



Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Pernille Lund

Masteroppgave

Internalisert vektstigma hos voksne med overvekt eller fedme

Internalized weight stigma among adults with
overweight or obesity

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner

1MFV202 Masteroppgave

2022

«If we are serious about improving public health, reducing health inequalities, providing equitable access to healthcare, and removing barriers that prevent people from being part of and contributing to society, ending weight stigma and discrimination is a key challenge that needs to be addressed. The time to change is now!»

(Flint, 2019, s. 252)

Forord

Det er med ambivalente følelser jeg ferdigstiller denne masteroppgaven. Det har vært helt fantastisk å kunne fordype seg i et tema jeg brenner for, både personlig og faglig. Det markerer også slutten på en femårig utdannelse innen folkehelse, og min tid som student, noe som er litt vemodig. De siste fem årene har vært preget av hardt arbeid og en god dose frustrasjon, spesielt på dette masterprogrammet, men det har også vært fem år med gode stunder på biblioteket med venner, gode samarbeid, og kilde til utrolig mye spennende kunnskap. Å fullføre denne masteroppgaven har gått alt annet enn knirkefritt, med uforutsette utfordringer og utsettelse, men jeg sitter igjen med erfaringer og kunnskap jeg ikke ville vært foruten.

Jeg vil først og fremst takke veilederen min, Annette Løvheim Kleppang, som har utfordret meg og støttet meg. Alle diskusjoner har vært lærerike, og oppgaven hadde ikke blitt det samme uten alle de konstruktive tilbakemeldingene dine.

Videre vil jeg takke alle frisklivssentraler og rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt som hadde tro på studien min, og som ønsket å bidra med rekrutteringen. Dette hadde ikke gått uten dere. En spesiell takk til alle som svarte på undersøkelsen, deres bidrag betyr mye.

Til slutt vil jeg takke samboeren min, Jo, som har støttet meg hele veien, selv om alt ikke har gått som planlagt. Ikke minst vil jeg takke søsteren min, Kristine, som har vært en enorm inspirasjon og støtte, og en god samtalepartner gjennom hele prosessen.

November 2022, Elverum

Pernille Lund

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|------------|
| Forord | i |
| Innholdsfortegnelse | ii |
| Liste over tabeller og figurer | v |
| Forkortelser | v |
| Sammendrag | vi |
| Abstract | vii |
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Overvekt og fedme | 2 |
| 1.2 Psykisk helse..... | 6 |
| 1.3 Vektstigmatisering og -diskriminering | 7 |
| 1.4 Internalisert vektstigma | 8 |
| 1.5 Frisklivssentraler..... | 9 |
| 1.6 Rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt | 10 |
| 1.7 Hensikt..... | 11 |
| 1.8 Problemstilling..... | 11 |
| 2.0 Kritisk litteraturgjennomgang | 12 |
| 2.1 Internalisert vektstigma og faktorer som påvirker helse..... | 13 |
| 2.2 Internalisert vektstigma og psykisk uhelse | 17 |
| 2.3 Den norske konteksten og gapet i forskningslitteraturen | 19 |
| 3.0 Metode | 24 |
| 3.1 Metodologisk tilnærming og studiedesign..... | 24 |
| 3.2 Utvalg | 24 |
| 3.3 Pilotprosjekt..... | 26 |
| 3.4 Rekruttering | 26 |
| 3.5 Elektronisk spørreskjema..... | 28 |
| 3.6 Variabler | 28 |
| 3.6.1 Sosiodemografiske variabler..... | 30 |
| 3.6.2 Psykiske plager | 31 |
| 3.6.3 Internalisert vektstigma..... | 31 |
| 3.7. Prosedyrer for datainnsamlingen | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 3.8 Dataanalyser | 35 |
| 3.8.1 Presentasjon av resultater | 36 |
| 3.9 Validitet og reliabilitet | 37 |
| 3.10 Etikk..... | 40 |
| 3.10.1 Personvern, konfidensialitet og informert samtykke | 41 |
| 3.10.2 Vurdering fra uavhengig forskningsetisk komité..... | 43 |
| 4.0 Resultater | 46 |
| 4.1 Beskrivelse av utvalget | 46 |
| 4.2 Krysstabeller og tabellanalyser | 48 |
| 4.2.1 Grad av IVS og kjønn | 48 |
| 4.2.2 Grad av IVS og alder | 49 |
| 4.2.3 Grad av IVS og utdanning | 50 |
| 4.2.4 Grad av IVS og KMI-kategori | 51 |
| 4.2.5 Grad av IVS og selvopplevd vektstatus | 52 |
| 4.2.6 Grad av IVS og selvopplevd helse | 53 |
| 4.2.7 Grad av IVS og psykiske plager | 54 |
| 4.3 Bivariat korrelasjonsanalyse | 55 |
| 4.4 Lineær regresjon | 56 |
| 5.0 Diskusjon..... | 59 |
| 5.1 Grad av internalisert vektstigma | 59 |
| 5.2 Internalisert vektstigma og kjønn | 61 |
| 5.3 Internalisert vektstigma og alder | 62 |
| 5.4 Internalisert vektstigma og utdanning | 63 |
| 5.5 Internalisert vektstigma og KMI/KMI-kategori eller selvopplevd vektstatus | 64 |
| 5.6 Internalisert vektstigma og selvopplevd helse | 66 |
| 5.7 Internalisert vektstigma og psykiske plager..... | 67 |
| 5.8 Styrker og svakheter | 71 |
| 5.8.1 Forskningsdesign og datainnsamling | 71 |
| 5.8.2 Rekruttering | 73 |
| 6.0 Konklusjon..... | 76 |
| 6.1 Videre forskning | 77 |
| Referanseliste | 79 |
| Vedlegg 1 | 91 |
| Vedlegg 2 | 93 |
| Vedlegg 3 | 94 |
| Vedlegg 4 | 96 |

| | |
|-------------------------|------------|
| Vedlegg 5 | 98 |
| Vedlegg 6 | 99 |
| Vedlegg 7 | 107 |
| Vedlegg 8 | 108 |
| Vedlegg 9 | 109 |
| Vedlegg 10 | 110 |
| Vedlegg 11 | 112 |
| Vedlegg 12 | 113 |
| Vedlegg 13 | 115 |

Liste over tabeller og figurer

| | |
|--|----|
| Tabell 1: WHO sin klassifisering av overvekt og fedme ved bruk av KMI, og sykdomsrisiko for voksne, gjengitt av Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, u.å.-a)..... | 3 |
| Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalget..... | 26 |
| Tabell 3: Variabler i spørreskjema med kodede svaralternativer, og definisjon eller omkoding av variabler..... | 29 |
| Tabell 4: Norsk oversettelse av WBIS-M (Hognes Berg et al., 2021)..... | 33 |
| Tabell 5: Bakgrunns karakteristika for utvalget..... | 47 |
| Tabell 6: Krysstabell med prosentvis fordeling av hver verdi innenfor hver variabel, fordelt på grad av internalisert vektstigma..... | 48 |
| Tabell 7: Resultater fra Spearman´s rho korrelasjonsanalyse..... | 56 |
| Tabell 8: Resultater fra regresjonsanalyser for WBIS-M..... | 57 |
| Tabell 9: Resultater fra regresjonsanalyse for HSCL-5..... | 57 |
| | |
| Figur 1: «Obesity system map» fra The Foresight Report (Butland et al., 2007)..... | 5 |
| Figur 2: Prosentfordeling av kjønn innen hver grad av IVS..... | 49 |
| Figur 3: Prosentfordeling av alder innen hver grad av IVS..... | 50 |
| Figur 4: Prosentfordeling av utdanning innen hver grad av IVS..... | 51 |
| Figur 5: Prosentfordeling av KMI-kategori innen hver grad av IVS (n=24)..... | 52 |
| Figur 6: Prosentfordeling av selvopplevd vektstatus innen hver grad av IVS..... | 53 |
| Figur 7: Prosentfordeling av selvopplevd helse innen hver grad av IVS..... | 54 |
| Figur 8: Prosentfordeling av psykiske plager innen hver grad av IVS..... | 55 |
| Figur 9: Spredningsdiagram med resultat fra lineær regresjon fra tabell 9..... | 58 |

Forkortelser

| | |
|---------------|---|
| KMI | Kroppsmasseindeks |
| IVS | Internalisert vektstigma |
| WBIS-M | Modified Weight Bias Internalization Scale |
| HSCL | Hopkins Symptom Checklist |
| WHO | Verdens helseorganisasjon |
| REK | Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk |
| NSD | Norsk senter for forskningsdata |
| TSD | Tjenester for sensitiv data |
| HRQOL | Health related quality of life |

Sammendrag

Bakgrunn: Den stadig økende prevalensen av overvekt og fedme omtales som en fedmeepidemi, og trussel for folkehelsen. Ansvar for årsaker til overvekt og fedme legges i stor grad over på enkeltindividet, og offentlige strategier handler i stor grad om hvordan det skal tilrettelegges for endring av levevaner på individnivå. Selv om det har vært stort fokus på redusering av overvekt og fedme i befolkningen, har tiltak til nå hatt marginale effekter. I forskningsmiljøer sees det etter andre forklaringer som påvirker overvekt og fedme, i et folkehelseperspektiv. Internalisert vektstigma (IVS), som følge av vektstigmatisering og –diskriminering, kan ha svært negative konsekvenser for helse og livskvalitet, spesielt for personer med overvekt eller fedme.

Mål: Målet med studien var å undersøke i hvilken grad personer med overvekt eller fedme, som går på frisklivssentraler eller rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt, har IVS, og hvilken sammenheng det har med psykiske plager. Videre ønsket studien å undersøke om IVS kunne sees i sammenheng med alder, kjønn, bosted, utdanning, KMI, selvopplevd vektstatus, eller selvopplevd helse.

Metode: Studien ble utført som en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, gjennom et nettbasert spørreskjema. Voksne med overvekt eller fedme, fra frisklivssentraler og rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt, deltok i undersøkelsen (n=26), hvor IVS ble målt med WBIS-M, og psykiske plager med HSCL-5. Analyser av datamaterialet inkluderte tabellanalyser (prosentuering av krysstabeller, og Kjikvadrattest med Cramér's V og Eta (μ)), korrelasjonsanalyser (Spearman's rho (ρ)), og enkel – og multivariat lineær regresjon.

Resultat: Det ble funnet signifikant moderat negativ korrelasjon mellom IVS og psykiske plager ($\rho = -.638$, $p < 0,05$), og signifikant lav positiv korrelasjon mellom IVS og KMI ($\rho = .405$, $p < 0,05$). Videre ble det funnet lav negativ korrelasjon mellom IVS og alder, men den var ikke signifikant ($\rho = -.382$, $p = 0,054$). Justert for alder og kjønn, ble det funnet signifikant sammenheng mellom IVS og psykiske plager i multivariat lineær regresjon, hvor psykiske plager kunne predikere en endring av WBIS-M score med 1,198. Enkel lineær regresjon, hvor det ble undersøkt hvorvidt WBIS-M score kunne predikere HSCL-5 score, kunne 49,2 % av variasjoner i HSCL-5 score forklares av WBIS-M score ($B=0,333$, $R^2=0,492$).

Konklusjon: Da utvalget er lite, og ikke representativt for populasjonen, kan ikke resultatene generaliseres. Likevel samsvarer funn med tidligere forskning, på lignende utvalg, og tilfører ny kunnskap om IVS blant voksne med overvekt eller fedme i Norge. Studien bidrar til å styrke antakelsene om at IVS har negative konsekvenser for helse og livskvalitet. IVS, som følge av vektstigmatisering og –diskriminering, bør anerkjennes som en trussel for folkehelsen, og adresseres i offentlige strategier for folkehelse. Det er tydelig at samfunnets oppfatninger av overvekt og fedme kan ha stor betydning for individers helse og trivsel.

Abstract

Background: The increasing prevalence of overweight and obesity is referred to as an obesity epidemic, and a threat to public health. Responsibility for the causes of overweight and obesity is often placed on the individual, and public strategies are mainly about how to facilitate changes in lifestyle at individual level. Although there has been a great deal of focus on reducing overweight and obesity in the population, measures have so far had marginal effects. Researchers have been looking into other perspectives that affect overweight and obesity. Internalized weight stigma (IWS), as a result of weight stigmatization and -discrimination, can have very negative consequences for health and quality of life, especially for people with overweight or obesity.

Aim: The aim of the study was to investigate the extent to which people with overweight or obesity, who attend Healthy Life Centres or Rehabilitation Centres for morbid obesity, have IWS, and what correlation it has with psychological distress. Furthermore, the study wanted to investigate whether IWS could be seen in correlation with age, sex, place of residence, education, BMI, self-perceived weight status, or self-perceived health.

Method: The study was conducted as a quantitative cross-sectional survey, through an online questionnaire. Adults with overweight or obesity, from Healthy Life Centres and Rehabilitation Centres for morbid obesity, participated in the survey (n=26), where IWS was measured with WBIS-M, and psychological distress with HSCL-5. Data analyzes included table analyzes (percentages of cross-tabulations, and Chi-square test with Cramér's V and Eta (μ)), correlation analyzes (Spearman's rho (ρ)), and simple- and multivariate linear regression.

Results: Significant moderate negative correlation was found between IWS and psychological distress ($\rho = -.638, p < 0.05$), and low positive correlation was found between IWS and BMI ($\rho = .405, p < 0.05$). Furthermore, low negative correlation was found between IWS and age, but it was not significant ($\rho = -.382, p = 0.054$). Adjusted for age and sex, significant relationship was found between IWS and psychological distress in multivariate linear regression, where psychological distress could predict a change in WBIS-M score by 1.198. Simple linear regression, where it was investigated whether WBIS-M scores could predict HSCL-5 scores, 49.2% of variations in HSCL-5 scores could be explained by WBIS-M scores ($B=0.333, R^2=0.492$).

Conclusion: As the sample is small and not representative for the population, the results cannot be generalized. Nevertheless, findings correspond with previous research, on similar samples, and adds new knowledge about IWS among adults with overweight or obesity in Norway. The study helps to strengthen the assumptions that IWS has negative consequences for health and quality of life. IWS, as a result of weight stigmatization and -discrimination, should be recognized as a threat to public health, and addressed in strategies for public health. Society's perceptions of overweight and obesity can have a major impact on individuals' health and well-being.

1.0 Innledning

Denne studien har til hensikt å øke kunnskapen om internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme, som benytter seg av tilbud eller får behandling, i primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge. Det er en tverrsnittundersøkelse, der respondenter ble rekruttert fra frisklivssentraler og rehabiliteringssentre for sykelig overvekt. Studien undersøker sammenhengen mellom internalisert vektstigma og psykiske plager. Videre er det innhentet bakgrunnsinformasjon; alder, kjønn, kroppsmasseindeks, utdanning, bosted, selvopplevd helse, og selvopplevd vektstatus. Det er også undersøkt om disse variablene har sammenheng med internalisert vektstigma. Internasjonal forskning viser at internalisert vektstigma kan ha en negativ påvirkning på psykisk helse (Pearl & Puhl, 2018), men det er etter forfatterens kjennskap, ikke gjennomført studier som undersøker sammenhengen mellom internalisert vektstigma og psykiske plager i Norge.

Masteroppgaven innledes med en introduksjon til temaer og begreper relevant for studien, med hensikt og problemstilling avslutningsvis. Videre er det gjennomført et litteratursøk med en kritisk litteraturgjennomgang, der eksisterende forskning på valgt tema presenteres. Gapet i forskningslitteraturen, og studiens bidrag til forskningsfeltet, er lagt frem til slutt i denne delen. Deretter kommer studiens metode, studiedesign, prosedyrer og etiske refleksjoner, før resultatene fra datainnsamlingen og statistiske analyser blir presentert. Etter presentasjon av resultatene, blir funn diskutert i henhold til tidligere forskning. Studiens styrker og svakheter blir så lagt frem og diskutert, før masteroppgaven avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning.

1.1 Overvekt og fedme

Siden 1975 har antall mennesker med overvekt eller fedme tredoblet seg, og den økende prevalensen i samfunnet omtales som en fedmeepidemi (World Health Organization, u.å.-b). Rundt 1,9 milliarder mennesker har overvekt eller fedme globalt (World Health Organization, 2021). På verdensbasis er prevalensen høyest blant kvinner, hvorav 40 prosent har overvekt, og 15 prosent har fedme. Hos menn har 39 prosent overvekt, og 11 prosent har fedme. Rundt 30 prosent av voksne nordmenn har overvekt eller fedme, hvor prevalensen er høyest blant menn (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer overvekt og fedme som «unormal eller overdreven fettansamling som kan svekke helsen» (World Health Organization, 2021). De forklarer energibalansen mellom inntak av kalorier, og kalorier forbrent, som hovedårsaken til overvekt og fedme. Dette som følge av økt inntak av matvarer med mye fett og tilsatt sukker, samt redusert aktivitetsnivå som følge av høy sedattid. Videre beskriver WHO at overvekt og fedme øker risikoen for sykdommer og lidelser, som hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus type 2, flere krefttyper og muskel- og skjelettplager (World Health Organization, 2021). Ut ifra sykdomsbyrde, anslås de årlige samfunnskostnadene direkte knyttet til overvekt og fedme, som en av de høyeste i Norge (Aamo et al., 2019, s. 3). Det estimeres at ca. 100 milliarder kroner av samfunnskostnadene kan direkte kobles til overvekt eller fedme, hvor henholdsvis 70 milliarder kroner gjelder fedme. Estimater inkluderer helseutfordringer og sykdom, tap av arbeidskraft, og helsetjenestekostnader.

Den mest anvendte metoden for å måle overvekt og fedme er ved bruk av kroppsmasseindeks (KMI), som måler forholdet mellom vekt og høyde ($\text{vekt (kg)} / \text{høyde (m}^2\text{)}$), men gir ingen indikasjon om fettfordeling på kroppen (Butland et al., 2007, s. 150). Normalvekt er KMI

mellom 18,5 og 24,9, mens overvekt er mellom 25 og 29,9. Fedme kategoriseres over dette, fordelt på tre klasser, der den høyeste er $KMI \geq 40$. Hele klassifisering er beskrevet i tabell 1, sammen med sykdomsrisiko for hver KMI-kategori (Folkehelseinstituttet, u.å.-a).

Tabell 1: WHO sin klassifisering av overvekt og fedme ved bruk av KMI, og sykdomsrisiko for voksne, gjengitt av Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, u.å.-a).

| Klassifisering | KMI, kg/m ² | Sykdomsrisiko |
|-----------------------|------------------------|---|
| <i>Undervekt</i> | 18,4 eller lavere | Lav for diabetes, økt for andre helseproblemer |
| <i>Normalvekt</i> | 18,5-24,9 | Lav |
| <i>Overvekt</i> | 25,0-29,9 | Økt for diabetes |
| <i>Fedme - grad 1</i> | 30-34,9 | Økt for diabetes Økt dødelighet |
| <i>Fedme - grad 2</i> | 35-39,9 | Høy risiko for flere helseproblemer Økt dødelighet |
| <i>Fedme - grad 3</i> | 40,0 eller høyere | Ytterligere økt helserisiko |

Begrepet «obesogenic environment» trekkes frem som en annen forklaring på den økende prevalensen av overvekt og fedme, i et større folkehelseperspektiv (Butland et al., 2007, s. 52). Begrepet defineres som «summen av påvirkningen omgivelsene, muligheter eller livsbetingelser har på å fremme fedme hos individ og populasjon» (Butland et al., 2007, s. 52). The Foresight Report illustrerer dette med sin komplekse og multifaktorielle modell, hvor årsaker til overvekt og fedme deles inn i syv hovedkategorier; fysiologi, matinntak, matproduksjon, sosial psykologi, individuell psykologi, miljø for fysisk aktivitet, og individuell fysisk aktivitet (Butland et al., 2007). Modellen sees i figur 1 og viser et komplekst og sammensatt bilde av årsaker til overvekt og fedme, i verdens befolkning. Modellen omtales

som «Obesity system map» hvor kjernen i modellen er «energibalanse», med de 108 variablene som direkte eller indirekte påvirker energibalanse.

Nasjonale anbefalinger og intervensjoner er i stor grad rettet mot hvordan enkeltindivider kan, og bør, redusere kaloriinntaket og øke aktivitetsnivået (Hafekost et al., 2013). Selv om det har vært stort søkelys på overvekt og fedmes negative påvirkninger på helse, har ikke tiltak og anbefalinger gitt ønskede resultater på folkehelsen. Stadig mer forskning og litteratur ser nå etter andre forklaringer til årsaker som påvirker overvekt og fedme (Samdal & Meland, 2014).

Map 5

Full Generic Map
Thematic Clusters (filled)

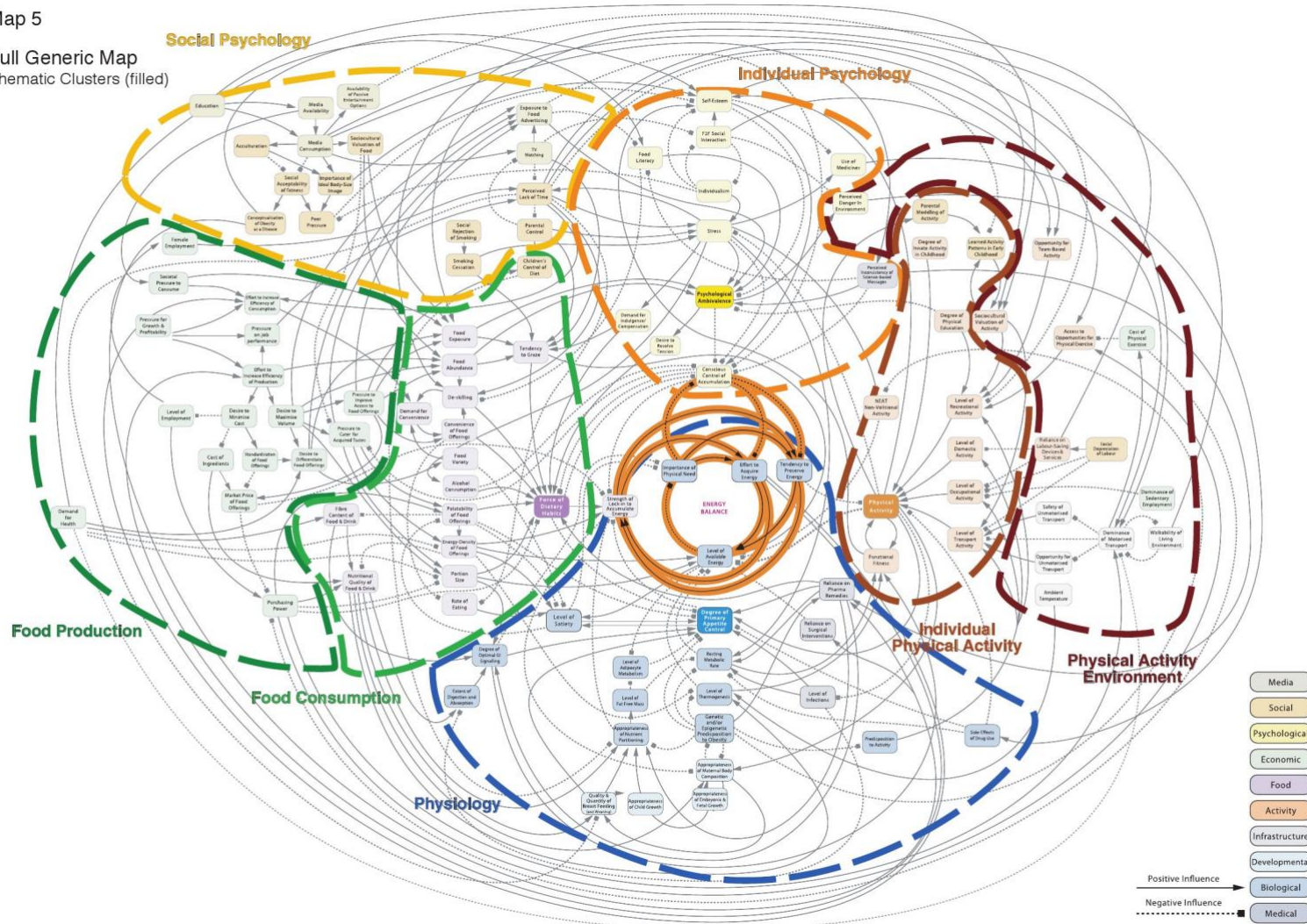


Figure 1: «Obesity system map» fra The Foresight Report (Butland et al., 2007)

1.2 Psykisk helse

Psykisk helse er definert som «en tilstand av psykisk velvære som gjør mennesker i stand til å takle livets påkjenninger, realisere sine evner, lære godt og jobbe godt, og bidra til fellesskapet» (World Health Organization, u.å.-a). Alle mennesker har en psykisk helse, den beskrives som flytende, og kan forandre seg gjennom livet (World Health Organization, 2022, s. 14). Psykisk helse og livskvalitet er to begreper som ofte omtales sammen (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 152). Høy livskvalitet er forbundet med god psykisk og fysisk helse. I et norsk folkehelseperspektiv skal det legges vekt på utjevning av sosiale ulikheter, og fremme mestringsbetingelser, for å bedre den psykiske helsen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 17). Over 50 prosent av norske kommuner oppgir psykiske helse som den største folkehelseutfordringen i sin kommune (Riksrevisjonen, 2015, s. 44). Ensomhet, stress, manglende opplevelse av mestring, og lite sosial støtte trekkes frem som store bidragsyttere til psykisk uhelse, og redusert livskvalitet, i Norge (Helsedirektoratet, 2014, s. 11).

Innenfor psykisk uhelse skilles det mellom psykiske plager og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10). Psykiske plager betegnes som symptomer på psykisk uhelse, men symptomene betyr nødvendigvis ikke at det kan betegnes som en psykisk lidelse. Psykiske plager kan variere i opplevelse og belastning, og kan være engstelse, indre uro eller bekymringer. En psykisk lidelse er en tilstand eller diagnose som er klassifisert og definert i henhold til internasjonale kriterier, basert på vitenskapelig evidens (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10). En psykisk lidelse stadfestes på bakgrunn av kliniske undersøkelser, og behandles etter utformede retningslinjer. Angst- og depresjonslidelser, samt rusmiddellidelser er de mest vanlige blant voksne. Psykiske uhelse kan negativt påvirke atferd, relasjoner og utdanning, endre tanker og følelser, og hindre god fysisk helse (World Health Organization, 2022, s. 11). Verdens helseorganisasjon har deklart psykisk helse som en grunnleggende

menneskerettighet, fordi den er essensiell for personlig, samfunnsmessig og sosioøkonomisk utvikling (World Health Organization, u.å.-a).

Psykiske plager i en befolkning blir ofte målt med utviklede skalaer, som inngår i kartleggingsundersøkelser (Strand et al., 2003). Hopkins Symptom Checklist (HSCL) er anbefalt til innledende kartlegging av psykiske plager (Schmalbach et al., 2021), og brukt hyppig i norske undersøkelser (Strand et al., 2003). Det er tre versjoner av HSCL, med henholdsvis 25 spørsmål (HSCL-25), 10 spørsmål (HSCL-10), og 5 spørsmål (HSCL-5). Hver enkelt variant har definert grenseverdi for hva som kan betegnes som psykiske plager eller ikke, og beregnes ut ifra en gjennomsnittsscore. Ved, for eksempel, bruk av HSCL-5, tilsier en gjennomsnittsscore $\geq 2,0$, psykiske plager (Strand et al., 2003).

1.3 Vektstigmatisering og -diskriminering

Vektstigmatisering og –diskriminering omtales som «en global helseutfordring», som har fått vokse i skjul (Brewis et al., 2018). Puhl & Heuer (2010) forklarer at vektstigmatiseringens påvirkning på folkehelsen ignoreres, og hvordan dagens samfunn legger ansvaret for vektproblematikk over på enkeltindividet. Vektstigmatisering har blitt et vidstrakt fenomen, i takt med den økende prevalensen av overvekt og fedme (Jackson, 2016). Vektstigmatisering og -diskriminering har veldokumenterte negative konsekvenser for fysisk og psykisk helse, helseatferd og livskvalitet, men skjer likevel i mange arenaer, som i helsetjenesten, i arbeidslivet og i sosiale sammenhenger (Flint, 2019; Jackson, 2016). Dette er relatert til økt risiko for depresjon og angst, lav selvtillit, kroppsmisnøye, større sykdomsbyrde, og økt risiko for mortalitet (Jackson, 2016; Wu & Berry, 2018). Personer med overvekt eller fedme unngår helsevesenet i frykt for å bli stigmatisert, og de tradisjonelle tilnærmingene til behandling av overvekt eller fedme, omtales som en faktor som bidrar til vektstigmatisering (Tomiya et al.,

2018). Vektstigmatisering forsvares med at det kan motivere til vektnedgang og livsstilsendring, men forskning viser derimot det motsatte (Puhl & Heuer, 2010). De siste 10 årene har det vært en stor økning i forskning på vektstigmatisering og -diskrimineringens konsekvenser for helse, men likevel blir det ikke adressert som en legitim trussel i folkehelsearbeidet (Flint, 2019; Jackson, 2016; Pearl & Puhl, 2018; Samdal & Meland, 2018; Tomiyama et al., 2018). Som et resultat kan personer utsatt for vektstigmatisering og -diskriminering internalisere stigmaet, og dette har svært veldokumenterte negative konsekvenser for helse og velvære (Pearl & Puhl, 2018).

1.4 Internalisert vektstigma

Internalisert vektstigma (IVS) kan defineres som «(1) bevissthet av negative stereotyper om egen sosial identitet, (2) enighet med stereotypen, (3) anvender disse til enn selv, og (4) selvdevaluerer på grunn av dette» (Pearl & Puhl, 2018, s. 1141). Internalisert vektstigma skiller seg fra vektstigmatiserende opplevelser, og kan være spesielt skadelig for helse og livskvalitet (Kahan & Puhl, 2017). IVS er assosiert med psykiske plager, og redusert selvtillit og kroppsbilde (Pearl & Puhl, 2018). Videre er IVS relatert til spiseforstyrrelser, spesielt overspisingslidelser, og redusert fysisk helse. I tillegg til at IVS er positivt assosiert med KMI, viser noen studier at IVS kan predikere mindre vekttap, og redusere odds for vedlikehold av vekttap (Pearl & Puhl, 2018).

