärld, dvs den konkreta och levda tillvaron som respondenten dagligen upplever.

Hartman (2004) beskriver hermeneutiken såsom en förståelsekonst samt säger att människan alltid lever i ett sammanhang. Meningen var att få en förståelse för hur överviktigas livsvärldssammanhang ser ut. För att söka denna förståelse användes språk, tal och texttolkning vilket är primärt i hermeneutiken. Ord har i sig en hermeneutisk funktion i att det hjälper fenomenet att komma ut i ljuset (Hartman, 2004).

5.2 Urval

Intervjugruppen består av kvinnor från Skåne och Blekinge. De intervjuades ålder varierade mellan 27-50 år och deras övervikt mellan 30-80kg. Intervjuerna ägde rum på ett av respondenten önskat ställe. En annons publicerades på Högskolan Kristianstads egen interna server, First Class. (se Bilaga 1). Detta genererade femton svar, sju som sett annonsen på Högskolans egna interna server, övriga åtta hade hört talas om studien via någon bekant som sett annonsen på Högskolans server. Intervjugruppen är självrekryterad, vilket innebär att resultatet kan ha påverkats av urvalsproceduren. De medverkande i studien upplever sin situation som problematisk, det är möjligt att andra överviktiga som ej visat sitt intresse för att delta antingen är tillfreds med sin situation eller för tyngda av den för att orka delta i en studie som denna. Den tid som fanns avsatt för studien begränsade antalet deltagande till sju personer som kunde ställa sin tid till förfogande för intervju under den aktuella perioden. Alla respondenterna uttryckte sin uppskattning över att frågan lyftes och över att de fick möjlighet att formulera sina egna tankar och önskemål när någon lyssnade.

5.3 Datainsamling

Denna studie bygger på bandade halvstrukturerade intervjuer. Detta valdes då det viktiga var att intervjupersonernas egna berättelser skulle kunna stå i fokus. Jag ville i största möjliga

mån få reda på respondenternas egna tankar och önskemål kring stöd vid viktreducering utan att färga dem.

En intervjuguide (se Bilaga 2) sammanställdes och användes vid varje intervju (Kvale, 1997). Denna byggde inte på någon analys från tidigare insamlat material, utan endast på mina egna funderingar kring föreliggande ämne. Då intervjuerna var halvstrukturerade gavs därmed utrymme för uppföljningsfrågor och improvisation av nya frågor varefter intervjun fortlöpte. Kvale (1997) menar att den kvalitativa intervjun varken är fri konversation eller styrs av ett starkt strukturerat frågeformulär, utan är ett samtal där intervjuaren har ansvar för innehållet. Intervjufrågorna konstruerades på egen hand, detta för att få med det som är relevant för denna studie. Viss hjälp togs från litteratur gällande kvalitativ intervjumetodik i allmänhet, främst olika metodböcker (Kvale, 1997; Bryman, 2002).

Enligt Kvale (1997) är intervjun en vanlig datainsamlingsmetod vid kvalitativa studier. En kvalitativ forskningsintervju där avsikten är att inhämta så många nyanserade beskrivningar som möjligt av speciella fenomen kring den överviktiges livsvärld. Genom denna metod för datainsamling erhöles den primärdata som är grunden för föreliggande studie.

5.4 Genomförande

Insamlingen av empiriskt material skedde genom kvalitativa intervjuer. Studien baseras på sex personliga kvalitativa intervjuer. Innan dessa genomfördes en pilotintervju. Vid intervjutillfället fick deltagarna återigen läsa igenom det informationsblad som arbetats fram och som beskrev studien, dess syfte och dess tillvägagångssätt samt att deltagandet var frivilligt. De fick sedan ge sitt samtycke innan intervjun genomfördes (se Bilaga 3). Intervjuerna tog mellan 40 min till 1 h och 30 min. De deltagande garanterades fullständig konfidentialitet med vetskapen om att ingen person skulle kunna kopplas till publicerade uppgifter. De informerades även om att de utan närmare förklaring kunde avbryta sin medverkan i studien. Under intervjutillfället informerades respondenterna om att banden bara skulle avlyssnas av författaren till studien och att de sedan skulle förstöras efter transkribering (Kvale, 1997; Vetenskapsrådets riktlinjer).

5.5 Analys/ bearbetning

Hartman (2004) säger att det inte är självklart att tala om analys när det gäller kvalitativa studier. Den innebörd som analys ges här innebär ett urskiljande av helheter och delar. Tolkningen av meningen i texterna karakteriseras av en hermeneutisk cirkel, dvs. en ständig växling mellan delar och helhet. Bearbetning och analys har skett växelvis och parallellt. Att jag påbörjade analysen direkt efter intervjuerna medan allt var färskt gav mig möjlighet att få ett levande förhållande till materialet.

Enligt Kvale (1997) anses intervjuernas reliabilitet god när det som i denna studie erhöles liknande resultat på alla intervjuerna trots användningen av så öppna frågor. För att öka reliabiliteten är det viktigt att man redogör för hela förloppet i studien. Intervjuerna i denna studie spelades in på band. Detta för att minimera slump- och slarvfel. Utskriftens reliabilitet bör också ha påverkats positivt då intervjuerna skevs ut ordagrant. Ytterligare reliabilitetskontroll utfördes genom att jämföra utskriften med de bandade intervjuerna (Bryman, 2002).

Validitet berör frågan om det som var avsett att undersökas verkligen har undersökts, med andra ord giltigheten. Att säkerställa validitet är en än mer svår uppgift än att fastställa reliabiliteten. Den litteratur, forskning och teorier som använts är kopplad till syftet (Kvale, 1997; Karlsson, 2003).

Intervjuerna transkriberades ordagrant och respondenterna kodades. Detta arbete var väldigt tidskrävande och tog många timmar i anspråk. Den inhämtade datan analyserades och bearbetades i syfte att uppnå förståelse kring vilket stöd den överviktige önskar för att lyckas med en viktreducering (Bergh, 2002). När det efter upprepade genomläsningar av ursprungstexten började visa sig mönster, teman och kategoriseringar var det nödvändigt att bearbeta och sortera texterna. Citat som passade i ett eller flera teman kopierades, klipptes ut och placerades i olika burkar för de olika kategorier som uppkommit.

Det sker hela tiden en kodning och omkodning av intervjuerna (Kvale, 1997). Inför slutbearbetningen lästes därför textmaterialet igenom på nytt. Målet var att hitta ytterligare mönster, teman och kategorier i materialet. För att de framkomna resultaten skulle få stöd

eller kritik från tidigare forskning gjordes jämförelserna när resultatet i studien var så tydligt att det kunde stå för sig själv (Bergh, 2002).

