



Høgskolen
i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Trude Myhrvold og Bodil Dagfinrud Lund

***Det indre og ytre blikk for skam ved
overvekt og fedme
en kvalitativ studie av helsepersonell***

The internal and external gaze on shame associated
with overweight and obesity
a qualitative study of health-personnel

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Våren 2024

Antall ord: 22 458

Forord

Vi er nå ved veis ende i vår utdanning innen studiet psykisk helsearbeid. Masteroppgavens innhold bærer preg av det vi kan beskrive som en «reise med dypdykk» inn i et tema, som har blitt mye mer enn hva det var før vi startet. Et tema vi møter i vår profesjon som sykepleiere, terapeuter og mennesker, og som vi nå med hånda på hjertet kan si «vi brenner for». Det har vært lærerikt og utrolig spennende å møte kloke lærere og ivrige, kunnskapsrike medstudenter.

Ikke minst har vi kommet godt innunder huden på hverandre, som medsammensvorne forfatterspirer. Dog til tider har vi vekslet på å være både slitne og medtatte uten ord å formidle. Vi har måttet røske i hverandre annenhver gang, men heldigvis fått frem smil og kunnskapsflyt som har dratt oss videre. Vennskapet står stødig, og er ytterligere ankret opp etter siste punktum satt i oppgaven. Fred og frihet hersker.

Takk til fantastiske forelesninger med dype refleksjoner av Sigrid Helene Kjørven Haug. En stor takk til vår klippefaste veileder, Anne Signe Landheim, som har «latt spira gro» med støtte og tro på alt vi entusiastisk har lagt frem. Med sine kloke refleksjoner og solide kunnskap, har hun gitt oss i retur det hun har ment har hatt evne til forbedring. Vi har fått tilbake alt fra store til helt små, avgjørende drypp om den viktige veien videre. Stor takk Anne.

En stor takk også til alle flotte informanter, som begeistret takket «ja» og ga av sin kunnskap. Ingen oppgave uten deres tanker, kommentarer, erfaringer og betraktninger.

Til slutt vil vi takke våre uvurderlige og tålmodige familiemedlemmer. Til tider har vi surret rundt med papirer og bøker i et kaos i fellesarealene i våre hjem, som har vitnet om studentlivets evinnelighet. We love you all!

Mai, 2024

Trude Myhrvold og Bodil Dagfinrud Lund

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	6
Forkortelser	6
Sammendrag.....	7
Abstract	8
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Hensikt	11
1.3 Forsknings spørsmål.....	11
1.3.1 Problemstillingen	11
1.3.2 Avgrensninger	11
1.4 Begrepsavklaringer.....	12
1.4.1 Psykisk helse	12
1.4.2 Psykisk helsearbeid	12
1.4.3 Overvekt og fedme	13
1.5 Behandlingstilbudet for personer med overvekt og fedme i Norge	14
1.6 Overordnet perspektiv og relevans for psykisk helsearbeid.....	15
1.7 Vår forforståelse	16
1.8 Oppgavens disposisjon.....	17
2.0 TEORI.....	18
2.1 Skam.....	18
2.1.1 Hva er skam?.....	18
2.1.2 Utvikling av skam	18
2.1.3 Kroppen og skammens fenomenologi.....	19
2.1.4 Skam, identitet og samfunnets påvirkning	21
2.1.5 Å våge seg til å snakke om skam	21

2.2 Veien videre med dialektisk relasjonsforståelse	22
2.2.1 Det grunnleggende og kjernen i teorien	22
2.2.2 Anerkjennelse	23
2.2.3 Selvavgrensning og selvrefleksivitet som prosess	25
2.2.4 Kjærlighet er først og fremst «noe mer»	25
2.3 Internasjonal og nasjonal forskning på skam	26
3.0 METODE	28
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	28
3.2 Design.....	29
3.3 Rekruttering og utvalg.....	30
3.4 Datainnsamling.....	31
3.4.1 Forberedelse	31
3.4.2 Intervjuguiden	31
3.4.3 Gjennomføring	32
3.4.4 Transkribering	33
3.5 Analyse av datamaterialet	34
3.5.1 Systematisk tekstkondensering	34
3.5.2 Beskrivelse av analyseprosessen	34
3.6 Forskningsetiske overveielser	39
3.7 Personvern og godkjenninger.....	40
4.0 RESULTATER	42
4.1 Hovedfunn.....	42
4.2 Den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp.....	43
4.3 Den underkommuniserte tilnærmingen til skam i behandlingsrelasjonen	46
4.4 Stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske	49
5.0 DISKUSJON	53

5.1 Resultatdiskusjon	53
5.1.1 Å forstå den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp.....	53
5.1.2 Å møte skammen ved å ha den på agendaen.....	56
5.1.3 Stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske	59
5.2 Metodediskusjon	63
5.2.1 Refleksivitet	63
5.2.2 Validitet-intern og ekstern.....	66
5.3 Relevans	69
5.3.1 Psykisk helse og Psykisk helsearbeid.....	69
5.3.2 Helsefremmende aspekt	71
5.3.3 Videre forskning.....	71
6.0 KONKLUSJON	72
Litteraturliste	73
Vedlegg 1: Godkjenning fra SIKT ref.nr: 819554	77
Vedlegg 2: Uttalelse fra KoFE	79
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	81
Vedlegg 4: Skriftlig samtykke.....	83
Vedlegg 5: Datahåndteringsplan	86
Skriftlig Samtykke.....	86
Lydfil av intervju.....	87
Transkriberte Intervjuer.....	87
Kodeark	88

Tabelloversikt

Tabell 1:	Kroppsmasseindeks og graden	s. 13
Tabell 2:	STK Trinn 1	s. 35
Tabell 3:	STK Trinn 2 Grovskisse	s. 36
Tabell 4:	STK Trinn 2 Ferdig	s. 37
Tabell 5:	STK Trinn 3	s. 38
Tabell 6:	STK Trinn 4	s. 43

Forkortelser

FHI	Folkehelseinstituttet
KoFE	Komitè for forskningsetikk ved HINN
KMI	Kroppsmasseindeks
Sikt	Kunnskapssektorens tjenesteleverandør som er en sammenslåing av NSD (Norsk senter for forskningsdata AS), Uninett AS og Unit – Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning.
STK	Systematisk tekstkondensering
WHO	Verdens helseorganisasjon

Sammendrag

Bakgrunn: Helsepersonell i behandlingsrelasjon med pasienter som strever med overvekt og fedme, skal bidra til mestring av sykdommen og utfordringer de står ovenfor. Fedme og overvekt er ofte forbundet med skam, men skam er derimot ikke tematisert og vektlagt i nasjonale retningslinjer. Vi mener skam er vesentlig å forholde seg til i en behandlingsrelasjon, og ønsket derfor å utføre en studie for å undersøke dette nærmere.

Hensikt: Hensikten har vært å få en større forståelse og økt kunnskap om hvordan helsepersonell forstår og møter skam i behandlingsrelasjonen, hos pasienter med overvekt og fedme.

Metode: Vi har benyttet kvalitativ metode. Studien har et eksplorerende og beskrivende design. Vi har gjennomført åtte individuelle semistrukturerte intervjuer av helsepersonell med ulike profesjoner. Systematisk tekstkondensering (STK) er brukt som analysemetode.

Resultater: Informantene hadde god forståelse av skam. Informantene hadde ulike strategier i hvordan de møtte pasienter med skam på, derimot viste studien at informantene sjelden tok ordet «skam» i tale selv om de avdekket at pasienten led av skam. Informantene så nytteverdien av å tematisere skam som del av behandlingen, også med synlighet på nasjonalt nivå.

Konklusjon: Informantene hadde gode verktøy for å møte skam i behandlingsrelasjonen, hos pasienter med overvekt og fedme. Videre viste de god forståelse av skam, selv om skam ikke sto på dagsorden i behandlingen. Med tematisering av skam i de nasjonale retningslinjene for behandling av overvekt og fedme i Norge, vil det kunne bidra til å synliggjøre viktigheten av å løfte opp temaet skam i behandlingen, og gi helsepersonell andre rammer å jobbe etter.

Nøkkelord: Skam, overvekt og fedme, helsepersonell-pasient relasjon, psykisk helsearbeid og kvalitativ metode

Abstract

Background: Health-personnel in a treatment relationship with patients struggling with overweight and obesity must contribute to mastering the disease and the challenges they face. Obesity and overweight are often associated with shame, but shame, on the other hand, is not thematized and emphasized in national guidelines. We believe that shame is important to deal with in a treatment relationship, and therefore wanted to carry out a study to investigate this.

Aim: The purpose has been to gain a greater understanding and increased knowledge of how health-personnel understand and encounter shame in the treatment relationship, in patients with overweight and obesity.

Method: We have used a qualitative method. The study has an exploratory and descriptive design. We have conducted eight individual, semi-structured interviews of health-personnel with different professions. Systematic text-condensation (STK) is used as an analysis method.

Results: The informants had a good understanding of shame. They had different strategies in how they met patients with shame, on the other hand, the study showed that the informants rarely mentioned the word “shame” even if they discovered that the patient suffered from shame. The informants saw the utility of thematizing shame as part of the treatment, also with visibility at national level.

Conclusion: The informants had good tools for addressing shame in the treatment relationship, in patients with overweight and obesity. Furthermore, they showed a good understanding of shame, even though shame was not on the agenda in the treatment. By addressing shame in the national guidelines for the treatment of overweight and obesity in Norway, it will help to highlight the importance of raising the topic of shame in treatment, and give health personnel other frameworks to work by

Keywords: Shame, overweight and obesity, health-personnel-patient relation, psychological theories, qualitative method.

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Den globale økningen av fedme beskrives av Verdens Helseorganisasjon, som en av de mest krevende helseutfordringene vi står ovenfor (WHO, 2022). Her hjemme er andelen nordmenn med overvekt og fedme høyere enn andelen normalvektige (Folkehelse rapporten, 1.juli 2022). Omgjort i prosent viser folkehelse rapporten (2022) som eksempel til, at det i aldersgruppen 40-49 år kun er 23% av mennene og 42% av kvinnene som kategoriseres til å være normalvektige. Helsedirektoratet beskriver i de nasjonale retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, en «urovekkende vektøkning i hele befolkningen» (Helsedirektoratet, 2010, s.3).

Det er et stort behov for nye verktøy til bruk for å kunne forebygge med helsefremmende tiltak, men også utrede og behandle overvekt og fedme ikke bare ved å «operere oss bort fra denne utfordringen» (Helsedirektoratet, 2010, s.3). Det legges vekt på at denne ubalansen mellom energiinntak og energiforbruk absolutt er et samfunnsansvar, som henger sammen med fysisk inaktivitet og uheldig kosthold. Det primære målfokus med å gi råd og veiledning til disse pasientene, må også inneholde tilbud om psykologisk hjelp der det måtte være behov (Helsedirektoratet, 2010, s.8-9). Forskning har i flere år vist til at endring av livsstil kan være svært vanskelig, og at det er så få som 5 % av pasientene som faktisk klarer å beholde vekt nedgangen de oppnår (Hjelmesæth et al. 2007).

Tilbudet som gis pasientene, som ikke oppnår varig vekt nedgang og behandlingsmål i primærhelsetjenesten, er et tverrfaglig rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten hvor man med et kombinert gruppe- og individ-rettet fokus over tid, også tilbyr mestringspsykologi som en del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2010, s. 61, 2015, 29.september). Flere studier støtter viktigheten av mestringspsykologi, og at graden av mestringstro har en åpenbar innvirkning på både innsats, utførelse og hvorvidt man oppnår sin målsetting for livsstilsendring (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012; Skyrud & Trollvik, 2019).