Weight Bias Internalization Scale (WBIS) ble utviklet av Durso & Latner (2008), for å definere IVS som noe annet enn vektstigmatiserende holdninger om andre, og er en av de mest brukte skalaene for måling av IVS. Hypotesen til Durso & Latner (2008) gikk ut på at «selv-attribusjon» hadde en skadelig påvirkning på personer som har dem, samtidig som at internalisert vektstigma er vesentlig forskjellig fra kroppsbilde. WBIS ble utviklet basert på

andre måleverktøy, og inkluderer elementer som aksept eller avvisning av egen vektstauts, ønske om endring, påvirkning av selvopplevd vektstatus på humør, selvoppfattete personlige verdi, «ease of life», offentlig utseende og sosial interaksjon, og anerkjennelse av eksistens og urettferdighet av vektstigma. WBIS består av 11 spørsmål, som besvares med en 7-punkts Likert skala, hvor det beregnes en gjennomsnittsscore (Durso & Latner, 2008). Høyere score betyr høyere IVS.

1.5 Frisklivssentraler

Frisklivssentraler anbefales til organisering av kommunale helsefremmende tilbud, med hensikt om «å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer» (Helsedirektoratet, 2019, s. 7). Tilbudet på frisklivssentraler skal tilpasses kommuners innbyggers behov, og forskjellige aldergrupper (Helsedirektoratet, 2019). Det er primært for de som er i risiko for, eller allerede har utviklet, livsstilsrelaterte sykdommer, og trenger støtte til endring av levevaner/mestre helseutfordringer. Grunntilbudet skal bestå av støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt, men mange har et utvidet tilbud med kurs knyttet til psykiske plager, søvnplager og risikofylt alkoholforbruk. Tilbudet er tidsbegrenset, med en 12-ukers «frisklivsresept», og består av både individuell- og gruppebasert veiledning. Fastlege, NAV og annet helsepersonell kan henvise pasienter til frisklivssentralen, men personer kan også ta kontakt selv. En analyse av frisklivssentraler viste at rundt halvparten av deltakere benyttet tilbudene på eget initiativ (Thonstad et al., 2020, s. 4). En «frisklivsresept» starter og slutter med en individuell helsesamtale, hvor det kartlegges deltakerens behov, mål og aktuelle kurs (Helsedirektoratet, 2019). Frisklivssentraler skal også ha god informasjon om andre lokale tilbud deltakere kan benytte seg av. Studier har vist at overvekt, fysisk aktivitet, kosthold, muskel- og skjelettplager, og psykiske plager er de fem vanligste årsakene til at personer oppsøker, eller henvises, til frisklivssentraler (Samdal et al., 2018).

1.6 Rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt

Som en respons på den økende prevalensen av overvekt og fedme, etablerte helseregionene et behandlingstilbud på oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet (Helse Sør-Øst, 2007). De første anbefalingene for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten ble utarbeidet i 2005, og senere revidert. For å kunne kvalifisere til behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten, må personer oppfylle følgende kriterier:

- Behandlingsmål er ikke oppnådd i primærhelsetjenesten
- KMI lik eller over 40 med særdeles nedsatt helse relatert livskvalitet, eller
- KMI 35-40 med følgesykdommer relatert til overvekt (f.eks. diabetes type-2, hjerte-og karsykdom, søvnapné, belastningssykdommer og metabolsk syndrom)

Fastlege henviser til regional tverrfaglig overvektspoliklinikk, også kalt rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt (Helse Sør-Øst, 2007). Der blir pasienter vurdert, etterfulgt av utredning, diagnostikk, opplæring og behandling. Et 3-trinns behandlingsforløp skal kvalitetssikre behandlingen. Et viktig element i trinn 1 er utvikling av kunnskap rettet mot livsstilsendring, spesielt knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, og implementering av dette i behandlingen. Pasienter skal få en individuell utarbeidet plan, som brukes sentralt i forløpet. Dersom pasienter har ytterligere behov for hjelp, vil de i trinn 2 utredes for mulige medisinske- eller kirurgiske behandlinger. Etter endt behandling består trinn 3 av oppfølging, som vanligvis foregår i hjemmemiljøet, der kommunen og primærhelsetjenesten overtar ansvaret. Pasienter kan henvises tilbake til poliklinikk hvis det oppstår situasjoner primærhelsetjenesten ikke kan håndtere.

1.7 Hensikt

Hensikten med denne studien er å bidra til økt kunnskap om internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme i Norge, som ideelt kan bidra til utvikling og forbedring av tilbud/behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er, etter forfatterens kjennskap, ingen studier som har undersøkt internalisert vektstigma i Norge. Med bakgrunn i internasjonale studier om IVS, og dets negative konsekvenser for helse og velvære, ønsket denne studien å sette søkelys på et tema som bør få mer fokus i folkehelsearbeidet. Det ble gjennomført en tverrsnittsundersøkelse, hvor det ble kartlagt grad av internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme, og undersøkt om det har sammenheng med psykiske plager, alder, kjønn, bosted, utdanning, KMI, selvopplevd vektstatus eller selvopplevd helse.

1.8 Problemstilling

I hvilken grad har voksne med overvekt eller fedme, som benytter tilbud/får behandling i primær- eller spesialisthelsetjenesten, internalisert vektstigma, og hvilken sammenheng er det mellom internalisert vektstigma og psykiske plager?

Videre ønsket studien å undersøke følgende forskningsspørsmål:

Hva er sammenhengen mellom internalisert vektstigma og alder, kjønn, utdanning, bosted, KMI, selvopplevd vektstatus, eller selvopplevd helse?

2.0 Kritisk litteraturgjennomgang

Til denne studien ble det gjennomført litteratursøk om temaet internalisert vektstigma (IVS), og mulige negative konsekvenser for helse, hos voksne med overvekt eller fedme. Gjennom litteratursøket ble det avdekket kunnskapshull i forskningsfeltet, som la grunnlaget for utforming av problemstilling. Slik ble det tilrettelagt for at forskningsprosjektet kunne bidra med tilføring av ny kunnskap til fagfeltet, noe som ansees som et viktig prinsipp innen enhver forskning (Clark et al., 2021, s. 87). Videre ga litteratursøket informasjon som hvilke studiedesign og metoder som er anvendt i tidligere studier, som igjen medvirket i utarbeidelse av metode for datainnsamlingen. Litteratursøket er beskrevet i vedlegg 1, og viser hvor mange artikler som ble inkludert i litteraturgjennomgangen, fordelt på de forskjellige databasene søkene ble gjennomført i. Utover dette er det også inkludert relevante dokumenter og rapporter.

Internalisert vektstigma er et relativt nytt forskningsfelt, med få studier publisert før 2000-tallet. De siste 10 årene har derimot mengden forskning på IVS økt betraktelig, og internalisert vektstigma blir omtalt som en reell trussel for folkehelsen (Pearl & Puhl, 2018). Konsensusen i fagfeltet påpeker at IVS har negative konsekvenser for helse, spesielt blant personer med overvekt eller fedme. Likevel anerkjennes ikke IVS i offentlige handlingsplaner som skal redusere prevalensen av overvekt og fedme i befolkningen. På tross av omfattende globale forsøk på tiltak for å redusere overvekt og fedme, fortsetter prevalensen å øke (Hafekost et al., 2013). Det overnevnte fagfeltet argumenterer for at IVS bør anerkjennes som en reell påvirkningsfaktor på folkehelsen, og en faktor som kan tilføre en ny dimensjon, og innfallsvinkel, i helsefremmende folkehelsearbeid (Flint, 2019; Kahan & Puhl, 2017).

Litteraturgjennomgangen inkluderer først og fremst forskning fra vestlige land, på utvalg som i stor grad kan sammenlignes med den norske populasjonen. Utvalget i denne studien består av

voksne med overvekt eller fedme, som benytter tilbud eller mottar behandling, der hovedmål eller delmål er vektreduksjon. Det er, etter forfatterens kunnskap, ikke utført kvantitativ forskning om IVS på den norske befolkningen. Enkelte kvalitative studier omtaler vektstigma og IVS, men ingen har hatt hovedfokus på IVS.

2.1 Internalisert vektstigma og faktorer som påvirker helse

Ettersom personer med overvekt eller fedme i større grad utsettes for vektstigmatisering og -diskriminering, har de også i større grad IVS (Puhl et al., 2018). Det betyr dog ikke at normalvektige personer ikke har IVS. Puhl et al. (2018) inkluderte amerikanske voksne, med og uten overvekt eller fedme, i sin omfattende vurdering av internalisert vektstigmas tilstedeværelse, alvorlighetsgrad, og sammenhengen med sosiodemografiske faktorer. Så mange som 1 av 5 normalvektige rapporterte høy IVS, mens prevalensen var over 50% blant de med overvekt eller fedme. Det var dog de med, blant annet, høyere KMI og selvopplevd vektstatus som rapporterte høyest IVS. I denne gruppen var også flertallet hvite med lav utdanning eller inntekt, som forsøkte å redusere kroppsvekten, og hadde flere tidligere stigmatiserende opplevelser.

I 2020 ble det gjennomført en multinasjonal studie med seks vestlige land (USA, Canada, Australia, Tyskland, Frankrike og Storbritannia), hvor utvalget besto av voksne som deltok i et program for vektkontroll (Pearl et al., 2021). Som en av de mest omfattende studiene om IVS, kjent for forfatteren, ansees resultatene som svært verdifulle innenfor dette fagfeltet, og den tilføyer omfattende kunnskap om IVS, og dets sammenheng med en rekke helserelaterte faktorer. Angående KMI, viste studien at det var positiv korrelasjon med IVS, på tvers av landene. Videre var det yngre respondenter, eller respondenter som hadde overvekt eller fedme fra ung alder, som rapporterte høyere IVS. Til slutt rapporterte respondenter som ønsket eller

forsøkte å redusere vekten, generelt høyere IVS, men det ble ikke funnet samsvar mellom IVS og etnisitet eller utdanning. Det ble dog utfordrende å differensiere menn fra kvinner da rundt 95% av alle respondenter var kvinner. Resultatene fra denne studien motstrider funnene til Puhl et al. (2018), hva angår IVS og utdanning, der de med lavere utdanning rapporterte høyere IVS. I motsetning til Pearl et al (2021), fant Remmert et al. (2019) ingen signifikant sammenheng mellom KMI og IVS, men konkluderte med at IVS påvirket negativ spiseatferd. Den positive korrelasjonen mellom IVS og spiseforstyrrelser er gjentakende i tidligere studier (Pearl & Puhl, 2018), men vil ikke bli videre utbrodert med bakgrunn i studiens problemstilling.

Selvrapporing av vekt og høyde, for å kunne beregne KMI, inngår i de fleste studier om IVS (Pearl & Puhl, 2018). Likevel benyttes også selvrapporert vektstatus som et subjektivt mål på overvekt og fedme. Det viser seg at selvrapporert vektstatus, sett bort fra KMI, også kan gi antakelser om IVS, hos personer med overvekt eller fedme. Hos amerikanske unge voksne som rapporterte høyere selvopplevd vektstatus, har det blitt funnet signifikant positiv assosiasjon med IVS (Decker et al., 2018). Det samme ble funnet i en tidligere studie, med svært likt utvalg som Decker (2018), der høyere IVS ble funnet i en gruppe som selvurderte vektstatus, versus en gruppe som kun rapporterte verdier for kalkulering av KMI (Lee & Dedrick, 2016). I tillegg til at flere studier undersøker sammenhengen mellom IVS og selvopplevd vektstatus, er det også flere som undersøker sammenhengen mellom IVS og selvopplevd helse/livskvalitet. Hilbert, Braehler et al. (2014) fant lav selvevaluering (core self-evaluating) som en mediator mellom IVS og selvopplevd helse, mens Himmelstein et al. (2019) assosierte høyere IVS med redusert selvopplevd helse blant menn. Flere studier som tar for seg helserelatert livskvalitet (HRQOL) har funnet negativ assosiasjon med IVS (Pearl & Puhl, 2018), og Puhl, Quinn et al. (2017) undersøkte sammenhengen mellom selvopplevd fysisk helse og IVS, hvor også her høyere IVS ble assosiert med redusert selvopplevd helse.

Utvalget til nåværende studie består, som nevnt, av voksne med overvekt eller fedme som har vektreduksjon som hovedmål eller delmål ved intervensjonsprogram de deltar i. Det er derfor interessant at IVS kan ha en påvirkning på vektreduksjon, vedlikehold av vekttap, og risiko for vektoppgang. I sin studie, delte Puhl, Quinn et al. (2017) utvalget i to grupper, basert på daværende vekt, og vekt ett år før besvarelse av spørreskjema; «weight regainers» og «weight-loss maintainers». «Weight regainers» rapporterte signifikant høyere IVS enn «weight-loss maintainers». Likevel viste analysene at høyere IVS ble assosiert med høyere stressnivåer og selvopplevd vektstatus, i begge grupper. Både IVS og selvopplevd vektstatus kunne forutse sannsynligheten for vedlikehold av vekttap, eller ikke. En et-poengs økning av IVS reduserte sannsynligheten for å være en «weight-loss maintainer» med 28 %. Det som dog overrasker, er at sannsynligheten for være en «weight-loss maintainer» ble redusert med 76% ved en-grads økning av selvopplevd vektstatus.

I en studie som inkluderte kvinner med fedme som deltok i et intervensjonsprogram for vektreduksjon, fant Mensinger & Meadows (2017) at de som rapporterte lavere IVS fikk bedre utbytte av intervensjonen. De konkluderer at IVS kan være en barriere for kvinner som deltar i intervensjoner knyttet til vektreduksjon, og påvirke resultatene negativt. Lignende resultater som Puhl, Quinn et al. (2017) fant, ble også funnet i Olson et al. (2018) og Pearl et al. (2019) sine studier, om IVS og vektnedgang/vedlikehold av vekttap etter, eller i forbindelse med, intervensjon. Høyere IVS før intervensjon korrelerte med vektøkning hos menn (Olson et al., 2018), og reduserte odds for vektnedgang på fem prosent eller mer, med 37% hos begge kjønn (Pearl et al., 2019). En et-poengs reduksjon av IVS ved oppfølging ble assosiert med 3% vektnedgang hos Olson et al. (2018), i motsetning til Pearl et al. (2019) hvor det ikke ble funnet endring av IVS ved vektendring. Tilsvarende resultater fant også Quinn et al (2020), i sammenhengen mellom IVS og «weight-cycling». «Weight cycling» blir i norsk kontekst

omtalt som «jo-jo slanking», et begrep brukt for gjentatte forsøk på vektreduksjon, med gjentagende vekttoppgang. Høy IVS reduserte sannsynligheten for vedlikehold av vekttap, og økte sannsynligheten for jo-jo slanking hos begge kjønn (Quinn et al., 2020). I den multinasjonale studien, som nevnt, ble det likeens undersøkt sammenhengen mellom IVS og vektendring siste år (Pearl et al., 2021). Høyere IVS ble assosiert med vekttoppgang siste år, hvor henholdsvis et-poengs økning av IVS ble assosiert med 1% vekttoppgang.

Som en del av behandlingsprogram på rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt, kan pasienter vurderes som kandidater for fedmekirurgi (Helse Sør-Øst, 2007). Rundt to tredjedeler av fedmeoperasjoner utføres gjennom det offentlige (Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, 2021, s. 4). Sådan er det interessant at Feig et al. (2020) finner en negativ korrelasjon mellom IVS og vekttap etter fedmekirurgi, hovedsakelig hos kvinner. Videre ble IVS også assosiert med redusert fysisk og psykisk helse relatert livskvalitet, og etterlevelse av positiv helseatferd. Lignende resultater har tidligere òg blitt funnet av Lent et al. (2014), som hadde et utvalg primært bestående av kvinner. Her ble det funnet lavere vekttap ett år etter fedmekirurgi, hos deltakere med høyere IVS. Blant personer som fikk behandling og oppfølging på en medisinsk klinikk for vektreduksjon, ble det nylig gjennomført en studie på sammenhengen mellom IVS og frafall (Verhaak et al., 2022). Utvalget besto av personer som tidligere hadde gjennomført fedmekirurgi, og personer som ikke hadde gjennomført fedmekirurgi. I likhet med tidligere studier ble det også her funnet assosiasjon mellom høyere IVS og ung alder, og høyere IVS og flere symptomer på depresjon. Studien avdekket videre at IVS påvirket frafall fra behandling og oppfølging, hvor de som «droppet ut» rapporterte høyere IVS enn de som fullførte opplegget.

2.2 Internalisert vektstigma og psykisk uhelse

Det er i stor grad forsket på sammenhengen mellom IVS og psykiske helse globalt (Pearl & Puhl, 2018). Funnene er tydelige; det er gjentakende positiv korrelasjon mellom IVS og psykisk uhelse (Boswell & White, 2015; Curll & Brown, 2020; Pearl & Puhl, 2018; Verhaak et al., 2022). I sin systematiske oversikt over IVS og dets konsekvenser for helse, har Pearl & Puhl (2018) inkludert en rekke studier som tar for seg sammenhengen mellom IVS og symptomer på angst og depresjon. Det er urovekkende at henholdsvis 10 av 11 og 28 av 30 studier, fant signifikant positiv assosiasjon mellom IVS og symptomer på angst eller depresjon. Nyligere gjennomførte Alimoradi et al. (2020) en metaanalyse, hvor det ble undersøkt forholdet mellom vektstigma og psykiske plager. Vektstigmatiserende opplevelser ble skilt fra IVS, og resultatene viste tydelig sammenheng mellom IVS og psykiske plager, men også mellom vektstigmatiserende opplevelser og psykiske plager. Alimoradi et al. (2020) understreker hvor viktig det er å skille stigmatiserende opplevelser fra IVS, i henhold til psykiske plager, da dette er helt forskjellige konsepter.

Decker et al. (2018) fant IVS som mediator mellom selvopplevd vektstatus og depresjonssymptomer, hos unge amerikanske voksne med overvekt eller fedme. IVS har likeså blitt funnet som mediator mellom verdsettelse av egen kropp og depresjonssymptomer, der liten verdsettelse av egen kropp ble assosiert med høyere IVS, som igjen ble assosiert med flere depresjonssymptomer (Soulliard et al., 2021). Likeens viste studien til Quinn et al. (2020), hvordan gjentatte forsøk på vektreduksjon økte grad av IVS, som videre ga økt rapportering av depressive følelser.

Blant unge australske voksne ble det rapportert høyere IVS, flere angst- og depresjonssymptomer, samt flere tilfeller av ukontrollert spiseatferd, hos de med overvekt eller fedme, mot de med normal vekt (O'Brien et al., 2016). Det ble dog funnet signifikant positiv

assosiasjon mellom IVS og angst- og depresjonssymptomer, i begge grupper. Lignende resultater ble videre funnet hos australske kvinner, med overvekt eller fedme, som deltok i en spørreundersøkelse om IVS, selvmedfølelse og psykiske plager (Forbes & Donovan, 2019). Respondenter med lav selvmedfølelse rapporterte høyere IVS, som videre hadde en negativ påvirkning på psykiske plager, som ensomhet, depresjon og livstilfredshet. Hilbert, Braehler et al. (2014), som undersøkte tyske voksne med overvekt eller fedme, erfarte at IVS kunne forutse lav «core self-evaluation», som sammen kunne predikere angst- og depresjonssymptomer. Core self-evaluation er en samlebetegnelse for mål av fire forskjellige personlighetstrekk, som inkluderer selvtillit, følelse av mestringsevne (self-efficacy), opplevelse av kontroll (locus of control) og emosjonell stabilitet (Farčić et al., 2020). I tillegg konstaterte Hilbert, Braehler et al. (2014), at IVS ikke var en barriere for bruk av helsetjeneste, men heller forutså økt bruk av helsetjenester i forbindelse med svekket helse.

Carels et al. (2019) fikk en gruppe amerikanske voksne til å rangere dagen sin på en rekke faktorer knyttet til IVS, humør og psykiske plager, daglig i 30 dager. IVS varierte blant deltakerne daglig, og viste positiv/negativ sammenheng med humør og psykiske plager, i takt med svingningene. På dager hvor det ble rapportert høyere IVS, ble det også rapportert flere negative tanker om en selv, høyere grad av isolering, kroppsmisnøye og emosjonell spiseatferd, og generelt redusert humør. Negative responser knyttet til IVS kan gi negative langtidsvirkninger for psykisk helse, hvor risikoen for depresjon, emosjonell spiseatferd og redusert helse øker i takt med høyere IVS (Carels et al., 2019).

I en randomisert kontrollert studie, hvor voksne med overvekt eller fedme deltok i et intervensjonsprogram knyttet til vektreduksjon, ble IVS alene identifisert som signifikant prediktiv faktor for flere psykiske plager (Durso et al., 2016). IVS var signifikant høyere hos

kvinner, men korrelerte positivt med kroppsbildebekymringer, stress, angst- og depresjonssymptomer, og redusert selvfølelse, hos begge kjønn. I den multinasjonale studien, som nevnt tidligere, ble det også undersøkt sammenhengen mellom IVS og faktorer som påvirker psykisk helse (Pearl et al., 2021). Her påvirket IVS negativt, alle målte faktorer knyttet til fysisk og psykisk helsereelatert livskvalitet. Høyere IVS ble assosiert med redusert selvbilde og kroppsbilde, og høyere stressnivå, og angst- og depresjonssymptomer, i samtlige land. Schvey et al. (2017) og Carels et al. (2010) er blant de få som ikke har funnet en sammenheng mellom IVS og psykiske plager. Schvey et al. (2017) undersøkte voksne med overvekt eller fedme som var medlemmer på et treningssenter, mens Carels et al. (2010) hadde et 14-ukers atferdsfokustert program for vektreduksjon, for voksne med overvekt eller fedme.

2.3 Den norske konteksten og gapet i forskningslitteraturen

Den internasjonale forskningen viser at voksne med overvekt eller fedme er sårbare for IVS, hvor IVS øker i takt med økende KMI og/eller selvopplevd vektstatus (Decker et al., 2018; Lee & Dedrick, 2016; Pearl et al., 2021; Pearl & Puhl, 2018; Puhl et al., 2018; Puhl, Quinn, et al., 2017). Som denne litteraturgjennomgangen avdekker, kan IVS sees i sammenheng med psykiske plager, og påvirke vekt – og vektkontroll, hos personer som, blant annet, har et ønske om vektreduksjon.

Det er, etter forfatterens kjennskap, gjennomført og publisert svært få studier som tar for seg vektstigma i Norge, og ingen som måler IVS. I en fagartikkel publisert august 2021, ble det beskrevet et norsk pilotprosjekt hvor det, blant annet, måles IVS (Hognes Berg et al., 2021). Pilotprosjektet er en del av en større pågående studie i regi av NTNU, som har fått navnet MHOBY (Mental Health & Obesity). Pilotprosjektet utreder kroppsbildeforstyrrelser hos

personer med fedme og overspisingsslidelse, hvor måling av IVS er en del av datainnsamlingen. Resultatene har foreløpig ikke blitt publisert.

Utover dette er det publisert svært få studier og artikler som tar for seg vektstigma som tema. Ueland (2019) og Christiansen et. al (2017) har gjort kvalitative studier med dybdeintervjuer av personer med fedme. Formålet med begge studiene var å få en dypere forståelse av hva det betyr å bli utsatt for vektstigmatisering. Ueland (2019) presenterer tre perspektiver som skaper og opprettholder stigmatisering og skam. Intervjuobjektene opplever et *press fra samfunnet*, hvor de blir sett på som mislykket fordi de ikke reduserer vekten. Helsevesenets tilnærming til vektreduksjon blir også trukket frem som fordømmende, og kilde til skyldfølelser. Intervjuobjektene beskriver videre at de gjennomgår verbale, og nonverbale, *krenkelser fra omgivelsene*. Følelsen av å bli overvåket av omgivelsene og vektrelaterte kommentarer oppleves som belastende. Ved å kjenne på skam og utenforskap, kan de med fedme mislike seg selv, og dermed *devaluere seg selv*. Det er gjennom måten intervjuobjektene snakker om, og ser på seg selv, at Ueland (2019) beskriver en internalisering av vektstigma, og at det begrenser livskvalitet.

Christiansen et al. (2017) intervjuet personer som hadde vært i behandling på rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt. De beskriver lignende opplevelser og erfaringer som utvalget til Ueland (2019), hvor spesielt negative opplevelser fra helsevesenet blir trukket frem (Christiansen et al., 2017). Samtlige opplever mangel på respekt fra helsepersonell, og opplever møter med dem som svært problematiske. De føler skylden for overvekten blir lagt på dem, og at de må kjempe for å få tilstrekkelig helsehjelp. I tillegg oppleves helsepersonells kunnskap om overvekt, og utfordringer knyttet til dette, som mangelfull og fordomsfull. Selv om Salemonsens et. al (2018) ikke direkte utforsker vektstigma i sine intervjuer med deltakere på

frisklivssentraller, antyder resultatene at det er tilstede hos deltakerne og påvirker dem negativt, både emosjonelt og helsereelatert.

I takt med den stadig voksende litteraturen på de negative konsekvensene av strukturell vektstigmatisering og -diskriminering, har det blitt publisert norske artikler som belyser temaet (Følling, 2020; Samdal & Meland, 2014, 2018). Spesielt Samdal & Meland (2014) retter et kritisk blikk mot samfunnets vektfokus, og beskriver dette som mulig mer skadelig, enn overvekt alene. De forslår endring av fokus til en tilnærming som omtales som «Helse uansett størrelse» (HUS) (SAMDAL & MELAND, 2018). HUS består av tre prinsipper; «et fleksibelt forhold til mat, glede ved bevegelse og fysisk aktivitet, og aspekt og respekt for at mennesker har kropp av ulike størrelser og fasonger» (SAMDAL & MELAND, 2018). I HUS-tilnærmingen skal det fokuseres på helsefremmende atferd, og vekt skal ikke være et mål på om en lykkes eller ikke. Samdal & Meland (2018) ønsker en helhetlig folkehelsestrategi med tiltak på politisk – og samfunnsnivå, og mindre fokus på tiltak på individnivå. De ønsker at helsemyndigheters kommunikasjon om at endring av levevaner er enkelt, skal ta slutt. Levevaner alene, er kun en liten del av det som påvirker den overordnede folkehelsen. Elementer på samfunnsnivå spiller en større rolle, hvor Samdal & Meland (2018) trekker frem helsevesenet, fysiske - og sosiale forhold.

Tidligere i år sendte Likestillingscenteret v/ direktør Goro Ree-Lindstad inn sitt innspill til en ny nasjonal folkehelsemelding (Ree-Lindstad, 2022). Der tar hun for seg, blant annet, et behov for at vektstigmatisering og -diskriminering må bli tatt på alvor, og inkludert i folkehelsestrategier. Den store mengden internasjonal forskning som tar for seg IVS, og dets negative konsekvenser for helse, blir trukket frem som et viktig argument. Selv om WHO forklarer økt matinntak og redusert fysisk aktivitet som en av de viktigste årsakene til overvekt

og fedme (World Health Organization, 2021), har de likevel anerkjent vektstigma som en ekstra byrde, og kilde til helseforskjeller (World Health Organization, 2017).

En rekke vektstigma-forskere, nærmest roper etter et behov for å inkludere tiltak mot reduisering av vektstigma og IVS i politiske folkehelsestrategier (Flint, 2019; Jackson, 2016; Kahan & Puhl, 2017; Pearl & Puhl, 2018; Puhl, Himmelstein, et al., 2017; Puhl & Heuer, 2010). I Norge er, etter forfatterens kjennskap, ikke IVS anerkjent som en trussel for folkehelsen i politiske folkehelsestrategier. Vektstigmatisering og -diskriminering har dog fått noe oppmerksomhet i Debatten på NRK, og i aktualitetsprogrammer (Brede Aase, 2021; Solvang, 2021). Med bakgrunn i dette, sammen med de tydelige indikasjonene fra internasjonal forskning, og mangelfull norsk forskning, vil denne studien bidra til å tette et gap i litteraturen, og sette internalisert vektstigma «på kartet». Det er ikke utført og publisert norske studier som måler IVS. Denne studien vil dermed tilføre helt ny kunnskap om den utvalgte populasjonen, og som i større grad kan generaliseres. Da IVS er et lite utforsket tema i den norske befolkningen, vil denne studien innhente data om en gruppe det er forsket mye på i internasjonal sammenheng; voksne med overvekt eller fedme som ønsker/forsøker å redusere vekten, gjennom et intervensjonsprogram. Studien har anvendt validerte skalaer for mål av IVS og psykiske plager, som tidligere er benyttet i andre studier. Sosiodemografiske spørsmål er også hentet fra tidligere studier, både norske og internasjonale.

Ut ifra studiens gitte rammer, begrenset budsjett og tidsbegrensning, ble studien gjennomført som en tverrsnittundersøkelse, slik at det ble mulig å innhente data fra et større geografisk område. Selv om denne studien nødvendigvis ikke bidrar direkte til endring i politiske folkehelsestrategier, håpes det at den oppleves som nyttig for helsepersonell som jobber med denne brukergruppen. Studien kan på den måten medvirke til et mer helhetlig tilbud for

personer som søker hjelp til vektreduksjon i primær- eller spesialisthelsetjenesten, og mulig bidra til at brukergruppen i større grad vedlikeholder helsefremmende atferd over tid. Forhåpentligvis kan denne studien også bidra til økt interesse for temaet hos andre, og inspirere til mer forskning om internalisert vektstigma i Norge.

3.0 Metode

3.1 Metodologisk tilnærming og studiedesign

Med bakgrunn i litteraturgjennomgangen, og et ønske om å måle IVS, ble datainnsamlingen gjort gjennom et kvantitativt elektronisk spørreskjema. Problemstillingen ble utformet på bakgrunn av eksisterende forskning, og gapet i litteraturen, en deduktiv tilnæringsmåte som er vanlig i kvantitative studier (Clark et al., 2021, s. 142). En tverrsnittundersøkelse ble vurdert som gunstig for innhenting av data fra en større populasjon, med studiens gitte rammer og tidsbegrensning. Tverrsnittstudier er tid- og kostnadseffektivt, både for respondenter og forsker (Clark et al., 2021, s. 212), noe som gjorde det mulig å rekruttere respondenter fra hele landet.