5.6 Litteratursökning

För att få en översikt över vad som fanns forskat kring överviktigas tankar och önskemål kring stöd vid viktnedgång tidigare, gjordes en sökning av vetenskapliga artiklar i databaserna vid Högskolan i Kristianstad. Den svenska databasen LIBRIS användes. Vidare användes också PubMed, Science Direct och Social Services Abstract (SSA), detta för att med säkerhet komma åt vetenskapligt granskade verk (peer-reviewed).

Gemensamt för sökningarna vid samtliga databaser är att olika sökord använts. För att finna rätt sökord utnyttjades ordlistan Tesauros. Följande huvudsakliga svenska och engelska sökord har använts och kombinerats på ett antal olika sätt: fetma, övervikt, stöd, behandling, tankar, viktnedgång, obesity, overweight, weight reduction och support.

5.7 Metoddiskussion

Arbetet med studien har varit ett oerhört spännande och lärorikt arbete som jag inte skulle vilja ha gjort. Då fler respondenter än jag hade möjlighet att intervjua visade sitt intresse för att medverka i studien önskar jag att jag hade haft mer tid till mitt förfogande så jag kunnat göra en mer omfattande studie. Det stora intresset för studien kan tolkas som ett tecken på att ämnet jag behandlat är angeläget och borde forskas mer inom.

Det metodval som gjordes var det mest lämpade för att uppnå studiens syfte. För att erhålla en teoretisk känslighet förutsätts att forskare har med sig så få förutfattade meningar som möjligt (Bergh, 2002). Mina förkunskaper angående överviktigas önskemål om stöd vid viktnedgång var inför denna studie begränsade, vilket gjort att jag kände mig öppen för att möta och förstå de intervjuades livsvärld som hermeneutiken och fenomenologin förespråkar. Enligt Kvale (1997) innebär fenomenologisk reduktion inte en absolut frånvaro av förutfattade meningar, utan snarare att man kritiskt analyserar de förutfattade meningar man eventuellt har.

Reliabilitet handlar om studiens tillförlitlighet och om undersökningen skulle ge samma resultat om den gjordes ännu en gång (Bryman, 2002). Jag använde mig av väldigt öppna frågor men fick trots det väldigt snarlika resultat av alla intervjuerna, detta säger Kvale (1997)

är ett bevis på god reliabilitet. Dock är det viktigt att ha i åtanke att studiens resultat endast gäller de medverkande i studien och att resultatet inte kan ses som representativt för alla överviktiga. Det kan vara svårt att i en kvalitativ studie säkerställa att andra forskare ska kunna göra om studien med lika resultat. Detta kan bland annat bero på att studien baseras på ett fåtal personer med unika erfarenheter och för att göra om studien krävs att samma personer intervjuas igen. Dessutom har man som forskare olika personlighetsegenskaper som kan göra att fokus läggs på skilda saker. Tid, rum, aktörer och samhällsliga perspektiv är sällan överensstämmande vid två olika tidpunkter (Bryman, 2002; Karlsson, 2003). Detta passar bra med den hermeneutiska tanken att det inte går att bortse från att det alltid finns en förförståelse. Att balansera mellan att sätta min förförståelse åt sidan samt att utnyttja den i vissa delar av analysarbetet har fungerat bra.

Alla intervjuerna präglades av ett stort allvar från respondenternas sida, ibland även med inslag av tårar och frustration. Det var tydligt att respondenterna kände starkt för ämnet och verkligen behövde prata om det. Det är rimligt att tro att allvaret och stämningen under intervjuerna har påverkat mig även om jag försökt att förbli neutral, möjligen har bilden jag fått av hur viktigt det är för respondenterna att bli tagna på allvar och hur de lider av sin övervikt följt med mig under hela studiens gång. Jag har i resultatet och resultatdiskussionen dock verkligen försökt att åskådliggöra respondenternas tankar och önskemål, utan tillrättaläggande eller tolkningar från min sida.

Att jag började med en pilotintervju kan ha påverkat validiteten i studien positivt genom att jag fick en möjlighet att se om mina frågor fångade det jag verkligen ville undersöka. Utfallet av pilotintervjun var gott, så inga ändringar i intervjuguiden gjordes. God handledning kan ha ökat kvalitén på studien och resultatet och hjälpt mig att få ut det bästa möjliga ur materialet.

Det har varit svårt att hitta vetenskapliga arbeten som tagit upp just den enskilde överviktigas önskemål och tankar om stöd vid viktnedgång. Dock finns det en uppsjö av material angående förebyggande åtgärder gällande övervikt.

6. Etiska reflektioner

Redan vid förfrågan till respondenterna om deras medverkan gavs grundläggande information, som till exempel vad syftet med studien var och att medverkan kommer att vara konfidentiell. Vid intervjutillfällena informerades om möjligheten att avbryta intervjun om så önskas, samt att endast uttalanden som är relevanta för uppsatsens syfte kommer att användas. Information gavs även om att allt i uppsatsen som skulle kunna göra en identifiering möjlig kommer manipuleras och att inspelningarna av intervjuerna kommer förvaras och sedermera kasseras på ett sådant sätt att ingen utomstående kan få tillgång till dem. Jag har i studien använt mig av vetenskapsrådets fyra huvudkrav för forskningsetiska principer, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informerat samtycke erhöles av samtliga respondenter (Kvale, 1997; Vetenskapsrådets riktlinjer). Grundkravet i forskningen var att respondenternas integritet bibehölls och att studien ej vållade någon skada, samt att anonymiteten i resultatredovisningen kunde uppnås (Bergh, 2002). Konfidentialitet garanterades genom att endast intervjuaren kände till identiteten på respondenten. Identitets avslöjande information som delgivits under intervjuerna har utesluts ur materialet eller i liten omfattning omformuleras. Betydelsen av den kunskap som erhöles bedömdes uppväga skaderisken för respondenterna och därmed rättfärdiga beslutet att genomföra studien (Kvale, 1997).

6.1 Risk/nytta med studien

Risken med studien var att respondenterna kunde uppleva ett intrång i sin integritet, men då jag hela tiden har haft i beaktande att övervikt kan vara ett känsligt ämne och att respondenterna tillhör en utsatt grupp så har jag försökt förebygga, genom att utforma intervjufrågorna på ett sådant sätt att respondenterna inte ska känna sig kränkta eller utpekade på något sätt. Respondenterna skulle inte behöva känna något obehag vid besvarandet av frågorna.

Denna studie kan vara till nytta för att öka samhällets, vårdpersonal och andra berörda medvetenhet om överviktigas önskemål om stöd. Jag hoppas även att den överviktiga kan känna ett stöd i vetskapen om att inte vara ensam om sina tankar och då kanske finna styrkan att be om det stödet man behöver.