I de nasjonale retningslinjene poengteres det at fedme er å forstå som en kronisk lidelse som krever langsiktig oppfølging, og at det er pasienter med kroppsmasseindeks (KMI) over 40 eller KMI over 35 med livsstilsrelatert sykdom som særskilt innbefattes av tilbudet i

spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 60-63). Det løftes tydelig frem at den massive økningen av fedme i samfunnet ikke bare må anerkjennes som en kompleks og kronisk sykdom som gir redusert helse, men det må anerkjennes at fedme også påfører den enkelte stor skam og stigmatisering fra samfunnet (Sagen, 2022, 4.mars).

Det hele må starte med det viktige menneskemøtet, og det å «ha respekt for hverandre» (Sagen, 2022, 4.mars). Her trekkes linjene til Skårderud (2001, s. 163) som løfter frem hvor viktig rollen vi innehar som helsepersonell, og at vi med vår kunnskap om og dypere forståelse av skam, kan bidra til at skam både kan snakkes om, men også bli lettere å bære for pasientene. I dagens samfunn kan det i flere sammenhenger være slik, at vi knytter ulike sykdommer til lavstatussykdommer og høystatussykdommer (Farstad, 2016, s. 47). Denne klassifiseringen vi gjør om sykdom kan kobles til skam hos den enkelte. Selv om erfaringen med skam er personlig, vil den enkelte utsettes for større risiko i å føle skam når livsstil og sykdommer stigmatiseres (s. 47). Møtet mellom pasient og behandler og hvordan relasjonen etableres, kan påvirkes av hvilken status sykdommen har (s. 48). Farstad viser videre til at manglende mulighet for å skjule en tilstand eller sykdom, slik man forstår kan være gjeldende ved overvekt og fedme, kan bidra til å komme i kontakt med skammen. Man kan kjenne på at man selv er skyld i å være årsak til sykdommen, samtidig som man gjør estetisk vurdering på at man ikke ser fin nok ut, er tynn nok eller oppfyller samfunnets krav om å være «lik alle andre», noe som kan skape skam (Farstad, 2016, s. 49). Derfor er kunnskap om skam viktig og bevissthet om egne holdninger til skam helt sentralt, for å komme til kjernen av det den andre kommer til oss med, utdyper Farstad (2016, s.20).

I de nasjonale retningslinjene klargjøres det, at helsepersonell bør ta et «pådriveransvar» i dette arbeidet med å tilrettelegge i samfunnet (2010, s. 3) og at å hjelpe pasienten til mestring av sykdommen fedme er viktig. Mestring dreier seg i stor grad om «opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer», samt oppnå en «følelse av å ha kontroll» over sitt eget liv (Helsedirektoratet, 2010, s. 63). Derimot tematiseres ikke skam og viktigheten av å løse opp i skam i de nasjonale retningslinjene.

1.2 Hensikt

Vi valgte å se nærmere på et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, der de gir organisert livsstilsendring til pasienter med overvekts problematikk. Hensikten var å utvikle kunnskap og få en dypere forståelse, om hvordan et utvalg av helsepersonell forstår og møter skam i behandlingsrelasjon med pasienter som strever med overvekt og fedme. Denne kunnskapen kan gi faglig inspirasjon til det kliniske arbeidet videre, og bidra til økt forståelse av mestringspsykologiens betydning i behandlingsrelasjonen.

1.3 Forsknings spørsmål

1.3.1 Problemstillingen

Ut fra bakgrunn og hensikt ble problemstillingen i masteroppgaven følgende:

Hvordan forstår og møter helsepersonell skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme?

Den todelte problemstillingen utforsket for det første hvordan helsepersonell forsto skam ut fra konteksten om at det berører vår psykiske helse. Deriblant hvilken holdning og kunnskap helsepersonell har om skam som fenomen, men også hos personer med overvekt og fedme. Det andre momentet i problemstillingen, utforsket hvordan helsepersonell møtte den enkelte pasient med overvekt og fedme i en behandlingsrelasjon, der livsstilsendring var det sentrale mål. Motivasjonen var å få en dypere forståelse, av hvordan helsepersonell håndterte og handlet i møtet med skam hos pasienter med overvekt og fedme.

1.3.2 Avgrensninger

I masteroppgaven henspilte problemstillingen seg til relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Pasientens stemme og betraktninger har ikke blitt belyst, da det kun ble gjennomført intervjuer med helsepersonell. Avgrensningen ble gjort med hensyn til gjeldende rammevilkår i masterstudiet, blant annet i forhold til tidsaspektet. Personvern ble diskutert som en faktor, som gjorde det for krevende å inkludere begge parter. Vi påpeker at det hviler et stort ansvar på helsepersonell med tanke på konteksten i oppgaven, som utgjorde et moment i avgrensningen om og kun intervjuer helsepersonell. Det ble videre ikke inkludert teori eller redegjort for somatiske sykdommer, som kan være risikofylt ved overvekt og fedme.

Bakgrunnen for dette er at oppgaven hadde en særlig retning mot psykisk helsearbeid, og ikke mot somatisk sykdom.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Psykisk helse

Ut fra retningen mot det psykiske aspektet som nevnt i avgrensningen ovenfor, er det naturlig å spesifisere psykisk helse og definisjonen gitt fra WHO:

Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community. It is an integral component of health and well-being that underpins our individual and collective abilities to make decisions, build relationships and shape the world we live in. Mental health is a basic human right. And it is crucial to personal, community and socio-economic development. (WHO, 2018, 30.mars).

Vi forstår definisjonen på psykisk helse, ved at det er en tilstand hvor mennesket kan leve sitt liv, søke og ha ønsker om å nå sine mål, tåle livets opp- og nedture, kunne delta i samfunnet med mening og skape relasjoner til andre som bidrar til et sosialt godt liv. Skam kan direkte rukke ved flere av definisjonens elementer.

1.4.2 Psykisk helsearbeid

Videre i oppgaven er informantene helsepersonell, som særlig arbeider med mennesker i en behandlingsrelasjon, hvor psykisk helsearbeid inngår i arbeidsdefinisjonen i form av helsefremmende arbeid. Vi velger å ta med definisjonen gitt av Andersen (2023, 11.mai):

Psykisk helsearbeid er samarbeid for å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, samt skape inkluderende lokalsamfunn. Psykisk helsearbeid inkluderer arbeid med å påpeke, og søke å endre, forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting (Andersen, 2023).

Helsepersonell som jobber i spesialisthelsetjenesten og innenfor rehabiliteringsforløpet i konteksten, skal ifølge helsedirektoratets retningslinjer, ha ansvar for pasientens psykiske helse, men også bidra med et samfunnsansvar i form av råd og veiledning for blant annet å hindre stigma og utenforskap (Helsedirektoratet, 2010, s. 3).

1.4.3 Overvekt og fedme

Begrepene «overvekt og fedme» er brukt i problemstillingen. Dette med bakgrunn i at vi møter begge begrepene i kontekstens faglitteratur, tidligere forskning og hos informantene i studien.

Tabell 1 viser klassifisering av begrepene målt i kroppsmasseindeks (KMI), og utregnes med vekt i kg dividert med kvadratet av høyden i meter;

KMI hos voksne	
• 18–25	er normalvekt.
• >25	er overvekt.
• >30	fedme.
• 30-34	fedme grad 1.
• 35-39	fedme grad 2.
• 40 og over	fedme grad 3.

Tabell 1: Kroppsmasseindeks (KMI) og graden (Helsedirektoratet, 2010, s. 12).

Overvekt refererer til en tilstand der en person veier mer enn det som er betraktet som normalt eller helsemessig gunstig, målt i høyde, vekt og ofte kjønn. En person som klassifiseres som overvektig har en KMI på >25 (Helsedirektoratet, 2010, s. 12). Fedme er en mer alvorlig form for overvekt, og er karakterisert ved overdreven akkumulering av fettvev i kroppen. En person som klassifiseres med fedme har en KMI på >30 (Helsedirektoratet, 2010, s. 12).

Det er viktig å bemerke at selv om overvekt og fedme er nær beslektede begreper, er fedme ansett som en mer alvorlig tilstand. I de nasjonale retningslinjene blir det referert til at personer med fedme klassifiseres til det tverrfaglige tilbudet i spesialisthelsetjenesten, som er konteksten i denne studien. Helse Sør-Øst bruker uttrykket «sykelig overvekt», i deres omtale av samme tilbud. Informantene i studien brukte nesten konsekvent «overvekt» i omtale av pasientgruppen, mens det i informasjonen pasientene får beskrives som “overvektsproblematikk”.

Gjennom vår egen kliniske erfaring, opplever vi at skam forekommer uavhengig av KMI-grenser. Derfor brukes begge begrepene i oppgaven, selv om det per definisjon er pasienter med KMI på >35 + tilleggssykdom eller KMI på >40, som er pasientgruppen til informantene. Definisjon og utdypning om skam er tatt med under teorikapitlet 2.0

1.5 Behandlingstilbudet for personer med overvekt og fedme i Norge

Hovedansvaret for behandlingen av den stadig økende forekomsten av overvekt og fedme, er lagt til primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 23). De nasjonale retningslinjene beskriver videre at den individrettete utredningen som foregår hos fastlegen, skal inneholde en vurdering av om omfanget av overvekt og fedme skyldes mer alvorlige årsaker utover ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk (s. 8). Helt konkret gis det råd om hvordan fastlegen skal sette relevante og realistiske behandlingsmål i samråd med pasienten (s. 8), og det antydes at en vektreduksjon omkring 5-10% er tilstrekkelig i forhold til den ønskede helsegevinsten i å redusere utvikling av somatiske, vektrelaterte tilleggskomplikasjoner (s. 9). Det beskrives spesifikt at endring og mestring av nye levevaner kan være vanskelig, og at faglig hjelp må tilbys «innen rimelig tid» dersom pasienten ikke oppnår behandlingsmål (s. 60).

De regionale overvektspoliklinikkene i spesialisthelsetjenesten vurderer om henviste pasienter skal behandles innenfor psykiatrisk eller somatisk helsetjeneste, utover om det foreligger en spiseforstyrrelse eller underliggende traume som årsak eller om det er livsstilsrelatert (s. 61). Innenfor somatisk helsetjeneste tilbys da enten overvektskirurgi eller ikke-kirurgisk behandling (s. 60). Ikke-kirurgisk behandling gjennomføres enten som institusjonsbehandling eller som poliklinisk rehabilitering (s. 61). Informantene i denne studien jobber innenfor tilbudet som omfatter poliklinisk rehabilitering.

Helse Sør-Øst har avtale med flere private rehabiliteringsinstitusjoner, som tilbyr rehabiliteringstilbud for pasienter med overvektproblematikk/sykkelig overvekt. Målsettingen i disse tilbudene er varig vektreduksjon, som oppnås gjennom en individuell og tverrfaglig kartlegging, som danner grunnlaget videre for realistiske og attraktive mål å jobbe mot. Et tverrfaglig team bestående av lege, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, sykepleier og arbeidskonsulent, bistår støttende gjennom ulike utfordringer. Pasientene deltar

gjennom en dagrehabilitering, og reiser hjem etter rehabiliteringsdagens slutt. Det er både gruppebaserte temasamlinger og trening, men også individuell oppfølging i henhold til egen plan og målsetting. Det tilbys økt kunnskap og erfaring knyttet til blant annet; fysisk aktivitet, ernæring og kosthold, atferdsendring og medikamentell behandling. Rehabiliteringsforløpet er over 8 uker, som etterfølges av jevnlig oppfølging i inntil 5 år. Henvisning til tilbudet skjer via fastlege (Helse Sør-Øst, 2015).

1.6 Overordnet perspektiv og relevans for psykisk helsearbeid

Som nevnt i pkt. 1.5 er forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, først og fremst plassert innunder fastlegen i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 23). Oppnå ikke behandlingsmål henvises pasientene videre til spesialisthelsetjenesten innenfor somatiske helsetjenester (s. 60). Vi ønsker gjennom denne masteroppgaven å sette fagfeltet psykisk helsearbeid på dagsordenen. Det helsefremmende perspektivet blir belyst i flere elementer, blant annet ved å bistå pasienter til å mestre hverdagens utfordringer, og også arbeide med å søke å endre stigmatisering og sosial utstøtning i samfunnet (Andersen, 2023, 11.mai). I tillegg blir oppgaven belyst innenfor skammens fenomenologi og relasjonsteori, som baserer seg på psykologiske teorier (Farstad, 2016, s. 25; Schibbye, 2009, s. 38).