3.2 Utvalg

Det ble rekruttert deltakere fra primær- og spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten ble det rekruttert fra frisklivssentraler, og i spesialisthelsetjenesten ble det rekruttert fra rehabiliteringssentre for sykelig overvekt. Både frisklivssentraler og rehabiliteringssentre for sykelig overvekt (videre omtalt sammen, som «sentre»), har tilnærmet like tilbud til brukere/pasienter, utformet etter bestemmelser fra nasjonale politiske helsestrategier og -lover (Helse Sør-Øst, 2007; Helsedirektoratet, 2019). Ved å rekruttere gjennom disse sentrene ble rekrutteringen tidsbesparende, og gjorde det mulig å innhente data om en større populasjon, med like utfordringer og behov. Populasjonen er en betegnelse for alle enheter en problemstilling gjelder for (Grønmo, 2016, s. 98), som i denne studien er definert til deltakere/pasienter med overvekt eller fedme, på frisklivssentraler eller rehabiliteringssentre for sykelig overvekt. Utvalget ble delvis stratifisert, ved at deltakere måtte være ny-opplært, og fra to forskjellige typer helsetjenester (primær- eller spesialisthelsetjenesten). Det som kjennetegner et stratifisert utvalg, er tilfeldig utvelgning fra en populasjon, med definerte grupper (strata) (Clark et al., 2021, s. 172). At størrelsen på populasjonen var ukjent, og at det var ukjent

i hvilken grad utvalget ble tilfeldig rekruttert, begrenset mulighetene til å stadfeste om utvalget er representativt.

Utvalget besto av 26 respondenter, med henholdsvis 3 fra frisklivssentraler, og 23 fra rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt. På bakgrunn av studiens gitte begrensninger, ble kun deltakere/pasienter mellom 18 og 65 år invitert til å delta. Videre ønsket studien å rekruttere personer med overvekt eller fedme, klassifisert ved bruk av KMI-skalaen. KMI ble beregnet fra selvrapporert vekt og høyde i spørreskjema, men det var ikke forventet at ansatte ved sentre skulle beregne KMI selv for å stadfeste om en deltaker/pasient kunne rekrutteres eller ikke. Ved usikkerhet om en deltaker/pasient hadde overvekt, klassifisert ved KMI, ble ansatte ved sentre instruert til å rekruttere vedkommende. Om KMI ble beregnet under 25, ble data ekskludert i endelige analyser. Studien søkte kun ny-oppstartede deltakere/pasienter hos de representerte sentrene, slik at utvalget besto av personer som var i startfasen av behandlingsopplegg. Da informasjonsskriv, samtykkeskjema og spørreskjema ble utformet på norsk, ble tilstrekkelige norskkunnskaper vurdert som svært viktig for å kunne gi et informert samtykke til deltakelse. Deltakere/pasienter som hadde behov for tolk og/eller assistanse, kunne derfor ikke rekrutteres til å delta i studien. Alle inklusjons- og eksklusjonskriterier er systematisert i tabell 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalget

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|--|
| Benytter tilbud på frisklivssentraler eller får behandling på rehabiliteringssenter for sykelig overvekt | Personer som ikke klarer å svare på spørreskjema uten assistanse (f.eks. tolk eller manglende norskkunnskaper) |
| To uker eller mindre siden oppstart på senter | |
| Alder mellom 18 og 65 år | |
| KMI \geq 25 | |
| Respondenter veies før besvarelse (på senter eller hjemme) | |
| Vektreduksjon som hovedmål eller delmål ved deltakelse | |

3.3 Pilotprosjekt

Det ble gjennomført en pilotstudie på samtykkeskjemaet og spørreundersøkelsen, i forkant av rekruttering og kobling av skjemaer til Tjenester for sensitiv data (TSD). Formålet med pilotstudien var testing av forståelsen av samtykkeskjemaet og spørsmålene, samt avdekke eventuelle skrivefeil. Samtykkeskjemaet og spørreundersøkelsen ble fylt ut av 8 personer uten helsefaglig utdanning, med ingen eller liten kunnskap om temaet for studien. Respondentene opplevde både samtykkeskjemaet og spørreundersøkelsen som meget forståelig og enkelt. De brukte i gjennomsnitt litt under fem minutter på besvarelsen, og avdekket skrivefeil enkelte steder. Etersom spørsmålene om IVS var nummererte oppdaget også respondentene at det manglet et spørsmål i spørreskjemaet. I etterkontroll viste det seg å stemme, og spørsmålet ble satt inn i spørreskjema. Det ble gjort endringer på bakgrunn av alle tilbakemeldingene fra pilotprosjektet.

3.4 Rekruttering

Det ble sendt e-post til sentre, med invitasjon til å bidra med rekruttering av respondenter. Det ble planlagt utsendelse av invitasjon til alle sentre, henholdsvis 235 frisklivssentraler, og 22 rehabiliteringssentre for sykelig overvekt. Oversikt over alle sentre ble hentet fra offentlige lister hos Helsedirektoratet og Helsenorge.no (Helsedirektoratet, u.å.; Helsenorge, u.å.). Ut ifra

listene ble det gjennomført internettsøk etter e-postadresser til sentrene. 37 frisklivssentraler mottok ikke invitasjon, da e-postadresse ikke kunne oppdrives, eller det ble sendt en feilmelding på e-postadresse i retur. Invitasjonen inneholdt kort presentasjon om tema, og informasjon om studiens mål, metode og utvalg. Videre ble forventet arbeidsmengde for ansatte lagt frem, sammen med henvisning til godkjenninger fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknader til REK og NSD kan leses om i kapittel 3.10.2. Til slutt ble det lagt ved en kort presentasjon om prosjektansvarlig (forfatteren), og en norsk artikkel om temaet skrevet av Samdal & Meland (2014). Invitasjonen i sin helhet finnes i vedlegg 2. Artikkelen til Samdal & Meland (2014) heter «Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?», og er kort, presis og lettlest. Den tar for seg tre «sannheter» om overvekt og sykdom, og forklarer hvorfor vektfokus er helseskadelig. Artikkelen beskriver utfordringene rundt vektstigmatisering på en svært enkel og god måte. Artikkelen ble vedlagt invitasjonen slik at sentre fikk anledning til å sette seg inn i temaet, før vurdering om de ønsket å bidra med rekruttering eller ikke.

73 sentre svarte på invitasjonen, 22 ønsket å bidra med rekruttering, og 51 takket nei. 147 sentre svarte aldri på invitasjonen. Nødvendig materiell for å kunne starte rekrutteringen, ble sendt til alle sentre som takket ja. Materialet inneholdt en veileder til de ansatte ved sentrene, med informasjon om, og instruksjoner knyttet til, rekruttering, utvalg, samtykkeskjema, informasjonsskriv og spørreskjema. Svar på mulige spørsmål som kunne komme fra deres deltakere/pasienter, og en kort beskrivelse av begrepene «vektstigma» og «internalisert vektstigma», ble også inkludert i veilederen (vedlegg 3). Videre fikk ansatte ved sentre informasjonsskrivet (vedlegg 4, og videre omtalt i kapittel 3.10.1), som skulle sendes ut til mulige respondenter. I tillegg fikk de ansatte en utskrift av elektronisk samtykkeskjema og spørreskjema, slik at de ble innforstått med innholdet i studien, og hva deltakerne/pasientene

sine skulle svare på. Samtykkeskjema og spørreskjema er beskrevet nærmere i kapittel 3.10.1 og 3.5, og i sin helhet i vedlegg 5 og 6. Til slutt fikk de ansatte tilsendt en e-post-mal, med URL-lenke til samtykkeskjemaet, som skulle sendes ut til respondenter (vedlegg 7). Ettersom rekrutteringen foregikk gjennom de ansatte (en andrepert), ble overnevnte materiell utarbeidet med den hensikt å redusere arbeidsmengde, og forenkle rekrutteringsprosessen for de ansatte ved sentrene.

3.5 Elektronisk spørreskjema

Det ble benyttet elektronisk spørreskjema gjennom «Nettskjema» til datainnsamling. «Nettskjema» er det eneste godkjente spørreskjemaverktøyet for innhenting av personopplysninger hos HINN (Høgskolen i Innlandet, u.å.). I tillegg til at studien innhentet personopplysninger, ble det også innhentet helseopplysninger. «Nettskjema» tilbyr sikker lagring av helseopplysninger gjennom TSD, som er beskrevet videre i kapittel 3.10.1. Spørreskjemaet besto av tre hovedkategorier fordelt på 25 spørsmål (vedlegg 6). Først ble det innhentet *sosiodemografisk informasjon* gjennom ni spørsmål, før respondentene måtte svare på fem spørsmål om *psykiske plager*. Til slutt var det 11 spørsmål om *internalisert vektstigma*. Innen sosiodemografiske variabler oppga respondentene alder, kjønn, bosted (fylke), utdanning, vekt og høyde (for å beregne KMI). De oppga også om de benytter primær- eller spesialisthelsetjenesten, og vurderte egen helse og vektstatus. Alle spørsmål måtte besvares for at respondentene kunne sende inn skjemaet. 23 spørsmål hadde ettvalgs-svar, og to hadde fritekstsvar.

3.6 Variabler

Spørreskjemaet ble delt inn i tre kategorier, som dannet grunnlaget for utførte statistiske analyser. Variablene inneholdt enten et måleinstrument eller enkelt-spørsmål, og alle ble kodet

før analyse. I tabell 3 er det fullstendig oversikt over kodete variabler. Enkelte variabler ble brukt til å opprette nye variabler til analyser, som også er inkludert i tabell 3.

Tabell 3: Variabler i spørreskjema med kodete svaralternativer, og definisjon eller omkodning av variabler

| Variabel i spørreskjema | Svaralternativer/koding | Definisjon/omkodning av variabel |
|--|---|---|
| Hvor benytter du tilbud eller får behandling? | Frisklivssentral (1) eller Rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt (2) | |
| Hvor gammel er du? | 18-25 år (1), 26-35 år (2), 36-45 år (3), 46-55 år (4) eller 56-65 år (5) | |
| Kjønn | Kvinne (1), Mann (2), Annet (3) eller Ønsker ikke oppgi (4) | |
| I hvilket fylke er du bosatt? | Oslo (1), Viken (2), Innlandet (3), Møre og Romsdal (4), Rogaland (5), Vestland (6), Nordland (7), Vestfold og Telemark (8), Agder (9), Trøndelag (10) eller Troms og Finnmark (11) | |
| Hva er din høyeste fullførte utdanning? | Videregående skole eller under (1), Fagbrev eller svennebrev (2), Høyere utdanning, mindre enn 4 år (3) eller Høyere utdanning, 4 år eller mer (4) | |
| Hvordan er helsen din nå? | Dårlig (1), Ikke helt god (2), God (3) eller Svært god (4) | |
| Hvor høy er du? | | Benyttet til beregning av KMI med formel: vekt(kg) / høyde (cm/100) ² |
| Hvor mye veier du? | Fritekstsvar med instruks om å oppgi høyde i cm og vekt i kilo | Både KMI og KMI kategori benyttes i analyser |
| Hvordan vil du beskrive egen vekt? | Ekstremt undervektig (1), Undervektig (2), Litt undervektig (3), Normalvektig (4), Litt overvektig (5), Overvektig (6) eller Ekstremt overvektig (7) | |
| HSCL-5: skala for psykiske plager med 5 spørsmål | | Det ble beregnet gjennomsnittsscore for alle spørsmål. |
| I hvilken grad har du vært plaget av... 1 nervøsitert eller indre uro... 2 redsel eller engstelse... 3 en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden... 4 nedtrykthet eller tungsindighet... 5 bekymring eller uro... ...siste uken? | Ikke plaget (1), Litt plaget (2), Ganske mye plaget (3) eller Veldig mye plaget (4) | Ved bruk av HSCL-5 er et snitt lik eller over 2,0, psykiske plager. HSCL-5 ble dikotomisert ut i fra grenseverdi: Psykiske plager 1=ja eller 2=nei |
| WBIS-M: skala for mål av internalisert vektstigma (IVS) med 11 utsagn | | Det ble beregnet gjennomsnittsscore for alle utsagn. |
| 1 Tiltross for vekten min føler jeg at jeg er like kompetent som de fleste 2 Jeg er mindre attraktiv enn de fleste andre på grunn av vekten min 3 Jeg bekymrer meg for min vekt på grunn av hva folk kan tenke om meg 4 Jeg skulle ønske jeg drastisk kunne endret vekten min 5 Når jeg tenker på vekten min, føler jeg meg deprimert 6 Jeg hater meg selv på grunn av min vekt 7 Vekten min utgjør i stor grad min vurdering av egenverdi 8 Jeg føler at jeg ikke fortjener å ha et tilfredsstillende sosialt liv på grunn av vekten min 9 Jeg er OK med den vekten jeg har 10 På grunn av vekten min føler jeg meg ikke som mitt "sanne jeg" 11 På grunn av vekten min forstår jeg ikke hvordan noen attraktive ville ønske å date meg | Veldig uenig (1), Uenig (2), Litt uenig (3), Nøytral (4), Litt enig (5), Enig (6) eller Veldig enig (7) | Score ble kategorisert til "grad av IVS" 1=lav, 2=middels og 3=høy. Klassifisering av grad av beskrevet i kap. 3.6.3 |
| | Utsagn 1 og 9 har omvendt rekkefølge på svaralternativer: Veldig enig (1), Enig (2), Litt enig (3), Nøytral (4), Litt uenig (5), Uenig (6) eller Veldig uenig (7) | Både WBIS-M verdi og grad av IVS benyttes i analyser |

3.6.1 Sosiodemografiske variabler

Sosiodemografiske variabler inkluderte, som nevnt, 9 spørsmål (se tabell 3). Ettersom det ble rekruttert fra ulike sentre ble spørsmålet «Hvor benytter du tilbud eller får behandling?» inkludert. Om utvalget ble stort nok, ble det planlagt å sammenligne gruppene.

Spørsmål om alder ble hentet fra «Befolkningens helsekompetanse, del 1» (Le et al., 2021, s. 26). Intervallene «18-25», «26-35», «36-45», «46-55» og «56-65» ble inkludert som svaralternativer, mens intervallene «66-75» og «75 og eldre» ble ekskludert i henhold til inklusjonskriteriene beskrevet i tabell 2. Spørsmål om utdanningsnivå ble hentet fra Samdal et al (2018) sin undersøkelse om deltakere på frisklivssentraler. Det ble dog lagt til svaralternativet «fagbrev eller svennebrev», da dette ble vurdert som manglende i eksisterende spørsmål.

Selvopplevd helse ble besvart med et spørsmål hentet fra HUNT4-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Trøndelag, u.å.). Dette spørsmålet er svært mye brukt i større kartleggingsstudier, og Helsedirektoratet anbefaler dette spørsmålet til å måle helse i befolkningen (Bang Nes et al., 2018). Selvopplevd helse er et svært godt brukt mål på helse og sykkelighet i forskning (Schou et al., 2006). Begrepet «selvopplevd helse» beskrives som en aktiv kognitiv prosess og «en oppsummerende uttalelse om måten mange aspekter, både subjektive og objektive, kombineres innenfor den perseptuelle rammen til den enkelte respondent» (Jylhä, 2009, s. 308). Dette ene spørsmålet ansees som et svært signifikant mål på helse, og som predikerer sykkelighet og dødelighet (Schou et al., 2006). Spørsmålet er ikke validert på norsk, men har høy reliabilitet og validitet på engelsk (Lundberg & Manderbacka, 1996).

Selvopplevd vektstatus ble besvart med et spørsmål hentet fra en studie, utført av Durso & Latner (2008); «How would you describe your weight»? Spørsmålet ble besvart med en 7-

punkts Likert skala, med rangering fra «extremely underweight» til «extremely overweight». Spørsmålet er foreløpig ikke oversatt til norsk, og derfor oversatt til denne studien. Respondentene oppga vekt og høyde slik at det kunne beregnes KMI. Vekt ble oppgitt i kilogram (kg), mens høyde ble oppgitt i centimeter (cm). Spørsmålene om respondenters vekt og høyde hadde fritekstsvar. Over hvert spørsmål ble det gitt instruksjoner om hvordan feltene skulle fylles ut i spørreskjemaet.

3.6.2 Psykiske plager

For å måle psykiske plager ble det benyttet en norsk versjon av Hopkins Symptom Checklist-5 (HSCL-5) (Folkehelseinstituttet, u.å.-b). Det er tre versjoner av HSCL som ofte benyttes norske kartleggingsundersøkelser; en med 25 spørsmål (HSCL-25), en med 10 spørsmål (HSCL-10), eller versjonen anvendt i dette spørreskjemaet, med fem spørsmål (HSCL-5) (Strand et al., 2003). Alle de norske versjonene er, ved bruk av Cronbach's alfa, vurdert som reliable, hvor HSCL-5 scoret 0,87 (Strand et al., 2003). Cronbach's alfa er en utregning for å måle den interne reliabiliteten i en test eller skala (Tavakol & Dennick, 2011). Jo høyere korrelasjon mellom spørsmålene, jo høyere score. En score mellom 0,70 og 0,95 ansees som akseptabelt.

3.6.3 Internalisert vektstigma

IVS ble målt med Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M) (Pearl & Puhl, 2014). WBIS-M er en modifisert versjon av den opprinnelige Weight Bias Internalization Scale (WBIS), der ordlyden er endret slik at skalaen kan måle IVS hos alle, ikke bare personer med overvekt eller fedme (Pearl & Puhl, 2014).

Da Pearl & Puhl (2014) modifiserte WBIS (WBIS-M), og testet reliabiliteten, scoret WBIS-M 0,94 på Cronbach's alfa. Studien utførte korrelasjonsanalyser på WBIS-M med flere av

instrumentene brukt i valideringen av WBIS, samt den opprinnelige WBIS. Valideringen av WBIS-M inkluderte personer med KMI lavere enn 25, og likevekt av kvinner og menn, noe som gjorde valideringen av WBIS manglet. Pearl & Puhl (2014) konkluderer med at IVS, målt med WBIS-M, kan relateres til psykopatologi, og WBIS-M kan være et godt klinisk verktøy for å bedre forstå omfanget av internalisert vektstigmas betydning på populasjonen. I et forsøk på å stadfeste grad av internalisert vektstigma som lav, middels eller høy, har Puhl et al. (2018) utarbeidet en modell. Deres modell går ut på at lav grad av IVS er 1 standardavvik (SD) under gjennomsnittet for utvalget eller lavere, og høy grad er 1SD over gjennomsnittet eller høyere. Middels grad av IVS er differansen mellom de to standardavvikene. Denne modellen ble anvendt til kategorisering av lav, middels eller høy grad av IVS i denne studien.

Hognes-Berg et. al (2021) skrev i en fagartikkel, at en norsk versjon av WBIS-M skal benyttes som en del av et større kartleggingsstudie, og har derfor oversatt WBIS-M ved bruk av standardiserte krav for oversettelse. Oversettelsen var ikke publisert på tidspunktet spørreskjemaet ble utarbeidet, det ble derfor sendt en henvendelse til hovedforfatter Kjersti Hognes-Berg via e-post, med forespørsel om tillatelse til å bruke deres norske oversettelse. Forespørselen ble godkjent, og det ble gitt tillatelse til å benytte den norske oversettelsen av WBIS-M i denne studien (vedlegg 8). Den norske versjonen av WBIS-M er gjengitt i tabell 4, hvor de elleve spørsmålene er skrevet i første kolonne, med svaralternativene i de resterende. I øverste rad er svaralternativene nummeret fra 1-7, der 1 er laveste score for IVS og 7 er høyeste score for IVS.

Tabell 4: Norsk oversettelse av WBIS-M (Hognes Berg et al., 2021)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--------------|-------|------------|---------|------------|-------|--------------|
| 1. Til tross for vekten min føler jeg at jeg er like kompetent som de fleste* | Veldig enig | Enig | Litt enig | Nøytral | Litt uenig | Uenig | Veldig uenig |
| 2. Jeg er mindre attraktiv enn de fleste andre på grunn av vekten min | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| 3. Jeg bekymrer meg for vekten min på grunn av hva folk kan tenke om meg | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| 4. Jeg skulle ønske jeg drastisk kunne endre vekten min | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| 5. Når jeg tenker mye på vekten min, føler jeg meg deprimert | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| 6. Jeg hater meg selv på grunn av min vekt | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| 7. Vekten min utgjør i stor grad min vurdering av egenverdi | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| tilfredsstillende sosialt liv på grunn av vekten min | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| 9. Jeg er OK med den vekten jeg har* | Veldig enig | Enig | Litt enig | Nøytral | Litt uenig | Uenig | Veldig uenig |
| 10. På grunn av vekten min føler jeg meg ikke som mitt "sanne jeg" | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |
| hvordan noen attraktive ville ønske å date meg | Veldig uenig | Uenig | Litt uenig | Nøytral | Litt enig | Enig | Veldig enig |

*Omvendt skala

3.7. Prosedyrer for datainnsamlingen

Det ble først utarbeidet en prosjektskisse for studien med problemstilling, målgruppe, studiedesign og forskningsmetode. På bakgrunn av problemstilling, og studiens mål om å tilføre ny kunnskap til et forskningsfelt, ble det sendt inn en fremleggingsvurdering til REK oktober 2021. REK vurderte studien som fremleggingspliktig med full søknad, på bakgrunn av det faktum at det skulle innhentes helseopplysninger som kunne tilføre ny kunnskap om utvalget (vedlegg 9). Søknaden til REK ble levert i november samme år, og godkjent mars 2022 (vedlegg 10). I påvente av godkjenning fra REK ble det sendt en søknad til NSD, for vurdering av planlagt behandling av personopplysninger. NSD-søknaden ble sendt januar 2022, men ikke godkjent før mars, da NSD ønsket godkjenning fra REK før de kunne gjøre en endelig vurdering av prosjektet (vedlegg 11). For å oppfylle krav om behandling av person- og helseopplysninger, ble data lagret i TSD (nærmere beskrivelse av TSD i kapittel 3.10.1). Det ble opprettet et eget TSD-prosjekt til studien, hvor kun prosjektansvarlig (forfatteren) hadde tilgang.

Både samtykkeskjema og spørreskjema ble utarbeidet i Nettskjema.no (vedlegg 5 og 6). Nettskjema.no tilbyr en funksjon for sine skjemaer slik at samtykke med personopplysninger kan kobles sammen med spørreskjema ved hjelp av en id-kode, som kommer frem i datasettet (Universitetet i Oslo, u.å.-c). Slik ble personopplysninger og datamateriale oppbevart separat, men med mulighet til å spore et innsendt skjema tilbake til en enkelt person. Når Nettskjema-skjema kobles til et TSD-prosjekt, låses skjemaet for endringer (Universitetet i Oslo, u.å.-b). Det forhindrer feil i overføring av datamaterialet, og opprettholder datakvalitet. I forkant av rekruttering og datainnsamling ble det sendt inn et test-skjema, som kvalitetssikret at data ble sendt til riktig mappe i TSD-prosjektet, og lagret som riktig filtype (som senere kunne importeres i IBM SPSS). Testskjemaet ble fjernet fra datasettet før analyser.

Da det tekniske var kvalitetssikret, ble invitasjoner, som beskrevet i kapittel 3.4, sendt ut, samtidig som spørreskjema ble åpnet for besvarelse. Datainnsamlingsperioden gikk fra mai til september 2022. Oversikt over hvilke sentre som fikk invitasjon, hvem som takket ja/nei, og hvem som hadde fått tilsendt nødvendig materiell (som beskrevet i kapittel 3.4), ble strukturert i et Excel-ark. Noen av rehabiliteringssentrene er lokalisert på regionale sykehus, og har høyere krav for invitasjon til deltakelse i studier. Fra enkelte sykehus ble det sendt tilbake skjemaer for utfylling, med instruksjoner for videre fremdrift. Dette ble gjennomført fortløpende. Det ble også holdt løpende kontakt med sentre som hadde spørsmål, eller rapporterte tilbake status i rekrutteringsarbeidet. All kontakt ble dokumentert i nevnte Excel-skjema. Da datainnsamlingsperioden ble avsluttet ble både samtykkeskjema og spørreskjema stengt for besvarelse.

3.8 Dataanalyser

Databehandling og statistiske analyser ble utført i programmet IBM SPSS Statistics versjon 28, inne i TSD-prosjekt. Kodebok ble opprettet i forbindelse med kobling av Nettskjema til TSD, slik at det kun ble nødvendig å kode variabler som ble opprettet i etterkant. Fullstendig oversikt over variabler, koding av svaralternativer og oppretting/omkoding av variabler, finnes i tabell 3. Frekvenstabeller og krysstabeller ble benyttet innledningsvis, for å få et overblikk over, og bli kjent med, datamaterialet. Videre ble Clark et al. (2021, s. 333) sin tabell for valg av analyser, basert på variablenes målenivå, grunnlaget for valg av bivariate analyser. Krysstabell med nominal- og intervallvariabler ble analysert ved bruk av Kjikvadrattest med Eta (η), og krysstabell med nominal- og ordinalvariabler ble analysert ved bruk av Kjikvadrattest med Cramér's V (V). På bakgrunn av et lite utvalg, ble det også utført tabellanalyser, ved bruk av prosenttuing av krysstabeller (prosentdifferanser). Prosentdifferanser kan benyttes som et mål på statistisk sammenheng, hvor større differanse antyder sterkere sammenheng (Grønmo, 2016, s. 318). For variabler med flere enn to verdier, ble det utregnet gjennomsnittlig prosentdifferanse. Ringdal (2018, s. 338) anbefaler prosenttuing ut ifra uavhengig variabel, men påpeker at det i stor grad avhenger av formålet. Tabellanalysene ble utført med basis i grad av IVS som avhengig variabel, og prosentdifferanser innad hver grad, for hver enkelt verdi i de uavhengige variablene.

Videre ble det gjennomført Spearman's rho (ρ) korrelasjonsanalyse på ordinal- og ordinalvariabler, eller ordinal- og intervallvariabler. Ringdal (2018, s. 287) anbefaler ikke-parametriske tester på små utvalg, $n < 30$, slik som utvalget i denne studien ($n=26$). Både Kjikvadrattest og Spearman's rho (ρ) korrelasjonsanalyse er ikke-parametriske tester. Kjikvadrattest er den vanligste ikke-parametriske testen i samfunnsvitenskap, som tester statistisk sammenheng mellom to variabler i en populasjon, fra en krysstabell for et utvalg

(Ringdal, 2018, s. 288). Ringdal (2018) forklarer parametriske tester som sårbare for ekstreme verdier, i motsetning til ikke-parametriske tester. Hva angår intervallvariabel KMI, var det enda mindre utvalg ($n=24$), og én ekstremverdi. KMI ble derfor inkludert i Spearman's rho (ρ) korrelasjonsanalyse, i tråd med hva Ringdal (2018) anbefaler.

Enkel- og multivariat lineær regresjon ble anvendt for å undersøke sammenhengen mellom psykiske plager og IVS, og mellom IVS og sosiodemografiske variabler. Etter anbefaling fra Ringdal (2018, s. 399), ble intervallvariabler for psykiske plager og IVS satt som avhengige variabler i hver sin regresjonsanalyse. I regresjon med IVS som avhengig variabel, ble IVS først undersøkt i sammenheng med hver enkelt uavhengig variabel (totalt syv analyser). Deretter ble det gjennomført multivariat lineær regresjon med justering for to variabler, i sammenhengen mellom IVS og psykiske plager. På bakgrunn av lite utvalg, ble det kun justert for to variabler, henholdsvis kjønn og alder. Det ble planlagt justering for KMI, men på bakgrunn av færre data ($n=24$) og én ekstremverdi ble variabelen ikke inkludert. I enkel regresjon hvor psykiske plager ble satt som avhengig variabel, ble det kun undersøkt sammenhengen med IVS. Regresjonen ble gjennomført for å undersøke om WBIS-M score kunne predikere HSCL-5 score.

3.8.1 Presentasjon av resultater

Beskrivelse av utvalget er presentert innledningsvis, i en egen deskriptiv statistikk, med antall/gjennomsnitt og prosentandeler (SD for gjennomsnitt). Deretter viser en krysstabell prosentvis fordeling av verdier innenfor variabler, fordelt på grad av IVS, med 95% konfidensintervall (KI/CI). Konfidensintervall indikerer sannsynligheten for at populasjonssnittet faller innenfor intervallet (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 65). Et 95% KI betyr en 5% sannsynlighet for at intervallet for populasjonsgjennomsnittet er feil. Bredden på KI indikerer usikkerhet i anslaget, hvor bredere KI betyr større usikkerhet. Spesielt ved små utvalg

er usikkerheten stor. Hva angår presentasjon av korrelasjonsanalyser, blir korrelasjon omtalt som lav, moderat eller høy. Definerings av hva som ansees som lav, moderat eller høy korrelasjon, er i henhold til anbefaling for medisinsk forskning (Mukaka, 2012). Utover dette blir resultater lagt frem ved bruk av tekst og tabeller/figurer.

Det vanligste signifikansnivået som anvendes i forskning er $p < 0,05$ (Ringdal, 2018, s. 346), og det høyeste signifikansnivået som ansees akseptabelt (Clark et al., 2021, s. 341). Signifikansnivå er en sannsynlighetsberegning for korrekt forkasting av nullhypotese, hvor $p < 0,05$ betyr mindre enn fem prosent sannsynlighet for at nullhypotese forkastes feilaktig (også kalt type 1-feil) (Grønmo, 2016, s. 347). En nullhypotese antar ingen sammenheng mellom to variabler. Signifikansnivået i denne studien er satt til $p < 0,05$, på bakgrunn av tidligere studier (Feig et al., 2020; Hilbert, Braehler, et al., 2014), og det faktum at utvalgsstørrelsen har betydning for valg av signifikansnivå (Ringdal, 2018, s. 351). I små utvalg, som dette, er det kun sterke sammenhenger som blir signifikante, mens i store utvalg kan også svake sammenhenger bli signifikante. Signifikant sammenheng er en forutsetning for generalisering fra utvalget til populasjonen (Grønmo, 2016, s. 347).