7. Resultat

Resultatet redovisas i löpande text utifrån respondenternas tankar och önskemål kring stöd vid viktreducering. Det framkom fyra huvudkategorier, nämligen: *erbjudet stöd, önskat stöd, klarar man själv av att söka stöd och psykisk hälsa/ ohälsa*. Det har även bildats underkategorier där olika aspekter rörande huvudkategorierna redovisas.

7.1 Erbjudet stöd

Det stöd respondenterna blivit erbjudna via vårdcentralen är läkemedel och förslag på operation, detta i ytterst begränsad omfattning efter att respondenten själv kontaktat vårdcentralen, samt viktväktarna via sin arbetsgivare. En gemensam upplevelse bland respondenterna är avsaknad av önskat erbjudet stöd från sjukvården. Att bli erbjuden stöd är något som upplevs som oerhört viktigt. Många av respondenterna uppger att de själva sökt sig till sjukvården med önskan om att få hjälp med sin övervikt. En av respondenterna som själv kontaktat sjukvården uttrycker det såhär:

”Jag har uppsökt läkare, men där tyckte jag inte att jag fick något större stöd. Bara svaret, att det finns operation och piller. Men han avrådde mig ändå alla alternativ som fanns, och sa bara att det var att lägga till manken och gå ner själv. Men det hjälpte ju inte.”

En bild som blir tydlig av respondenterna som själv sökt sig till sjukvården är att de flesta har blivit erbjudna medicin. Dock har detta inte varit ett stöd som fungerat: *”Det fanns ju piller som man kan äta. Men piller krockar med andra mediciner som jag tar, så det var det inte tal om, annars hade jag provat det naturligtvis.”* En annan började med medicin för att dämpa hungern, men slutade snart med denna, då uppföljningen blev för sporadisk och det inte fanns någon kompletterande kostrådgivning.

Att uppföljningen är bristfällig är en uppfattning som delas av många av respondenterna. Några uttrycker det så här:

”Jag gick till min läkare och bad om hjälp med övervikten och blev erbjuden medicin...Men jag fick ingen hjälp med dieten och ingen kostrådgivning, utan jag fick själv lista ut vad som var bra att äta.”

”Jag har faktiskt blivit erbjuden hjälp av min husläkare i samband med att jag fick diabetes. Jag har såkallat kostbehandlad diabetes, som jag inte sköter något vidare. Men sedan slutade sköterskan som skulle hålla i det, och sen bara rann det ut i sanden.”

Det framkom att fyra av respondenterna har varit i kontakt med viktväktarna, av dessa har hälften själv sökt sig dit: *”Det är ju ingen som har sagt, vad tjock du är, vill du ha hjälp? Jag har sökt hjälp genom viktväktarna...”*. medan resten kommit i kontakt med viktväktarna via arbetsplatsen.

”När jag jobbade blev jag erbjuden viktväktarna via arbetsplatsen.”

”Nu är jag med i viktväktarna, genom jobbet. Vilket innebär att man kan gå iväg på kurserna under arbetstid, det är en fördel. För då kan inte ens stressiga vardag komma i vägen, utan man har alltid tid att gå på mötena.”

Kontakten med viktväktarna via arbetsplatsen upplevs som positiv, dock framförs besvikelse över att kontakten bara varade i 6veckor, och att det sedan var upp till var och en att fortsätta. Styrkan upplevs ha legat i att arbetskolllegorna gjorde detta tillsammans, och att man när man på egen hand skulle gå till viktväktarna inte längre var stark nog att fortsätta. En önskan om en fortsatt uppföljning med arbetskolllegorna är tydlig.

7.2 Önskat stöd

Respondenternas upplevelser och behov av stöd upptar en stor del av intervjun, det är ett mycket angeläget samtalsämne, vilket också avspeglar sig i resultatet. Det finns en undran över varför överviktsproblematiken som faktiskt är klassad som en kronisk sjukdom inte tas på allvar av samhället på liknande sätt som andra missbruk och kroniska sjukdomar. Respondenterna önskar att samhället, exempelvis skola, sjukvård och arbetsgivare tar en del av ansvaret för problematiken. Idag är det ett individualiserat problem där det är ”upp till var och en att fixa”, istället för att vara ett samhällsligt ansvar.

En gemensam uppfattning är att det läggs ett mycket större personligt ansvar på den enskilde individen med övervikt, att förändra sin livssituation, än vad respondenterna uppfattar gäller personer med andra former av missbruk eller sjukdomar. Respondenterna upplever att de blir

bemötta med mindre respekt än normalviktiga personer och upplever även att de blir stigmatiserade och sedda som individer som inte klarar av att ta ansvar för sina egna liv, trots detta har få blivit erbjudna något av det stöd som efterfrågas i studien.

Samtliga respondenter trycker på hur viktigt det är med ett personligt, professionellt och långsiktigt stöd. Ingen av respondenterna har blivit erbjuden det långsiktiga, ibland livslånga stöd som alla anser sig vara i behov av. Några av respondenterna berättar om stöd som varat under en kortare period, detta kortsiktiga stöd gav inget hållbart resultat.

Följande underkategorier av önskat stöd kan identifieras: *Hälso och sjukvård, samtalsterapi, stöd i familj/ vänner, dietist och motion*. Varje underkategori redovisas nedan under egen rubrik.

7.2.1 Hälsa och sjukvård

Under intervjuerna lade många av respondenterna vikt vid kontakten med sjukvården. Flera beskrev det stöd som erbjöds som dåligt, de sa sig vara besvikna på sjukvården då de kände att de inte blev tagna på allvar. Bristen i vårdkontakten nämndes som ett hinder i livsstilsförändringen. Det som de flesta saknade var ett stöd och personligt engagemang. Det framkom också att flertalet av respondenterna hade önskat att när de var på vårdcentralen i annat ärende att läkaren lyft frågan. Två av respondenterna uttrycker det såhär:

”Jag har vänner som berättat att de sökt till läkare för till exempel öroninflammation, och så har läkaren börjat prata om vikten, men så har de aldrig gjort med mig.

Vilket har varit synd, för jag hade velat att de gjorde det, men jag tror att jag verkar för kompetent, så de tror att jag har pejl på läget, så skulle jag vilja göra något åt det så hade jag gjort det. Men så är det inte med det här med vikt, det är inte så enkelt.”

”Det hade nog inte varit fel om läkaren hade tagit upp det till ytan. Det kanske kunde finnas någon som gick med en som ett stöd till en första träff med en läkare eller så. Det handlar om att bli uppfångad när man inte pallar ta steget själv. Det är lättare om någon annan lyfter frågan.”