Vårt utgangspunkt og inspirasjon for å skrive denne masteroppgaven starter ved nettopp denne manglende tematiseringen av skam i retningslinjene, samtidig som det beskrives at helsepersonell har et stort og viktig ansvar i bekjempelsen av overvekt og fedme. En betydningsfull betraktning vi har erfart i eget klinisk arbeid, er hvor vanskelig det kan være å snakke om skam i relasjonen. Man må ha en særs stor trygghet i seg selv som behandler, for nettopp å kunne nærme seg å møte skam på en god måte i pasientrelasjonen. I tråd med dialektikken og den terapeutiske relasjon, beskriver Schibbye (2009) nettopp hvor viktig det er at helsepersonell er klar over sitt eget ståsted og hvordan vi må forstå relasjonen som noe mer enn bare teori. Vi må ha et bakenforliggende menneskesyn (2009, s. 19). Nytteverdien i studien kan derfor være stor, også for andre kontekster der helsepersonell jobber nært med pasienter, spesielt innenfor somatiske helsetjenester hvor man ofte har «andre briller på».

1.7 Vår forforståelse

Et generelt trekk ved mennesket er at vi forstår verden ut fra vår forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s.268). Malterud formulerer seg ytterligere ved å mene, at forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Alt vi samler, leser og tolker preges av dette innholdet både i positiv og negativ forstand (2017, s. 44). Vi er to forskere i denne masteroppgaven og to «ryggsekker» med forforståelse. Vi brukte mye tid på å reflektere sammen og hver for oss rundt akkurat vår egen forforståelse. Tematikken i problemstillingen vår handler om skam, og vi hadde begge en formening om at skam er noe som preger oss alle i en eller annen form. Begge hadde personlige erfaringer med skamfølelsen i form av livserfaringer, og i gitte settinger har den preget grubling og tanker, men også vist seg å være «normal» og veivisende.

I møte med pasienter hadde vi begge observert skam i behandlingssituasjonen. Vi jobber begge med individuelle mestringssamtaler, hvor pasienter kommer for hjelp til blant annet livsstilsendring grunnet overvekt og fedme. Den genuine interessen og troen på at det er flere aspekter i disse samtalene som må berøres, enn «bare» vekt og å veie mat, har vi vært helt enige om. Sammen har vi tidligere skrevet en fordypningsoppgave om tematikken «skam», så interessefeltet og den faglige forankringen fulgte med oss inn i denne oppgaven. Underveis i prosjektet har vi vært enige om at vi har fått oss noen overraskelser, og ikke minst tilegnet oss ny god kunnskap. Et eksempel på dette er at vi i vår forforståelse var farget av en holdning om at skam ble snakket for lite om i behandlingsrelasjonen, men som absolutt ble motbevist underveis. Selv om ordet skam ikke nødvendigvis ble brukt som egen tematikk, var samtaler omkring følelser og mat omhyggelig representert.

Vi har brukt hverandre godt i denne prosessen, og anser det som en mulig styrke å ha vært to forskere i oppgaven. Der den ene har holdt igjen på forutinntatte holdninger, har den andre tilført og åpnet dører – og motsatt. Vi gikk inn i forskningsprosessen med vår profesjon som sykepleiere i ryggsekken. Begge med lang erfaring som sykepleiere, og med videreutdanning innen eldreomsorg med vekt på psykisk helse. En med tilleggsutdanning i kognitiv terapi, den andre med master i NLP (moderne psykologi), som på hver sin måte preger vår forforståelse og interesse for psykisk helsearbeid. Samlet sett har vi også hatt med oss «vårt levde liv» inn i de utallige refleksive prosessene underveis.

1.8 Oppgavens disposisjon

Masteroppgaven begynner med kapittel 1 hvor bakgrunn, formål og problemstilling presenteres. Vår forforståelse og overordnede kontekst presenteres også her. Kapittel 2 inneholder teori og forskning relatert til oppgavens ståsted. I kapittel 3 utdypes masteroppgavens metodologiske utgangspunkt, og praktiske gjennomføring. Videre i kapittel 4 presenteres hovedfunn fra dataanalysen, før man i kapittel 5 diskuterer funn og metode samt antydning om tema for fremtidig forskning. Det siste kapittelet avrundes med en konklusjon.

2.0 TEORI

Den teoretiske referanserammen man kan velge, for å strukturere og forstå meningen med sine tolkninger i en studie, kan omfatte teorier, modeller, definisjoner og begreper (Malterud, 2017, s.47). Som teoretisk perspektiv i denne masteroppgaven ble dialektisk relasjonsteori benyttet, samt teori knyttet til skammens fenomenologi og kroppsfenomenologi som bakteppe. Tidligere forskning som belyste oppgavens problemstilling presenteres også i dette kapittelet.

2.1 Skam

2.1.1 Hva er skam?

Skam er en følelse som både kan være flyktig og uhåndgripelig å forstå, og den retter seg innover mot selvet og dets mangler eller manglende verdi (Farstad, 2016, s.28). Aakvaag (2018, s. 42) henviser til blant annet Paul Gilbert, som definerer skam på følgende måte;

Skam er en smertefull affekt, ofte assosiert med oppfatninger av at man har personlige attributter (som kroppsform, størrelse eller tekstur); personlighetskarakteristikk (som kjedelig, uintelligent eller uærlig) eller har deltatt i handlinger (som løgn eller stjeling) som andre vil finne lite attraktive, og som vil resultere i avvisning eller en form for devaluering (Gilbert, 2000).

Man kan forstå skammen som at den plasserer seg rett inn i vår sosiale verden, og hvordan vi så fremstår ovenfor andre (Aakvaag, 2018, s.43). «Blikkets sykdom» skriver Farstad (2016, s. 28) og beskriver skam som opplevelsen av «å være feil», og som knytter seg til ulike smertefulle følelser hos personen. Den *eksterne skammen* som har en sterk komponent av avvisning og devaluering, baserer seg på den sosiale reaksjonen og plasseres hos andre. Som motsetning til denne, finner man den *indre skammen* plassert i vårt indre (Aakvaag, 2018, s. 45). Det beskrives videre at denne indre skammen, som fortsatt ikke er «avslørt» hos andre, allikevel er fryktsom og ødeleggende (s.45).

2.1.2 Utvikling av skam

Skamfølelsen utvikles i tidlig alder, og den «sunne» skammen er viktig for å lære oss til å utvikle gode grenser både i oss selv og i forhold til andre (Hagen et al., 2016, s.77-78). Bowlbys tilknytningsteori utdyper hvordan våre relasjonelle mønstre og videre tilknytning til andre

mennesker i tidlig alder, danner grunnlaget for om erfaringene med skam enten blir til disse gode skamerfaringer eller om de utvikler seg og blir til destruktiv skam (Farstad, 2016, s. 105). Destruktiv skam er eksempelvis den tidlige, vonde skammen påført av andre, som kan oppstå ved avvisning av spedbarnet enten av mor eller en annen omsorgsperson (Hagen et al., 2016, s. 79). Dette kan videre føre til en ubalanse i affektreguleringen til barnet, og det skapes en svikt i det relasjonelle samspillet som barnet vil bære med seg videre i livet (Farstad, 2016, s. 102).

2.1.3 Kroppen og skammens fenomenologi

En fenomenologisk tilnærming til skam kan forstås gjennom å se etter det som kommer til syne hos mennesket, eller det som viser seg enten gjennom et kroppslig uttrykk, følelsesmessig uttrykk eller gjennom adferd vi legger merke til (Farstad, 2016, s. 25).

Thornquist (2018, s.136-138) henviser til den franske filosofen Merleau-Ponty, hvor viktig han var i sin videreutvikling av fenomenologiens subjektivitetsbegrep og hans tenkning om menneskets vesen. Han knyttet den «menneskelige subjektivitet» nettopp til kroppen, og beskrev en ny *kroppsteori*. I denne teorien hevdet han at mennesket ikke er å forstå som et tenkende og intensjonalt vesen som er løsrevet fra kroppen, derimot er det *som* kroppslig subjekt at mennesket eksisterer og deltar i verden. Kroppen er altså sentrum for både erfaring og erkjennelse. Han la vekt på at enhver kropp er synlig for andre, og dermed også inviterer den til kommunikasjon. Kroppen har også sitt språk, den er ikke taus og uttrykksløs, for det er *gjennom vår kroppslighet vi mennesker er henvist til hverandre*, utdypet han (Thornquist, 2018, s. 136-138). Samtidig er skammens spor og avtrykk i kroppen ikke lik eller like lett gjenkjennbar hos oss alle, tvert imot er den svært så individuell og subjektivt erfart, men med noen felles gjenkjennelige mønster å se etter (Farstad, 2016, s. 132).

Det kroppslige uttrykk for skam kan gi seg til kjenne på flere måter (Farstad, 2016, s. 26). Hele kroppsholdningen kan være preget, og man kan se at pasienten kan stå med bøyd hode. Øyekontakt kan være vanskelig da pasienten har et unnvikende blick, og huden kan vises lett rødmet. Man kan også observere at pasienten prøver å gjøre seg så usynlig og liten som mulig (s. 26). En form for «lammelse, passivitet og kraftløshet» kan oppstå, og gi pasienten følelsen av at kroppen er både «fengslet, låst og bundet» (s. 25). Rent fysisk i kroppen snurper blodårene seg sammen og hjerterytmen øker (Aakvaag, 2018, s. 26). Man kan også oppleve pasienten

nærmest som språkløs eller med svært dempet stemmeleie (Farstad, 2016, s.25). Denne tausheten kan være et uttrykk for sterk skam over en fastlåst traumatisk hendelse i pasientens liv (Anstorp og Benum, 2014, s. 197-198). Når skammen blir så fastlåst og rammer så hardt, kan den også føre til at eneste utvei blir å flykte fra en situasjon eller relasjon (Farstad, 2016, s. 26).

Det følelsesmessige berøres når vi opplever skam, og kan betraktes som en alarm på at vår sosiale posisjon er truet og at «selvet er under angrep» (Aakvaag, 2018, s. 48). Dette utløser en sterk og smertefull psykisk smerte, som fører til følelsen av å være både verdiløs og kraftløs. Mentalt sett kan man starte en fornektelse av selvet (Farstad, 2016, s. 30). Aakvaag (2018) gir et eksempel på denne fornektelsen, der skam ved overvekt rammer så hardt at det truer hele ens syn på seg selv. Det overskygger alle andre gode kvaliteter mennesket har, og rammer på et dypt plan. Man befinner seg da på «skammens territorium» hvor man svikter hele seg selv (s.48-49).

Når vi opplever og tolker kroppen vår negativt på denne måten, henviser Skårderud (2006, s. 45-47) til en differensiering mellom to ulike begreper, «kroppsskam» og «skamkroppen». Kroppsskam kan være en form for misnøye mellom hvordan vi ser på våre kroppslige egenskaper, ulike funksjoner eller kroppslig adferd. Det forklares å henge sammen med blant annet vår relasjon til mat, vekt og utseende (s. 53). Skamkroppen er mer betegnende for den dype og destruktive skammen som kroppen bærer (s.47). Kroppen blir da et slags redskap som uttrykker menneskets indre liv, når det er for utfordrende å tåle og erfare egne følelser (s. 56).