3.9 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet og validitet omtales ofte som «pålitelighet» og «gyldighet» av datamateriale, og to viktige prinsipper som måler kvalitet (Grønmo, 2016, s. 241). Innen reliabilitet er det forskjellige typer, som tar for seg ulike elementer, hvor *stabilitet*, *intern reliabilitet* (også omtalt som ekvivalens) og *inter-rater reliabilitet* ansees relevant for denne studien (Clark et al., 2021, s. 154; Grønmo, 2016, s. 242). Undersøkelsesopplegg som gir samsvarte resultater gjentatte ganger over tid, om samme samfunnsforhold, har høy stabilitet. Høy stabilitet er viktig for at undersøkelsesopplegget skal være pålitelig, i den forstand at selve undersøkelsesopplegget ikke

påvirker data, som vil gi en uriktig refleksjon av forandringer over tid (Grønmo, 2016, s. 243). Om selve undersøkelsesopplegget påvirker resultatene, er utfordrende å vurdere i denne studien. Spørreskjemaet har høy anonymitet og kunne besvares på egenhånd, noe som beskytter svarsituasjonen (Ringdal, 2018, s. 196), og i den forstand styrker stabiliteten. Da det ikke foreligger informasjon om hvor, og når, spørreskjema ble utfylt, er det fortsatt utfordrende å vurdere påvirkningen av selve undersøkelsesopplegget, noe som totalt sett svekker stabiliteten i studien. Likevel styrkes stabiliteten noe, ved at flere av resultatene samsvarer med tidligere studier på samme type utvalg, selv om utvalget er lite. Ved bruk av skalaer til datainnsamling, som denne studien, må alle spørsmål i en skala relatere til hverandre, for at den skal ha høy intern reliabilitet (Clark et al., 2021, s. 155). Intern reliabilitet ansees som høy dersom hvert spørsmål i skalaen gir svar som reflekterer samme holdninger (Grønmo, 2016, s. 243). Denne studien benytter to skalaer i datainnsamlingen, hvor begge scorer høyt i reliabilitetstester. Hva angår nevnte skalaer, betyr det at den interne reliabiliteten ansees som høy i denne studien. Hvis ulike forskere tolker samme datasett tilnærmet likt, er også inter-rater reliabiliteten høy (Clark et al., 2021, s. 155). Begge skalaer anvendt i studien har egne definisjoner for tolkning, og slik sett styrkes inter-rater reliabiliteten. Det samme angår tolkning av resultater fra analyser hvor, blant annet, kategorisering av styrke på korrelasjon er definert av andre forskere. Dette forutsetter dog, at det foreligger en redegjøring for anvendte statistiske analyser, og definisjon av variabler, noe denne studien gjør i kapittel 3.6 og 3.8.

Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet, men ingen garanti (Grønmo, 2016, s. 251). Om datamaterialet er relevant for problemstilling og forskers intensjon, styrkes validiteten (Grønmo, 2016, s. 241). Hvor godt et undersøkelsesopplegg er utformet og systematisk beskrevet, er avgjørende for validiteten. Det ble kun innhentet nødvendig data, relevant for problemstillingen, og antall spørsmål ble holdt til et minimum. Videre er hele

undersøkelsesopplegget detaljert beskrevet, med begrunnelse for valg av variabler og utførte datanalyser, som sammen bidrar til styrket overordnet validitet. I kvantitative studier, som denne, skilles det som regel mellom *intern* og *ekstern* validitet (Grønmo, 2016, s. 253). For denne studien omhandler den interne validiteten, hvorvidt spørreskjema måler det som det er ment til å måle. Alle spørsmålene er hentet fra tidligere studier, noe som styrker den interne validiteten totalt. Begge skalaene i spørreskjema, en sentral del av undersøkelsen, er begge validert på engelsk, men kun et av dem er validert på norsk (HSCL-5). Det skal dog nevnes at den andre skalaen (WBIS-M) er oversatt til norsk av forskere, og skal benyttes i en stor norsk studie, med standardiserte krav for oversettelse. Spørreskjemaet ble pilottestet, som bidrar til å styrke den interne validiteten ytterligere. De sosiodemografiske spørsmålene, inkludert spørsmålet om selvpoplevd helse, er hentet fra norske kartleggingsundersøkelser og studier, mens spørsmålet om selvpoplevd vektstatus ble hentet fra en studie som undersøkte sammenhengen med IVS (Durso & Latner, 2008). Dette spørsmålet ble derimot oversatt til norsk for denne studien, slik at for dette spørsmålet ansees den interne validiteten som svekket.

Hvorvidt resultater fra en studie kan generaliseres, påvirker den eksterne validiteten (Grønmo, 2016, s. 254). I dette tilfellet er utvalget svært lite, og derfor ikke representativt for populasjonen. Det betyr at resultatene i liten grad kan generaliseres, og dermed er den eksterne validiteten lav. Videre var det stor skjevhet i hvilken type sentre respondentene tilhørte, selv om utvalget delvis var stratifisert. Det medførte at resultatene i stor grad bare representerer en del av utvalget, noe som svekker generaliserbarheten og den eksterne validiteten ytterligere. Diskusjon av resultatene er i stor grad preget av det faktum at den eksterne validiteten er lav, men resultatene er ikke meningsløse av den grunn. Studien introduserer en ny faktor, som en mulig forklaring på en folkehelseutfordring, og resultatene viser tendenser i utvalget. Da det ikke foreligger norske resultater om temaet som kan sammenlignes med denne studien, kan ikke

validiteten av tendensene stadfestes, før andre norske studier gjennomfører lignende undersøkelser på representative utvalg. Likevel samsvarer resultatene med tidligere undersøkelser på lignende utvalg, utført i andre land. Dette kan være en indikator på at tendensene er reelle, og styrker den eksterne validiteten et snev.

3.10 Etikk

Helsinkideklarasjonen ble utformet med hensikt å etablere etiske prinsipper for medisinsk forskning, som omhandler mennesker (The World Medical Association, 2018). Selv om den er utformet primært for leger, anbefales prinsippene å følges av alle som utfører medisinsk forskning, som innebærer mennesker. Denne studien har tatt hensyn til Helsinkideklarasjonen ved planlegging, utforming og gjennomføring. Det vil videre diskuteres, og reflekteres over, hvordan enkelte av prinsippene er anvendt i denne studien.

Forskningsprosjektet har samlet inn person- og helseopplysninger fra et bestemt utvalg, og kan i den forstand kategoriseres som et medisinsk forskningsprosjekt. Som det 6. prinsippet beskriver, skal det overordnede formålet med en medisinsk studie være «å øke forståelsen av et fenomen som kan bidra til å forbedre forebyggende, diagnostiske og terapeutiske intervensjoner» (The World Medical Association, 2018). Den overordnede hensikten med denne studien var å tilføre ny kunnskap om et bestemt utvalg i Norge, nærmere bestemt hvorvidt utvalget hadde internalisert vektstigma, og hvordan dette hadde sammenheng med, blant annet, psykiske plager. Videre ønsket studien at resultatene skulle være nyttig for frisklivssentraler og rehabiliteringssentre, og mulig bidra til forbedring av behandling/tilbud. Slik sett, også gagne fremtidige deltakere ved at behandlingen/tilbudet er basert på et bedre kunnskapsgrunnlag, om denne populasjonen.

3.10.1 Personvern, konfidensialitet og informert samtykke

Mange av de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjoner beskriver hvordan forskningsobjekter skal behandles og beskyttes på områder, som personvern, helse og rett til selvbestemmelse (The World Medical Association, 2018). Deklarasjonen beskriver i det 9. prinsippet av forsker har ansvaret for å «beskytte helse, verdighet, integritet, retten til selvbestemmelse, personvern og konfidensialitet til personlig informasjon om forskningsobjekter». Videre i det 24. prinsippet skal alle forhåndsregler for å beskytte personvern og konfidensialitet av personopplysninger tas. At deltakelse skal være personer som kan gi et frivillig, informert samtykke beskrives i det 25. prinsippet. Hva som ligger bak et informert samtykke, blir videre omtalt i det 26. prinsippet. Et informert samtykke skal være basert på tilstrekkelig informasjon om mål ved studien, metode, institusjonelle tilknytninger, forventede fordeler/ulempes, og retten til å trekke seg uten konsekvenser.

Studien har etterstrebet høy grad av anonymisering og sikker lagring av innhentede person- og helseopplysninger. Som beskrevet i kapittel 3.7, ble personopplysninger fra samtykkeskjema og helseopplysninger oppbevart separat i TSD. Ved å benytte lagring i TSD beskyttes data med svært høy sikkerhet. TSD er et anbefalt verktøy for sikker lagring av datamateriale med sensitiv informasjon, for forskere i Norge (Universitetet i Oslo, u.å.-a). Både samtykke- og spørreskjema ble koblet til eget TSD-prosjekt. Da respondenter sendte inn sine svar ble dette sendt i et kryptert format fra Nettskjema.no til TSD, der det ble lagret i to separate filer for videre behandling. Innsendte samtykkeskjemaer ble lagret med hver sin identifikasjonskode som ble koblet sammen med spørreskjemaet. I selve datasettet var kun koden synlig, men det gjorde det mulig å slette data fra enkeltpersoner, som ønsket å trekke seg fra studien. Samtidig sørget identifikasjonskoder for at prosjektleder ikke så navnet til respondentene i datamaterialet fra spørreskjemaet. Selv om prosjektleder verken møtte eller kommuniserte med respondenter, ble det diskutert på forhånd at synliggjøring av navn i datasettet kunne være en kilde til redusert

objektivitet i arbeidet. I kvantitativ forskning etterstrebtes avstand fra utvalget (Ringdal, 2018, s. 109). Selv om de statistiske analysene ikke påvirkes av subjektive tanker og meninger, kunne det muligens påvirke objektiviteten i diskusjon av funn i studien, bevisst eller ubevisst. Ved å unngå et personlig forhold til datamaterialet sørger man også for full konfidensialitet av personlig informasjon.

Det informerte samtykket ble grundig planlagt og utarbeidet, i tråd med det 25. og 26. prinsippet i Helsinkideklarasjonen, som beskrevet i forrige avsnitt (The World Medical Association, 2018). Et informasjonsskriv ble utarbeidet etter mal fra REK, med tilpasninger relevant for denne studien (vedlegg 4). Sentre som bidro med rekruttering ble instruert til å dele ut informasjonsskrivet til alle deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene. Deltakere som ønsket å være respondenter fikk tilsendt en e-post, med URL-lenke til samtykkeskjemaet (vedlegg 7). Informasjonsskrivet ble også lagt som vedlegg i denne e-posten, slik at det kunne leses på nytt om ønskelig. Informasjonsskrivet ble utformet slik at formålet med studien, og hvorfor «du» blir spurt, står innledningsvis. Deretter er det beskrevet hva det innebærer å delta, og mulige fordeler og ulemper ved deltakelse. Videre er det ettertrykkelig beskrevet at dette er en frivillig deltakelse, og hvilke rettigheter man har til å trekke seg. Det er dog beskrevet at retten til å trekke seg forsvinner dersom materialet var helt anonymisert, inngått i analyser eller publisert. Videre inneholdt informasjonsskrivet en nøye beskrivelse av behandling og lagring av personopplysninger, og etiske vurderinger/godkjenninger studien hadde fått. Til slutt sto det kontaktinformasjon til prosjektansvarlig (forfatter), prosjektansvarlig (veileder) og personvernombud, som kunne benyttes ved spørsmål eller ønske om å trekke seg fra studien. I samtykkeskjemaet måtte respondenter svare på om informasjonsskrivet var lest og gjennomgått før besvarelse, før de måtte fylle inn navn og e-postadresse (vedlegg 5). Ved å sende inn skjemaet, samtykket en til deltakelse, noe som var tydelig beskrevet.

3.10.2 Vurdering fra uavhengig forskningsetisk komité

Som Helsinkideklarasjonen påpeker i 22. og 23. prinsipp, må en medisinsk studie være tydelig beskrevet og begrunnet i en forskningsprotokoll, og deretter vurdert av en uavhengig etisk komité før den kan gjennomføres (The World Medical Association, 2018). Da forskningsprosjektet er en del av en masteravhandling, men kan kategoriseres som medisinsk forskning, var det usikkerhet om full vurdering fra REK var nødvendig. I de tilfeller det er tvil om full søknad til REK er nødvendig kan det sendes inn en fremleggingsvurdering. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, u.å.). Studien ble vurdert som fremleggingspliktig med full søknad (vedlegg 9). For søknaden måtte det utarbeides en detaljert forskningsprotokoll, informasjonsskriv, og samtykke- og spørreskjema. I forskningsprotokollen måtte det gjøres rede for mål og hensikt med studien, definere problemstilling og utvalg, og beskrive instrumenter og variabler som var planlagt for studien. Det måtte også reflekteres rundt etisk forsvarlighet.

REK vurderer etisk forsvarlighet, men i de tilfeller det også skal innhentes personopplysninger må studier i tillegg godkjennes av NSD. Dette organet skal sørge for at personopplysninger oppbevares forsvarlig, og at opplysningene er relevante for formålet med studien (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). I søknaden må det gjøres rede for hvilke opplysninger som skal innhentes, og hvordan de skal innhentes, registreres, oppbevares og behandles. NSD skal også vurdere om den informasjonen som gis til deltakere (f.eks. informasjonsskriv og samtykkeskjema), oppfyller lovkrav og er skrevet på en forståelig måte, samt sørge for at dette er i tråd med søknad. I denne studiens søknad til NSD ble det informert om at det også var søkt godkjenning fra REK. På bakgrunn av dette ville ikke NSD gi sin vurdering før REK hadde godkjent studien, men godkjente søknaden kort tid etter (vedlegg 11).

Ved at studien fikk godkjenning fra både REK og NSD, har mange viktige etiske aspekter og prinsipper blitt vurdert av uavhengige organer. Dermed ble denne studien utført med svært høy grad av etisk forsvarlighet, og har gjort rede for viktige etiske grunnprinsipper i medisinsk forskning. Ved at godkjenninger fra uavhengige organer foreligger, oppfyller også studien i stor grad 7. og 17. prinsipp i Helsinkideklarasjonen, hvor henholdsvis 7. prinsipp sier at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme, og sikre respekt for alle mennesker, og beskytte deres helse og rettigheter (The World Medical Association, 2018).

Det 17. prinsippet beskriver at forskning skal innledes med nøye vurderinger av forutsigbare risikoer og fordeler for utvalget (The World Medical Association, 2018). Som en del av søknad til REK ble dette diskutert og vurdert. Det var ingen vurdert utpreget risiko eller ulempe for deltakere, men utvalget ansees som en sårbar gruppe, og i den forstand kunne spørreskjemaet ha en negativ påvirkning på deltakere. Spørreskjemaet ba respondenter om å ta stilling til sårbare temaer, som vekt, kropp og følelser, samtidig som de måtte vurdere egen helsetilstand. Spørreskjemaet kunne derfor gi deltakere kunnskap om seg selv, som nødvendigvis ikke var reflektert over tidligere, og dermed mulig frembringe negative følelser rundt dette. Som et viktig element i informert samtykke skal det beskrives hva deltakelse innebærer. Med dette i bakhånd, ble risikoen minimert ved at respondenter allerede var informert om hva de skulle svare på, før de samtykket til deltakelse. Utover dette ble det ikke vurdert andre mulige risikoer eller ulemper ved deltakelse. Fordeler ved deltakelse for selve respondentene ble vurdert som minimale, men større for frisklivssentraler og rehabiliteringssentre. Alle sentre som bidro med rekruttering, vil få tilsendt avhandlingen, slik at de får tilgang til resultatene. Dermed får de muligheten til å øke kunnskapen om brukergruppen, som videre kan bidra til at sentre vurderer, og/eller tilpasser tilbud. Selv om de direkte fordelene for respondenter var minimale, bidro de til å tilføre ny kunnskap om populasjonen. Kunnskapen kan være verdifullt i fremtiden, og for

fremtidige brukere av tilbudene de har benyttet seg av, så i det perspektivet er fordelene ved deltakelse langt flere enn ulempene.

4.0 Resultater

4.1 Beskrivelse av utvalget

Det var like mange kvinner (50 %) og menn (50 %) som deltok i studien (n=26). To personer rapporterte ikke kroppsvekt, og ble ekskludert i analyser som inkluderte KMI/KMI kategori. Det var stor skjevhet i bosted blant respondentene, slik at bosted ble heller ikke inkludert i analyser. Det ble vurdert slik, at skjevheten kunne svekke anonymisering av respondenter i resultatene, da utvalget var så lite. På bakgrunn av lite utvalg, og hvor hovedandelen av respondentene var fra samme type senter, ble det ikke mulig å sammenligne gruppene.

De fleste respondentene kom fra rehabiliteringssentre (88,5%), og totalt opplevde flertallet egen helse som «ikke helt god» (53,8 %). Alle aldersgrupper var representert i utvalget, hvor henholdsvis 46-55 år hadde flest respondenter (34,6 %), og 18-25 år hadde færrest (7,7 %). Gjennomsnittlig KMI i utvalget var 40,52 (1SD± 7,91) og alle med fedme, hvorav 45,8 % ble kategorisert med fedme grad II. Ved selvvurdering av vektstatus, kategoriserte 7,7 % seg som «litt overvektig», 53,8 % som «overvektig», og 38,5 % som «ekstremt overvektig». Flertallet oppga høyeste fullførte utdanning som «videregående skole eller under» (42,3 %), etterfulgt av «høyere utdanning, 4 år eller mer» (26,9 %). Gjennomsnittlig HSCL-5 score lå på 1,70 (1SD ±0,52), og gjennomsnittlig WBIS-M score lå på 4,83 (1SD ±1,1). Etter analyse av HSCL-5, ved bruk av grenseverdi $\geq 2,0$, hadde 38,5 % av respondentene psykiske plager. WBIS-M score ble kategorisert som lav, middels eller høy (lav $\leq 3,73$, høy $\geq 5,93$), hvor henholdsvis 19,2 % rapporterte lav, 65,4 % rapporterte middels, og 15,4 % rapporterte høy grad av IVS. Fullstendig beskrivelse av utvalget finnes i tabell 5.

Tabell 5: Bakgrunnskarakteristika for utvalget

| (n=26) | | Totalt n | (%) | Gj.snitt | (SD) |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------|--------|----------|--------|
| Tilbud | Frisklivssentral | 3 | (11,5) | | |
| | Rehabiliteringssenter | 23 | (88,5) | | |
| Kjønn | Kvinne | 13 | (50) | | |
| | Mann | 13 | (50) | | |
| | Annet | - | - | | |
| | Ønsker ikke oppgi | - | - | | |
| Alder | 18-25 | 2 | (7,7) | | |
| | 26-35 | 5 | (19,2) | | |
| | 36-45 | 4 | (15,4) | | |
| | 46-55 | 9 | (34,6) | | |
| | 56-65 | 6 | (23,1) | | |
| KMI* | | | | 40,54 | (7,91) |
| Kategori | Normalvekt | - | - | | |
| | Overvekt | - | - | | |
| | Fedme grad I | 4 | (16,7) | | |
| | Fedme grad II | 11 | (45,8) | | |
| | Fedme grad III | 9 | (37,5) | | |
| Bosted | Oslo | 6 | (23,1) | | |
| | Viken | 5 | (19,2) | | |
| | Innlandet | 1 | (3,8) | | |
| | Møre og Romsdal | 12 | (46,2) | | |
| | Rogaland | - | - | | |
| | Vestland | 1 | (3,8) | | |
| | Nordland | - | - | | |
| | Vestfold og Telemark | - | - | | |
| | Agder | - | - | | |
| | Trøndelag | 1 | (3,8) | | |
| | Troms og Finnmark | - | - | | |
| Utdannelse | Videregående skole eller under | 11 | (42,3) | | |
| | Fagbrev eller svennebrev | 4 | (15,4) | | |
| | Høyere utdanning, mindre enn 4 år | 4 | (15,4) | | |
| | Høyere utdanning, 4 år eller mer | 7 | (26,9) | | |
| Selvopplevd helse | Dårlig | 4 | (15,4) | | |
| | Ikke helt god | 14 | (53,8) | | |
| | God | 8 | (30,8) | | |
| | Svært god | - | - | | |
| Selvopplevd vektstatus | Ekstremt undervektig | - | - | | |
| | Undervektig | - | - | | |
| | Litt undervektig | - | - | | |
| | Normalvektig | - | - | | |
| | Litt overvektig | 2 | (7,7) | | |
| | Overvektig | 14 | (53,8) | | |
| Ekstremt overvektig | 10 | (38,5) | | | |
| HSCL-5 score | | | | 1,70 | (0,52) |
| Psykiske plager | Ja | 10 | (38,5) | | |
| | Nei | 16 | (61,5) | | |
| WBIS-M score | | | | 4,83 | (1,1) |
| Grad av IVS | Lav | 5 | (19,2) | | |
| | Middels | 17 | (65,4) | | |
| | Høy | 4 | (15,4) | | |

* (n=24): To respondenter oppga ikke vekt

4.2 Krysstabeller og tabellanalyser

Overordnet og forenklet krysstabell sees i tabell 6, mens detaljerte krysstabeller finnes i vedlegg 12, tabell 1-7. Tabell 6 viser prosentvis fordeling av hver verdi (med 95% KI) innenfor hver variabel, fordelt på grad av IVS. I alle tabellanalyser er grad av IVS satt som avhengige variabel.

Tabell 6: Krysstabell med prosentvis fordeling av hver verdi innenfor hver variabel, fordelt på grad av internalisert vektstigma

| | | Grad av IVS* | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--------------|---------|------------------------|---------------------|--------|---------|----------------------|---------------------|--------|--------|----------------------|---------------------|
| | | Lav | | | Middels | | | | Høy | | | | |
| | | n | (%) | Nedre 95% KI** for (%) | Øvre 95% KI for (%) | n | (%) | Nedre 95% KI for (%) | Øvre 95% KI for (%) | n | (%) | Nedre 95% KI for (%) | Øvre 95% KI for (%) |
| Psykiske plager*** | Ja | - | | | 7 | (70,0) | 39,4 | 90,7 | 3 | (30,0) | 9,3 | 60,6 | |
| | Nei | 5 | (31,25) | 13,1 | 55,6 | 10 | (62,5) | 38,3 | 82,6 | 1 | (6,3) | 0,7 | 25,7 |
| Kjønn | Kvinne | 2 | (15,38) | 3,3 | 40,9 | 9 | (69,2) | 42,3 | 88,6 | 2 | (15,4) | 3,3 | 40,9 |
| | Mann | 3 | (23,08) | 7,0 | 49,7 | 8 | (61,5) | 35,0 | 83,2 | 2 | (15,4) | 3,3 | 40,9 |
| Alder | 18-25 | - | | | | 1 | (50,0) | 6,1 | 93,9 | 1 | (50,0) | 6,1 | 93,9 |
| | 26-35 | - | | | | 5 | (100,0) | | | - | | | |
| | 36-45 | 2 | (50,0) | 12,3 | 87,7 | 1 | (25,0) | 2,8 | 71,6 | 1 | (25,0) | 2,8 | 71,6 |
| | 46-55 | 2 | (22,22) | 4,9 | 54,4 | 6 | (66,7) | 34,8 | 89,6 | 1 | (11,1) | 1,2 | 41,4 |
| | 56-65 | 1 | (16,67) | 1,9 | 55,8 | 4 | (66,7) | 28,6 | 92,3 | 1 | (16,7) | 1,9 | 55,8 |
| Utdannelse | Videregående skole eller under | 3 | (27,27) | 8,3 | 56,5 | 8 | (72,7) | 43,5 | 91,7 | - | | | |
| | Fagbrev eller svennebrev | 1 | (25,0) | 2,8 | 71,6 | 2 | (50,0) | 12,3 | 87,7 | 1 | (25,0) | 2,8 | 71,6 |
| | Høyere utdanning, mindre enn 4 år | - | | | | 1 | (25,0) | 2,8 | 71,6 | 3 | (75,0) | 28,4 | 97,2 |
| | Høyere utdanning, 4 år eller mer | 1 | (14,29) | 1,6 | 50,1 | 6 | (85,7) | 49,9 | 98,4 | - | | | |
| KMI kategori | Fedme grad I | 2 | (50,0) | 12,3 | 87,7 | 2 | (50,0) | 12,3 | 87,7 | - | | | |
| | Fedme grad II | 3 | (27,27) | 8,3 | 56,5 | 6 | (54,5) | 27,0 | 80,0 | 2 | (18,2) | 4,0 | 46,7 |
| | Fedme grad III | - | | | | 7 | (77,8) | 45,6 | 95,1 | 2 | (22,2) | 4,9 | 54,4 |
| Selvopplevd helse | Dårlig | - | | | | 3 | (75,0) | 28,4 | 97,2 | 1 | (25,0) | 2,8 | 71,6 |
| | Ikke helt god | 4 | (28,57) | 10,5 | 54,5 | 8 | (57,1) | 31,9 | 79,7 | 2 | (14,3) | 3,1 | 38,5 |
| | God | 1 | (12,5) | 1,4 | 45,4 | 6 | (75,0) | 40,8 | 94,4 | 1 | (12,5) | 1,4 | 45,4 |
| Selvopplevd vektstatus | Litt overvektig | - | | | | 1 | (50,0) | 6,1 | 93,9 | 1 | (50,0) | 6,1 | 93,9 |
| | Overvektig | 5 | (35,71) | 15,1 | 61,5 | 8 | (57,1) | 31,9 | 79,7 | 1 | (7,1) | 0,8 | 28,8 |
| | Ekstremt overvektig | - | | | | 8 | (80,0) | 49,7 | 95,6 | 2 | (20,0) | 4,4 | 50,3 |

*IVS = internalisert vektstigma

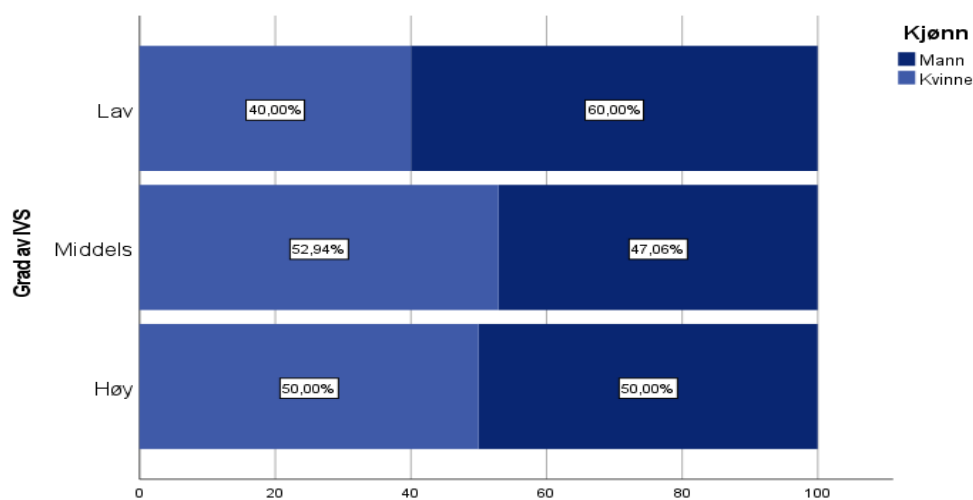
**KI = konfidensintervall

***Psykiske plager = HSCL-5 score med grenseverdi

4.2.1 Grad av IVS og kjønn

Gjennomsnittlig WBIS-M score var 4,94 for kvinner, og 4,71 for menn. Blant de med lav grad av IVS var det flest menn (60 %), mens det var flest kvinner som hadde middels grad av IVS (52,9 %) (vedlegg 12, tabell 4). Hos de med høy grad av IVS var det ingen kjønnsforskjeller (tabell 6). I tabellanalyser var det blant de med lav grad av IVS det var størst kjønnsforskjeller, med prosentdifferanse på 20, noe som tilsier at kvinner i mindre grad har lav grad av IVS, og at det kan være en statistisk sammenheng mellom kjønn og grad av IVS. I figur 2 er

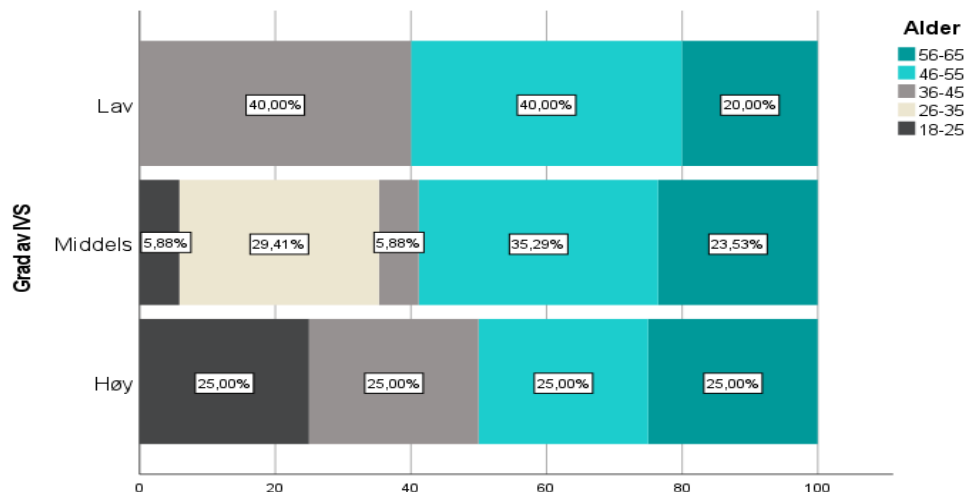
kjønnsforskjellene innen hver grad av IVS illustrert, der forskjellene kan sees på som marginale. Cramér's V viste ingen sammenheng mellom kjønn og grad av IVS, i kji-kvadrat test ($V=0,100$) (vedlegg 13, tabell 8). På bakgrunn av fraværende, tilfredsstillende antall forventede verdier i kji-kvadrattesten, ble ikke funnene signifikante. Kji-kvadrat test med Eta (η), på gjennomsnittlig verdi av WBIS-M (videre omtalt som WBIS-M) og kjønn ga lignende resultater, med WBIS-M som avhengig variabel ($\eta=0,104$) (vedlegg 13, tabell 9).