Att få ett bra stöd beskrev flera som en av de viktigaste faktorerna till att de skulle kunna orka med en viktnedgång. En önskan som framkom var att samma insatser och stöd som finns tillgängliga för missbrukare ska finnas tillgängliga även för personer med övervikt. Det önskades vara i form av lättillgängliga behandlingshem och 12 stegs program som lyder under högkostnadsskyddet. En respondents tankar om detta:

”Egentligen skulle man kunna dra det till att det hade varit bra om sjukvården kunde inse att övervikt inte bara är mat, utan att det är ett beroende, precis som alkoholism och drogmissbruk. Det är ju därför vi inte kan kontrollera det.”

7.2.2 Samtalsterapi Enskilt/ grupp

Under intervjuerna nämnde samtliga respondenter samtalsterapi i någon form som något de trodde skulle kunna hjälpa dem att förändra sitt beteende och därigenom lyckas gå ned i vikt. Det fanns en önskan om att först ingå i enskild terapi för att efter ett tag även gå i gruppterapi. Om fördelen med enskild terapi säger en respondent:

”Det är nog inte helt fel med samtalsterapi, för mycket av det här ätandet är ju grundat i mycket deppiga tankar. Men jag tycker också att det ska finnas enskild terapi, för att det är ju väldigt skämmigt att vara överviktig, fortfarande, och många känner att, fast många andra också är överviktiga, så är jag ensam ändå. Man känner liksom inte att man är ett helt gäng. Alla har ju olika problem varför de är överviktiga. Ingen har samma anledning till att den är överviktig.”

En önskan som framkommer är möjligheten att få träffa andra i samma situation. Bland respondenterna finns både tankar kring samtalsterapi i styrda grupper, men även i form av självhjälpgrupper. Tryggheten att kunna dela med sig av sina tankar och känslor i grupp uttrycker ett par av respondenterna på följande sätt:

”Jag önskar att det hade det funnits samma idé som de har för anonyma alkoholister, fast för överviktiga, där det finns grupper där man diskuterar, stöttar och pratar öppet om allt och får råd och tips. För det är ju så mycket mer än bara det här med maten när man är överviktig, man blir så stigmatiserad, man är så utsatt i den rollen.”

”Man vill inte hänga ut sig, och finns det då något ställe där man kan vara anonym men ändå träffa likasinnade så känns det väldigt positivt. Annars blir det en kamp, det är jag mot världen känns det som. Ser man att det är fler så blir kampen lättare.”

Flera respondenter framför önskemål om fortlöpande stöd och uppföljning i form av till exempel en kontaktperson inom sjukvården, exempelvis en sjuksköterska, kurator eller psykolog. Dessa önskar man ska kunna finnas tillgängliga vid ett akut behov: *”Jag skulle vilja ha någon jag kan ringa NU, som alkoholister, de har ju en stödperson.”*

Detta stöd är inget som endast önskas kortsiktigt, utan detta stöd ska finnas tillgängligt för lång tid framöver:

”Jag skulle vilja ha regelbundna kontakter som är rätt så täta när man börjar gå ner i vikt, och sen så när man har gått ner, att man fortsatt har kontakterna en gång i månaden kanske. Om det är via telefon eller personligen, det spelar ingen roll, men att det på något sätt blir en uppföljning. Så att man då på något sätt märker eller ser om man börjar gå upp i vikt igen, att det blir stoppat. För man är så duktig på att lura sig själv. Det behöver inte ta mer än tio minuter, bara så jag visste att det fanns någon som höll koll på mig. Det låter märkligt, jag är en vuxen människa, och jag är högutbildad, men när det gäller detta så har jag inte kontroll. Jag skulle nog nästan vilja ha ett telefonsamtal en gång i månaden i resten av livet.”

7.2.3 Stöd i familj/ vänner

En respondent pratade om hur jobbigt hon tyckte det var att inte kunna prata med någon som förstod sig på problematiken kring övervikt. Hon tyckte inte det var ett bra alternativ att prata med och få stöd av familj och vänner, då de inte hade erfarenhet av ämnet och därför inte förstod vad hon pratade om. Även tanken att tynga en vän som hade samma problematik kändes orätt. En respondent uttrycker sin känsla på detta sätt:

”Har man till exempel kompisar som inte är överviktiga så kan man inte gå till dem, för de fattar ju inte. Och har man en kompis som också är överviktig så har ju de också problem, så då vill man ju inte tynga dem med sina egna problem.”

Stödet från familjen föreföll dock vara av stor vikt för de flesta respondenterna. De uttryckte ett behov av att hela familjen är engagerad då respondenten skall genomföra den livsstilsförändring som det krävs för att klara en viktnedgång. Att familjen aktivt stödjer

respondenten och på detta sätt blir en resurs. Denna resurs behövs då det kan vara svårt att ensam klara av en så stor omställning i det dagliga livet som en livsstilsförändring innebär. Om detta stöd hade fungerat tror respondenterna att behovet av sjukvårdens stöd hade upplevts som mindre.

”Jag skulle nog vilja ha mer hjälp av min familj, att vi tillsammans arbetade med att lägga om kosten, att vi samarbetade kring samma mål.”

7.2.4 Dietist

Respondenternas erfarenheter av kontakt med dietist var att mötena ofta resulterade i en envägskommunikation med många pekpinningar. De talade om hur trötta och irriterade de kände sig, då sjukvården enligt deras berättelser bemötte dem som om de var mindre kunniga. De upplevde att sjukvården hade en inställning om att det var på grund av respondenternas okunnighet som de var överviktiga. Många upplevde att sjukvården la fokus på kostkunskap, det saknades en lyhördhet för att det inte var kunskapsbrister som var orsak till övervikten.

”Dietisten var bara en stor pekpinne, och det är inget som behövs.

Hon pratade bara om vad jag ska äta, och det vet jag ju redan.

Alla vet, ät mindre och motionera mer.

Det vet väl varenda tjockis, hur man ska äta. Men man gör det inte.”

När och vad man ska äta var inget som respondenterna saknade kunskap om, många ansåg sig ha lika mycket kunskap om mat som dietister de träffat. En av respondenterna som haft kontakt med en dietist skildrar det med följande meningar:

”Den kunskapen har jag. Jag var utbildad kokerska när jag gick upp i vikt, så det visste jag, och sen läste jag vidare inom vården, så jag vet även konsekvenserna av övervikten.

Så jag kan inte känna att jag behövde något när det gällde varken kostrådgivning eller recept eller vad det är för sjukdomar jag kunde få. Det jag behövde var stöd.”

Dock uttrycker flera av respondenterna att de gärna hade haft en kontakt med en dietist om kontakten varit annorlunda än erfarenheterna de har av pekpinningar och moralkakor.