Adferden vi legger merke til hos pasienten som kommer til behandling, kan i noen tilfeller skjule skam (Aakvaag, 2018, s. 57). Dette trenger ikke å være en bevisst handling, for skammen kan ligge ubevisst enten som «ikke identifisert skam» eller som «forbigått eller fortrent skam» (Farstad, 2016, s. 294). Noen kan kjenne skammen uten å være det bevisst at det er skam de føler, mens andre kan ha kroppslige smerter, søvnproblemer, angst eller depresjon hvor det ligger skam som bakenforliggende årsak (s. 295). Det ligger i oss som mennesker å skape en beskyttelse mot den smertefulle skammen, og et slags forsvar som kan skjule seg bak både fysiske og psykiske symptomer og helseplager (s. 72). Som eksempler på disse ulike forsvarsstrategiene henviser Farstad til Kaufmann (1985), som beskriver at enkelte overfører

skam og skyld til andre, reagerer med raseri eller forakt, utøver makt og innehar et jag mot perfektjonisme. En indre tilbaketrekning og skapelse av «fantasiverden» kan også være et uttrykk for forsvarsstrategi (Farstad, 2016, s. 73-75).

2.1.4 Skam, identitet og samfunnets påvirkning

Å eie sin egen historie avhenger av «både aksept og forsoning» skriver Farstad (2016, s. 192), som utdyper videre at det relasjonelle er grunnleggende i dette arbeidet. Både sosiale og kulturelle elementer påvirker og skaper utfordringer i vår tid, med tanke på forbindelsen mellom skam og identitet (s. 193). Vår sosiale verden er blitt stor, vid og bred, og består av så mange lag og påvirkninger at den kan beskrives som «kompleks og mangefasettert» (Aakvaag, 2018, s. 96-97).

Dette presset utfordrer samspillet mellom vår identitet og hva som er skamskapende, ved at veivalgene er mange og fallgruvene ned i ensomhet og sårbarhet er stor (Farstad, 2016, s. 195). Medieskapte forestillinger om andres «perfekte liv» blir til ubevisste krav, som stilles til en selv idet man forsøker å leve opp til dette for å oppnå lykke. Denne overbevisningen om at «det fantastiske liv» betyr «feilfri», er mer til skade og påfører ytterligere skam ved at vi tenker vi er «feil» (Hannisdal, 2023, s. 59). Flere av disse idealene knyttet opp mot skjønnhet, kropp og trening, kan føre til et indre identitets-jag som får pendelen til å svinge mellom selvaktelse og skam, og som det er svært viktig å reflektere over spesielt ved en skambelastet, stigmatisert og skambasert identitet (Farstad, 2016, s. 197).

2.1.5 Å våge seg til å snakke om skam

Det blir viktig å ikke vike unna å snakke om skammen når den er identifisert poengterer Farstad (2016, s. 295), som også løfter frem sin egen erfaring der pasientene gir uttrykk for lettelse når det de føler på kan få et navn (s.295). Anstorp og Benum (2014, s. 203) erfarer også at skammen blir mindre når den blir satt i tale og delt. Skammen vi skjuler for oss selv og andre kan ved at behandler er nysgjerrig og undrende, få pasienten til å åpne seg ovenfor seg selv. Det er ved å åpne opp i sitt eget indre at skammen kan slippes ut for videre refleksjon og bearbeidelse (s. 203-204).

Å være «avskammere» vil også i en gruppeterapiform minske skammen vesentlig, og denne åpenheten kan bli verktøyet som får den enkelte til å akseptere en større del av seg selv (Aakvaag, 2018, s. 224-225). Allikevel skal man gjøre denne samtalen med varsomhet og ikke minst innsikt i, at man kan avdekke andre og enda mer dyptliggende «røtter» som pasienten ubevisst har båret på som en belastning for både kropp, sjel og psyke (Farstad, 2016, s. 295). Når skammen fjernes, som har ligget som et lokk over faktiske hendelser og traumer, kan både frykt og sinne dukke frem i lyset som følelser som må håndteres (Anstorp og Benum, 2014, s. 198).

2.2 Veien videre med dialektisk relasjonsforståelse

Sentralt i masteroppgaven står behandlingsrelasjonen mellom helsepersonell og pasient, der skam er representert som en eksistensiell følelse. Intervjuene ga oss et innblikk i den enkelte behandlerens opplevelse av seg selv, og hvordan de i relasjon med pasienten påvirket møtet og behandlingen med sin egen forståelse.

I tråd med dialektikken er denne tosidigheten i samspillet grunnleggende i teorien. Det dreier seg ikke om en *enten-eller*-forståelse, men om *både-og* når det gjelder å forstå individet-i-relasjonen (Schibbye, 2009, s. 39). Hele teorien bygger på en eksistensiell filosofi hvor *selvet* forstås ved å rette fokus mot sammenhenger og relasjoner, og står i en fenomenologisk tradisjon (s.38). Vi har valgt å ta med deler av teorien, som danner grunnlag for videre diskusjon av funn som belyser problemstillingen.

2.2.1 Det grunnleggende og kjernen i teorien

Et kjerneelement i den dialektiske relasjonsteorien, beskriver Schibbye som «vi blir den vi er i lys av det vi møter». Årsakssammenhengene anses som sirkulære, som vil si at vi påvirker hverandre i en gjensidig prosess (Schibbye, 2009, s. 38). Med andre ord så kan man ikke i en relasjon studere pasienten som et separat «objekt», da det er nettopp interaksjonen og relasjonen som skaper påvirkning og individuell utvikling. Et annet kjernemoment i teorien er at den legger vekt på at mennesket er et sosialt vesen, og at våre relasjoner og samspill med andre er det som kan skape og forme vår identitet så vel som å styrke vår psykiske helse, spesielt i et behandlingsforløp (s.39-40).

Schibbye poengterer videre at paradokser og motsetninger rommes av dialektikken. Teorien hevder blant annet at det oppstår en dialektisk spenning mellom separasjon og tilknytning i relasjonen. Dette kan beskrives som at mennesker på den ene siden trenger å skape sin egen identitet og uavhengighet gjennom separate erfaringer og handlinger, samtidig som de også kan trenge tilknytning og samspill i sosial form (s.40-41).

2.2.2 Anerkjennelse

Schibbye (2009, s. 246) løfter frem *Anerkjennelse* som et av de viktigste overordnede begrepene i dialektisk relasjonsteori. Det er gjennom anerkjennelse det refereres til ideen om at grunnlaget for både identitet, verdier, følelser og behov ligger forankret. Hun beskriver at det innebærer en holdning som handler om likeverd og respekt i gjensidig relasjon. Altså en subjekt- subjekt relasjon i hjelpeforholdet, som kun er mulig å få tilgang til ved at man som behandler har tilgang til sin egen subjektivitet, og dermed evner å forstå den andres indre subjektive verden. Man går inn og involverer seg med pasienten, skaper et personlig forhold og deretter skapes relasjonen i dette øyeblikket (s. 258-259).

I anerkjennelsesbegrepet ligger det flere komponenter som anses som sentrale, både for den dialektiske tenkning, men også for masteroppgavens tema; det å lytte til pasienten, vise forståelse, ha aksept og toleranse, samt vise bekræftelse.

Det Schibbye (2009, s. 266) omtaler som «terapeutisk lytting» er mer enn å bare lytte. Den komplekse prosessen det er å lytte terapeutisk, beskriver hun ved at den som virkelig har blitt lyttet til *vet det* når det skjer. Det er ikke det samme som å «høre», for det er å lytte slik at man hører mer enn det som verbalt blir sagt. Altså får man med seg det som blir sagt bak ordene, forklarer hun. Man må la sine egne fordommer og forutinntatthet hvile når man lytter, slik at det ikke kommer i veien for det man skal høre. Deretter la «fenomenet fremtre» for en selv, ved å stille seg tilgjengelig og åpne for å ta inn det som blir presentert av den andre i møtet (s. 266).

Schibbye (s. 268) beskriver at fenomenologien lærer oss å utvikle denne åpenheten for det vi «aldri har sett, eller det vi har glemt å se». Denne intense lyttingen krever full konsentrasjon og en innlevelse og villighet, som får oss fokusert til å bli beveget av pasientens opplevelser helt inn som egne indre opplevelser (s.269). Samtidig lyttes det etter pasientens kroppsspråk, og

denne form for metakommunikasjon kan gi seg til kjenne eksempelvis ved endring av stemmeleie eller bruk av mimikk. Dette gjør at det er en stadig bevegelse i lyttingen mellom tema, metakommunikasjon og strukturering underveis i samtalen (s. 272).

Det å forstå pasienten i den terapeutiske sammenheng, beskriver Schibbye (2009, s.272) som en indre forståelse og ikke en ytre. Med dette mener hun at behandleren må gå helt inn i pasientens «opplevelsesverden», og kjenne på de samme følelsene i seg selv (s.272). Dette henspiller tilbake til Gadammers «forståelseshorisont», hvor han omtaler at ettersom mennesket er en sosial skapning, er man også avhengig av andre for å forsøke å forstå tilværelsen, men begrenset i konteksten (Geirdal og Varvin, 2017, s. 161). Gadammers definisjon av en god samtale kategoriserte han med å si, at ved å kunne forlate våre opprinnelige standpunkter for å kunne oppnå ny forståelse, var veien til å oppnå ny forståelse som er mer utviklet enn den forståelsen som forelå fra begynnelsen av (s. 161). Forståelsen blir «levd der og da» viser Schibbye (2009, s. 275) til, og henviser til at det hele dreier seg om en genuin deling hvor det er nødvendig å kjenne pasientens egen affekt i kroppen eller kjennskap til affekten i egen kropp. Her kan man videre oversette pasientens opplevelser, og deretter «matche» det viktigste der og da (s. 275).

Aksept og toleranse i relasjonen sier noe om hvordan man opptrer ovenfor pasienten. Behandler må innta en ikke-dømmende holdning, hvor pasienten kan få lov til å bli akseptert for sine følelser slik de er (Schibbye, 2009, s. 275). Ved å gi denne aksepten muliggjør man samtidig for at pasienten kan føle et eierskap til sin egen opplevelse, og dermed åpne pasienten for å kunne gi slipp på eller endre på følelsen. Aksept og toleranse i relasjonen kan dermed virke intervenserende (s. 277).

Bekreftelsesbegrepet mener Schibbye (2009, s. 277-278), er særs viktig å forstå. Det er viktig å unngå subjekt-objekt-holdningen, som kan oppstå om man benytter bekreftelsen feil. Det er altså *i* delingen at bekreftelsen brukes riktig. I delingsprosessen og i «matchen», kan den umiddelbare reaksjonen være å bekrifte det følelsesmessige (s. 279).

2.2.3 Selvavgrensning og selvrefleksivitet som prosess

Selvavgrensning slik Schibbye (2009, s. 366) beskriver det, handler om evnen til å skille egne tanker, følelser, vurdering, oppfatninger og meninger fra andres. I tillegg handler det om å kunne gjenvinne egne grenser i relasjon med andre. Selvrefleksivitet handler om vår evne til å ha tanker om våre egne tanker. I tillegg være klar over egne følelser og forestillinger i oss selv som menneske (s. 366).

2.2.4 Kjærlighet er først og fremst «noe mer»

Schibbye (2009, s. 264) beskriver kjærlighetskraften, som også kan melde seg i en terapeutisk relasjon. Hun betegner det som «noe mer», i forhold til hva andre profesjonelle og terapeutiske forhold vanligvis omtaler med begreper som «omsorg, empati og medfølelse». Denne kjærlighetskraften kan dukke opp og berøre oss, når vi *er* i kjernen og har åpnet oss for den andre. Da ser man anerkjennelsens ansikt. Hun understreker at kjærligheten er fri, den er bevegelig og ikke minst så er den «noe mer». Schibbye henviser til Kirkegaard (1978), kjærligheten den «skjer med oss» og den er i oss mennesker og den er mellom oss (2016, s. 264). Målet i behandlingen bør også være å bygge opp tro om at det ligger kjærlighet i bunnen i pasienten, klare å utvikle et forhold til følelsen som igjen kan «løfte opp» pasienten (s. 265).