Figur 2: Prosentfordeling av kjønn innen hver grad av IVS

4.2.2 Grad av IVS og alder

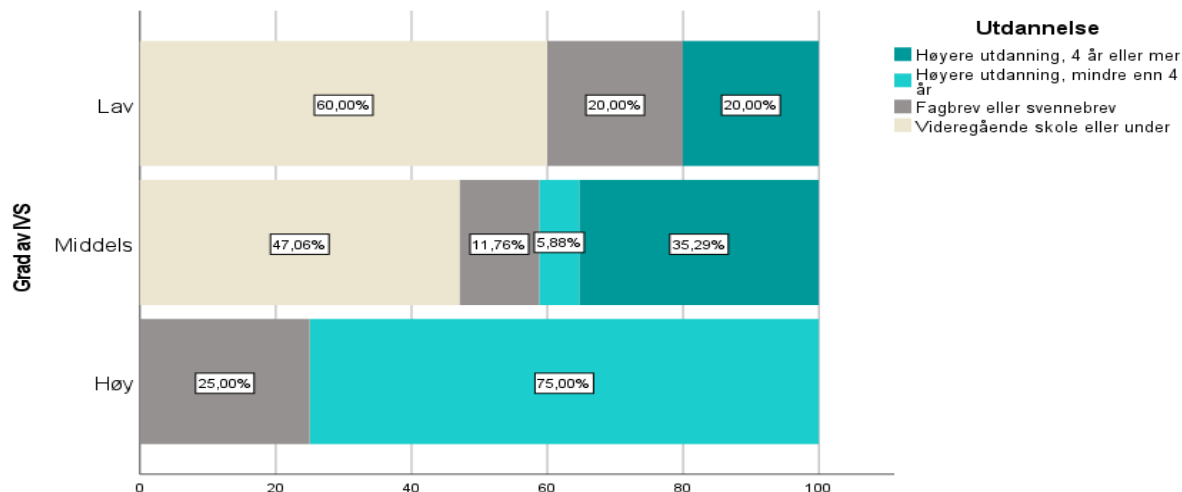
Den høyeste andelen middels grad av IVS ble funnet i aldergruppen 46-55 år (35,3 %), mens innenfor hver enkelt aldersgruppe, hadde 25-35 år den høyeste andelen (100 %) (tabell 6 og vedlegg 12, tabell 1). Fordeling av alle aldersgrupper fordelt på grad av IVS er i figur 3. Det var nærmest ingen aldersforskjeller blant de som rapporterte høy grad av IVS, men andelen var størst i aldergruppen 18-25 (50%). Prosentdifferanser var svært små i tabellanalyser.



Figur 3: Prosentfordeling av alder innen hver grad av IVS

4.2.3 Grad av IVS og utdannelse

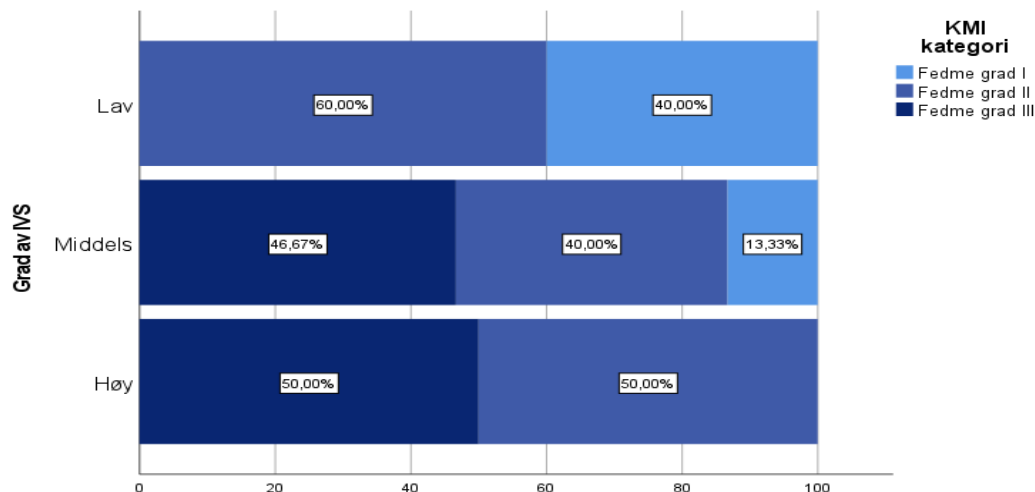
Flertallet blant de som rapporterte lav, eller middels grad av IVS, ble funnet hos dem som hadde «videregående skole eller under» som høyeste fullførte utdanning (60 % og 47,1 %) (vedlegg 12, tabell 6). I andre enden hadde de med «høyere utdanning, 4 år eller mindre» den høyeste andelen av høy grad av IVS (75 %) (tabell 6). Det var flest som rapporterte middels grad av IVS blant de med «høyere utdanning, 4 år eller mer» (85,7 %). Figur 4 viser fullstendig oversikt over prosentandeler av utdanningsnivå, fordelt på grad av IVS. Innenfor lav grad av IVS ble den gjennomsnittlige prosentdifferansen 23,3, noe som viser en tendens der de med høyere utdanningsnivå, i mindre grad rapporterer lav grad av IVS. Innenfor de andre gradene av IVS ble det funnet marginale prosentdifferanser (middels grad: 6,9, høy grad: 8,3).



Figur 4: Prosentfordeling av utdanning innen hver grad av IVS

4.2.4 Grad av IVS og KMI-kategori

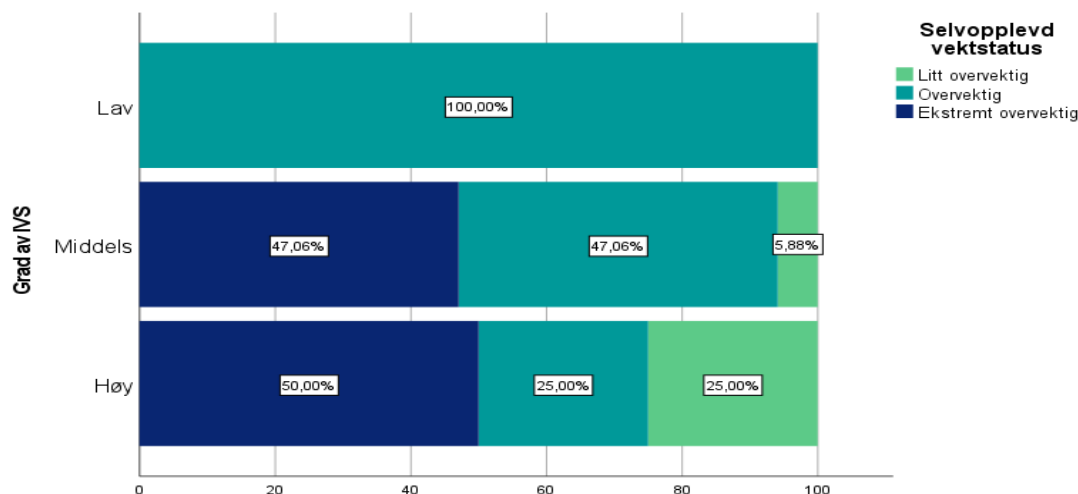
For de som fylte ut egen vekt i spørreskjema (n=24) ble det utregnet KMI, og det ble opprettet variabel som kategoriserte KMI etter standard klassifisering (tabell 1 i kapittel 1.1). Figur 5 viser prosentfordeling av KMI-kategori, innenfor hver grad av IVS, hvor blant annet 46,7 % av de med middels grad av IVS, har fedme grad III (vedlegg 12, tabell 2). Videre er det ingen med fedme grad I som rapporterer høy grad av IVS, og ingen med fedme grad III som rapporterer lav grad av IVS (tabell 6). I tabellanalyse ble det utregnet gjennomsnittlig prosentdifferanse for de med lav og høy grad av IVS, noe som viste at det kan være en statistisk sammenheng mellom KMI-kategori og grad av IVS (26,6 og -33,3), uten at det sier noe om styrken på sammenhengen eller retningen.



Figur 5: Prosentfordeling av KMI-kategori innen hver grad av IVS (n=24)

4.2.5 Grad av IVS og selvopplevd vektstatus

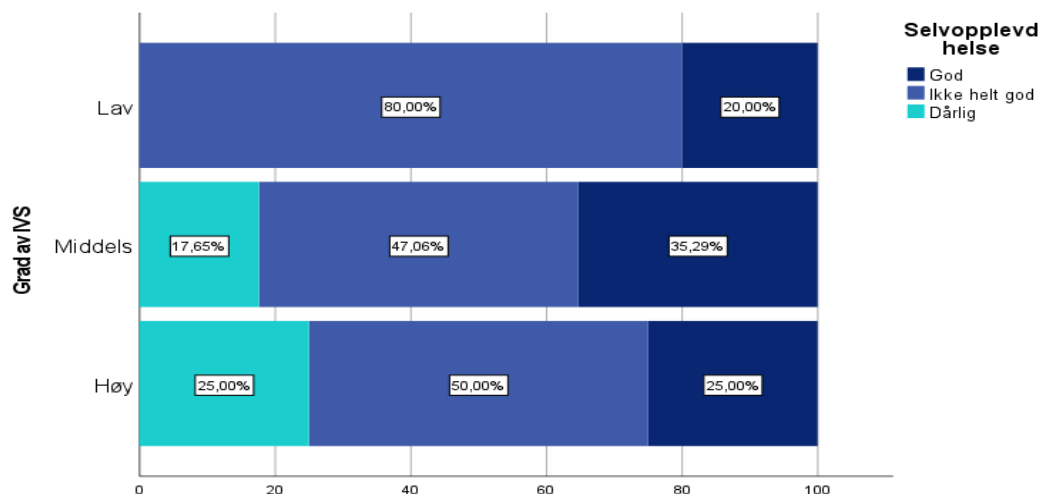
Alle respondentene identifiserte seg selv som «litt overvektig», «overvektig» eller «ekstremt overvektig», og fordelingen innen hver grad av IVS sees i figur 6. Her er andelen «overvektig» mindre etter hvert som grad av IVS øker, og det er kun denne gruppen som rapporterer lav grad av IVS. I motsetning øker andelen «litt overvektig» etter hvert som grad av IVS øker. Blant de som identifiserer seg som «ekstremt overvektig», er andelen tilnærmet lik hos de med middels, eller høy grad av IVS. Totalt er det flest med middels grad av IVS, hvor det henholdsvis fordeler seg likt mellom «overvektig» og «ekstremt overvektig» (30, 8 %) (vedlegg 12, tabell 7). Innenfor selvopplevd vektstatus rapporterer 80 % av «ekstremt overvektig», at de har middels grad av IVS, mot 57,1 % av «overvektig» (tabell 6). Prosentdifferanser antyder at det kan være en statistisk sammenheng mellom selvopplevd vektstatus og grad av IVS, men det gir indikasjon på retning eller styrke av sammenheng (-33,3 for lav IVS, og -27,5 for middels).



Figur 6: Prosentfordeling av selvopplevd vektstatus innen hver grad av IVS

4.2.6 Grad av IVS og selvopplevd helse

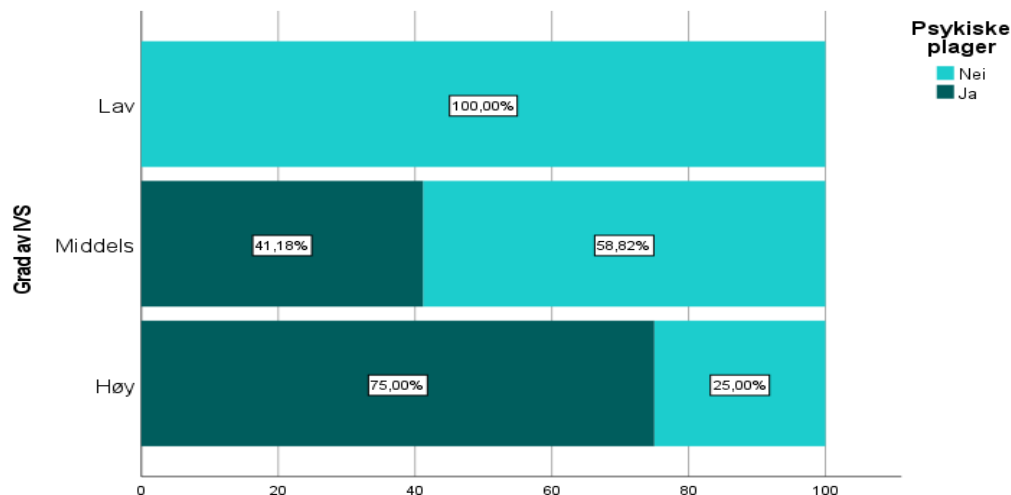
Den største andelen som hadde lav grad av IVS vurderte egen helse som «ikke helt god» (80 %) (vedlegg 12, tabell 5). Ingen av de som vurderte egen helse som «dårlig» hadde lav grad av IVS, men andelen var høyest blant de som rapporterte høy grad av IVS (25 %). Figur 7 viser prosentfordeling av selvopplevd helse innen hver grad av IVS. Blant de som vurderte egen helse som «dårlig» eller «god», hadde 75 % innenfor hver gruppe middels grad av internalisert vektstigma (tabell 6). I enkel tabellanalyse var prosentdifferanser små, innenfor de ulike gradene av IVS, hvor henholdsvis gjennomsnittsdifferansen var størst blant de som hadde lav grad av IVS (13,3). Prosentdifferansene antyder marginal statistisk sammenheng mellom selvopplevd helse og grad av IVS i dette utvalget.



Figur 7: Prosentfordeling av selvopplevd helse innen hver grad av IVS

4.2.7 Grad av IVS og psykiske plager

Figur 8 viser en tydelig tendens, hvor de med høyere grad av IVS i større grad har psykiske plager. Det var størst andel med psykiske plager blant de som hadde høy grad av IVS (75,0 %), mens i gruppen med lav grad av IVS var det ingen med psykiske plager. Blant alle som hadde psykiske plager rapporterte 70 % middels grad av IVS, mot 62,5 % blant de som ikke hadde psykiske plager (tabell 6). Kun 6,9 % av de uten psykiske plager hadde høy grad av IVS (vedlegg 12, tabell 3). Tabellanalyse viser at det kan være en sterk statistisk sammenheng mellom psykiske plager og lav, og høy, grad av IVS, men hva angår middels grad av IVS, viser prosentdifferansen at den statistiske sammenhengen kan være lav (17 prosentpoeng).



Figur 8: Prosentfordeling av psykiske plager innen hver grad av IVS

4.3 Bivariat korrelasjonsanalyse

I Spearman's rho (ρ) korrelasjonsanalyser ble det funnet signifikant korrelasjon mellom grad av IVS, eller WBIS-M, og enkelte variabler. I tabell 7 er signifikante funn, relevant for problemstillingen, uthevet, hvor det ble funnet signifikant ($p < 0,05$) korrelasjon mellom grad av IVS og KMI kategori, WBIS-M og psykiske plager, og grad av IVS og psykiske plager. Lav positiv korrelasjon ble funnet mellom grad av IVS og KMI kategori, noe som indikerer at grad av IVS øker med høyere KMI kategori ($\rho = ,405$). Det ble funnet lav positiv korrelasjon mellom grad av IVS og KMI ($\rho = ,365$), men den var ikke signifikant ($p = 0,079$). Signifikant lav negativ korrelasjon ble funnet mellom grad av IVS og psykiske plager ($\rho = -,456$), og signifikant moderat negativ korrelasjon ble funnet mellom WBIS-M og psykiske plager ($\rho = -,638$). Dette antyder at de med psykiske plager, i større grad rapporterer høyere IVS. Videre ble det funnet lav positiv korrelasjon mellom WBIS-M og KMI kategori ($\rho = ,366$), og WBIS-M og KMI ($\rho = ,392$), men de var ikke signifikante ($p = 0,078$ og $p = 0,058$). Til slutt ble det funnet lav negativ korrelasjon mellom WBIS-M og alder, men den var heller ikke signifikant ($\rho = -$

,382, $p = 0,054$). Utover dette ble det ikke funnet korrelasjon mellom de resterende variablene og grad av IVS / WBIS-M.

Tabell 7: Resultater fra Spearman's rho korrelasjonsanalyse

| Spearman's rho | Grad av IVS | Gj.snitt WBIS-M | KMI | KMI kategori | Psykiske plager | Gj.snitt HSCL-5 | Utdannelse | Selvopplevd helse | Selvopplevd vektstatus | Alder |
|-------------------------|-------------|-----------------|--------|--------------|-----------------|-----------------|------------|-------------------|------------------------|--------|
| Correlation Coefficient | 1,000 | ,844** | 0,365 | ,405* | -,456* | ,574** | 0,230 | -0,067 | 0,201 | -0,095 |
| Sig. (2-tailed) | | 0,000 | 0,079 | 0,049 | 0,019 | 0,002 | 0,258 | 0,747 | 0,325 | 0,643 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | ,844** | 1,000 | 0,392 | 0,366 | -,638** | ,741** | 0,275 | -0,222 | 0,250 | -0,382 |
| Sig. (2-tailed) | 0,000 | | 0,058 | 0,078 | 0,000 | 0,000 | 0,174 | 0,275 | 0,218 | 0,054 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | 0,365 | 0,392 | 1,000 | ,921** | -0,205 | 0,343 | 0,333 | -0,240 | 0,366 | -0,346 |
| Sig. (2-tailed) | 0,079 | 0,058 | | 0,000 | 0,336 | 0,101 | 0,112 | 0,259 | 0,079 | 0,097 |
| N | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Correlation Coefficient | ,405* | 0,366 | ,921** | 1,000 | -0,270 | ,411* | 0,238 | -0,382 | 0,308 | -0,202 |
| Sig. (2-tailed) | 0,049 | 0,078 | 0,000 | | 0,202 | 0,046 | 0,262 | 0,066 | 0,143 | 0,343 |
| N | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Correlation Coefficient | -,456* | -,638** | -0,205 | -0,270 | 1,000 | -,856** | -0,072 | ,398* | -0,285 | 0,321 |
| Sig. (2-tailed) | 0,019 | 0,000 | 0,336 | 0,202 | | 0,000 | 0,726 | 0,044 | 0,158 | 0,109 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | ,574** | ,741** | 0,343 | ,411* | -,856** | 1,000 | 0,252 | -0,337 | 0,160 | -,454* |
| Sig. (2-tailed) | 0,002 | 0,000 | 0,101 | 0,046 | 0,000 | | 0,214 | 0,092 | 0,436 | 0,020 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | 0,230 | 0,275 | 0,333 | 0,238 | -0,072 | 0,252 | 1,000 | 0,023 | 0,033 | -0,286 |
| Sig. (2-tailed) | 0,258 | 0,174 | 0,112 | 0,262 | 0,726 | 0,214 | | 0,912 | 0,875 | 0,156 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | -0,067 | -0,222 | -0,240 | -0,382 | ,398* | -0,337 | 0,023 | 1,000 | 0,014 | -0,024 |
| Sig. (2-tailed) | 0,747 | 0,275 | 0,259 | 0,066 | 0,044 | 0,092 | 0,912 | | 0,947 | 0,906 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | 0,201 | 0,250 | 0,366 | 0,308 | -0,285 | 0,160 | 0,033 | 0,014 | 1,000 | 0,019 |
| Sig. (2-tailed) | 0,325 | 0,218 | 0,079 | 0,143 | 0,158 | 0,436 | 0,875 | 0,947 | | 0,926 |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Correlation Coefficient | -0,095 | -0,382 | -0,346 | -0,202 | 0,321 | -,454* | -0,286 | -0,024 | 0,019 | 1,000 |
| Sig. (2-tailed) | 0,643 | 0,054 | 0,097 | 0,343 | 0,109 | 0,020 | 0,156 | 0,906 | 0,926 | |
| N | 26 | 26 | 24 | 24 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4.4 Lineær regresjon

Resultater fra enkel og multivariat lineær regresjon er oppsummert i tabell 8. Regresjon ble utført med WBIS-M som avhengig variabel og enkelt variabler (crude), og WBIS-M med justering for to variabler mellom WBIS-M og psykiske plager. Alene, og justert for kjønn og alder, ble det funnet signifikant lineær sammenheng mellom WBIS-M score og psykiske plager. Justert regresjonskoeffisient (justert B) for psykiske plager indikerer at det kan være sammenheng med WBIS-M, hvor et-poengs økning av psykiske plager predikerer redusering

av WBIS-M score med 1,198. Psykiske plager er kodet slik at 1=ja og 2=nei, som i dette tilfellet predikerer at de uten psykiske plager rapporterer lavere WBIS-M score. I enkel lineær regresjon var regresjonskoeffisienten høyere (crude B= -1,348).

Tabell 8: Resultater fra regresjonsanalyser for WBIS-M

| Variabel | crude B | 95% KI** | β | t | p | justert B | 95% KI | β | t | p |
|------------------------|---------|------------------|---------|--------|---------|-----------|------------------|---------|--------|---------|
| (konstanten) | | | | | | 7,363 | (5,638, 9,089) | | 8,851 | < 0,001 |
| Psykiske plager | -1,348 | (-2,089, -0,606) | -0,608 | -3,725 | < 0,001 | -1,198 | (-2,023, -0,373) | -0,540 | -3,011 | 0,006 |
| Kjønn | -0,224 | (-1,127, -0,680) | -0,104 | -0,511 | 0,614 | -0,039 | (-0,970, 0,711) | -0,018 | -0,109 | 0,914 |
| Alder | -0,326 | (-0,661, 0,014) | -0,374 | -1,976 | 0,060 | -0,157 | (-0,475, 0,161) | -0,182 | -1,025 | 0,316 |
| KMI* | 0,049 | (-0,008, 0,107) | 0,354 | 1,776 | 0,090 | | | | | |
| Utdannelse | 0,220 | (-0,129, ,569) | 0,256 | 1,300 | 0,206 | | | | | |
| Selvopplevd helse | -0,330 | (-1,002, 0,342) | -0,202 | -1,013 | 0,321 | | | | | |
| Selvopplevd vektstatus | 0,337 | (-0,399, 1,074) | 0,189 | 0,945 | 0,354 | | | | | |

Avhengig variabel: Gj.snitt WBIS-M

* n = 24

** Konfidensintervall for crude B

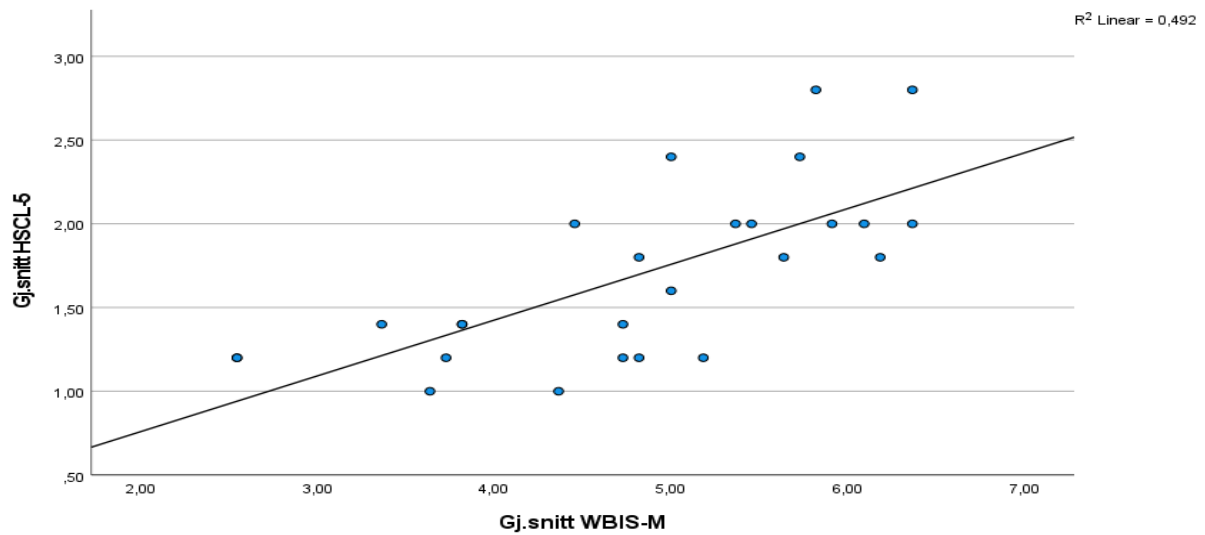
Den lineære sammenhengen mellom IVS og psykiske plager ble også funnet i enkel lineær regresjon med WBIS-M og HSCL-5, som oppsummert i tabell 9. I denne regresjonen ble HSCL-5 score satt som avhengig variabel, for å undersøke om WBIS-M score kan påvirke HSCL-5 score. Resultatet viser at det ble det funnet signifikant sammenheng, hvor regresjonskoeffisienten (B) indikerer at et-poengs økning i WBIS-M score predikerer 0,333 poengs økning i HSCL-5 score.

Tabell 9: Resultater fra regresjonsanalyse for HSCL-5

| Variabel | R (p) | R ² | B | 95% KI | β | t | p |
|-----------------|----------------|----------------|-------|----------------|---------|-------|--------|
| Gj.snitt WBIS-M | 0,702 (<0,001) | 0,492 | 0,333 | (0,191, 0,476) | 0,702 | 4,822 | <0,001 |

Avhengig variabel: Gj.snitt HSCL-5

For å illustrere sammenhengen funnet i enkel lineær regresjon oppsummert i tabell 9, viser figur 9 et spredningsdiagram med regresjonslinje og variasjonskoeffisient (R^2). Regresjonen viser at 49,2 % av variasjoner i HSCL-5 score kan forklares av WBIS-M score.



Figur 9: Spredningsdiagram med resultat fra lineær regresjon fra tabell 9

5.0 Diskusjon

Utvalget i studien er lite, og det er få respondenter fra frisklivssentraler, slik at utvalget er lite representativt for populasjonen. Generaliserbarheten er dermed svært lav. Videre begrenset et lite utvalg hvilke statistiske analyser som kunne utføres på datasettet, og sannsynligheten for signifikante funn ble redusert (Ringdal, 2018, s. 287, 351). På bakgrunn av dette fremstilles og diskuteres resultatene med forsiktighet.

5.1 Grad av internalisert vektstigma

I denne studien var gjennomsnittlig WBIS-M score 4,83, og basert på formelen til Puhl et al. (2018) for kategorisering av IVS, har flertallet middels grad av IVS (65,4 %). Til sammenligning med andre studier, er WBIS-M score i denne studien noe høyere. Curll & Brown (2020) undersøkte voksne i Australia med $KMI \geq 25$, med et snitt på 35,7, i et utvalg hvor hovedvekt var kvinner. Her var WBIS-M 4,72 ($\pm 1,33$), noe som tilsier at selv med lite utvalg, er WBIS-M score i denne studien tilnærmet lik større studier, på lignende utvalg. Puhl et al. (2018) kartla internalisert vektstigma i tre ulike utvalg, hvor det ene utvalget hadde utfordringer med vekten. Totalt var WBIS-M 3,53, men i nevnte utvalg var WBIS-M 4,72. Dette var vesentlig høyere enn de to andre utvalgene, som ikke hadde utfordringer med vekten. Totalt hadde nærmere halvparten middels grad av IVS (44 %), men i omtalte utvalg rapporterte over halvparten høy grad av IVS (52 %). 89,7 % i utvalget ønsket å gå ned i vekt, og i den forstand sammenlignbart med utvalget i denne studien. Selv om utvalgsstørrelsen er vesentlig mindre, viser resultatene i denne studien tendenser som kan sammenlignes med nevnte utvalg. Blant deltakere i et program for vektreduksjon, med tilnærmet lik KMI, var WBIS-score vesentlig lavere ($3,6 \pm 1,1$) (Pearl et al., 2017). I en stor multinasjonal studie, inkludert Storbritannia, USA, Canada, Tyskland, Frankrike og Australia, besto utvalget av personer som var medlemmer i et internasjonalt anerkjent program for vektkontroll (Weight Watchers) (Pearl

et al., 2021). Selv om KMI var en del lavere (rundt 30 i alle land), var WBIS-M score høyere enn Pearl et al. (2017) fant i sin studie, og nærmere resultatene fra denne studien. Totalt var WBIS-M score 4,32, hvor snittet var høyest i USA (4,61) (Pearl et al., 2021).

Ut ifra resultatene fra denne studien, er WBIS-M sammenlignbar med score fra tidligere studier, men på bakgrunn av lite utvalg kan resultatene i liten grad generaliseres. Et større utvalg ville gitt en sikrere indikasjon på om WBIS-M score er representativt for populasjonen, og et bedre grunnlag for sammenligning med tidligere studier. Etter kategorisering av WBIS-M score, har flertallet middels grad av internalisert vektstigma (65,4 %). Da WBIS-M score er tilnærmet lik tidligere studier, på lignende utvalg, kan det indikere at satte grenseverdier for grad av IVS i denne studien, kan være representativt for populasjonen.

Spesielt for dette utvalget, er det interessant av IVS kan påvirke vektreduksjon og vedlikehold av vekttap. Høyere IVS kan påvirke intervensjoner for vektreduksjon, hvor studier viser at personer med høyere IVS oppnår mindre vekttap, og har høyere sannsynlighet for vektoppgang (Mensing & Meadows, 2017; Olson et al., 2018; Pearl et al., 2019, 2021). Videre kan IVS predikere sannsynligheten for vedlikehold av vekttap, hvor Puhl, Quinn et al. (2017) fant 28 % redusert sannsynlighet for vedlikehold av vekttap med et-poengs økning av WBIS-M score. Quinn et al. (2020) fant også redusert sannsynlighet for vedlikehold av vekttap ved høyere IVS, men i tillegg økt sannsynlighet for jo-jo slanking. Disse studiene indikerer at IVS kan hindre voksne med overvekt eller fedme ved forsøk på vektreduksjon og vedlikehold av vekttap. I motsetning viser også studier at redusert IVS etter intervensjonsprogram øker sannsynligheten for vektreduksjon (Olson et al., 2018), noe som antyder at intervensjonsprogrammer som adresserer IVS ,og aktivt forsøker å redusere dette hos deltakere, kan være mer suksessfullt og gi en høyere sannsynlighet for vedlikehold av livsstilsendring. Selv om denne studien ikke

undersøker denne sammenhengen, kan tidligere studier indikere at frisklivssentraler og rehabiliteringssentre bør vurdere IVS hos sine deltakere/pasienter, da dette kan ha en indirekte negativ påvirkning på hjelpen de tilbyr.

5.2 Internalisert vektstigma og kjønn

Kvinner hadde høyere WBIS-M score (4,94) enn menn (4,71), men det ble ikke funnet signifikant sammenheng mellom kjønn og IVS, hverken med WBIS-M eller grad av IVS. Dette kan dog, mulig forklares av lite utvalg. Tabellanalyser viste at kvinner i mindre grad rapporterte lav grad av IVS, og i større grad rapporterte middels grad av IVS, enn menn. Dette samsvarer med tidligere studier, hvor kvinner i større grad rapporterer høyere grad av IVS, og høyere WBIS-M score (Boswell & White, 2015; Curll & Brown, 2020; Hilbert, Braehler, et al., 2014; Himmelstein et al., 2017; Pearl et al., 2021; Puhl et al., 2018; Puhl, Quinn, et al., 2017; Quinn et al., 2020). Det skal dog nevnes, i tidligere studier har det vært et stort flertall kvinner, men i denne studien er kjønnsfordelingen lik.