7.2.5 Motion

Under intervjuerna pratade flera av intervjudeltagarna om hur stigmatiserade de kände sig på grund av sin övervikt. Att till exempel gå och träna på offentliga gym eller gå till simhallar var för många oöverstigit att klara av. En respondent säger såhär: *”Man drar ju sig för att gå in på ett ställe där det står en massa benrangel och hoppar och studsar.”*

Fysisk aktivitet berättade många respondenter att de upplevde som besvärande, främst för att de inte orkar lika mycket som en normalviktig person, och skämdes för detta när de tvingades ta till andan och svetten började komma. En respondent använde följande ord när hon beskrev detta: *”Jag flåsar, till exempel i trappor, jag vägrar gå upp för trapporna när jag ska till fjärde våningen, jag tar hissen. Jag blir helt slut när jag kommer upp annars. Man skäms när man sitter där sen och flåsar för man gått i en trappa.”* Önskan att börja med någon fysisk aktivitet var genomgående, problemet låg i att hitta en variant som fungerar: *”Gärna sådana här motionsgrupper där man går ut och går med stavar. Jag har sett sådana grupper som går med stavar, men de är antingen väldigt väldigt gamla, eller smala. De har ett helt annat tempo än vad man själv klarat av, och man måste ju börja någonstans.”*

Ett önskemål som framkommer är önskan om ett gym för överviktiga. Detta hade för många underlättat och gjort motion till ett möjligt alternativ, där man slipper känna sig annorlunda.

”Ett gym för bara överviktiga, där hade man kunnat gå och träna och känna att här får jag lov att vistas, och jag är här på mina villkor.

Och jag tränar som jag vill. Alla har kommit dit av samma situation och anledning.”

7.3 Klarar man själv av att söka stöd?

En önskan bland respondenterna var att bli uppfångad av sjukvården, då de upplevde det som svårt att själv be om hjälp för sin övervikt. Denna aspekt har tidigare lyfts av respondenterna när de pratade om hälso och sjukvården. (Se citat s.21). Det visar en önskan om att hälso och sjukvården lyfter problemet då man inte själv orkar. Det som gjorde att respondenterna upplevde det svårt att själv söka det stöd de ville ha var bland annat det faktum att de känner sig så stigmatiserade och utsatta: *”Vi är olika, men oavsett orsaken till övervikten så upplever vi ju samma problem i samhället och oavsett vår utbildning är min erfarenhet att vi känner oss lika utsatta.”* Övervikt är fortfarande belagt med mycket skam och ses inte som den sjukdom det faktiskt är. Detta uttrycker några av respondenterna på följande sätt:

”Det är ett stort steg att be om hjälp för en sådan sak, för det är lite skamligt, eller mycket skamligt.”

”Det kändes ju först lite pinsamt att behöva gå till doktor för att gå ner i vikt. För det känns ju inte som att det skulle vara någon sjukdom.”

”Man är ju nedvärderad av samhället, man känner sig mindre värd. Folk ser en som ett misslyckande. Det är lättare att söka för huvudvärk än för övervikt.”

7.4 Psykisk hälsa/ ohälsa

Flera av respondenterna pratade om att känna sig nedslagna och ledsna: *”Jag tror inte någon kan se ner på en mer än vad man själv gör och förstå hur ont det faktiskt gör.”* Alla respondenter uttryckte med olika ord smärta och sorg över sitt fysiska tillstånd. Det framkom också tankar kring arv, om den rädsla och oro man som förälder känner för att problemen ska fortsätta in i nästa generation. En av respondenterna som har haft dessa tankar skildrar det på följande sätt: *”Det är ett livslångt ok, och mycket stor är rädslan och smärtan man känner för att ens barn också hamnar i det. För det är så förfärligt.”*

Respondenterna berättade att övervikten påverkar alla aspekter i deras vardag och att livet känns tufft i allmänhet. De nämnde många problem i samhället som styr deras vardag och påverkar dem negativt. Att övervikten är omöjlig att dölja gör att de hela tiden bli bedömda för hur de ser ut, vilket ibland leder till att de utsätts för kränkande kommentarer och möter stor fördomsfullhet. Känslan av stigmatisering tycks vara stor. Det gör i sin tur att det blir ännu svårare att gå ner i vikt för att självkänslan skadas och negativa beteendemönster förstärks. Att äta, att missbruka mat är mycket skambelagt, många talade om att de hade en känsla av ensamhet: *”Man får tåla mycket, man är osynlig på krogen”* och att de hade svårt att hitta styrkan att fortsätta försöka gå ned i vikt när inget stöd fanns att tillgå.

”Jag känner att jag inte riktigt duger. Det är det här att man känner att människor inte uppfattar det som att man har kontroll. Har man inte kontroll över vikten så har man det inte någon annan stans i heller i sitt liv. Men så är det inte. För det har man.”

Respondenterna nämnde många praktiska problem som svårigheter i sin vardag. Ett hinder som många påpekade var hur samhället är anpassat efter en norm, exempelvis att sittplatser är alltför trånga, såsom stolar med armstöd eller trånga utrymmen på restauranger.

En respondent beskriver sin vardag såhär:

”Om man går på en cirkus, så tittar man på stolarna och tänker; håller de där mig, eller håller de inte. Var gång man ska på ett nytt ställe så tänker man, hm, hur mycket plats är där nu, kommer jag till att komma in där, eller får jag inte plats. Så det är ju stor risk att man isolerar sig. Så jag förstår ju att man inte ser så många överviktiga människor ute i samhället, för man får vara väldigt stark för att visa sig.”

Alla respondenter uttrycker på olika sätt följande:

”Det är de ensammas sjukdom, och en sjukdom som inte går att dölja. Och man kan inte välja vem man vill visa den för i heller, utan man är alltid synlig, och alltid utsatt.”

Känslan av ensamhet som respondenterna förmedlar handlar inte om avsaknad av kontaktnät, utan om upplevelsen att man är ensam i sin problematik trots att det finns många överviktiga. Anledningarna och konsekvenserna till övervikten är inte de samma för alla överviktiga, vilket gör att ingen annan riktigt kan förstå vad man går igenom, som i sin tur leder till en känsla av ensamhet. Upplevelsen av utsatthet och stigmatisering är påtaglig bland alla respondenterna.

8. Diskussion

8.1 Resultatdiskussion

Behovet av stöd var det centrala i respondenternas berättelser. Det respondenterna lyfte fram var att deras problem ofta bottnade i dåligt psykiskt mående och att det var ett personligt stöd som skulle vara främsta hjälpen för att klara den livsstilsförändring som krävs för att gå ner i vikt.