2.3 Internasjonal og nasjonal forskning på skam

I dette kapittelet belyser vi utdrag av relevant internasjonal og nasjonal forskning, som bidrar til å belyse funn opp mot problemstillingen. Helt kort nevner vi at søk blant annet er gjort i flere av høgskolens databaser; CINAHL, PubMed, EMBASE, Cochrane Library og PsycInfo som de viktigste. Sammen med bibliotekar fant vi gode søkeord i MeSH-verktøyet, og bibliotekar kvalitetssikret flere av våre artikkelfunn utifra ulike søkekombinasjoner. Vi utarbeidet PICO-skjema, som ble en fin måte å holde oversikt over søkeordene på. I Cinahl søkte vi blant annet på kombinasjonen; *nurse-patient relation OR diet therapy AND shame; shame AND professional-patient relation AND obesity*. I PsycInfo var en av søkekombinasjonene følgende; *healt personnels attitude AND shame AND overweight*. Flere av søkekombinasjonene ga få treff, noen også ingen treff. Vi har valgt å referere til de fleste artiklene vi fant som er av nyere dato og ikke eldre enn 2017. Tre artikler fant vi ved å lete under «relaterte studier» og «referert til» i databasene.

For å få pasientperspektivet inn i oppgaven, valgte vi å ta med studien til Skyrud og Trollvik (2019). Studien viser til viktigheten av god og riktig kommunikasjon mellom pasient med fedme, og helsepersonell i en livsstils intervensjon. Pasientene opplevde mestringsfølelse og støtte av å delta i gruppebehandling, samtidig som de erfarte reduksjon i skamfølelse. Studien viste også at pasientene fryktet å ikke lykkes, og at det var vanskelig å få til endringsarbeidet.

Artikkelen til Morgan (2020) belyser samfunnets rolle som skampåførere, og poengterer at fedme ikke er forårsaket av mangel på viljestyrke. Snarere er overvektsproblematikk et produkt av blant annet følelsesmessig nød, som ikke tas på alvor i samfunnet. Hun viser i artikkelen til at endringer må til på politisk nivå, for å kunne snu fedmeproblematikken i verden.

Studien til Coutinho et al. (2018) viser til at fedme i seg selv må defineres som en kronisk sykdom, som krever en livslang bekjempelse. Studien trekker frem at livsstils-indusert vekttnap med diett og trening, økte sultfølelsen til pasientene to år etter livsstilsstart. I studien ble det konkludert med at pasienter måtte belage seg på å håndtere økt sult i lang tid etter et vekttnap.

Rand et al. (2017) har gjort en studie som viser til at organisert livsstilsendring hadde begrenset langsiktig effekt. En av hovedårsakene til dette nevnes som manglende støtte, fordømmelse og

vektstigma fra helsepersonell når det gjelder psykiske problemer. Å fremme positiv mentalhelse tas opp som viktig fokusområde, samt støttende behandling av personer med fedme.

Studien til Ueland (2019) viser blant annet til at pasienter som lider av fedme, kan bli preget av skam og stigma fra samfunnet. Studien drar også frem hvordan helsevesenet og behandlingstilbud må endre fokus fra å jobbe med vektreduksjon, til å jobbe mer med hvordan det er å leve med fedme og hva det egentlig gjør med pasienten. Ueland skriver at dette kan bidra til å redusere stigmatiseringen som foregår. Pasientens livsutfoldelse svekkes om man ikke gjør endringer på dette, beskrives det i studien.

I artikkelen til Landmark (2018) peker han på hvordan skammen står i veien for relasjon og sosialt samvær med andre, og hvordan dyp skam fører til at man viker unna og trekker seg tilbake fra andre. Et viktig poeng han belyser er at mange pasienter opplever det ubehagelig, og blir svært usikre når oppmerksomheten rettes mot dem selv i terapirommet. Det å eksponere seg, se på seg selv og det å bli sett av behandler, erfares av mange som det samme som å blottlegge det verdiløse og latterlige i seg selv, viser han til.

Furnes et al. (2020) konkluderer i sin studie med at å leve med fedme, kan erfares som en lidelse der pasientene kan kjenne seg mislykket. Hele personens livssituasjon berøres, og kan føles som en trussel mot egen eksistens. Studien drar også frem hvor viktig rolle vi har som helsepersonell, og helsevesenet utfordres til å «se mennesket» med verdighet.

Dolezal (2022) trekker frem i sin artikkel at behandlere må være bevisst på skam, som emosjonell ettervirkning av traumer. Artikkelen trekker også frem hvordan skam blir en barriere for vellykket møte og behandling i helsevesenet. For å lykkes med behandlingen må skam jobbes med. Å være oppmerksom på skam og erkjenne dens betydning for individet i både helse- og sosial sammenheng, kan videre bedre pasientens behandlingsresultat.

Kort oppsummert viser forskning til omfattende kunnskap om forståelsen av skam. Derimot finner vi lite forskning på hvordan helsepersonell i ulike helsetjenester, møter skam i behandlingsrelasjonen med pasienter med overvekt og fedme. Vår studie er derfor viktig, ved at vi retter oppmerksomheten mot og innhenter kunnskap om tematikken.

3.0 METODE

Begrepet *metode* betyr opprinnelig «veien til målet», og i forskningsøyemed må målet utledes før man starter på veien (Kvale og Brinkmann, 2015 s. 140). Hvilken metodisk fremgangsmåte man velger å bruke vil dermed avhenge av både tema, formålet og problemstillingen i oppgaven. De tematiske spørsmålene «hva» og «hvorfor» må med andre ord besvares, før man kan stille seg spørsmålet «hvordan» (Kvale og Brinkmann, 2015 s. 140).

Problemstillingen vår var følgende; *hvordan forstår og møter helsepersonell skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme?* En todelt problemstilling hvor det rettes oppmerksomhet mot informantenes egen forståelse av skam, og hvordan de faktisk møter skam hos pasientgruppen i konteksten. Tatt i betraktning at det var helsepersonell av ulike profesjoner ønsket vi å komme helt i dybden av den enkelte, samtidig som vi fikk en bredde i ulikhetene mellom informantene. En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig som metode, for å oppnå en slik forståelse (Thagaard, 2018, s. 12). Thornquist (2018, s.53) beskriver hvordan denne tilnærmingen er forankret i epistemologisk tenkning, som egner seg for å synliggjøre fenomeners ulike kvaliteter, egenskaper og handlinger, og få frem ulike måter å forstå og fortolke fenomener på.

Videre i dette kapittelet presenteres og begrunnes vitenskapsteorien bak valget vårt, designet og utvalgsstrategien. Det redegjøres i tillegg for datainnsamlingsprosessen, forforståelsen og de forskningsetiske overveielserne som er gjort.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Den vitenskapsteoretiske retningen i masteroppgaven er forankret i to tradisjoner; hermeneutikk og pragmatisk filosofi. Thagaard (2018, s.37) beskriver den hermeneutiske tilnærmingen ved at fenomener kan tolkes på flere nivåer, og at det dermed ikke finnes en egentlig sannhet. Med dette menes at man setter søkelys på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (s. 37). Problemstillingen vår hadde utgangspunkt i å få en større forståelse av hvordan helsepersonell forstår og møter skam i behandlingsrelasjonen, og den hermeneutiske fortolkningen var spesielt gjeldende i både datainnsamlingen og analyseprosessen. Målet vårt var å søke forståelse mer enn en forklaring, og den hermeneutiske sirkel forklarer vår dynamiske erkjennelsesprosess godt. Vi forsto delene ut fra en helhet, og

motsatt forsto vi helheten ut fra delene (Thornquist, 2018, s.171; Malterud, 2017, s.32). De empiriske dataene i datamaterialet vårt ble analysert ved hjelp av en tverrgående analyse, kalt systematisk tekstkondensering (STK) (Malterud,2017). Malterud (2017, s. 97) omtaler at denne pragmatiske metoden er utviklet med sikte på å gi uerfarne forskere en enkel innføring og forståelse av analyseprosessen, som er overkommelig uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter. Malterud (s. 37-38) viser videre til at pragmatisk filosofi ikke trenger å ha en tradisjonstilhørighet, men snarere vektlegger det fortolkende paradigmet som en tydelig forutsetning i analysearbeidet. Vi utdyper metoden nærmere i punkt 3.5.

3.2 Design

Vi valgte å benytte oss av individuelle, semistrukturerte intervjuer med et eksplorerende og beskrivende design. Thagaard (2018, s.53-54) understreker at den eksplorerende tilnærmingen er særlig velegnet, for å få kjennskap til hvordan informantene opplever og forstår seg selv og sine omgivelser helt ned på et detaljert nivå. Den semistrukturerte varianten (s.91) ga oss mulighet for noen faste temaer og spørsmål, men også med tilpassede og inkluderende spørsmål underveis i samtalen. Kvale & Brinkmann (2015, s.157) henviser til at denne formen preges av åpenhet, når det gjelder endringer i rekkefølgen eller formuleringen av spørsmål.

Sammen med veileder ble også muligheten for fokusgruppeintervju vurdert. Her ville man kunne fått diskutert i et åpent forum, fått helsepersonells synspunkter og erfaringer med skam i behandlingsrommet mer i form av å reflektere, lære og synliggjøre helheten innad i teamet. Kvale & Brinkmann (2015, s. 179-180) skriver at gruppesamspillet kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter ovenfor følsomme, tabubelagte temaer, slik som å avdekke faktorer når det gjelder å ta opp skam i behandlingsrommet eller hvordan vi forstår skam. En av grunnene for at vi valgte oss individuelle intervjuer, var at vi innhentet informanter fra to ulike avdelinger. Taushetsplikten og ivaretagelsen av den enkelte ville være vanskeligere å bevare om vi skulle invitert alle til et gruppeintervju, samt at det ville vært for få om vi skulle delt opp i to ulike fokusgrupper, var vår vurdering. En annen faktor som styrket valget av individuelle intervjuer var muligheten for å kunne forfølge informantenes historier mer spesifikt, ved at erfaringer og tanker som syntes vanskelig å dele i en gruppe kunne deles friere uten en gruppesammensetning.

Den eksplorerende tilnærmingen ga oss videre mulighet til å få svar og en ny forståelse av problemstillingen, og nevnes som sentralt og svært egnet der kunnskapsgrunnlag mangler (Malterud, 2017, s.32). Våre empiriske data dannet også kilde for å se det nye, ved å gi det beskrivende mening. Malterud (2017, s.86-87) mener denne formen kan øke innsikt i studier, ved at man kan presentere nye og relevante beskrivelser av kjente eller ukjente fenomener.

3.3 Rekruttering og utvalg

Rekruttering av informanter til masteroppgaven baserte seg på et formålsoorientert grunnlag. Utvalget er dermed ikke tilfeldig valgt, men en strategisk utvelgelse mot informanter som hadde erfaring med oppgavens problemstilling, og dermed også kjennskap og erfaring med pasienter som sliter med overvekt og fedme. Thagaard (2018, s.54) skriver at det er helt vesentlig med en strategisk utvelgelse der utvalget er relativt lite, for å sikre seg informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner i forhold til problemstillingen. På bakgrunn av dette utarbeidet vi følgende inklusjonskriterier som måtte oppfylles;

- Helsepersonell/profesjon med erfaring innen overvekt og fedme behandling
- Ha minimum ett års erfaring med pasientgruppen
- Geografisk tilhørighet i region Innlandet (av praktiske årsaker)
- Over 18 år og samtykkekompetent

Vi kontaktet skriftlig to ulike avdelingsledere, som jobber innenfor et tverrfaglig helse- og rehabiliteringstilbud for personer med overvekt og fedme. Den ene avdelingslederen responderte positivt allerede samme dag, og ønsket å være behjelpelig til å rekruttere deltakere fra sin avdeling. Samtykkeskjema og noen forslag til dager og tidspunkt ble sendt via epost til avdelingslederen, som deretter viderefremidlet informasjon om studien til de ansatte. Avdelingsleder satte opp syv ansatte som takket ja til deltagelse. En av disse informantene ytret ønske om intervju på teams, noe vi gjennomførte for at det skulle bli mest praktisk for informanten. En annen måtte avlyse intervjuavtalen av private årsaker, og er dermed ikke med i oppgaven. Den andre avdelingslederen formidlet samtykkeskjemaet videre til to aktuelle informanter, som begge takket ja til deltagelse i studien. Begge tok direkte kontakt med forsker 1, for avtale om dag og tidspunkt for intervju. Totalt hadde vi avtale med ni informanter, men utførte intervju med åtte informanter. Syv kvinner og en mann, som alle hadde flere års erfaring

og fortsatt jobbet med pasientgruppen. Informantene representerte ulike profesjoner som sykepleier, lege, fysioterapeut, psykomotorisk fysioterapeut, psykolog og sosialpedagogisk rådgiver. Flere informanter hadde videreutdanning innen kognitiv terapi og ernæringslære.