Både Hilbert, Braehler et al. (2014), Boswell & White (2015) og Durso et al. (2016), fant signifikant høyere IVS hos kvinner. Personer med overvekt eller fedme, som aktivt hadde forsøkt å redusere vekten, ble delt opp i to grupper ut ifra om de hadde vedlikeholdt vekt tap eller ikke (Puhl, Quinn, et al., 2017). I gruppen som ikke hadde vedlikeholdt vekt tap, var flertallet kvinner (65 %), og IVS var signifikant høyere. I studie med likere kjønnsfordeling, ble det også funnet signifikant høyere IVS hos kvinner (Himmelstein et al., 2017). I motsetning ble det ikke funnet sammenheng mellom kjønn og IVS, i et utvalg med flest kvinner (88 %) (Pearl et al., 2017). Det samme konkluderte både Decker et al. (2018) og Soulliard et al. (2021). Selv om Olson et al. (2018) hadde flest kvinner i utvalget, og konkluderer med kjønnsforskjeller i henhold til IVS, trekkes det frem viktigheten av fremtidige studier med større andel av menn.

Det er kun funnet én studie som kun tar for seg IVS og menn (Himmelstein et al., 2019). Her ble det også funnet en sammenheng mellom IVS og en rekke helseutfordringer.

Denne studien har like mange kvinner og menn, noe som avviker fra en rekke tidligere studier, som nevnt. Det kan se ut som kvinner rapporterer høyere IVS, men det er ikke mulig å konkludere på bakgrunn av lite utvalg, og manglende signifikante funn. Selv om noen studier ikke fant sammenheng mellom kjønn og IVS, viser flertallet at det foreligger en sammenheng. Det antyder at tendensen i dette utvalget mulig sammenfaller med tidligere studier, men kun et større utvalg vil gi valide resultater.

5.3 Internalisert vektstigma og alder

Det ble funnet lav negativ korrelasjon mellom alder og WBIS-M i denne studien, men den var akkurat ikke signifikant ($\rho = -,382$, $p = 0,054$). En kunne argumentert for at p-verdien kan ansees som signifikant, på bakgrunn av lite utvalg, men da $p < 0,05$ ansees som det høyeste akseptable signifikansnivået følges dette (Clark et al., 2021, s. 341). Videre ga også den lineære regresjonen indikasjon på at det kan være sammenheng mellom alder og IVS (crude B = -0,326), men p-verdien var akkurat for høy til at sammenhengen kan ansees som signifikant ($p = 0,060$) (tabell 8). I en studie som undersøkte IVS og depresjonssymptomer, i sammenheng med jo-jo slanking, fant Quinn et al. (2020) svak, men signifikant negativ korrelasjon mellom alder og IVS. Studiene til Hilbert, Braehler et al. (2014), Himmelstein et al. (2017) og Olson et al. (2018) ga lignende resultater, der lavere alder ble assosiert med høyere IVS. Pearl et al. (2021) fant i tillegg høyere IVS hos personer med lavere debutalder for overvekt. Pearl et al. (2017) fant ingen sammenheng mellom alder og IVS i sin studie, om IVS og metabolsk syndrom hos voksne med fedme som ønsket vektreduksjon. Dette er i motsetning til Verhaak et. al.

(2022), hvor resultater fra regresjon viste at yngre alder predikerte høyere IVS, blant personer som deltok i et medisinsk program for vektreduksjon.

Tidligere forskning viser at yngre i større grad har IVS, men det ble ikke funnet en signifikant sammenheng i denne studien. Korrelasjonsanalyse og enkel lineær regresjon antyder at det kan være en sammenheng, men et lite utvalg begrenset sannsynligheten for signifikante funn.

5.4 Internalisert vektstigma og utdanning

I denne studien ble det ikke funnet signifikante sammenhenger mellom IVS og utdanning. Tabellanalyser viser, at i dette utvalget rapporterte de med høyere utdanning, høyere grad av IVS, men utover dette ga ikke resultater indikasjoner som tyder på at det er sammenheng mellom utdanning og IVS. I tidligere studier er resultatene sprikende, men i studier hvor det har blitt funnet en signifikant sammenheng, har det utelukkende vært negativ korrelasjon mellom utdanning og IVS. Blant tyske voksne med overvekt eller fedme, var IVS høyere blant de med lavere utdanning (Hilbert, Baldofski, et al., 2014). Både Puhl et al. (2018) og Quinn et al. (2020) konkluderte også med at lavere utdanning ble assosiert med høyere IVS. I motsetning, fant hverken Himmelstein et al. (2017, 2019) eller Olson et al. (2018) signifikant sammenheng mellom utdanning og IVS. Til og med den multinasjonale studien til Pearl et al. (2021) fant ingen signifikant sammenheng mellom utdanning og IVS.

Selv om resultatene, hva angår sammenhengen mellom utdanning og IVS, varierer i tidligere studier, har signifikante funn utelukkende vært negativ korrelasjon. Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger i denne studien, men tabellanalysene viser at dette utvalget kan skille seg fra tidligere studier. I dette utvalget rapporterte de med lavere utdanning, generelt lavere grad av IVS. Det er spesielt interessant at den multinasjonale studien til Pearl et al. (2021)

ikke fant en sammenheng. I denne studien var det 14.000 respondenter, fordelt på seks vestlige land. Det skal dog nevnes at studien hadde en stor kjønnskjevhet, med over 90 % kvinner. Quinn et al. (2020) hadde også en stor overvekt av kvinner i sin studie (81 %), men her ble det i motsetning funnet signifikant negativ korrelasjon mellom utdanning og IVS. I studier uten store kjønnskjevheter er resultatene også varierende, hvor henholdsvis Puhl et al (2018) fant sammenheng, mens Himmelstein et al. (2017) gjorde ikke det. Selv om alle studiene nevnt i dette avsnittet hadde store utvalg (over 2000) fra vestlige land, var på ingen måte resultatene entydige. Med tanke på lite utvalg i denne studien, er det utfordrende å sammenligne med tidligere forskning. Kun i et større utvalg kan resultatene generaliseres. Da ville det vært mulig å undersøke om tendensene i denne studien er tilfeldige, eller om den norske populasjonen skiller seg fra andre land, hva angår utdanning og IVS.

5.5 Internalisert vektstigma og KMI/KMI-kategori eller selvopplevd vektstatus

Det ble funnet signifikant lav positiv korrelasjon mellom grad av IVS og KMI-kategori ($\rho = ,405, p=0,049$). Det ble også funnet lav positiv korrelasjon mellom grad av IVS og KMI ($\rho = ,365, p=0,079$), og WBIS-M og KMI ($\rho = ,392, p=0,058$), men disse var ikke signifikante. Videre ble det ikke funnet sammenheng mellom IVS og selvopplevd vektstatus. Lineær regresjon viste heller ingen sammenhenger med IVS. Tabellanalyser viste at ingen som identifiserte seg selv som «ekstremt overvektig» hadde lav grad av IVS, og blant de som hadde høy grad av IVS var det 25 % som identifiserte seg selv som «litt overvektig». Prosentdifferanser var dog marginale, men kan antyde at det kan være en sammenheng. I tidligere forskning benyttes både KMI, KMI-kategori og selvopplevd vektstatus, alene eller sammen, i analyser knyttet til IVS. Resultatene varierer, men flere tidligere studier har funnet sammenhenger mellom IVS og KMI/KMI-kategori, slik som denne.

I studier med utvalg bestående av voksne med overvekt eller fedme, finner både Hilbert, Baldofski (2014), Boswell & White (2015), Himmelstein et al.(2017), Puhl et al. (2018) og Quinn et al. (2020) positiv korrelasjon mellom IVS og KMI/KMI-kategori. Hilbert, Braehler et al. (2014) konkluderer med at KMI er en prediktor for IVS hos voksne med overvekt eller fedme, og Himmelstein et al. (2019) fant lineær sammenheng mellom KMI og IVS hos menn. I studier inkludert voksne i alle KMI-kategorier, fant både O'Brien (2016) og Reinka et al. (2021) lav signifikant positiv korrelasjon mellom KMI og IVS. I den multinasjonale studien økte IVS i takt med KMI-kategori, i alle land (Pearl et al., 2021), noe som samsvarer med tidligere funn (Olson et al., 2018). Blant voksne som hadde gjennomgått fedmekirurgi fant Feig et al. (2020) positiv assosiasjon mellom IVS og KMI, også etter kontrollering for alder, kjønn, og tid siden kirurgi. Pearl & Puhl (2018) konkluderer i sin systematiske oversiktsartikkel, at sammenhengen mellom IVS og KMI/KMI-kategori er mer konsekvent i studier som inkluderer alle KMI-kategorier, mot de som kun inkluderer voksne med overvekt eller fedme. For eksempel, fant hverken Pearl et al. (2017) eller Soulliard et al. (2021) sammenheng mellom IVS og KMI, blant personer med overvekt eller fedme som deltok i program for vektreduksjon, eller skulle gjennomgå fedmekirurgi.

Hva angår IVS og selvopplevd vektstatus, er funn i tidligere studier konsekvente. Selvopplevd vektstatus ble vurdert som like godt mål som KMI til å predikere IVS, men IVS var generelt høyere blant de med høyere selvopplevd vektstatus (Lee & Dedrick, 2016). Lee & Dedrick (2016) konkluderer med at selvopplevd vektstatus, sett bort fra KMI, kan påvirke IVS. Blant personer som vedlikeholdt vekt, versus personer som hadde vektøkning siste år, ble IVS assosiert med høyere selvopplevd vektstatus i begge grupper (Puhl, Quinn, et al., 2017). Decker et al. (2018) fant spesielt sammenheng blant de som identifiserte seg med overvekt eller fedme,

mens Pearl et al. (2021) fant økt IVS i takt med alle kategorier av selvopplevd vektstatus, i alle land.

For små utvalg er det kun sterke sammenhenger som kan bli signifikante (Ringdal, 2018, s. 351). Selv med lite utvalg ble det funnet lav signifikant korrelasjon mellom grad av IVS og KMI-kategori i denne studien. Dette samsvarer med flere tidligere studier, med lignende utvalg. Det ble også funnet korrelasjon mellom grad av IVS og KMI, og WBIS-M og KMI, men disse var ikke signifikante. Det er mulig analyser hadde gitt signifikante funn, om utvalget var større. I analyser inkludert KMI/KMI-kategori, ble to respondenter ekskludert ettersom de ikke rapporterte vekt i spørreskjema, noe som gjorde utvalget enda mindre (n=24), og dette kan ha påvirket resultatene ytterligere. Hva angår IVS og selvopplevd vektstatus, ble det ikke funnet sammenheng. I lys av konklusjonen til Pearl & Puhl (2018), ville det vært interessant å undersøke om resultatene gjentok seg i norske studier, med større utvalg, inkludert flere KMI-kategorier.

5.6 Internalisert vektstigma og selvopplevd helse

Det ble ikke funnet sammenheng mellom IVS og selvopplevd helse i denne studien. Det var utfordrende å finne tidligere studier som kunne sammenlignes med resultatene fra denne studien. Det er ikke funnet tidligere studier som har benyttet samme mål på selvopplevd helse i relasjon til IVS. Det er mange studier som har undersøkt sammenhengen mellom IVS og helserelatert livskvalitet (HRQOL), og funnet negativ assosiasjon (Pearl & Puhl, 2018), men HRQOL er lite sammenlignbart med anvendt spørsmål. I en studie om deltakere på norske frisklivssentraler, benyttet Samdal et al. (2018) samme spørsmål for selvopplevd helse. Hva angår KMI, alder og utdanning i studien, er det likheter med utvalget i denne studien, men flertallet var kvinner. 85 % av utvalget til Samdal et al. (2018) vurderte egen helse som «dårlig»

eller «ikke helt god», noe høyere en andelen i denne studien (69,2 %). I en annen norsk studie, hvor over halvparten av deltakerne hadde overvekt eller fedme, ble det undersøkt KMI/midjemål-risiko for sykdomsutvikling (Oellingrath et al., 2022). Rundt halvparten vurderte egen helse som moderat eller dårlig, noe som også samsvarer med denne studien. Resultatene viste at høyere KMI/midjemål-risiko ble assosiert med dårligere selvopplevd helse (Oellingrath et al., 2022). Selv om disse to studiene ikke tar for seg IVS, kan resultatene fra denne studien tyde på at det er likheter med andre norske studier, på lignende utvalg, hva angår selvopplevd helse. Hilbert, Braehler et al. (2014) fant lav selvevaluering (core self-evaluating) som en mediator mellom IVS og selvopplevd helse, mens Himmelstein et al. (2019) assosierte høyere IVS med redusert selvopplevd helse blant menn. Puhl, Quinn et al. (2017) undersøkte sammenhengen mellom selvopplevd fysisk helse og IVS, hvor også her høyere IVS ble assosiert med redusert selvopplevd helse.

Det er ikke mulig å stadfeste om det er signifikant sammenheng mellom IVS og selvopplevd helse i denne studien. Det er heller ingen tendenser i resultatene som kan antyde sammenhenger, om utvalget hadde vært større. Selvopplevd helse ansees som et svært godt mål på morbiditet og mortalitet, og i den forstand er det interessant at 69,2 % vurderer egen helse som «dårlig» eller «ikke helt god». Det er ikke relevant for problemstillingen, men det er verdt å nevne at det ble funnet signifikant positiv korrelasjon mellom selvopplevd helse og psykiske plager ($\rho = ,398$, $p=0,044$). Det antyder at de med psykiske plager rapporterer dårligere selvopplevd helsestatus. I fremtidige studier, kunne det vært interessant å undersøke om selvopplevd helse kan være en mediator, eller moderator, mellom IVS og psykiske plager.

5.7 Internalisert vekstigma og psykiske plager

Selv med lite utvalg, er funnene i denne studien entydige; det er signifikant sammenheng mellom psykiske plager og IVS. I korrelasjonsanalyser ble det funnet lav negativ korrelasjon

mellom grad av IVS og psykiske plager ($\rho = -.456$), og moderat negativ korrelasjon mellom WBIS-M og psykiske plager ($\rho = -.638$). I multivariat lineær regresjon, ble det funnet signifikant sammenheng mellom WBIS-M og psykiske plager, justert for alder og kjønn (justert $B = -1,198$, $p = 0,006$). I enkel lineær regresjon, hvor HSCL-5 ble satt som avhengig variabel, ble det også funnet signifikant sammenheng med WBIS-M ($B = 0,333$, $p < 0,001$). Resultatene samsvarer med tidligere forskning, hvor et stort flertall har funnet en sammenheng mellom IVS og psykiske plager (Pearl & Puhl, 2018). Resultatene kan dog ikke generaliseres, med bakgrunn i lite utvalg og brede konfidensintervall, noe som antyder stor usikkerhet i representativiteten (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 65).

I tidligere forskning om IVS har det blitt benyttet mange ulike skalaer for måling av psykiske plager (Pearl & Puhl, 2018). Enkelte skalaer har definerte grenseverdier for psykiske plager, mens andre ikke. I en rekke studier, hvor utvalg besto av voksne med overvekt eller fedme, har det konsekvent blitt funnet positive assosiasjoner mellom IVS og psykiske plager (Boswell & White, 2015; Curll & Brown, 2020; Hilbert, Baldofski, et al., 2014; Himmelstein et al., 2019; Verhaak et al., 2022). Det er få studier som har funnet moderat korrelasjon mellom IVS og psykiske plager, som denne, men det kan mulig forklare av lite utvalg. Quinn (2020) fant moderat positiv korrelasjon ($r = .62$), mens O'Brien et al. (2016), Pearl et al. (2017), Decker et al. (2018) og Forbes & Donovan (2019), fant positiv lav korrelasjon ($r = .42$, $r = .38$, $r = .40$ og $r = .46$). Da Lent et al. (2014) undersøkte IVS hos voksne før og etter fedmekirurgi, fant de positiv assosiasjon med psykiske plager, etter kontrollering for kjønn, alder og KMI. I en nyere studie på voksne etter fedmekirurgi, ble psykiske plager funnet som mediator mellom IVS og fysisk aktivitet, som igjen påvirket vektreduksjon negativt (Feig et al., 2020). IVS ble relatert til flere psykiske plager i begge gruppene Puhl, Quinn et al. (2017) undersøkte, hvor den ene besto av voksne med vedlikehold av vekt siste år, og den andre med vektøppgang siste år.

Alimoradi et al. (2020) gjennomførte en meta-analyse, hvor det ble undersøkt forholdet mellom vektstigma og psykiske plager. Inkluderte studier besto i hovedsak av utvalg med overvekt eller fedme, og vektstigmatiserende opplevelser ble skilt fra IVS. Resultatene viste tydelig sammenheng mellom IVS og psykiske plager, men også mellom vektstigmatiserende opplevelser og psykiske plager. Alimoradi et al. (2020) understreker likevel viktigheten av å skille stigmatiserende opplevelser fra IVS i henhold til psykiske plager, da dette er helt forskjellige konsepter.

Blant voksne med overvekt eller fedme, som var medlemmer på treningssenter, ble det ikke funnet en sammenheng mellom IVS og psykiske plager (Schvey et al., 2017). KMI var 35,6 og WBIS-M var 4,41, noe som er relativt likt resultatene fra denne studien. I et 14-ukers atferdsfokuset program for vektreduksjon, for voksne med overvekt eller fedme, var baseline WBIS 4,6, og KMI 37,2 (Carels et al., 2010). Dette er enda nærmere resultatene fra denne studien, men likevel ble det ikke funnet korrelasjon mellom IVS og psykiske plager (Carels et al., 2010). Durso et al. (2016) gjennomførte en lignende studie som Carels et al. (2010), hvor utvalget ble rekruttert fra religiøse miljøer i USA (Durso et al., 2016). Skala for mål av psykiske plager ble delt opp i symptomer på depresjon, angst og stress. Det ble funnet positiv korrelasjon mellom IVS og depresjon og stress, men ikke angst.

Resultatene fra denne studien sammenfaller med et stort flertall av tidligere studier, som har undersøkt sammenhengen mellom IVS og psykiske plager; det er signifikant sammenheng mellom IVS og psykiske plager. Selv med lite utvalg er funnene sterke, noe som antyder at IVS predikerer psykiske plager, eller vice versa. Det er dog ikke mulig å generalisere resultatene, men de viser en tydelig tendens i utvalget som kan komme til nytte ved sammenligning med fremtidige studier. Ettersom svært få studier benytter kategorisert WBIS-M (lav, middel eller

høy), er sammenhengen mellom IVS og psykiske plager med WBIS-M score, mest sammenlignbar med andre studier. Da HSCL-5 har en grenseverdi for psykiske plager, er det naturlig å benytte grenseverdi i analyser med IVS. Ved å se tilbake på resultatene ansees dermed korrelasjon mellom WBIS-M og psykiske plager ($\rho = -.638$) som det mest korrekte resultatet, og bør benyttes i sammenligning med tidligere og fremtidige studier.

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2015), viste at over 50 % av norske kommuner mener psykisk helse er den største folkehelseutfordringen i kommunen (Riksrevisjonen, 2015, s. 44). Et av hovedmålene i Regjeringens strategi for god psykisk helse er «inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 8). Det er derfor svært interessant at vektstigmatisering og -diskriminering ikke adresseres i denne strategien, da forskning viser at dette har negative konsekvenser for psykisk helse (Jackson, 2016). Videre øker prevalensen av overvekt og fedme i den norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2020), som også ansees som en risikofaktor for psykiske plager og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2010, s. 14). Da vektstigmatisering og -diskriminering, som fører til internalisert vektstigma, medfører utenforskap og redusert livskvalitet (Kahan & Puhl, 2017), er det urovekkende at dette ikke identifiseres som en kilde til psykisk uhelse i Regjeringens strategi. «Obesity system map», som ble publisert tilbake i 2007, identifiserer sosial aksept av overvekt og fedme som en faktor som bidrar til overvekt og fedme, og som påvirker psykisk uhelse (Butland et al., 2007). The Foresight Report, som utviklet «Obesity system map», ble laget som et rammeverk for å bidra til utvikling av mer helhetlige offentlige strategier og handlingsplaner rettet mot overvekt og fedme. Rapporten bygger på omfattende vitenskapelig evidens, og med tanke på at den ble publisert for 15 år siden er det kritikkverdig at den ikke nevnes i norske folkehelsestrategier rettet mot overvekt og fedme og/eller psykiske plager.

I en kvalitativ undersøkelse om vektstigma, trekkes det frem at personer med overvekt eller fedme føler seg ekskludert og isolert fra samfunnet, som bidrar til at de unngår sosiale interaksjoner, og føler seg ensomme (Lewis et al., 2011). I norske kvalitative studier, forteller en deltaker på frisklivssentral at vektfokus i samfunnet gjør at en føler seg mindre verdt (Salemonsens et al., 2018), og deltakere på rehabiliteringssenter for sykelig overvekt føler at de ikke passer inn i det norske samfunnet (Christiansen et al., 2017). Dette indikerer at reduksjon av vektstigmatisering og -diskriminering i samfunnet bør inkluderes i strategier for psykisk helse. Det forutsetter dog, at samfunnet tar deler av ansvaret for helsekonsekvenser ved overvekt eller fedme, noe det ikke gjør i dag (Hafekost et al., 2013). Det blir derfor interessant å se om vektstigmatisering og -diskriminering adresseres i en ny nasjonal folkehelsemelding, slik direktøren i Likestillingssenteret etterspør (Ree-Lindstad, 2022).

5.8 Styrker og svakheter

5.8.1 Forskningsdesign og datainnsamling

Ved bruk av tverrsnittundersøkelse fikk studien mulighet til å rekruttere deltakere fra alle frisklivssentraler, og alle rehabiliteringssentre for sykelig overvekt i Norge. På den måten ble det tilrettelagt for at utvalget med større sannsynlighet kunne representere populasjonen, og med resultater som kunne generaliseres. Det var ingen kontakt mellom prosjektansvarlig og respondenter, og således ble det opprettholdt høy anonymitet. Korte spørreundersøkelser har som regel høyere svarprosent (Clark et al., 2021, s. 215), og spørreskjemaet ble utviklet med bakgrunn i dette. Spørreskjemaet ga likevel mye kunnskap om utvalget, selv med få spørsmål, relevant for problemstilling og forskningsspørsmål. Med få spørsmål, og to skalaer for måling av psykiske plager og internalisert vektstigma, ble spørreskjemaet utformet slik at respondenter måtte svare på hvert spørsmål med ettvalgs-svar. Det var fritekstsvare der respondentene fylte inn vekt og høyde, og her var det to personer som ikke oppga vekt. Slik sørget studien for

nærmest fullstendige datasett, og i den forstand like mye informasjon om hver enkelt respondent, en fordel med elektroniske spørreskjemaer (Clark et al., 2021, s. 226). En risiko er dog redusert antall respondenter, da personer som ikke ønsker å svare på enkelte spørsmål kan velge å avbryte besvarelsen (Clark et al., 2021, s. 212). Etersom det ikke foreligger data om hvor mange som svarte av de som ble rekruttert, er det vanskelig å stadfeste om dette påvirket svarprosenten eller ikke, og ansees som en svakhet i studien. I informasjonsskrivet var det dog, detaljert beskrevet hva spørreskjemaet inneholdt, slik at personer kunne ta et valg før de fikk tilsendt spørreskjemaet, og i den forstand minimerte risikoen for avbrytelse av utfylling. I retrospekt, med bakgrunn i totalt få respondenter, var det en fordel at det var tilnærmet like mye data om hver enkelt respondent. For mål av psykiske plager og internalisert vektstigma var det vesentlig for resultatene, at alle spørsmålene ble besvart.

Selve spørreskjemaet vurderes som en styrke i studien. Alle spørsmål ble hentet fra tidligere studier, og skala for måling av psykiske plager og internalisert vektstigma er anerkjente og validerte. WBIS-M er en skala som benyttes hyppig til å måle internalisert vektstigma, og anvendt i en rekke store og mindre studier. Den norske versjonen av WBIS-M er, til forfatterens kjennskap, ikke validert, men oversatt etter standardiserte krav. I tidligere forskning har det blitt anvendt en rekke ulike skalaer for måling av psykiske plager, i relasjon til IVS, og i den forstand ingen standardisert skala. For å måle psykiske plager i denne studien ble det derfor anvendt HSCL-5, som både er oversatt og validert på norsk.

Videre kunne spørreskjema besvares på smarttelefon, nettbrett eller PC, noe som ga fleksibilitet for respondenter i henhold til tid, og sted, for besvarelse. Dette forutsatt at respondenter hadde tilgang til elektroniske enheter, og kunne svare på skjemaet uten assistanse (f.eks. tolk). Dette kan være en faktor som påvirker representativiteten. Med studiens tids- og ressursbegrensning

kunne ikke personer med behov for assistanse ved besvarelse, rekrutteres. Personer uten tilstrekkelige norskkunnskaper er ikke representert i utvalget, og ansees som en kilde til redusert representativitet, og svakhet i studien.

5.8.2 Rekruttering

Det ble ikke dokumentert hvor mange personer som fikk forespørsel om deltakelse fra ansatte på sentrene. Studien ønsket at de ansatte skulle oppleve deres behov for innsats, som lite tidkrevende og enkelt. Det ble derfor ikke satt krav om at ansatte måtte føre protokoll over hvor mange som ble spurt, og hvor mange som fikk tilsendt URL-lenke. Dette gjør at studien ikke har informasjon om hvor stor, eller liten, svarprosenten var. Sammen med totalt svært få respondenter, ansees dette som en svakhet, som bidrar til stor usikkerhet rundt representativiteten for populasjonen. Det ville vært hensiktsmessig at sentrene dokumenterte hvor mange som ble spurt, og rapporterte dette tilbake til prosjektansvarlig. Dette ville dog medført merarbeid for ansatte, og med tilbakemeldingene fra sentrene ville dette med stor sannsynlighet, ført til at flere sentre takket nei til å bidra med rekruttering, som igjen ville gitt færre respondenter.

Ut ifra hvor mange sentre som ble invitert til å bidra med rekruttering av respondenter, var det forventet en større andel som takket ja. Kun 10 % av inviterte sentre takket ja til å bidra med rekruttering, og hele 67 % svarte aldri på invitasjonen, til tross for flere etterspørsler etter svar. I tillegg var det ikke mulig å finne e-postadresse til, eller det kom feilmelding på e-postadresse fra, 37 frisklivssentraler. Fra de resterende som takket nei, var det enkelte gjentakende årsaker. Først og fremst meldte mange frisklivssentraler om mangel på tid og ressurser, selv om de fant studien svært interessant. Videre var det flere som allerede var tilknyttet andre studier eller prosjekter, og dermed ikke hadde kapasitet til å bidra. Det var også noen frisklivssentraler som

meldte tilbake at de ikke hadde fokus på vekt hos seg, eller at de i liten grad hadde deltakere med overvekt eller fedme, og var derfor ikke aktuelle. Det ble lagt mye ressurser og tid i planlegging, utvikling av materiale, og rekruttering av sentre. Slik sett er det utfordrende å vurdere hvorvidt noe kunne blitt gjort annerledes for å rekruttere flere sentre. Rekruttering av respondenter gjennom en andrepert, i dette tilfelle ansatte ved sentre, ble vurdert som en risiko for redusert antall respondenter. Likevel ble det vurdert som den mest hensiktsmessig, for at det skulle være mulig å rekruttere respondenter fra sentre i et stort geografisk område. For å redusere risikoen for redusert antall respondenter, hadde prosjektansvarlig jevnlig kontakt med sentre som bidro med rekruttering. Det ble sendt ut påminnelser, og flere sentre fikk spørsmål om hvordan det gikk med rekrutteringen underveis. Hver eneste påminnelse frembrakte flere respondenter og slik sett fungerte tiltaket. Det var dog overraskende, at kun tre respondenter kom fra frisklivssentraler, da flertallet av sentre som takket ja til å bidra med rekruttering var frisklivssentraler. Da det ikke foreligger informasjon som kan indikere svarprosent, blir det vanskelig å diskutere dette videre. Dessverre bidrar det til at resultatene i hovedsak er interessante for rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt.

På bakgrunn av inklusjonskriteriet om at respondenter skulle være ny-oppstartet på sentrene (2 uker eller mindre), og fellesferie, ble det planlagt en lang periode for datainnsamling, slik at det skulle være mulig å rekruttere flere respondenter. I planleggingsfasen ble dette vurdert som en styrke, men i retrospekt er erfaringen at perioden ikke var lang nok for at «alle» skulle få muligheten til å bidra. Noen rehabiliteringssentre ønsket å bidra med rekruttering, men hadde ikke nye pasientgrupper i dette tidsrommet. Med utgangspunkt i studiens tidsbegrensning, ansees likevel den lange perioden for datainnsamling som en styrke i studien. Med stor sannsynlighet minimerte kriteriet om at respondenter skulle være ny-oppstartet, antall respondenter. Kriteriet ble satt for at personer i studien skulle være like langt i

opplegg/behandling, og i den forstand mer like som gruppe. Videre ble kriteriet satt fordi studien ønsket at personer som svarte, skulle i minst mulig grad være preget av intervensjon. Selv om opplegg/behandling/intervensjon ikke fokuserer på vektstigma kan, blant annet, vektnedgang føre til redusert IVS (Olson et al., 2018). Isteden for å sette dette som et inklusjonskriterium, kunne det vært hensiktsmessig og rekruttert alle deltakere/pasienter, og heller differensiert tid ved et spørsmål i spørreskjemaet. Dette ville gitt et større utvalg, og mulig flere respondenter. Da kunne man analysert forskjeller i grupper, ut ifra hvor lang tid de hadde vært på sentrene. Svært tidlig i datainnsamlingsperioden, ble dette identifisert som en mulig risikofaktor. Etersom spørreskjemaet var koblet til TSD, og ikke kunne redigeres, var det ikke mulig å endre inklusjonskriteriet og legge til et spørsmål.