Det som visade sig vara av allra störst betydelse för respondenterna var att stödet måste vara tillräckligt långt, att uppföljning görs kontinuerligt så länge behov finns. Flera av respondenterna spekulerade kring tiden efter en eventuell viktreducering och uttryckte oro över denna. De betonade vikten av hur essentiellt det är, även efter en viktreducering, att det finns någon tillgänglig att rådfråga för att få det stöd som behövs för att inte gå upp i vikt igen. En respondent berättade att hon trots vuxen ålder och akademisk utbildning inte har kontroll över denna del av sitt liv. Hon sa sig önska stöd och uppföljning, om än så bara i form av telefonsamtal minst en gång i månaden i resten av livet. Detta belyser tydligt den komplexitet som övervikt innebär, man är kompetent i stora delar av sitt liv, men trots detta räcker det inte till för att hantera viktproblematiken på egen hand.

Många av respondenterna jämför problematiken med att gå ner i vikt och behålla viktneigången med problematiken som alkoholister upplever. Även Palme (1981) gör denna jämförelse och understryker svårigheterna för överviktiga att klara en viktreducering med den närheten till mat och godis som numera finns dygnet om i vårt samhälle. Om en alkoholist var tvungen att omges av sprit på samma sätt som en överviktig är tvungen att omges av mat, skulle inte denna klara av att låta bli lockelsen, ändå finns i samhället inte samma förståelse för överviktiga. Det finns en samstämmig önskan hos respondenterna är att samhället börjar se övervikt som en sjukdom på samma sätt som alkoholism, och erbjuder samma stöd och insatser som det finns för alkoholister. Detta önskas kunna vara i form av lättillgängliga behandlingshem och 12 stegs program som lyder under högkostnadsskyddet. Kanske kunde det vara ett steg i rätt riktning mot att minska den rådande stigmatiseringen gällande överviktiga, att övervikt börjar ses som den kronisk sjukdom det är, ett missbruk som bör tas på allvar i samma utsträckning som alkoholmissbruk görs.

Om man betänker att övervikt faktiskt idag är klassat som en folksjukdom så finns det i jämförelse med andra folksjukdomar mycket lite hjälp som erbjuds den som är drabbad. Lider man till exempel av reumatism, som också anses som en folksjukdom så finns det specialistläkare för detta vid alla större sjukhus i landet. Detta är enligt respondenterna en önskvärd framtid även inom överviktsbehandling. Hjälp och stöd behöver bli mer lättillgängligt.

Den samlade bilden av intervjuerna är att det finns ett gap mellan behov och tillgång på vård och behandling. De intervjuade upplever att de saknar möjligheten att få individuellt anpassat stöd beträffande övervikten, till exempel samtalsterapi och gruppterapi som stöd till livsstilsförändringar. Ett av önskemålen som framkom under intervjuerna var gruppterapi som ett sätt att få berätta om sina upplevelser inför viktnedgången och få stöd hos andra. Möjligheten att få diskutera sina upplevelser och få tips och stöd av andra i samma situation upplevs som väldigt värdefullt. Gruppterapi nämner även Palme (1981) som effektivt just vid överviktsproblem därför att gemenskapen med andra överviktiga är av så stor vikt, och det upplevs som ett stöd att förstå att man inte är ensam om problemet (Palme, 1981).

För att uppnå det livslånga stöd som respondenterna gett uttryck för att vilja ha så krävs det en förändring av synen på övervikt hos vårdpersonal. Detta säger Melin (2004) kan ske genom utbildning av vårdpersonal där övervikt betraktas som en kronisk sjukdom, som i sin tur kan göra att vårdpersonalen blir mer villig att engagera sig i långtidsbehandlingar än de är nu.

Att betona att övervikt är en kronisk sjukdom tror jag är ett essentiellt argument för att styrka de önsknings om långtidsterapi som framkommit i denna studie. Att behandla en kronisk sjukdom med en korttidsterapi är lika orimligt som att behandla tex en diabetiker med insulin i bara några månader. Övervikt kräver livslång behandling. Även Melin (2004) poängterar vikten av att man som överviktig får en personlig långsiktig behandling i samband med en viktnedgång. Detta ökar chanserna att behålla den lägre vikten. Behandlingen skall utgöras av professionellt stöd och det är viktigt att denna upprätthålls även efter det att man som överviktig gått ned i vikt (Melin, 2004). Långsiktig behandling, vanligen en gång i veckan under flera år är enligt Palme (1981) det som krävs för att en behandling av överviktsproblem ska lyckas. Insikten om att överviktiga människor inte kan skaffa sig en automatisk viktreglering som normalviktiga människor har, utan istället måste hitta andra vägar för att kontrollera sitt ätande är viktig för att kunna klara av en viktnedgång. Överviktiga människor kommer aldrig kunna bli som "alla andra" (Palme, 1981). Detta är precis vad respondenterna i studien lyft fram, att de behöver hjälp under lång tid, vissa önskar stöd resten av livet, för att kunna hantera den livsstilsförändring som de behöver arbeta med varje dag.

Några av respondenterna har liksom Hakala (1994) lyft fram vikten av behandlarens motivation och personliga egenskaper. Ju större motivation behandlaren har, desto godare blir

resultaten av behandlingen. En respondent uttryckte tankar om att behandlare av övervikt borde ha egen erfarenhet av problematiken för att kunna sätta sig in i och förstå den överviktiga som blir behandlad. Respondenten tror att hennes känsla av stigmatisering hade minskat vid ett möte om hon vetat att behandlaren haft samma problematik.

Ett möte med dietist i syfte att få undervisning om kost var något som de flesta respondenter ansåg vara onödigt och uppfattade som moralpredikande. Istället ville de ha någon som de kunde kontakta vid behov för att få råd och stöd då det kändes svårt. Mina tankar om detta är att det är viktigt med ett väl utvecklat samarbete över lång tid kring personer med överviktsproblematik. Det krävs ett samarbete olika professioner emellan, bland annat dietist, kurator, läkare och sjukgymnast, där alla arbetar ur ett holistiskt synsätt där den överviktiga och dennes personliga behov står i centrum för att lyckas åstadkomma en långsiktig och hållbar viktreducering.

Att få stöd av familj och vänner upplevs av respondenterna som viktigt, men tyvärr sällsynt. Avsaknaden av stöd från familj och vänner berodde inte på ett svagt socialt nätverk, utan på att familjen inte samarbetar kring samma mål eller att man upplever svårigheter att prata med och få stöd av familj och vänner som är normalviktiga, för att de inte förstår. Även familj och vänner som också lider av övervikt upplevdes svåra att prata med då respondenterna inte ville tynga någon som redan var tyngd av sin egen övervikt. Socialt stöd uppges som en av de viktigaste faktorerna för att man som överviktig ska klara gå ner i vikt. Att delta i en stödgrupp eller att ha stöd av familj och vänner är faktorer som verkar för en minskad vikt. Ett bra stöd hos familjen kan utgöra en stor yttre resurs hos en person som själv har dåliga inre resurser att hantera kraven i det dagliga livet. Detta diskuteras av Carnevali (1999) när hon beskriver yttre resurser som människor i ens omgivning som en möjlig yttre resurs som kan hjälpa till att väga emot de krav som ställs på individen. Finns det människor tillgängliga som på något sätt engagerar sig i individen då problem uppstår, kan de ses som en yttre resurs. Dessa människor kan vara familj och vänner, men även olika vårdpersonal som hjälper till att balansera kraven och resurserna i det dagliga livet. Under intervjuerna så skildrade respondenterna exempel både på bra yttre resurser, gestaltat i form av familj och goda vänner, men även på dåliga yttre resurser. För många respondenter var det vårdpersonal som var exempel på dåliga yttre resurser. För dessa respondenter innebar det att de inte hade

hjälp av yttre resurser i form av personal, som kunde hjälpa dem att balansera kraven mot resurserna i det dagliga livet.