3.4 Datainnsamling

Vi gjennomførte individuelle, semistrukturerte intervjuer med de åtte informantene. For oss relativt uerfarne intervjuere var det en god start å lese oss opp på ulike intervjuteknikker. Lære oss verdien av å stille åpne spørsmål, ha en tilnærming med å lytte, fange opp og utforske på en varsom måte, men også lære oss den tekniske bruken av nettskjema app på mobil, opplasting og ekstern lagring. Forsker 2 hadde flere ganger kontakt med ansvarlig it avdeling ved Høgskolen.

3.4.1 Forberedelse

Vi foretok prøveintervju med en kollega, der vi byttet på rollen som intervjuer. Under denne forberedelsen fikk vi god erfaring med at vi fikk fin flyt når en var hovedintervjuer, mens den andre lyttet og fulgte tråden enda mer inngående. På denne måten kunne den «lyttende» intervjuer fange opp og komme med mer dyptgående spørsmål. Vi testet samtidig diktafon appen og plassering av denne, for å få tilstrekkelig god nok samtalelyd. Hele prosedyren med opplasting til edocloud nettskjema og amberscript, ble testet og kunnskapsutforsket i prøveintervjuet. Under testing av lydfilen ble vi også oppmerksomme på måten å stille spørsmål på, hvordan «småord» og forstyrrende elementer kunne unngås. Fagkunnskap knyttet til problemstillingen satte vi oss godt inn.

3.4.2 Intervjuguiden

Det er naturlig å ha en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, når man velger å utføre semistrukturerte intervjuer (Johannesen et al.,2021, s.108).

Intervjuguiden ble laget med fem hoveddeler, hvor vi startet med en naturlig innledning. Deretter faktaspørsmål, introduksjonsspørsmål, nøkkelspørsmål og en avrundet avslutning. Innledningen ble laget slik at vi repeterte deler av samtykket, spesielt taushetsplikten og personvernet. Å beholde anonymitet både for informant, arbeidsplass og ovenfor pasienter ble presisert. Vi informerte også om hvor lydfilen ble lagret og data oppbevart. Godkjenninger og

formålet med oppgaven, formålet og tema for samtalen. I tillegg oppga vi omtrentlig tid vi kom til å bruke, og at det når som helst var mulig å avslutte intervjuet om informant ønsket dette. Vi åpnet for andre spørsmål. Faktaspørsmål ble stilt for å etablere en relasjon til informanten. Vi stilte spørsmål rundt utdanning, interessefelt, men åpnet også opp for andre spørsmål informanten måtte ha eller ønsket å fortelle om.

Vi utarbeidet syv introduksjonsspørsmål til del en i problemstillingen vår «hvordan forstår». Spørsmålene ledet til å få frem refleksjoner, tanker, holdninger og forståelse av ordet «skam». Det var ikke ment å stille alle spørsmålene til alle informantene, men mer som hjelpespørsmål til samtalen som vi ønsket skulle være åpen. Eksempel på introduksjonsspørsmål; «kan du beskrive hva du tenker når du hører ordet skam?» «hvordan forstår du ordet skam?». Nøkkelspørsmålene med tolv spørsmål ble utarbeidet inn mot del to i problemstillingen. Det var i denne delen av intervjuet vi kunne gå ytterligere ned i tematikken. Eksempel på nøkkelspørsmål; «har du noen erfaring med å gjenkjenne skam i den terapeutiske relasjonen?», «har du erfaringer med at det kan være utfordrende?», «kan du si noe om din egen erfaring med tanke på å møte skam hos pasienter som sliter med overvekt?». Avslutningen ble formet slik at informanten kunne legge til egne erfaringer eller kommentarer ved behov. Dette ble gjort ved at intervjuer gjorde informanten oppmerksom på at vi nærmet oss slutten.

3.4.3 Gjennomføring

Samtlige informanter, bortsett fra den ene på teams, ble intervjuet fysisk på et egnet sted som var praktisk og komfortabelt for informantene. Dette innebar også at informanten brukte så liten tid som mulig på blant annet reisevei. Kaffe, te og vann ble tilbudt under intervjuet, og tilgang til frukt på fat. Rommet hadde dempet belysning, og det vi oppfattet som en god atmosfære.

Syv kvinner og en mann ble intervjuet imellom 25-50 minutter hver, og vi var begge forskere til stede under intervjuene. Dette avklarte vi på forhånd, og samtlige informanter var positive til dette. Plasseringen i rommet planla vi slik at vi satt i en trekant rundt et bord, for å unngå «to mot en» opplevelse for informanten. Intervjuene startet med en praktisk gjennomgang av samtykket, både muntlig og skriftlig. Det ble presisert at vi forholdt oss til taushetsplikten, og at personvernloven ville overholdes. Vi gjennomgikk også prosedyren for lydopptaket i mobilapp, og hvordan dette ble lagret på en trygg plattform i Høgskolens database.

Innsynsrettigheten og mulighet for å trekke samtykke, ble videre presentert før vi startet opp. Det ble ikke gjort notater underveis i samtalen. En forsker var hovedansvarlig for intervjuet, mens den andre forskeren hadde hovedansvar for det tekniske, samt tid og at hovedtemaer i intervjuguiden ble besvart.

Intervjuet på Teams som ble utført med en informant, ble også tatt opp med lydopptak i mobilapp. Selve opptaksmuligheten i teams ble ikke benyttet. Samtykket var gitt informanten på forhånd via avdelingsleder, men det ble muntlig gjennomgått før intervjuet startet. Her fikk vi samtykket i retur av informanten noen dager i etterkant av intervjuet. Alle informanter mottok en liten gave og hyggelig hilsen som takk for tanker, refleksjoner og villighet til å delta i studien. Denne ble gitt den enkelte etter avsluttet intervju. Ingen av informantene trakk sitt samtykke underveis, eller i skrivende stund i etterkant. Samtykkene ble scannet inn, og lagret i egen mappe i Office 365 med feide innlogging. Papiroriginal ble deretter makulert.

3.4.4 Transkribering

Under intervjuene ble dokumentasjon av tale brukt med applikasjon på smarttelefon. Vi benyttet oss av «Nettskjema-diktafon» fra Universitetet i Oslo. Lydfilene ble lagret i Educloud Research med sikker innlogging via Feide. Intervjuene ble overført via Nettskjema, til programvaren Amberscript med innlogging via Feide. I Amberscript var intervjuene tilgjengelige for avspilling, og data fra lydfilene ble automatisk overført til skriftlig tekst.

Transkriberingen ble deretter gjort manuelt ved å lytte til lydfilene, samtidig som den skriftlige teksten ble korrigeret med mulighet for å stoppe opp, spole bakover på lydfilen og i langsomt tempo høre lydfilen der det var behov for det. Det ferdig transkriberte datamaterialet ble deretter overført som tekstfil og lagret i Word-format i One Drive Office 365, ved Høgskolen Innlandet med innlogging via feide.

Transkriberingen ble gjort enten samme dag, eller senest i løpet av samme uke etter hvert intervju. For å holde informantene anonymisert, ble hver enkelt lydfilen lagret med en gitt tallkode. Tekstfilen ble lagret med samme tallkode. Vi utformet et eget kodeark lagret i Office 365 ved Høgskolen Innlandet, og koblet tallkode til navn på informant. Alle åtte intervjuer ble håndtert på denne måten.

3.5 Analyse av datamaterialet

Kvalitative data kan analyseres både på langs og på tvers, og valget på hvilken analysemetode man velger avhenger av hva slags kunnskap man sikter mot, hva de innhentede dataene gir dekning for, og styrker og svakheter ved de ulike strategiene (Malterud, 2017, s. 93). I underkapittelet redegjør vi for metoden, systematisk tekstkondensering, som vi benyttet. Videre gir vi en grundig beskrivelse av hvordan vi gjennomførte analyseprosessen. Vi har valgt å sette temaene inn i oversiktlige tabeller som vises i 3.5.2.

3.5.1 Systematisk tekstkondensering

STK er en analysemetode som er inspirert av fenomenologi, men den krever ikke at forskeren har filosofisk kompetanse på et høyt nivå (Malterud, 2017, s. 115). Samtidig skal man i analysen beskrive de mest relevante sidene av det undersøkende fenomenet, og det så nøyaktig og omhyggelig som mulig, herunder også relasjoner til andre fenomener (s. 116).

Vi anså metoden for å være egnet til å besvare vår problemstilling, der vi kunne komme så dypt ned i materialet som mulig, selv som nye forskerspirer. Læreboken til Malterud (2017) er oversiktlig, og gir på en strukturert måte gode forklaring underveis. Vi redegjør i underkapittelet for hvordan vi gjennomførte analyseprosessen.

3.5.2 Beskrivelse av analyseprosessen

Vi har vært to forskere i hele analyseprosessen. Fordelen ved at vi begge hadde deltatt på alle intervjuene kom frem som en tydelighet i denne prosessen. Nyttent utspilte seg ved at vi tidlig kunne reflektere over datamaterialet, og at bearbeidelsen da var igangsatt effektivt og godt. Dette poengterer også Malterud (2017, s. 100) som viktig, og skriver at man da kan lage et analytisk rom som gir flere nyanser og fanger opp detaljer man ikke kan se som aleneforsker. Hele prosessen foregår over 4 trinn, noe som utgjør hovedstrukturen i hele analysemetoden (Malterud, 2017, s.98). I trinn 1 danner man seg et helhetsinntrykk gjennom å lese datamaterialet i fugleperspektiv (s.99).