6.0 Konklusjon

Formålet med studien var å undersøke i hvilken grad personer med overvekt eller fedme har internalisert vektstigma, og om det er sammenheng med psykiske plager. Videre ønsket studien å undersøke om det er sammenheng mellom internalisert vektstigma og alder, kjønn, bosted, utdanning, KMI, selvopplevd vektstatus, eller selvopplevd helse. Utvalget i studien er svært lite, og representerer ikke populasjonen, slik at resultatene i liten grad kan generaliseres. Resultatene tilfører likevel ny kunnskap om internalisert vektstigma, og har tendenser som antyder samsvar med tidligere forskning.

Et stort flertall av utvalget har middels grad av internalisert vektstigma, og gjennomsnittlig WBIS-M score samsvarer med funn i tidligere forskning med lignende utvalg. Det ble funnet signifikant sammenheng mellom internalisert vektstigma og psykiske plager, og internalisert vektstigma og KMI. Dette antyder at internalisert vektstigma øker med høyere KMI, og er høyere blant de med psykiske plager, hos voksne med overvekt eller fedme som får hjelp til vektreduksjon på frisklivssentraler eller rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt. Videre er det antydning til at lavere alder kan assosieres med høyere internalisert vektstigma, men funn var ikke signifikante. Hva angår psykiske plager, KMI og alder, samsvarer resultatene med tidligere forskning, spesielt om psykiske plager. Det er en overbevisende mengde studier som finner konsekvent positiv sammenheng mellom internalisert vektstigma og psykiske plager. Funn i denne studien indikerer at dette også kan gjelde for voksne med overvekt eller fedme i Norge, men kun fremtidige studier med et representativt utvalg vil kunne bekrefte dette.

Hva angår kjønn, utdanning, selvopplevd vektstatus, og selvopplevd helse, ble det ikke funnet signifikante sammenhenger med internalisert vektstigma. Det var heller ingen tydelige tendenser i analysene, men det er verdt å nevne at i dette utvalget rapporterte de med høyere

utdannelse, høyere grad av internalisert vektstigma, noe som er helt motsatt av tidligere studier. Om dette er tilfeldig, på grunn av lite utvalg, eller om nordmenn skiller seg fra andre land, vil kun stadfestes i fremtidige studier med større utvalg. På bakgrunn av store skjevheter i respondenters bosted, og risiko for redusert anonymitet, ble det ikke mulig å undersøke sammenhengen mellom internalisert vektstigma og bosted.

Denne studien bidrar til å styrke antakelsene om at internalisert vektstigma har negative konsekvenser for helse og livskvalitet, hos personer med overvekt eller fedme. Det er tydelig at internalisert vektstigma, som følge av vektstigmatisering og -diskriminering, bør anerkjennes som en trussel for folkehelsen, og gir en indikasjon på at samfunnets oppfatninger av mennesker med overvekt og fedme kan ha stor betydning for individers helse og trivsel. Tiltak mot reduisering av vektstigmatisering og -diskriminering bør inngå i offentlige strategier for folkehelse i Norge, og samfunnet må ta ansvar for inkludering og likestilling av mennesker med overvekt eller fedme.

6.1 Videre forskning

Da dette er det lite forskningsfelt i Norge, foreligger det flere anbefalinger for videre forskning om internalisert vektstigma, og dets påvirkning på helse. Først og fremst bør det gjennomføres en lignende tverrsnittundersøkelse med et større utvalg, representativt for populasjonen. Til måling av IVS anbefales WBIS-M, et veletablert måleinstrument i internasjonal forskning, og en versjon av HSCL, et veletablert måleinstrument for psykiske plager i Norge. Videre bør det settes av tilstrekkelig tid til rekruttering, og datainnsamlingsperioden bør være lang. En slik tverrsnittundersøkelse vil gi et mer reelt bilde av IVS blant personer med overvekt eller fedme i Norge, og dets sammenheng med sosiodemografiske faktorer og ulike helseaspekter. Det

kunne også vært hensiktsmessig og inkludere personer fra hele KMI-skalaen, slik at det kan undersøkes forskjeller i befolkningen.

Da tidligere studier viser at IVS påvirker intervensjoner knyttet til vektreduksjon og endring av levevaner, kunne det vært interessant å gjennomføre longitudinelle studier som undersøker deltakere før og etter intervensjon, på frisklivssentraler eller rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt. En slik studie vil kunne undersøke om IVS påvirker resultater av intervensjon, og i den forstand, mulig identifisere nye barrierer for suksessfull endring av levevaner eller vektreduksjon. I tillegg kunne det vært interessant og gjennomført en eksperimentell studie, hvor det undersøkes om reduksjon av IVS forbedrer helse og livskvalitet. Eksempelvis, kan en kasusgruppe delta på kurs/samtaler hvor det adresseres vektstigma, og metoder for håndtering av dette. I en slik studie kan det innhentes informasjon før og etter deltakelse, og sammenligne resultater med en kontrollgruppe.

Referanseliste

- Alimoradi, Z., Golboni, F., Griffiths, M. D., Broström, A., Lin, C.-Y., & Pakpour, A. H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition, 39*(7), 2001–2013.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.10.016>
- Bang Nes, R., Hansen, T., & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet—Anbefalinger for et bedre målesystem*. (IS-2727). Helsedirektoratet. <https://bit.ly/2lvFV9c>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Boswell, R. G., & White, M. A. (2015). Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals. *Advances in Eating Disorders, 3*(3), 259–268. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1047881>
- Brede Aase, R. (Regissør). (2021). Eitt feitt liv (Nr. 1–5). I *Eit feitt liv*.
<https://tv.nrk.no/serie/eit-feitt-liv>
- Brewis, A., SturtzSreetharan, C., & Wutich, A. (2018). Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Globalization & Health, 14*, 1–1. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0337-x>
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J., & Parry, V. (2007). *Foresight. Tackling obesities: Future choices—Project Report* (2. utgave). Government Office for Science. <https://bit.ly/2m8r41q>
- Carels, R. A., Hlavka, R., Selensky, J. C., Solar, C., Rossi, J., & Caroline Miller, J. (2019). A daily diary study of internalised weight bias and its psychological, eating and exercise correlates. *Psychology & Health, 34*(3), 306–320.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1525491>
- Carels, R. A., Wott, C. B., Young, K. M., Gumble, A., Koball, A., & Oehlhof, M. W. (2010).

- Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, *11*(3), 180–185.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.03.002>
- Christiansen, W. S., Karlsen, T.-I., & Larsen, I. B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, *13*(2). <https://doi.org/10.7557/14.4195>
- Clark, T., Foster, L., Sloan, L., & Bryman, A. (2021). *Bryman's social research methods* (Sixth edition). University Press.
- Curl, S. L., & Brown, P. M. (2020). Weight stigma and psychological distress: A moderated mediation model of social identification and internalised bias. *Body Image*, *35*, 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.006>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (u.å.). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Forskningsetikk. Hentet 24. oktober 2022, fra <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Decker, K. M., Thurston, I. B., & Kamody, R. C. (2018). The mediating role of internalized weight stigma on weight perception and depression among emerging adults: Exploring moderation by weight and race. *Body Image*, *27*, 202–210.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.10.004>
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity*, *16*(S2), S80–S86.
<https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Durso, L. E., Latner, J. D., & Ciao, A. C. (2016). Weight bias internalization in treatment-seeking overweight adults: Psychometric validation and associations with self-esteem, body image, and mood symptoms. *Eating Behaviors*, *1*, 104–108.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.01.011>

- Farčić, N., Barać, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Lovrić, R. (2020). Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *PLoS ONE*, *15*(5).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435>
- Feig, E. H., Amonoo, H. L., Onyeaka, H. K., Romero, P. M., Kim, S., & Huffman, J. C. (2020). Weight bias internalization and its association with health behaviour adherence after bariatric surgery. *Clinical Obesity*, *10*(4). <https://doi.org/10.1111/cob.12361>
- Flint, S. W. (2019). Weight stigma and discrimination: Time for change! *Nutrition Bulletin*, *44*(3), 249–253. <https://doi.org/10.1111/nbu.12398>
- Folkehelseinstituttet. (u.å.-a). *Kroppsmasseindeks (KMI / BMI) og helse*. Folkehelseinstituttet. Hentet 19. oktober 2022, fra <https://bit.ly/3zCpEm6>
- Folkehelseinstituttet. (u.å.-b). *Spørreskjema for fylkeshelseundersøkelsene*. Folkehelseinstituttet. Hentet 30. november 2021, fra <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. <https://bit.ly/3pt70HW>
- Forbes, Y., & Donovan, C. (2019). The role of internalised weight stigma and self-compassion in the psychological well-being of overweight and obese women. *Australian Psychologist*, *54*(6), 471–482. <https://doi.org/10.1111/ap.12407>
- Følling, I. (2020). Overvekt – livsstil eller mangel på livssjanser? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, *140*. <https://bit.ly/3DRBsDs>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforl.
- Hafekost, K., Lawrence, D., Mitrou, F., O’Sullivan, T. A., & Zubrick, S. R. (2013). Tackling overweight and obesity: Does the public health message match the science? *BMC Medicine*, *11*(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-41>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for psykisk*

- helse (2017-2022)*. Regjeringen. <https://bit.ly/2I99Ewr>
- Helse Sør-Øst. (2007). *Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten—Voksne*. Helse Sør-Øst. <https://bit.ly/3W7FYoy>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Oversikt over kommuner med frisklivssentral*. Hentet 4. november 2021, fra <https://bit.ly/3SXgV4U>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (IS-1735)*. <https://bit.ly/3gPRAfQ>
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet (IS-2263)*.
Helsedirektoratet. <https://bit.ly/3K4BhX1>
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler—Etablering, organisering og tilbud (IS-1896)*. <https://bit.ly/3FGxUWf>
- Helsenorge. (u.å.). *Ventetider for rehabilitering: Sykelig overvekt*. Hentet 4. november 2021, fra <https://bit.ly/3DuqMtg>
- Helseundersøkelsen i Trøndelag. (u.å.). *Spørreskjema—HUNT4 nr. 1*. Spørreskjema HUNT. Hentet 30. november 2021, fra <https://www.ntnu.no/hunt/sp-rreskjema>
- Hilbert, A., Baldofski, S., Zenger, M., Löwe, B., Kersting, A., & Braehler, E. (2014). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric Properties and Population Norms. *PLOS ONE*, 9(1), e86303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086303>
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/oby.20561>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2017). Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 421–431. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.003>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2019). Overlooked and Understudied:

- Health Consequences of Weight Stigma in Men. *Obesity*, 27(10), 1598–1605.
<https://doi.org/10.1002/oby.22599>
- Hognes Berg, K., Fiskum, C., & Tetlie Eik-nes, T. (2021). *Utredning av kroppsbildeforstyrrelse hos personer med fedme og overspisingslidelse*.
<https://www.fysioterapeuten.no/a/135133>
- Høgskolen i Innlandet. (u.å.). *Nettskjema*. Hentet 4. juni 2022, fra
<https://www.inn.no/bibliotek/oppgaveskriving/nettskjema/>
- Jackson, S. E. (2016). Obesity, Weight Stigma and Discrimination. *Journal of Obesity & Eating Disorders*, 2(1). <https://doi.org/10.21767/2471-8203.100016>
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kahan, S., & Puhl, R. M. (2017). The Damaging Effects of Weight Bias Internalization. *Obesity*, 25(2), 280–281. <https://doi.org/10.1002/oby.21772>
- Le, C., Sørberg Finbråten, H., Pettersen, K. S., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del 1* (IS-2959). Helsedirektoratet. <https://bit.ly/3U97a17>
- Lee, M. S., & Dedrick, R. F. (2016). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric properties using alternative weight status classification approaches. *Body Image*, 17, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.008>
- Lent, M. R., Napolitano, M. A., Wood, G. C., Argyropoulos, G., Gerhard, G. S., Hayes, S., Foster, G. D., Collins, C. A., & Still, C. D. (2014). Internalized weight bias in weight-loss surgery patients: Psychosocial correlates and weight loss outcomes. *Obesity Surgery*, 24(12), 2195–2199. <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1455-z>
- Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity

- stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1349–1356. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021>
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24(3), 218–224. <https://doi.org/10.1177/140349489602400314>
- Mensingher, J. L., & Meadows, A. (2017). Internalized weight stigma mediates and moderates physical activity outcomes during a healthy living program for women with high body mass index. *Psychology of Sport and Exercise*, 30, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.01.010>
- Mukaka, M. (2012). A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal : The Journal of Medical Association of Malawi*, 24(3), 69–71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>
- Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi. (2021). *Årsrapport for 2020 med plan for forbedringstiltak*. <https://bit.ly/3eOFHWP>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Vurdering av innsendte meldeskjema*. NSD. Hentet 2. september 2022, fra <https://bit.ly/3Wk38bz>
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Puhl, R. M., Vartanian, L. R., Giles, C., Griva, K., & Carter, A. (2016). The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*, 102, 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.032>
- Oellingrath, I. M., Svendsen, M. V., & Fell, A. K. M. (2022). Combined body mass index and abdominal obesity, lifestyle and health in a Norwegian adult population: A cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 30(2), 293–300. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01259-2>
- Olson, K. L., Lillis, J., Graham Thomas, J., & Wing, R. R. (2018). Prospective Evaluation of

- Internalized Weight Bias and Weight Change Among Successful Weight-Loss Maintainers. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 26(12), 1888–1892.
<https://doi.org/10.1002/oby.22283>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image*, 11(1), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews*, 19(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). Prevalence and correlates of weight bias internalization in weight management: A multinational study. *SSM - Population Health*, 13, 100755.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100755>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Chao, A. M., Walsh, O., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I., & Tronieri, J. S. (2019). Weight Bias Internalization and Long-Term Weight Loss in Patients With Obesity. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(8), 782–787. <https://doi.org/10.1093/abm/kay084>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Hopkins, C. M., Shaw, J. A., Hayes, M. R., Bakizada, Z. M., Alfaris, N., Chao, A. M., Pinkasavage, E., Berkowitz, R. I., & Alamuddin, N. (2017). Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity*, 25(2), 317–322.
<https://doi.org/10.1002/oby.21716>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Gorin, A. A., & Suh, Y. J. (2017). Missing the target:

- Including perspectives of women with overweight and obesity to inform stigma-reduction strategies. *Obesity Science & Practice*, 3(1), 25–35.
<https://doi.org/10.1002/osp4.101>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity*, 26(1), 167–175. <https://doi.org/10.1002/oby.22029>
- Puhl, R. M., Quinn, D. M., Weisz, B. M., & Suh, Y. J. (2017). The Role of Stigma in Weight Loss Maintenance Among U.S. Adults. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(5), 754–763.
<https://doi.org/10.1007/s12160-017-9898-9>
- Quinn, D. M., Puhl, R. M., & Reinka, M. A. (2020). Trying again (and again): Weight cycling and depressive symptoms in U.S. adults. *PLoS One*, 15(9), e0239004.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239004>
- Ree-Lindstad, G. (2022). *Innspill til nasjonal folkehelsemelding*. Likestillingscenteret.
<https://bit.ly/3xijDJY>
- Reinka, M. A., Quinn, D. M., & Puhl, R. M. (2021). Examining the relationship between weight controllability beliefs and eating behaviors: The role of internalized weight stigma and BMI. *Appetite*, 164, 105257. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105257>
- Remmert, J. E., Convertino, A. D., Roberts, S. R., Godfrey, K. M., & Butryn, M. L. (2019). Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours. *Obesity Science & Practice*, 5(6), 555–563.
<https://doi.org/10.1002/osp4.379>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 3:11 (2014-2015)). <https://bit.ly/3DmY4dG>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ*

metode (4. utg.). Fagbokforl.

Salemonsens, E., Hansen, B. S., Førland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived «wrong» lifestyle—A qualitative interview study. *BMC Obesity*, 5, 42.
<https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>

Samdal, G. B., & Meland, E. (2014). Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1334>

Samdal, G. B., & Meland, E. (2018). Helse uansett størrelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0863>

Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 774–781.
<https://doi.org/10.1177/1403494818756081>

Schmalbach, B., Zenger, M., Tibubos, A. N., Kliem, S., Petrowski, K., & Brähler, E. (2021). Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Assessment*, 28(2), 617–631.
<https://doi.org/10.1177/1073191119860910>

Schou, M. B., Krokstad, S., & Westin, S. (2006). *Hva betyr selvpålevd helse for dødeligheten?* 20(126), 2644–2647. <https://bit.ly/3sUqebg>

Schvey, N. A., Sbrocco, T., Bakalar, J. L., Ress, R., Barmine, M., Gorlick, J., Pine, A., Stephens, M., & Tanofsky-Kraff, M. (2017). The experience of weight stigma among gym members with overweight and obesity. *Stigma and Health*, 2, 292–306.
<https://doi.org/10.1037/sah0000062>

Solvang, F. (Regissør). (2021, april 20). Hjelper det å slanke seg? I *Debatten*.

<https://tv.nrk.no/serie/debatten/202104/NNFA51042021/avspiller>

Soulliard, Z. A., Brode, C., Tabone, L. E., Abunnaja, S., Szoka, N., & Cox, S. (2021). The role of body appreciation, weight bias internalization, and disordered eating behaviors among presurgical bariatric patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(5), 1000–1007. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.12.012>

Statistisk sentralbyrå. (2020). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. SSB.

<https://bit.ly/3FDEiNB>

Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

The World Medical Association. (2018). *WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Thonstad, M., Ekornrud, T., & Bryne Castberg Stølan, S. (2020). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019. Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom* (Nr. 2020/54). SSB. <https://bit.ly/3NvD2hq>

Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity «epidemic» and harms health. *Bmc Medicine*, 16, 123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>

Ueland, V. (2019). *Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme*. 14(77012), (e-77012). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012>

- Universitetet i Oslo. (u.å.-a). *Hva er Nettskjema*. Hentet 14. juni 2022, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/index.html>
- Universitetet i Oslo. (u.å.-b). *Koble Nettskjema til Tjenester for Sensitive Data (TSD)*—
Universitetet i Oslo. Hentet 24. oktober 2022, fra <https://bit.ly/3fp7NID>
- Universitetet i Oslo. (u.å.-c). *Koble sammen skjemaer for digital signering av samtykker i Nettskjema*—*Universitetet i Oslo*. Hentet 24. oktober 2022, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/samtykke.html>
- Verhaak, A. M. S., Ferrand, J., Puhl, R. M., Tishler, D. S., Papasavas, P. K., & Umashanker, D. (2022). Experienced weight stigma, internalized weight bias, and clinical attrition in a medical weight loss patient sample. *International Journal of Obesity (2005)*, 46(6), 1241–1243. <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01087-2>
- World Health Organization. (u.å.-a). *Mental health: Strengthening our response*. Hentet 18. august 2022, fra <https://bit.ly/2D41mo0>
- World Health Organization. (u.å.-b). *Obesity*. Hentet 27. april 2022, fra <https://www.who.int/health-topics/obesity>
- World Health Organization. (2017). *Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region*. Regional office for Europe. <https://bit.ly/3BvFuQU>
- World Health Organization. (2021). *Obesity and overweight*. <https://bit.ly/2Lul9Q9>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all* (ISBN 978-92-4-004933-8).
- Wu, Y.-K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>
- Aamo, A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K., & Skogli, E. (2019). *OVERVEKT OG FEDME I NORGE: OMFANG, UTVIKLING OG SAMFUNNSKOSTNADER*

(Menon-publikasjon nr. 9/19). <https://bit.ly/3fn4Vfn>

Vedlegg 1 Litteratursøk

| Dato | Database | Søkeord | Sortering/ filter | Antall resultater | Lest abstrakt | Lest i fulltekst | Inkludert i litteraturoversikt | Kommentar |
|--------------|----------|--|--|----------------------|------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| Oktober 2021 | Amed | "weight stigma" OR "weight discrimination" | limit to full text | 7 | 1 | 1 | 1 | |
| Oktober 2021 | Campell | "weight stigma" OR "weight discrimination" | | 23 | 1 | 1 | 0 | |
| Oktober 2021 | Cinahl | "weight stigma" OR "weight discrimination" | "limit to full text" og sortert på relevans | 328 | 28 | 16 | 4 | Gikk igjennom de 100 første titlene |
| Oktober 2021 | Cochrane | "weight stigma" OR "weight discrimination" AND "adults" | "source": huket vekk PudMed | 30 | 13 | 7 | 2 | |
| Oktober 2021 | PubMed | "internalized weight stigma" AND "BMI" | sortert på "best match" | 41 | 11 | 6 | 4 | Inkluderte også andre artikler om internalisert vektstigma som omtaler effekt på helse/livskvalitet |
| Oktober 2021 | PubMed | "internalized weight stigma" AND "body mass index" | sortert på "best match" og "limit to full text" | 28 | 15 | 10 | 4 | Inkluderte også andre artikler om internalisert vektstigma som omtaler effekt på helse/livskvalitet |
| Oktober 2021 | Cinahl | "internalized weight stigma" OR "weight bias internalization" AND "BMI" OR "body mass index" | "limit to full text" og sortert på relevans | 33 | 3 | 3 | 1 | Inkluderte også andre artikler om internalisert vektstigma som omtaler effekt på helse/livskvalitet. 8 artikler i dette søket hadde allerede blitt funnet i tidligere søk. |
| Oktober 2021 | Cochrane | "internalized weight stigma" OR "weight bias internalization" AND "BMI" | | 13 | 2 | 2 | 1 | Inkluderte også andre artikler om internalisert vektstigma som omtaler effekt på helse/livskvalite . 3 artikler i dette søket hadde allerede blitt funnet i tidligere søk |

| Dato | Database | Søkeord | Sortering/ filter | Antall resultater | Lest abstrakt | Lest i fulltekst | Inkludert i litteraturoversikt | Kommentar |
|---------------------------|--|--|--|----------------------|------------------|---------------------|-----------------------------------|---|
| Oktober 2021 | Web of science | "internalized weight stigma" OR "weight bias internalization" AND "BMI" | sortert på relevans | 213 | 5 | 3 | 2 | Inkluderte også andre artikler om internalisert vektstigma som omtaler effekt på helse/livskvalitet. Gikk igjennom de 100 første. 21 artikler i dette søket hadde allerede blitt funnet i tidligere søk |
| Oktober 2021 | Medline | "internalized weight stigma" OR "weight bias internalization" AND "BMI" OR "body mass index" | limit to "adults (19 plus years)" | 38 | 11 | 3 | 0 | Inkluderte også andre artikler om internalisert vektstigma som omtaler effekt på helse/livskvalitet. 12 artikler i dette søket hadde allerede blitt funnet i tidligere søk |
| Oktober 2021 | Embase | "weight stigma" OR internalized weight stigma" OR "weight bias" OR weight bias internalization" AND "BMI" | limit to full text | 12 | 0 | 0 | 0 | Alle artiklene i dette søket hadde allerede blitt funnet i tidligere søk |
| September - November 2021 | Annet (google.no og google scholar) | «vektstigma», «internalisert vektstigma», «forskning på vektstigma i norge», «weight stigma», "internalized weight stigma", weight bias internalization scale" | | Ukjent | Ukjent | 15 | 7 | Samling av de usystematiske søkene |
| August 2022 | Web of science | "internalized weight stigma" OR "weight bias internalization" AND "mental health" OR "mental distress" | Sortert på relevans. Filter: engelsk og artikler | 1096 | 15 | | 1 | Flere artikler har blitt funnet i tidligere søk |
| August 2022 | PubMed | "internalized weight stigma" AND "mental health outcomes" | | 9 | 5 | 3 | 3 | 4 artikler har blitt funnet i tidligere søk |
| August 2022 | Medline | "internalized weight stigma" OR "weight bias internalization" AND "depression/mental health" OR "mental health" | | 25 | 16 | 7 | 4 | 7 artikler har blitt funnet i tidligere søk |
| August - oktober 2022 | Annet (google.no, google scholar eller gjennom dokumenter) | "internalized weight stigma" AND "mental distress" OR "psychological distress" | | Ukjent | Ukjent | Ukjent | 3 | Samling av usystematiske søk |

Vedlegg 2 Forespørsel om hjelp til rekruttering

Fra: Pernille Lund pernil.lu@gmail.com
Emne: Hjelp til rekruttering av deltakere til masterstudien «Internalisert vektstigma»
Dato: 28. oktober 2022 kl. 13:08
Til:



Hei,

Mitt navn er Pernille Lund, jeg er 31 år gammel og holder på med min master i Folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner på Høgskolen i Innlandet avd. Elverum.

Vektstigmatisering og -diskriminering omtales som en «global helseutfordring» som har fått vokse i skjul og som i stor grad ignoreres i folkehelsearbeidet. Vektstigmatisering og -diskriminering har veldokumenterte negative konsekvenser for helse og livskvalitet, spesielt når det internaliseres. Det skjer likevel i mange areaer, som i helsetjenesten, i arbeidslivet og i sosiale sammenhenger.

Målet med denne studien er å bidra til økt kunnskap om internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme. Dette skal gjøres med en spørreundersøkelse hvor det skal kartlegges grad av internalisert vektstigma og hvordan dette har sammenheng med KMI, alder, kjønn, utdanning, selvpoplevd vektstatus og helse, og psykiske plager.

Hvorfor bør du/dere være med i denne studien?

Først og fremst vil denne studien bidra til at dere får mer kunnskap om brukergruppen deres, som forhåpentligvis kan bidra til å utvikle deres tilbud. For det andre vil dere være med i, det som til nå, er den første norske studien om internalisert vektstigma. Masteroppgaven vil også sendes ut til alle som har bidratt med rekruttering.

Hvorfor kontakter jeg deg/dere?

Du/dere jobber på Frisklivssentral eller Rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt og jeg trenger din/deres hjelp til å rekruttere deltakere fra deres brukere.

Hvem kan rekrutteres?

For at deltakerne skal kunne delta i undersøkelsen må de være ny-opptatt hos dere (maks 2 uker siden start). De må ha en KMI lik eller over 25 og et av målene med deltakelse hos dere er ønske om vektreduksjon. Deltakerne må være mellom 18 og 65 år.

Hva må du/dere bidra med?

Studien ønsker å rekruttere deltakere fra hele Norge og for at det skal være mulig trenger jeg hjelp av dere ansatte til dette. Det skal sendes ut informasjonsskriv til mulige deltakere og URL-lenke til spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen tar ca. 5 og deltakere kan svare hjemmefra på egen smarttelefon, nettbrett eller PC

Hva skjer når du/dere takker ja?

Etter at du/dere takker ja vil du/dere få en skriftlig veileder + alle relevante dokumenter som skal hjelpe deg/dere til å gjøre dette så effektivt og enkelt som mulig. Du/dere vil også få tilsendt en ferdig e-post med URL-lenken som kan sendes til deltakere. Sluttdato for datainnsamlingen er 16. september. Jeg startet datainnsamlingen allerede i mai, men trenger fortsatt flere respondenter så sender nå ut en siste runde med invitasjoner i håp om at det kan bidra til flere respondenter.

Tilleggsinformasjon

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) med referanse: 401208. Studien er også vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referanse: 223647. Datamaterialet lagres i Tjenester for sensitiv data (TSD) som har svært høy sikkerhet.

Litt mer om meg

Fra før har jeg en bachelor i Livsstilsendring og folkehelse som jeg fullførte våren 2020 hos Høgskolen Kristiania. Jeg begynte på bacheloren fordi jeg ønsket å bruke min egen erfaring med helsevesenet/livsstilsendring til å jobbe med og hjelpe andre som ønsker å endre livsstil. Engasjementet vokste gjennom disse tre årene så jeg startet på denne mastergraden for å øke kompetansen og forståelse ytterligere. Tidlig i masterforløpet ble jeg introdusert for vektstigmatisering og -diskriminering, noe som vekket stor interesse og jeg har fordypet meg i dette forskningsfeltet gjennom hele masterforløpet. Det var derfor ikke noe tvil om at det var dette masteroppgaven min skulle handle om.

Hvis dette vekket din/deres interesse håper jeg å høre fra dere. Hvis du/dere har flere spørsmål kan jeg nåes på e-post eller mobil: 91 76 16 75.

Vedlagt er en interessant norsk artikkel om temaet som er verdt å lese 😊

Med vennlig hilsen,

Pernille Lund

Vedlegg 3 Veileder til sentre som takket ja til rekruttering

Veileder til studien «Internalisert vektstigma»

Her kommer praktisk informasjon som skal fungere som en støtte for dere i rekrutteringen og ved eventuelle spørsmål deltakerne har mens de svarer på spørreundersøkelsen.

Hvem kan rekrutteres?

1. Personer mellom 18 og 65 år som har startet opp hos dere for mindre en to uker siden.
2. Personer som enten har veid seg hos dere allerede eller sier ja til å veies i forbindelse med studien. De kan veie seg hjemme om ønskelig.
3. Personer som har et ønske om vektreduksjon (kan være hovedmål eller delmål)
4. Personer med KMI lik eller over 25. Det er ikke forventet at dere skal regne KMI for å vurdere om en person kan rekrutteres eller ikke. Oppfyller personen de overnevnte kriteriene, men det er tvil om personen oppfyller dette kan de svare på spørreskjemaet likevel. Da vil eventuelt personer med for lav KMI ekskluderes i den endelige analysen, men svarene vil likevel være nyttige for oppgaven.

Hvordan kan mulige deltakere identifiseres?

1. For Frisklivssentraler: På individnivå (f.eks. innledende helsesamtaler) eller gruppenivå (enten gruppetilbud rettet mot målgruppen eller andre gruppetilbud).
2. For rehabiliteringssentre for sykelig overvekt: Alle kan rekrutteres så lenge de oppfyller overstående punkt 1 og 2.

Hvordan skal dere rekruttere og hvor mange skal dere rekruttere?

Her står dere ganske fritt, men alle dere introduserer studien for (og som viser interesse) skal få utdelt informasjonsskrivet og gi beskjed til dere om de vil delta. Informasjonsskrivet kan deles ut fysisk, henges opp eller sendes på e-post. Det er ingen krav til hvor mange dere må rekruttere, men selvfølgelig ønskes så mange som mulig. Studien er takknemlig for alle bidrag.

Hvor lenge kan dere rekruttere deltakere?

Dere kan sette i gang med rekrutteringen omgående. Foreløpig sluttdato for datainnsamling er søndag 4. september. Beskjed gis ved endring.

Når noen ønsker å delta?