Som det framkommit i studien upplever många av respondenterna att de är i en väldigt utsatt och sårbar roll, i vilken de möter mycket fördomar. Detta är något som förekommer såväl i skolan som på arbetsplatsen och som även styrks av Hakalas (1994) avhandling. Att vara överviktig är fortfarande mycket förknippat med skam och egen skuld. Detta är något även Melin (2004) understryker, att det råder mycket negativa fördomar mot överviktiga personer såväl i samhället som i sjukvården. Även Brown (2005) menar att vårdpersonal har fördomar mot överviktiga patienter. Han säger att de känner sig ambivalenta i sin roll mot överviktiga patienter, att de hyser känslor som motvilja och har svårt att tala om patientens viktproblem. Vårdpersonalens bild är att patienterna saknar motivation till att förändra sig och att vården då blir lidande på grund av att patienterna inte är samarbetsvilliga (Brown, 2005).

Detta anser jag är viktigt att försöka motarbeta då man betänker vilka konsekvenserna kan bli av att läkare, kuratorer, dietister och psykologer som alla spelar stor roll i behandlingen av övervikt har dessa fördomar. Samhället har en väldigt stor betydelse för den enskilde individens välbefinnande. Ofta är det en okunskap och fördomar som skiner igenom när människor som skiljer sig ifrån normen blir stigmatiserade och behandlade fördomsfullt. Risken är att attityderna påverkar behandlingen av övervikt negativt och att resultatet blir tvärt emot det önskvärda. Genom att utbilda vårdpersonal kan attityderna och förhållningssättet bli bättre. När de förståelse för vilken komplex problematik det innebär att leva med övervikt och vad dessa patienter är i behov av för stöd, så kan man förhoppningsvis förhindra ett onödigt vårdlidande för den överviktiga genom att fördomarna suddas ut, bemötandet blir bättre och osäkerheten försvinner hos vårdpersonalen (Melin, 2004).

En gemensam uppfattning bland respondenterna är en önskan om att samhället, exempelvis skola, sjukvård och arbetsgivare tar ett ansvar för överviktsproblematiken. Respondenterna önskar bland annat att detta görs genom att sjukvården blir bättre på att uppmärksamma och lyfta frågan, då man ofta som överviktig inte själv orkar söka hjälp för sin övervikt.

I en lägesbeskrivning med statistiska uppgifter från sjukvårdsregistret av Socialstyrelsen finns uppgifter som visar att detta är ett faktum som delas av många fler än respondenterna i denna

studie. Det framkommer att patienter inte ofta själva söker hjälp för sin övervikt, utan att problemen kommer fram i samband med andra sjukdomar och att det finns ett stort mörkertal av behövande patienter (Lägesbeskrivning, 2003, Socialstyrelsen).

Australiensarna har förebyggt detta genom att ha infört rutinmässiga vägningar och mätningar av vuxna människor, under liknande former som man gör på BVC. Detta framhålls som något samhället måste bli mycket bättre på för att kunna konstatera onormala viktuppgångar och börja behandla i så tidigt skede som möjligt. I Australien betonar man övervikt som en modern epidemi med avsevärda medicinska och psykosociala konsekvenser, i vilken primärvården har en viktig roll vad gäller förebyggande verksamhet och behandling (Gard & Wright, 2005).

För att stoppa den negativa utvecklingen med övervikt sägs det vara viktigt att alla aktörerna som ansvarar för samhällsplanering, skolans utveckling och tillgången till hälsosam föda med mera engagerar sig. Detta är idag enligt Gards och Wrights avhandling en verklighet i Australien där övervikt ses som ett socialt problem som är orsakat av en blandning av sociala, kulturella och individuella faktorer. Där är det samhällets ansvar att uppmärksamma och diagnostisera personer som är överviktiga eller ligger i riskzonen för att bli det och konsultera dem angående detta, att informera om riskerna med övervikt och förslå olika viktminskningsbehandlingar. Precis detta är vad respondenterna uttryckt en önskan om även i Sverige. Att regering och kommuner engagerar sig till exempel genom att ändra stadsplanering och byggnader så att människor blir tvingade till mer rörelse, att arbetsgivare inför obligatorisk aktivitet på arbetstid, att skolor ökar den obligatoriska gymnastiken och att nyttigare mat blir billigare och onyttig mat dyrare.

Att samhället tar mer ansvar i överviktsproblematiken och blir bättre på att lyfta frågan och uppmärksamma övervikt är en önskan bland många av respondenterna. Dock är detta ett kontroversiellt önskemål. Något som talar emot tillvägagångssättet i Australien är risken att respekten för den enskilda förminskas och att autonomi inskränks. Önskan om att samhället ska ta ansvar för de svaga måste vägas med frågan om respekt för den enskilde. Om övervikt räknas som ett samhälleligt problem och många olika samhällsaktörer engagerar sig så höjs kraven och pressen på de överviktiga att verkligen klara av att gå ner i vikt. Om de inte klarar det så är det inte bara inför sig själva de måste stå till svars, utan även inför samhället. Det i

sin tur innebär en stor risk för att stigmatiseringen ökar, de överviktiga är inte bara överviktiga, utan de är även en last för samhället. Denna studies resultat ger endast en bild av de överviktiga i denna studie och deras erfarenheter och tankar. Det är möjligt att det finns överviktiga som inte upplever att övervikten är ett problem och därmed inte heller upplever någon stigmatisering.

Dock kvarstår det faktum att övervikt är ett tungt problem, såväl för den enskilde som för samhället. Övervikt kostar det svenska samhället omkring 3 miljarder kronor per år, detta visar tydligt att det finns en stor vinning, rent samhällsekonomiskt i att finna en väl fungerande behandling och förebyggande strategier gällande övervikt (Nafziger, 2006). Även individen betalar ett högt pris i form av ohälsa och försämrad livskvalitet vid övervikt, så utöver den ekonomiska vinningen som kan göras med en fungerande behandling av övervikt så tillkommer den ej ekonomiskt mätbara vinsten i form av förbättrad livskvalitet och minskat lidande för den enskilde och dennes familj.