Vårt datamateriale bestående av åtte semistrukturerte intervjuer ble til 35 sider med tekst, og til sammen nesten 21.500 ord etter å ha fjernet den formelle teksten med innledning og avslutning. Disse sidene printet vi ut i to eksemplarer, og leste hver for oss. Å få overblikk var et

overraskende overkommelig arbeid, og vi dannet oss adskilt noen hovedtemaer gjennom teksten. Malterud (2017, s. 99) skriver at det er helhetsinntrykket vårt som baner vei for å tematisere fire til åtte emner, som intuitivt vekker vår oppmerksomhet. Videre ble det mer krevende med henblikk på at vi hadde en todelt problemstilling som skulle besvares, og at tekstdelene da måtte fordeles mellom disse. Samtidig hadde vi jobbet hver for oss og hadde dannet oss mye likt, men også noe ulikt som trengte modning fra oss begge. Vi sto fast ved tolv foreløpige temaer nokså lenge, før vi kom oss videre. Vi jobbet her med å fri oss fra egne antagelser, og når vi forsto at vi kunne «leke oss litt fritt» ble tolv til åtte temaer. Disse samsvarte godt opp mot tematikken vår, og vi opplevde at todelingen i problemstillingen var dekket. De foreløpige temaene er presentert skjematisk i tabell 2;

Foreløpige temaer:
1. Underkommunisert
2. Grunnantakelse
3. Relasjoner
4. Åpenhetskultur
5. Følelsesnært i kroppen
6. Gruppedynamikk
7. Mestringsverktøy
8. Selvrefleksjon og eierskap

Tabell 2: STK Trinn 1

Trinn 2 satte vi i gang med umiddelbart etter trinn 1. Vi organiserte teksten vi ønsket å studere nærmere inn i et felles dokument. Resterende materiale uten interesse kunne vi nå legge bort. Veileder fikk tilgang til datamaterialet, våre foreløpige temaer, og deltok tryggende for valgene vi hadde gjort. Prosessen gikk videre med til å identifisere meningsbærende enheter, som ble plassert under de foreløpige temaene i tabell 2. Malterud (2017, s. 101) forklarer at STK ikke anser hele teksten som meningsbærende enheter, men at man skiller ut relevant tekst og sorterer teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen vår. Vi fordelte arbeidet i denne delen ved at den ene forskeren noterte de meningsbærende enhetene man ble enige om, mens den andre leste teksten høyt, sakte og med god pause mellom hver setning. Temaene ble nå omgjort til åtte kodegrupper, og teksten identifiserte vi inn med koder tilhørende riktig kodegruppe. Dette i tråd med Malteruds oppskrift (s.101). Vi viser til kodegruppene og undergruppene i tabell 3 Grovskisse;

Codegrupper	Undergrupper
Underkommunisert	Skaper ensomhet og psykiske plager Skjuler skammen sin Skam er undervurdert spesielt ved overvekt Skammen er ganske sånn «ullen» Kan være det siste vi kommer frem til da Jeg sier ordet høyt, og de nikker bekreftende Vanskelig å si at man kjenner på skam
Grunnantakelse	Jeg tenker ikke på skam i ordets forstand Alle føler på skam Symptom på et ubehag de bærer i seg Det ligger et mønster i deg at du skammer deg En sterk psyke for å bære en stor kropp Fysisk aktivitet er terapi i beste form
Relasjoner	Man isolerer seg fra sosiale settinger Jeg tenker over hvordan jeg ter meg. Empati og ikke sympati Kunne bruke ordet «skam» mer aktivt i relasjonen Jeg må ikke påføre ytterligere skam eller forsterke skammen Vi skal ikke trigge det, men romme det hvis det kommer
Åpenhetskultur	Samfunn med mye krav. Sosiale medier spiller en rolle. Viktig at helsepersonell er åpne og har en forståelsesfull tilnærming Stigma i forhold til å være overvektig Å ikke leve opp til samfunnets forventninger Anerkjenne at det ikke er å bare spise mindre Hvem er det som får det til liksom?
Følelse nært i kroppen	Destruktiv skam kan bli ødeleggende for oss De møter ikke blikket mitt Skam er en vantro og veldig vanskelig følelse
Gruppedynamikk	Jeg ønsker at vi skal være på lag Utfordret til å se at de selv er på et annet sted enn andre Tilpasninger sånn at det oppleves greit, men samtidig så eksponerer vi. Det skal være glede, motivasjon og mestring i fokus Skammen kan synke litt i gulvet av å være med i en gruppe
Mestringsverktøy	Livskvalitet er det som teller og følelsen av egenverdi Vi kartlegger jo Kognitiv terapi fanger opp Gi folk verktøy til en slags egenutvikling Du kan hente deg inn igjen om du får tilbakefall Utforske om tanken er sann Jobber med å tørre å kjenne på kroppen
Selvrefleksjon og eierskap	Egne mål og tanker om verdi Å være nysgjerrig på seg selv Ønsket om å hjelpe kan gjøre at vi snubler litt Tilgi deg selv for at «jeg ikke klarte det nå» Ressursene finnes i personen selv Akseptere følelsen, så blir det mer ufarlig

Tabell 3: STK Trinn 2 Grovskisse

Trinn 2 Grovskisse er tatt med for på en transparent måte kunne illustrere data i tidlig prosess. Det var krevende å nedskalere tekstelementene, og på et punkt startet vi bakerst i datamaterialet for å sikre å få med viktige tekstelementer der også. Kodeprosessen vi nå har vært gjennom med systematisk dekontekstualisering, nevner Malterud (2017, s. 104) kan gjøres på ulike måter, men man må hele tiden ha med seg at det som plukkes må gjenspeile helhetsmaterialet når man skal vurdere våre funn og svare på problemstillingen. Tabell 3, Trinn 2 Ferdig, viser hvordan åtte kodegrupper ble til seks kodegrupper. Blant annet overtok den meningsbærende enheten «Jeg ønsker at vi skal være på lag», som kodegruppe istedenfor «relasjoner».

Kodegrupper	Undergrupper
1. Skam er underkommunisert	Skaper ensomhet og psykiske plager Skam er undervurdert spesielt ved overvekt Skammen er ganske sånn «ullen» og skjult Kan være det siste vi kommer frem til da Vanskelig å si at man kjenner på skam
2. Følelsesnært i kroppen	Jeg tenker ikke på skam i ordets forstand Destruktiv skam kan bli ødeleggende Symptom på et ubehag de bærer i seg Det ligger et mønster i deg at du skammer deg En sterk psyke for å bære en stor kropp De møter ikke blikket mitt
3. Jeg ønsker at vi skal være på lag	Jeg sier ordet høyt, og de nikker bekreftende Jeg tenker over hvordan jeg ter meg. Empati og ikke sympati Kunne bruke ordet «skam» mer aktivt i relasjonen Jeg må ikke påføre ytterligere skam eller forsterke skammen Vi skal ikke trigge det, men romme det hvis det kommer
4. Åpenhetskultur i samfunnet og hos helsepersonell	Samfunn med mye krav. Sosiale medier spiller en rolle. Viktig at helsepersonell er åpne og har en forståelsesfull tilnærming, stigma med tanke på å være overvektig Anerkjenne at det ikke er å bare spise mindre Hvem er det som får det til liksom?
5. Skammen kan synke litt i gulvet av å være med i en gruppe	Skape et rom for å reflektere og eie Utfordret til å se at de selv er på et annet sted enn andre Tilpasninger sånn at det oppleves greit, men samtidig så eksponerer vi. Det skal være glede, motivasjon og mestring i fokus
6. Gi folk verktøy til en slags egenutvikling	Livskvalitet er det som teller og følelsen av egenverdi Kognitiv terapi fanger opp, ressursene finnes i personen selv Ønsket om å hjelpe kan gjøre at vi snubler litt Du kan hente deg inn igjen om du får tilbakefall Jobber med å tørre å kjenne på kroppen Akseptere følelsen, så blir det mer ufarlig Tilgi deg selv for at «jeg ikke klarte det nå»

Tabell 4: STK 2 Ferdig

Vi startet trinn 3 med fortsatt behov for å sammenfatte og nedskalere, både kodegrupper og meningsbærende enheter. Selve prosessen ble gjort ved printing av datamaterialet med kodegrupper og meningsbærende enheter. Vi klippet ikke opp, men fargekodet materialet. Resultatet ble tre ulike fargekoder, som dannet de nye kodegruppene. Den videre prosessen ble da enklere å gjøre digitalt i skjema laget i trinn 2. Dekontekstualiseringen og den tverrgående analysen endte i, at vi systematiserte de meningsbærende enhetene innunder 3 hovedkodegrupper med to subgrupper i hver. Subgruppene representerer hovedaspekter av det vi vil fortelle om, i tråd med Malteruds beskrivelse i analyseprosessen (Malterud, 2017, s.106). Tabell 5, viser dette skjematisk;

Kodegrupper	Subgrupper
1. Følelsesnært i kroppen	Destruktiv skam kan gi psykiske plager Symptom på et ubehag de bærer i seg
2. Tilnærmingen inn i relasjonen	Forståelsen av skam i kroppens reaksjoner Åpne opp for skammen, empatisk og trygg
3. Å eie seg selv og få egenutvikling	Gi slipp og mestre sin egen vei Å bære kroppen med en sterk psyke

Tabell 5; Trinn 3

Formuleringen i «jeg» form satte oss tilbake til det tekstnære i datamaterialet. Denne måten å skrive kunstig sitat på i «jeg-form», kalles å *kondensere*. Videre sammenfattes og lages en frisk tekst, med elementer fra samtlige meningsbærende enheter man vil inkludere (Malterud, 2017, s.107-108). Tre slike kondensater ble utarbeidet, ett for hver kodegruppe. For å synliggjøre forskningsprosessen viser vi nedenfor til hvordan kondensatet til kodegruppen *Tilnærmingen inn i relasjonen* ble utformet;

I møte med pasienten, så tenker jeg over hvordan jeg ter meg. Jeg ønsker ikke å påføre ytterligere skam, eller forsterke skammen jeg ser de uttrykker med kroppen. På en

empatisk måte vil jeg få pasienten til å reflektere og eie seg selv. På denne måten vil jeg kunne bruke ordet «skam» mer aktivt i relasjonen. Da vil jeg ikke trigge det, men romme det hvis det kommer ubehag.

Etter kondenseringen av alle 3 kodegrupper, fant vi flere gullsitat som svarte til kondenseringene. Disse blir presentert under resultatdelen i kapittel 4.0.

I trinn 4 brukte vi kondensatene til å lage en *analytisk tekst* skrevet i tredjeperson (Malterud, 2017, s. 108). Den nye teksten ble laget så nær som mulig informantenes stemme, men samtidig skrevet i nytt format, slik Malteruds metode viser til (s. 109). Siste del i dette trinnet besto av å utvikle kodegruppene, slik at de endte opp som resultat kategorier og videre tre hovedfunn som henførte til svar på problemstillingen (s. 109). Overskriftene til hovedfunnene ble laget med forankring i det tekstnære fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 110). Hovedfunn representeres i kapittel 4.0.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Først og fremst handler etikk om forholdet mennesker imellom, slik som hva vi kan og hva vi ikke kan gjøre mot hverandre (Johannessen et al., 2021, s. 45). Derfor forløper det seg visse etiske forpliktelser i hele forløpet i en intervjuundersøkelse, fra man går i gang til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Vi har omhyggelig ivaretatt informantene ved å følge de etiske retningslinjene, beskrevet av Den nasjonale forskningsetiske komité (NESH), og utdyper spesielt de tre typene hensyn (Johannessen et al., 2021, s. 45);

1. Informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi
2. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv
3. Forskerens ansvar for å unngå skade

Ved rekrutteringen ble det vektlagt at å takke «Ja», baserte seg på frivillig deltakelse. Dette ble beskrevet i et skriftlig samtykke, samt gjentatt muntlig før vi gikk i gang med selve intervjuet. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om muligheten for å trekke sitt samtykke når som helst i forløpet, uten grunn og uten noen form for negative konsekvenser.

Videre ble informantene informert om forskernes taushetsplikt, og ansvar for å holde alle innhentede data anonymisert. Vi hadde kun en mann blant våre informanter. Eksplisitt ble det derfor informert, om at ordlyden «informant» kom til å bli brukt og ikke «han» eller «hun». Dette for å ivareta anonymisering av informantene. Det ble opplyst om at informanten kunne be om innsyn i egen gitt informasjon.

I forkant av intervjuet og under arbeidet med intervjuguiden, var vi ekstra oppmerksomme på at tematikken «skam» i seg selv er et sårbart tema. Vi la føringer og tok forhåndsregler på hvordan ivareta den enkelte, om vanskelige egenopplevde følelser skulle komme opp. En fordel ved å være to forskere, var at den ene kontinuerlig kunne fange opp og observere raskt en sårbar situasjon. Vi opplevde i intervjusammenheng at en av informantene nevnte egenopplevd skam og sårbarhet, og det ble synliggjort viktigheten av å være forberedt på dette. Samtalen ble nær, varm og god, selv med det sårbare element i seg.