Om vekt ikke er registrert hos dere må vedkommende veies før den får tilsendt URL-lenken på e-post. Det er helt i orden om deltakeren vil veie seg hjemme. Jeg vil sende dere en ferdig e-post dere kan videresende til de som vil delta. Spørreundersøkelsen kan besvares hjemme hvis ønskelig.

Hvis noen har spørsmål om temaet?

«Vektstigma» og «internalisert vektstigma» er ikke begreper alle kjenner til så hvis dere får spørsmål om hva dette er har dere en enkel og kort forklaring her:

Vektstigma:

Vektstigma er en generell antakelse om en persons egenskaper basert på, i dette tilfellet kroppsvekt, som faller utenfor «normalen» og/eller som blir ansett som negativt. Man blir satt i en «bås» med andre mennesker med f.eks. overvekt eller fedme og antar at alle i den båsen er «like». Et eksempel kan være

at overvekt og fedme nesten utelukkende kommuniseres som synonymt med «dårlig helse» i mediebildet, mens normalvekt er synonymt med «god helse». Ifølge forskningen er dette langt fra sannheten og man kan ikke kategorisere «god» og «dårlig» helse kun basert på vekt.

Internalisert vektstigma:

Når man blir eksponert for, eller opplever, vektstigma eller vektdiskriminering kan man godta stigmaet og anvende det om seg selv. Med andre ord: man tenker det samme om seg selv, som andre antar om deg, bare på grunn av din vekt. Personer med internalisert vektstigma har, i større grad, psykiske plager, kroppsmisnøye, lav selvfølelse og selvtillit, og generelt lavere livskvalitet enn personer uten internalisert vektstigma.

Hvis noen har spørsmål om samtykkeskjemaet eller spørreundersøkelsen?

Dere vil få tilsendt samtykkeskjemaet og spørreundersøkelsen i PDF-format slik at dere kan være forberedt i de tilfellene dere får spørsmål fra deltakere. De fleste spørsmålene besvares med avhuking, men to spørsmål har fritekstsvar.

URL-lenken dere får tilsendt og som skal sendes ut til deltakerne er det elektroniske samtykkeskjemaet. Her skal det fylles ut navn og e-postadresse ved samtykke til deltakelse. Når de sender inn dette skjemaet vil de automatisk bli videresendt til selve spørreundersøkelsen som da kan besvares.

Samtykkeskjemaet:

Fordi informasjonen lagres i TSD kan det skje at feltene for utfylling i samtykkeskjemaet er forhåndsutfylte når man åpner lenken. Hvis informasjonen i feltene er korrekt kan deltakeren gå videre som normalt. I de tilfellene den forhåndsutfylte informasjonen ikke stemmer og det ikke går ann og trykke inni tekstboksen for å endre kan man åpne et inkognito-vindu og lime inn lenken der. Et inkognito-vindu er et slags privat internettvindu hvor forhåndsutfyllingen ikke vil finne sted. Dette er svært enkelt og åpne, men det kan være litt forskjellig fremgangsmåte avhengig av hvilken enhet du åpner lenken på (Iphone, Android-telefon, Mac, Windows-pc osv.). Jeg foreslår å google «hvordan åpne inkognito + (enhet)». Eks: hvordan åpne inkognito i Chrome på PC.

Hvis dette formodning blir en stor utfordring eller det er andre utfordringer med spørreskjemaet, ta kontakt med meg for bistand. Mobil: 91761675 E-post: pernil.lu@gmail.com

Edit pr. august 2022: Dette har til nå ikke vært en utfordring for respondenter

Spørreundersøkelsen:

Det er to spørsmål med fritekstsvar:

- I spørsmålet om høyde skal det oppgis kun tallet i cm, et desimal er greit. Eks: 170,5
- I spørsmålet om vekt skal det oppgis kun tallet i kilo, et desimal er greit. Eks: 92,4

Utover dette skal alle spørsmål besvares med avhuking og bør være greit å svare på.

Til slutt:

Ikke nøl med å ta kontakt ved spørsmål ☺

Deres bidrag er svært verdifullt, så igjen, tusen takk!

Vedlegg 4 Informasjonsskriv



VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «INTERNALISERT VEKTSTIGMA»?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å bidra til å øke kunnskapen om internalisert vektstigma i Norge. Du er invitert til å delta i denne studien fordi du akkurat har startet på frisklivssentral eller rehabiliteringssenter for sykelig overvekt, og har et mål om vektreduksjon. Dette forskningsprosjektet ønsker å rette søkelyset mot urettferdig behandling av personer med overvekt eller fedme og hvordan dette påvirker helsen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Du må svare på en nettbasert spørreundersøkelse via Nettskjema.no som tar ca. 5-10 minutter. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. I første del av spørreskjemaet må du samtykke til deltakelse. I denne delen må du oppgi navn og e-postadresse. Når du sender inn dette vil du automatisk bli sendt til et nytt spørreskjema. Her må du først oppgi alder, kjønn, vekt, høyde, bosted, utdanningsnivå og hvordan du selv vil kategorisere din egen vekt og helse. Videre inneholder spørreskjemaet fem spørsmål som skal måle psykiske plager og 11 spørsmål som skal måle grad av internalisert vektstigma.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å delta i denne studien vil du bidra til å rette søkelyset mot vektstigmatisering og -diskriminering i Norge. Du vil være med å starte forskningen på dette feltet i Norge da det til nå ikke er publisert lignende studier. Du vil derfor være en bidragsyter til unik og grunnleggende kunnskap for videre forskning og kanskje et bedre nasjonalt tilbud for personer med overvekt eller fedme i fremtiden.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, vil du få tilsendt spørreundersøkelsen av en ansatt. Samtykke til deltakelse vil du gi i første del av spørreundersøkelsen. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser, eller dersom materialet er bearbeidet.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til utgangen av 2022. På grunn av dokumentasjonshensyn vil opplysningene oppbevares frem til 31.12.2027. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. For denne studien blir data oppbevart av Tjenester for sensitiv data (TSD). Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Annette Løvheim Kleppang og student Pernille Lund som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes. Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg slettes.

FORSIKRING

Pasientskadeloven.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet med referanse: 401208.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har også vurdert planlagt behandling av personopplysninger som forsvarlig og godkjent studien med referanse: 223647

Høgskolen i Innlandet avd. Elverum og prosjektleder Anette Løvheim Kleppang er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte;

Student: Pernille Lund, e-post: pernil.lu@gmail.com

Prosjektansvarlig: Annette Løvheim Kleppang, e-post: annette.kleppang@inn.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: usman.asghar@inn.no

Vedlegg 5 Samtykkeskjema for respondenter

Samtykke til deltakelse i studien "Internalisert vektstigma"

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Ved å fylle ut ditt navn og din e-postadresse samtykker du til å delta i studien "Internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme". Du samtykker samtidig til at svarene dine blir inkludert i studien og presentert i en masteroppgave.

Dersom du ikke samtykker skal du ikke fylle ut dette skjemaet.

All informasjon om studien skal være gitt til deg i et informasjonsskriv som du har fått utdelt av en ansatt. Hvis du formodning ikke har mottatt informasjonsskrivet ber vi deg ta kontakt med en ansatt for å få det utdelt slik at det kan leses nøye før du går videre til spørreundersøkelsen.

Jeg har lest informasjonsskrivet og samtykker til deltakelse *

- Ja
 Nei

Hva heter du (fornavn og etternavn)? *

Hva er din e-postadresse? *

Vedlegg 6 Elektronisk spørreskjema

Internalisert vektstigma

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Denne spørreundersøkelsen tar ca. 5-10 minutter. Les spørsmålene nøye før svar.

Bakgrunnsinformasjon

Hvor benytter du tilbud eller får behandling? *

- Frisklivssentral
- Rehabiliteringssenter for sykkelig overvekt

Hvor gammel er du? *

- 18-25 år
- 26-35 år
- 36-45 år
- 46-55 år
- 56-65 år

Kjønn *

- Kvinne
- Mann
- Annet
- Ønsker ikke oppgi

I hvilket fylke er du bosatt? *

- Oslo
- Viken
- Innlandet
- Møre og Romsdal
- Rogaland
- Vestland
- Nordland
- Vestfold og Telemark
- Agder
- Trøndelag
- Troms og Finnmark

Hva er din høyeste fullførte utdanning? *

- Videregående skole eller under
- Fagbrev eller svennebrev
- Høyere utdanning, mindre enn 4 år
- Høyere utdanning, 4 år eller mer

Hvordan er helsen din nå? *

- Dårlig
- Ikke helt god
- God
- Svært god

Hvor høy er du? *

Vennligst oppgi høyde i cm (kun tallet)

Hvor mye veier du? *

Vennligst oppgi vekt i kilo (kun tallet)

Hvordan vil du beskrive egen vekt? *

- Ekstremt undervektig
- Undervektig
- Litt undervektig
- Normalvektig
- Litt overvektig
- Overvektig
- Ekstremt overvektig

Psykiske plager

I hvilken grad har du vært plaget av nervøsitet eller indre uro den siste uken? *

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av redsel eller engstelse den siste uken? *

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden den siste uken? *

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av nedtrykthet eller tungsindighet den siste uken? *

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

I hvilken grad har du vært plaget av bekymring eller uro den siste uken? *

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

Internalisert vektstigma

Vennligst les igjennom hvert utsagn og velg det som best reflekterer hvor enig eller uenig du er

1. Tiltross for vekten min føler jeg at jeg er like kompetent som de fleste *

- Veldig enig
- Enig
- Litt enig
- Nøytral
- Litt uenig
- Uenig
- Veldig uenig

2. Jeg er mindre attraktiv enn de fleste andre på grunn av vekten min *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

3. Jeg bekymrer meg for min vekt på grunn av hva folk kan tenke om meg *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

4. Jeg skulle ønske jeg drastisk kunne endret vekten min *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

5. Når jeg tenker mye på vekten min, føler jeg meg deprimert *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

6. Jeg hater meg selv på grunn av min vekt *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

7. Vekten min utgjør i stor grad min vurdering av egenverdi *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

8. Jeg føler ikke at jeg fortjener å ha et tilfredsstillende sosialt liv på grunn av vekten min *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

9. Jeg er OK med den vekten jeg har *

- Veldig enig
- Enig
- Litt enig
- Nøytral
- Litt uenig
- Uenig
- Veldig uenig

10. På grunn av vekten min føler jeg meg ikke som mitt "sanne jeg" *


- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

11. På grunn av vekten min forstår jeg ikke hvordan noen attraktive ville ønske å date meg *

- Veldig uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Enig
- Veldig enig

Tusen takk for ditt bidrag!

Vedlegg 7 URL-mal til respondenter

Fra: Pernille Lund pernil.lu@gmail.com 
Emne: URL-lenke til spørreundersøkelsen "Internalisert vektstigma"
Dato: 5. september 2022 kl. 08:33
Til:

PL

Hei,

Takk for din deltakelse i denne studien. Trykk på lenken under for å komme til spørreskjemaet.

Da vil du først komme til en side som ber deg gi et digitalt samtykke til deltakelse. Når du sender inn dette vil du automatisk bli videresendt til spørreskjemaet.

Vedlagt er informasjonsskrivet hvis du har behov for å lese dette igjen før besvarelse.

URL-lenke: <https://nettskjema.no/a/235247>

Takk for ditt bidrag!

Mvh

Pernille Lund

Høgskolen i Innlandet avd. Elverum



Informasjonsskri
v_inter...n6.pdf

Vedlegg 8 Henvendelse til Kjersti Hognes-Berg med svar

Fra: Berg, Kjersti Hognes <KjerstiHognes.Berg@helse-nordtrondelag.no >
Emne: RE: Forespørsel om bruk av norsk oversettelse av Weight Bias Internalization Scale til masteroppgave
Dato: 2. november 2021 kl. 15:29
Til: Pernille Lund <pernil.lu@gmail.com>



Hei
Har diskutert med mine kolleger, og vi er enige om at det er greit at du benytter skjemaet.
Miner om at den norske oversettelsen ikke er validert enda.
Lykke til!
Vennlig hilsen Kjersti

Kjersti Hognes Berg
Spesialfysioterapeut
DSP Stjørdal
74 84 90 20 / 902 39 226

From: Pernille Lund <pernil.lu@gmail.com>
Sent: Monday, November 1, 2021 10:08 AM
To: Berg, Kjersti Hognes <KjerstiHognes.Berg@helse-nordtrondelag.no>
Subject: Forespørsel om bruk av norsk oversettelse av Weight Bias Internalization Scale til masteroppgave

Hei,

Jeg er masterstudent i folkehelsevitenskap ved Høgskolen Innlandet avd. Elverum og er i planleggingsfasen av mitt masterprosjekt. Temaet er internalisert vektstigma og jeg skal blant annet benytte Weight Bias Internalization Scale (WBIS) i en tverrsnittundersøkelse. Jeg leste i en fagartikkel i Fysioterapeuten (<https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fedme-fysioterapi/utredning-av-kroppsbildeforstyrrelse-hos-personer-med-fedme-og-overspisingslidelse/135133>) at WBIS er oversatt til norsk til en pågående studie.

Er det noe mulighet for at jeg kan få tilgang til den norske oversettelsen slik at jeg kan benytte den i min tverrsnittundersøkelse?

På forhånd, takk for svar.

Mvh
Pernille Lund



Norsk
spørre..a.docx

Vedlegg 9 Fremleggingsvurdering fra REK

REK sør-øst C

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Pernille Lund

Fremleggingsvurdering: Internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme

Søknadsnummer: 392419

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskolen i Innlandet

REK vurderer prosjektet som fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Målet med denne masterstudien er å bidra til økt kunnskap om internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme i Norge. Resultatene vil gi mer kunnskap om internalisert vektstigma og hvordan dette påvirker/blir påvirket av forskjellige faktorer/variabler. Dette kan bidra til innsikt i pasientgruppen om et tema som i liten grad blir adressert i norsk folkehelsearbeid.

Problemstillingen er foreløpig følgende:

- I hvilken grad har personer med overvekt eller fedme som benytter tilbud/får behandling i primær- eller spesialisthelsetjenesten internalisert vektstigma, og hvilken sammenheng er det mellom internalisert vektstigma og kroppsmasseindeks?

Det skal også belyses følgende forskningsspørsmål:

- I hvilken grad samsvarer selvpåmeldt vektstatus med faktisk vektstatus, og er det sammenheng med grad av internalisert vektstigma?
- Hva er sammenhengen mellom alder, kjønn, utdanning og grad av internalisert vektstigma?
- Hva er sammenhengen mellom internalisert vektstigma og depresjonssymptomer?

Problemstillingen og forskningsspørsmålene skal besvares med en tverrsnittundersøkelse ved hjelp av et nettbasert spørreskjema (nettskjema.no). Spørsmålene/måleinstrumentene er hentet ut fra eksisterende forskning. Det skal rekrutteres fra frisklivssentraler i primærhelsetjenesten og fra rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. Det skal utføres korrelasjons- og regresjonsanalyser på datamaterialet etter datainnsamlingen.

Vi viser til forespørsel om fremleggingsplikt.

REKs vurdering

Sekretariatet i REK sør-øst har nå vurdert henvendelsen.

Målet med denne masterstudien er å bidra til økt kunnskap om internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme i Norge. Problemstillingen og forskningsspørsmålene skal besvares med en tverrsnittundersøkelse ved hjelp av et nettbasert spørreskjema.

Fra forskningsprotokollen gjengis:

«2. Problemstilling

I hvilken grad har personer med overvekt eller fedme som benytter tilbud/får behandling i primær- eller spesialisthelsetjenesten internalisert vektstigma, og hvilken sammenheng er det mellom internalisert vektstigma og kroppsmasseindeks

I tillegg ønsker studien å belyse følgende forskningsspørsmål: - I hvilken grad samsvarer selvpåmeldt vektstatus med faktisk vektstatus, og er det sammenheng med grad av internalisert vektstigma? - Hva er sammenhengen mellom alder, kjønn, utdanning og grad av internalisert vektstigma? - Hva er sammenhengen mellom internalisert vektstigma og depresjonssymptomer?»

Sekretariatet har kommet til at prosjektet må fremlegges for komité som komplett prosjektsøknad, dette fordi prosjektet kan komme til å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 2, jf. helseforskningslovens § 4. Slik sekretariatet oppfatter prosjektet, dreier det seg ikke om forskning på reelt sett anonyme data.

Prosjektsøknader sendes inn på skjema, via <http://rekportalen.no>.

Det understrekes at komitébehandling av prosjektet er uavhengig av vurderingen knyttet til fremleggelsesplikt.

Vi gjør oppmerksom på at avgjørelsen av spørsmålet om fremlegging er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Konklusjon

Fremleggelsespliktig.

Med vennlig hilsen

Claus H. Thorsen
Seniorrådgiver
Sekretariatet
REK sør-øst

Vedlegg 10 Godkjennelse fra REK



| | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Region: | Saksbehandler: | Telefon: | Vår dato: | Vår referanse: |
| REK sør-øst D | Silje U. Lauvrak | 22845520 | 07.03.2022 | 401208 |

Annette Løvheim Kleppang

Prosjektsøknad: Internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme

Søknadsnummer: 401208

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskolen i Innlandet

Prosjektsøknad godkjennes.

Søkers beskrivelse

Målet med studien er å bidra til økt kunnskap om internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme i Norge, som ideelt kan bidra til å utvikle og forbedre tilbud/behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten. Ettersom det ikke er gjort forskning på dette i Norge per dags dato ønsker denne studien å sette søkelys på en stadig voksende utfordring som ikke får nok fokus i folkehelsearbeidet. Dette skal gjøres med en tverrsnittsundersøkelse der det skal kartlegges grad av internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme som benytter tilbud/får behandling i primær- eller spesialisthelsetjenesten, og hvordan det har sammenheng med KMI, alder, kjønn, utdanning, selvopplevd vektstatus og depresjonssymptomer. Med bakgrunn i problemstilling, mål for studien og eksisterende forskning er et tverrsnittsdesign det naturlige valget for denne studien. Utvalget skal rekrutteres over et stort geografisk område og det skal derfor benytte et nettbasert spørreskjema for å sørge for en effektiv og stor datainnsamling.

Vi viser til tilbakemelding mottatt 24.02.2022, i forbindelse med ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen er behandlet av leder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Prosjektets formål er å kartlegge grad av internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme som benytter tilbud/får behandling i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Det skal også undersøkes hvordan vektstigma påvirker deltagerens psykiske helse. Prosjektet gjennomføres som en nettbasert spørreundersøkelse, og det planlegges å inkludere 300 voksne personer med overvekt eller fedme (KMI lik eller over 25) fra Frisklivssentraler i primærhelsetjenesten eller fra spesialisthelsetjenesten gjennom rehabiliteringssentre for sykkelig overvekt.

Søknaden ble første gang behandlet i møtet 12.01.2022, hvor komiteen utsatte å fatte vedtak i saken. Komiteen ba om en nærmere begrunnelse for hvorfor nedre grense for KMI er satt så lavt som 25, som er grensen for normalvekt. Komiteen ba også om en avklaring på hvordan aktuelle deltagere skal identifiseres. I tillegg hadde komiteen en merknad til informasjonsskrivet.

Prosjektleder argumenterer i sin tilbakemelding for at det ikke er samsvar mellom KMI og grad av internalisert vektstigma, og at det derfor er viktig å inkludere hele KMI-skalaen. Når det gjelder rekrutteringen, skriver prosjektleder at alle som begynner på Frisklivssentraler har en innledende individuell helsesamtale med en ansatt på Frisklivssentralen hvor det blir kartlagt pasientens levevaner, helsestatus, ønsker og mål. Denne helsesamtalen skal brukes til å identifisere og rekruttere aktuelle deltagere. Prosjektleder har også revidert informasjonsskrivet (versjon 3) i tråd med komiteens merknad.

Komiteens leder finner prosjektleders svar tilfredsstillende, og ser viktigheten av å også kartlegge internaliserte vektstigma i gruppen med lavere KMI (KMI mellom 25-30). Komiteens leder har heller ingen innvendinger til rekrutteringsprosedyren, men forutsetter at det ikke er behandlet som står for rekrutteringen og innhenting av samtykke.

Med denne forutsetningen godkjennes prosjektet slik det er beskrevet i søknad og tilbakemelding fra prosjektleder.

Vedtak

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, oppdatert protokoll, tilbakemelding fra prosjektleder, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2022. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2027. Forskningsfilen skal oppbevares atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Vedlegg 11 Godkjennelse fra NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

223647

Prosjekttittel

Internalisert vektstigma hos personer med overvekt eller fedme

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for folkehelse og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Annette Løvheim Kleppang, annette.kleppang@inn.no, tlf: 90478285

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Pernille Lund, pernil.lu@gmail.com, tlf: 91761675

Prosjektperiode

17.01.2022 - 31.12.2022

Vurdering (1)

29.03.2022 - Vurdert

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 401208).

Vedlegg 12 Krysstabeller

Tabell 1: Krysstabel alder og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total |
|-------|---------------------|---------------------|-------------|---------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | |
| Alder | 18-25 | Antall | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | | % innen Alder | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 5,9% | 25,0% | 7,7% |
| | | % av Total | 0,0% | 3,8% | 3,8% | 7,7% |
| | 26-35 | Antall | 0 | 5 | 0 | 5 |
| | | % innen Alder | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 29,4% | 0,0% | 19,2% |
| | | % av Total | 0,0% | 19,2% | 0,0% | 19,2% |
| | 36-45 | Antall | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | | % innen Alder | 50,0% | 25,0% | 25,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 40,0% | 5,9% | 25,0% | 15,4% |
| | | % av Total | 7,7% | 3,8% | 3,8% | 15,4% |
| 46-55 | Antall | 2 | 6 | 1 | 9 | |
| | % innen Alder | 22,2% | 66,7% | 11,1% | 100,0% | |
| | % innen Grad av IVS | 40,0% | 35,3% | 25,0% | 34,6% | |
| | % av Total | 7,7% | 23,1% | 3,8% | 34,6% | |
| 56-65 | Antall | 1 | 4 | 1 | 6 | |
| | % innen Alder | 16,7% | 66,7% | 16,7% | 100,0% | |
| | % innen Grad av IVS | 20,0% | 23,5% | 25,0% | 23,1% | |
| | % av Total | 3,8% | 15,4% | 3,8% | 23,1% | |
| Total | Antall | 5 | 17 | 4 | 26 | |
| | % innen Alder | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |
| | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % av Total | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |

Tabell 3: Krysstabel psykiske plager og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total | |
|-----------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------|--------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | | |
| Psykiske plager | Ja | Antall | 0 | 7 | 3 | 10 | |
| | | % innen Psykiske plager | 0,0% | 70,0% | 30,0% | 100,0% | |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 41,2% | 75,0% | 38,5% | |
| | | % av Total | 0,0% | 26,9% | 11,5% | 38,5% | |
| | | Nei | Antall | 5 | 10 | 1 | 16 |
| | | | % innen Psykiske plager | 31,3% | 62,5% | 6,3% | 100,0% |
| | % innen Grad av IVS | | 100,0% | 58,8% | 25,0% | 61,5% | |
| | % av Total | | 19,2% | 38,5% | 3,8% | 61,5% | |
| | Total | | Antall | 5 | 17 | 4 | 26 |
| | | | % innen Psykiske plager | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | | % av Total | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |

Tabell 2: Krysstabel KMI kategori og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total |
|--------------|----------------|---------------------|-------------|---------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | |
| KMI kategori | Fedme grad I | Antall | 2 | 2 | 0 | 4 |
| | | % innen Kategori | 50,0% | 50,0% | 0,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 40,0% | 13,3% | 0,0% | 16,7% |
| | | % av Total | 8,3% | 8,3% | 0,0% | 16,7% |
| | Fedme grad II | Antall | 3 | 6 | 2 | 11 |
| | | % innen Kategori | 27,3% | 54,5% | 18,2% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 60,0% | 40,0% | 50,0% | 45,8% |
| | | % av Total | 12,5% | 25,0% | 8,3% | 45,8% |
| | Fedme grad III | Antall | 0 | 7 | 2 | 9 |
| | | % innen Kategori | 0,0% | 77,8% | 22,2% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 46,7% | 50,0% | 37,5% |
| | | % av Total | 0,0% | 29,2% | 8,3% | 37,5% |
| | Total | Antall | 5 | 15 | 4 | 24 |
| | | % innen Kategori | 20,8% | 62,5% | 16,7% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % av Total | 20,8% | 62,5% | 16,7% | 100,0% |

Tabell 4: Krysstabel kjønn og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total | |
|-------|---------------------|---------------------|---------------|---------|--------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | | |
| Kjønn | Kvinne | Antall | 2 | 9 | 2 | 13 | |
| | | % innen Kjønn | 15,4% | 69,2% | 15,4% | 100,0% | |
| | | % innen Grad av IVS | 40,0% | 52,9% | 50,0% | 50,0% | |
| | | % av Total | 7,7% | 34,6% | 7,7% | 50,0% | |
| | | Mann | Antall | 3 | 8 | 2 | 13 |
| | | | % innen Kjønn | 23,1% | 61,5% | 15,4% | 100,0% |
| | % innen Grad av IVS | | 60,0% | 47,1% | 50,0% | 50,0% | |
| | % av Total | | 11,5% | 30,8% | 7,7% | 50,0% | |
| | Total | | Antall | 5 | 17 | 4 | 26 |
| | | | % innen Kjønn | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | | % av Total | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |

Tabell 5: Krysstabell selvopplevd helse og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total |
|-------------------|---------------|---------------------------|-------------|---------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | |
| Selvopplevd helse | Dårlig | Antall | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | | % innen Selvopplevd helse | 0,0% | 75,0% | 25,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 17,6% | 25,0% | 15,4% |
| | | % av Total | 0,0% | 11,5% | 3,8% | 15,4% |
| | Ikke helt god | Antall | 4 | 8 | 2 | 14 |
| | | % innen Selvopplevd helse | 28,6% | 57,1% | 14,3% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 80,0% | 47,1% | 50,0% | 53,8% |
| | | % av Total | 15,4% | 30,8% | 7,7% | 53,8% |
| | God | Antall | 1 | 6 | 1 | 8 |
| | | % innen Selvopplevd helse | 12,5% | 75,0% | 12,5% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 20,0% | 35,3% | 25,0% | 30,8% |
| | | % innen Total | 3,8% | 23,1% | 3,8% | 30,8% |
| | Total | Antall | 5 | 17 | 4 | 26 |
| | | % innen Selvopplevd helse | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| % av Total | | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |

Tabell 7: Krysstabell selvopplevd vektstatus og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total |
|------------------------|---------------------|--------------------------------|-------------|---------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | |
| Selvopplevd vektstatus | Litt overvektig | Antall | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | | % innen Selvopplevd vektstatus | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 5,9% | 25,0% | 7,7% |
| | | % av Total | 0,0% | 3,8% | 3,8% | 7,7% |
| | Overvektig | Antall | 5 | 8 | 1 | 14 |
| | | % innen Selvopplevd vektstatus | 35,7% | 57,1% | 7,1% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 100,0% | 47,1% | 25,0% | 53,8% |
| | | % av Total | 19,2% | 30,8% | 3,8% | 53,8% |
| | Ekstremt overvektig | Antall | 0 | 8 | 2 | 10 |
| | | % innen Selvopplevd vektstatus | 0,0% | 80,0% | 20,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 47,1% | 50,0% | 38,5% |
| | | % av Total | 0,0% | 30,8% | 7,7% | 38,5% |
| | Total | Antall | 5 | 17 | 4 | 26 |
| | | % innen Selvopplevd vektstatus | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| % av Total | | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |

Tabell 6: Krysstabell utdanning og grad av IVS

| | | | Grad av IVS | | | Total |
|------------|-----------------------------------|---------------------|-------------|---------|--------|--------|
| | | | Lav | Middels | Høy | |
| Utdannelse | Videregående skole eller under | Antall | 3 | 8 | 0 | 11 |
| | | % innen Utdannelse | 27,3% | 72,7% | 0,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 60,0% | 47,1% | 0,0% | 42,3% |
| | | % av Total | 11,5% | 30,8% | 0,0% | 42,3% |
| | Fagbrev eller svennebrev | Antall | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | | % innen Utdannelse | 25,0% | 50,0% | 25,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 20,0% | 11,8% | 25,0% | 15,4% |
| | | % av Total | 3,8% | 7,7% | 3,8% | 15,4% |
| | Høyere utdanning, mindre enn 4 år | Antall | 0 | 1 | 3 | 4 |
| | | % innen Utdannelse | 0,0% | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 0,0% | 5,9% | 75,0% | 15,4% |
| | | % av Total | 0,0% | 3,8% | 11,5% | 15,4% |
| | Høyere utdanning, 4 år eller mer | Antall | 1 | 6 | 0 | 7 |
| | | % innen Utdannelse | 14,3% | 85,7% | 0,0% | 100,0% |
| | | % innen Grad av IVS | 20,0% | 35,3% | 0,0% | 26,9% |
| % av Total | | 3,8% | 23,1% | 0,0% | 26,9% | |
| Total | Antall | 5 | 17 | 4 | 26 | |
| | % innen Utdannelse | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |
| | % innen Grad av IVS | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % av Total | 19,2% | 65,4% | 15,4% | 100,0% | |

Vedlegg 13 Kjikvadrattest med Cramér's V og Eta

Tabell 8: Kji-kvadrat test og Cramer's V kjønn x grad av IVS

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|-------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | ,259 ^a | 2 | 0,879 |
| Likelihood Ratio | 0,260 | 2 | 0,878 |
| Linear-by-Linear Association | 0,107 | 1 | 0,743 |
| N of Valid Cases | 26 | | |

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Tabell 9: Kji-kvadrat test og Eta kjønn x WBIS-M

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,000 ^a | 19 | 0,784 |
| Likelihood Ratio | 19,408 | 19 | 0,431 |
| Linear-by-Linear Association | 0,269 | 1 | 0,604 |
| N of Valid Cases | 26 | | |

a. 40 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

| | | Value | Approximate Significance |
|--------------------|------------|-------|--------------------------|
| Nominal by Nominal | Phi | 0,100 | 0,879 |
| | Cramer's V | 0,100 | 0,879 |
| N of Valid Cases | | 26 | |

| | | | Value |
|---------------------|-----|-----------------|-------|
| Nominal by Interval | Eta | Kjønn | 0,734 |
| | | Dependent | |
| | | Gj.snitt WBIS-M | 0,104 |
| | | Dependent | |