Övervikt är ett problem som involverar både socialt arbetande och sjukvårdspersonal. Den medicinska delen är den somatiska vårdens ansvar men det faktum att den överviktigas fysiska hälsa påverkar det allmänna välbefinnandet gör det även viktigt för socionomen att förstå vilka tankar och önskemål kring stöd vid viktreducering överviktiga personer har.

Det som har varit mest slående under denna studie är informationen som framkommit om hur dåligt människor med övervikt mår. Jag ställde under intervjuerna inga frågor gällande den psykiska hälsan/ ohälsan, ändå var detta något alla respondenter betonade starkt, så starkt att det resulterade i en egen rubrik. Alla respondenter uttryckte på olika sätt sorg och smärta över sitt fysiska tillstånd. Även skuld känslor för att man för problematiken vidare till nästa generation genom arvet var vanligt. Detta stärker mina teorier om vikten av att man som socionom har en förståelse för och kunskap om hur det är att leva med övervikt, detta för att kunna ge det stöd som önskas vid viktreducering när man i sitt arbete möter människor mer övervikt.

Sista orden låter jag bli ett av tidigare i texten refererade citat:

Det är de ensammas sjukdom, och en sjukdom som inte går att dölja. Och man kan inte välja vem man vill visa den för i heller, utan man är alltid synlig, och alltid utsatt.

8.2 Förslag på vidare forskning

Övervikt och fetma är ett livslångt tillstånd, en kronisk sjukdom och för att behandling av denna ska lyckas tror jag att behandlingen måste vara motsvarande, det vill säga livslångt. Problemet är ju inte bara att gå ner i vikt, utan även att klara av att behålla den nya vikten när behandlingen är avslutad. Därför tycker jag att det i vidare studier skulle undersökas vilka behandlingsinsatser som krävs för att ge överviktiga personer möjlighet till den livslånga uppföljning som respondenterna i studien säger sig vilja ha. Som blivande socionom är det av stor vikt då det har att göra med mitt framtida yrkesområde.

Jag tycker även att det kan behövas mer forskning kring varför vissa patienter lyckas gå ner i vikt medan andra inte lyckas. Det skulle vara intressant att få undersökt vilka aspekter som kan ha en avgörande betydelse för viktresultatet.

REFERENSER

Bergh, Madeleine. (2002). *Medvetenhet om bemötande*. Akad. Avha., Göteborgs Universitet. Göteborg: ACTA Universitatis Gothoburgensis.

Bryman, Alan. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Brown, Ian. (2005). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*.

Carnevali, Doris. (1999). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.

Gard, Michael & Wright, Jan. (2005). *The Obesity Epidemic*. Akad. Avha., USA: Taylor & Francis Inc.

Goffman, Erving. (2001). *Stigma- den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Hakala, Paula. (1994). *Conventional treatment of adult obesity*. Finland: Kelan tutkimuskeskus.

Hartman, Jan. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, Jan. (2003). *Health-related quality of life in obesity*. Akad. Avha., Göteborg: Kompendiet.

Kvale, Steinar. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Löndahl, Charlotte. (2007). *Fetma- Vår nya folksjukdom?* Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: FAS.

Melin, Ingela. (2004). *Motivating Clinical Treatment of Obesity*. Akad. Avha., Stockholm: Karolinska University Press.

Nazfiger, Anne. (2006). *A Population Perspective on Obesity Prevention*. Akad. Avha., Umeå: Print & Media Umeå University.

Nordlund, Helena & Stade, Eva. (2005). *Behandling av fetma ur ett evidensbaserat perspektiv*. Sandviken: Roche AB.

Olshansky, S Jay. (2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *New England Journal of Medicine* 2005; 352 (11) : 1138-45.

Palme, Gunborg. (1981). *Övervikt kan botas*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Socialstyrelsen. (2003). *Behandling av fetma vid vårdcentraler och medicinkliniker. Redovisning av en kartläggning med komplettering av statistiska uppgifter från sjukvårdsregistret och läkemedelsregistret*. Socialstyrelsen.

Codex, (senast uppdaterad 27 maj 2009) *Vetenskapsrådets riktlinjer* (Elektronisk)

Tillgänglig: < <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml> > (2009-05-27 kl. 15.17)

Bilaga 1

Till dig som har varit / är överviktig

Vill du delta i min studie?

Jag heter Alexandra Hurtig Åkerberg och studerar vid Sociala Omsorgsprogrammet på Kristianstad Högskola och skriver nu min C-uppsats.

Syftet med min studie är att synliggöra de tankar och önskemål kring stöd och hjälp man som överviktig har vid en viktreducering. Denna studie ska bygga på 6-7 intervjuer av personer som har varit eller är överviktiga.

Frågor som intresserar mig är:

Vilket stöd efterfrågas?

Har man blivit erbjuden någon form av stöd?

Kan man, klarar man, orkar man själv söka stöd och hjälp?

Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan. Intervjun kommer att bandas. Konfidentialitet garanteras genom att all identitetsavslöjande information kommer att uteslutas. Det bandade materialet kommer att förvaras på ett sådant sätt att ingen utomstående kan få tillgång till det och kommer efter bearbetning att förstöras.

Jag kommer att börja intervjua vecka 8. Intervjun kommer uppskattningsvis ta 30-60 minuter. Tid och plats för intervjun enligt överenskommelse. Intervjuguide kommer att användas. Du kommer att få möjlighet till att ta del av resultatet. Jag sänder dig ett exemplar av arbetet så snart det är färdigt om så önskas. DIN medverkan kan leda till en ökad kunskap om och förståelse för vilket stöd som efterfrågas vid en viktreducering.

Med vänlig hälsning/

Alexandra Hurtig Åkerberg

alhu0001@stud.hkr.se

0737-32 45 24

Bilaga 2

Intervjuguide till den personliga intervjun

Syftet med studien är att synliggöra överviktigas tankar och önskemål kring stöd vid en viktreducering.

Övergripande frågeområde:

Vilket stöd efterfrågas?

Vilket stöd erbjuds?

Klarar man själv av att söka det stödet man efterfrågar?

Bilaga 3

Samtycke till medverkan i studien:

Vuxen och överviktig/ överviktig och vuxen,
tankar och önskemål kring stöd vid viktreducering

Jag har tagit del av information om studien. Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling. Konfidentialitet garanteras genom att all identitetsavslöjande information kommer att uteslutas. Det bandade materialet kommer att förvaras på ett sådant sätt att ingen utomstående kan få tillgång till det och kommer efter bearbetning att förstöras.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Stad

Datum

Underskrift

Namnförtydligande