Like viktig som å ivareta de forskningsetiske retningslinjene ovenfor informanten, har vi også vært opptatt av det etiske i å utvise redelighet og nøyaktighet under hele forskningsprosessen. Thagaard (2018, s. 20-21) påpeker hvor viktig det er at man både internt og eksternt har høy grad av redelighet, og at man blant annet unngår å plagiere andre forskere. Vi har begge godkjente GCP-sertifiseringer (Good Clinical Practice), som kreves i våre jobber med klinisk utprøving av nye legemidler. Disse sertifiseringene bygger på de internasjonale etiske prinsippene utarbeidet gjennom Helsinkideklarasjonen for verdens legeforening, som ivaretar mennesker som inkluderes i medisinsk forskning (Malterud, 2017, s.211; Ruyter et al., 2014).

3.7 Personvern og godkjenninger

I all forskning der man innhenter personopplysninger, slik vi har gjort i denne masteroppgaven, er man pliktig til å følge «lov om behandling av personopplysninger» (Johannesen et al., 2021, s. 47-49). I tråd med dette sendte vi inn prosjektbeskrivelsen, samtykkeskjemaet og intervjuguiden til Sikt. Dette er kunnskapssektorens tjenesteleverandør som er en sammenslåing av NSD (Norsk senter for forskningsdata AS), Uninett AS og Unit – Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning. Vi fikk godkjenning tilbake 20.10.2023, med kommentar om at vi hadde lovlig grunnlag til å behandle personopplysninger i tråd med gjeldende regler, jfr. Referansenummer 819554 (vedlegg 1). Det ble videre anbefalt at vi minnet

informantene om at de måtte overholde sin yrkesmessige taushetsplikt, og ikke gjengi eksempler eller bakgrunnsopplysninger om pasienter under intervjuene. Dette er ivaretatt i oppgavens helhet.

Vi sendte i tillegg en forespørsel om vurdering av masteroppgaven til Grethe Netland, leder for Komité for forskningsetikk ved HINN (KoFE). Vi fikk skriftlig tilbakemelding om at vi ikke trengte ytterligere forhåndsgodkjenning fra KoFE (vedlegg 2).

Egen datahåndteringsplan ble utarbeidet, hvor det kommer tydelig frem hvordan og hvor lenge data lagres (vedlegg 5).

4.0 RESULTATER

Et resultatavsnitt skal belyse problemstillingen i oppgaven på en slik måte at den både sammenfattes og abstraheres (Malterud, 2017, s. 89). Resultatene skal også fortelle oss noe vi ikke visste fra før, i tråd med hva som er hovedformålet i kvalitative studier (s.89). I dette kapitlet presenteres resultatene fra dataanalysen, som samlet besto av åtte kvalitative intervjuer med helsepersonell. Problemstillingen som dannet grunnlaget for selve bearbeidelsen av materialet, var følgende:

Hvordan forstår og møter helsepersonell skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme?

I analysen ble det etablert tre resultat kategorier, som her legges frem som tre hovedfunn. Hovedfunn en dekker delproblemstilling en, og hovedfunn to og tre dekker delproblemstilling to.

Overskriften til hvert resultatkapittel er representert med elementer fra de opprinnelige temaene og kodene, men også innslag av ny innsikt, dette i tråd med STK (s. 110). Under hvert hovedfunn er det undertemaer, som gjenspeiler de viktigste fellestrekkene. Undertemaene innehar elementer fra de meningsbærende enhetene, og beholder viktige innsikter med informantenes egne ord. Tabell 5 viser skjematisk STK trinn 4, under 4.1.

4.1 Hovedfunn

Informantenes forståelse av skam og hvordan de møter skam i behandlingsrelasjonen, viste seg ved tre hovedfunn. Det første hovedfunnet, *den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp*, utdyper hvordan informantene ser og oppfatter skammen hos pasientene. Hvordan de tolker og blir klar over skam hos pasientene. Det andre hovedfunnet ble beskrevet som *den underkommuniserte tilnærmingen til skam i behandlingsrelasjonen*. Informantene kommuniserer her hva de legger vekt på i møte med skam i relasjonen, og hvordan dialog og ulik tilnærming er veien inn for å møte skam hos personer med overvekt. Det tredje hovedfunnet var, *stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske*. Her løftes det frem hvordan informantene tilnærmer seg pasientene med ulike strategier for å møte skammen i

behandlingen, ovenfor en selv som menneske og hvordan en kan leve godt, tross forventninger og stigma fra samfunnet.

Resultatkategorier/Hovedoverskrifter	Underkapitler
Den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp	Destruktiv skam kan gi psykiske plager Skam er undervurdert ved overvekt Den dyptliggende skammen
Den underkommuniserte tilnærmingen til skam i behandlingsrelasjonen	Sette skam på agendaen Åpenhetskultur
Stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske	Gi slipp og mestre sin egen vei Gruppedynamikkens viktighet

Tabell 6; STK Trinn 4

4.2 Den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp

Informantene beskrev skam som en universell følelse, som det er vanlig at alle mennesker opplever og som er helt «nødvendig» i samfunnet. Det ble også formulert at skam både kan være positivt og negativt, men samtidig håndterbart. Det er først når det oppstår et problematisk forhold til skam, at skammen kan bli uhåndterbar for informantene. En informant beskrev det slik;

Om noen er gjentagende unnvikende, så skjønner vi det er noe mer. De sammenligner seg med venner, og de har prøvd å kanskje passe inn lenge, og de skammer seg over at de ikke får det til. Det er jo utenforskap da, og de er redd for å stå utenfor.

Den følelsesnære skammen som «bæres i en stor kropp», ble vektlagt av informantene ved tre ulike kjennetegn. Som et første fellestrekk vektla informantene, at skam kan være svært ødeleggende og knyttet til «psykisk uhelse og lidelse». Uttrykk som «destruktiv skam» og «skam som påvirker individets psykologiske velvære», ble brukt for å beskrive forståelsen av skam som symptom på et ubehag de kan se hos pasientene. Informantene brukte ord som «å ikke leve opp til egne forventninger», som eksempel på skam som bæres i kroppen og kan gi psykiske plager og lidelser over tid.

Skam ble videre forstått av flere som nært knyttet til egenverdi, og som kan skape og forsterke negative følelser knyttet til både kroppsbilde, selvfølelse og selvtillit. En informant uttrykte det som; «skam kan få en til å føle seg verdiløs som menneske». Flere informanter forsto at

pasientene som uttrykte «sterke negative følelser», også snakket om skam som en av disse. En annen informant sa det slik; «Det er bare noen som sier noe, bare et blikk, en kommentar – så er den der, skammen, som et annet selvbilde. Mangel på selvtillit – det er så skjørt!»

Informantene identifiserte destruktiv skam hos pasientene som et kroppslig uttrykk og gjerne non-verbale signaler, som ble beskrevet som «unngåelse av øyekontakt» og «unnvikende holdning». Informantene beskrev at de oppfattet en unnvikende holdning ved å iakttå og se på pasienten. Det ble også formulert av en informant; «de på en måte gjør seg mindre» og «de vil på en måte gjemme seg». En annen uttrykte det slik; «du vet liksom de kommer og vil fortelle om noe, men så snakker de bare videre og videre». Det ble også nevnt at mange hadde mye negativt selvsnakk i behandlingsrommet, og at flere slet med sosial isolasjon og ensomhet. Det ble sagt at pasientene kunne ytre, at de kjente på en følelse av å «være feil eller ikke passe inn i fellesskapet». En informant beskrev dette på følgende måte;

Jeg synes jeg kan se det på måten pasienten møter meg på, og måten pasienten snakker på. Om de møter eller ikke møter blikket mitt for eksempel. Mange prater mye, litt overfladisk, og alt virker greit. Jeg tenker at det er en måte å skjule skammen sin på.

Det andre markante fellestrekket som ble beskrevet av informantene, var forståelsen av hvordan det er en tydelig forbindelse mellom skam og overvekt. Det ble vektlagt at følelsen av skam kan oppstå uavhengig av vekten eller utseendet til en person, men at man kunne se at skam kan forsterke negative tanker og følelser, som kan føre til påvirkning av evnen til å ta sunne valg og opprettholde endring over tid. En informant uttrykte det på følgende måte;

Jeg tror nesten ikke jeg har møtt en overvektig person som ikke føler noe skam. Det er jo et tankekors. De som er overvektige og som skulle ønske at de ikke var det, skammer seg for at de ikke får det til.

Det var flere informanter som poengterte at skam spiller en viktig rolle i hvorfor det kan være vanskelig å gjøre livsstilsendringer ved overvekt, og hvorfor noen faller tilbake til gamle vaner. Å jobbe med egen kropp og selvfølelse ble beskrevet som utfordrende for pasientene. En årsak til dette ble av informantene pekt på, mot samfunnets enkle fremstilling av overvekt og

vektnedgang som en skamforsterker. Det ble uttrykt at «som samfunn så fremstiller vi det veldig enkelt, det er bare å spise mindre og bevege seg mer». Det anerkjennes av informantene at samfunnet og sosiale medier spiller en rolle i å påføre skam ved overvekt, spesielt for de som er sårbare på grunn av deres fysiske utseende. Sosiale medier fremstiller idealiserte bilder og forestillinger, som former individers selvoppfatning og skamfølelse, påpekte flere informanter.

Som motsetning til det som nevnes som kjennetegn og forståelse av skam som synlig, ble det også nevnt som et tredje fellestrekk en forståelse av at skammen kan «være ganske sånn ullen». En informant nevnte at skammen kan være «utydelig og uten språk». Denne skjulte skammen mente informantene kunne vises som et symptom på et ubehag pasientene bærer i seg selv, som er «diffus og subtil». Når skammen kan være så vanskelig «å få fatt på», beskrev flere informanter at skammen kan være «dypt forankret i personen». En informant beskrev det på denne måten; «det ligger et mønster i deg at du i utgangspunktet skammer deg over deg selv». En annen informant gjenga det som «et dyptliggende fenomen» som kan ha røtter fra tidlig i barndommen. Denne kamufleringen som også kan være ubevisst og vanskelig å få tak i, ble formulert slik av en informant;

Det ligger så dypt forankret. Jeg tror skam handler mer om hva som har skjedd for mange år tilbake, og at det ble skapt som en grunnantagelse om deg selv som har vedvart. Så har kroppen blitt et symptom på at du kan fortsette å ha den dårlige følelsen fordi du er stor.

Informantene uttrykte at selv om det er snakk om skam som har utviklet seg til et følelsesmessig symptom i kroppen, så er det ikke det pasientene kommer for i utgangspunktet. Ønsket er å gå ned i vekt, så informantene beskriver at det kan være vanskelig å definere og gjenkjenne skamfølelsen som ligger dypt i pasientene, når «bestillingen» er noe annet. Det ble uttrykt at det er viktig å ha med seg at det kan ligge skjult skam i møte med pasientene. En uttrykte det slik; «ikke at man kanskje går direkte inn på det, men at det blir en sånn bakenforliggende tanke man har og legger merke til og leser pasienten på».

4.3 Den underkommuniserte tilnærmingen til skam i behandlingsrelasjonen

Å møte skam i den terapeutiske kontekst ble beskrevet av flere informanter som komplekst og utfordrende, men også svært spennende. Allikevel uttrykte informantene at det generelt er en «underkommunisert tilnærming» til skam i behandlingsrelasjonen. To hovedtrekk ble formidlet som særs viktige for å gjøre tilnærmingen resolutt bedre i møtet med pasienten, *å snakke om skam og å få til en større åpenhetskultur*.

I betydningen *å snakke om skam*, ble det løftet frem viktigheten av å være «modig nok» til å gå inn i skammen. En informant uttrykte det som, «jeg liker utfordringer, men det er definitivt vanskelig». «Jeg bruker hele meg», ble uttrykt spontant av en informant for å få frem det komplekse i møtet med skam. Det ble snakket om erfaringen man opparbeider seg gjennom pasientmøter år etter år, og at dette skaper trygghet igjen i relasjonen. En informant sa det slik, «men når det da blir vanskelig, så er det også mer spennende». Som et fellestrekk ble det nevnt, at å ha en «åpen og empatisk samtale om skam» ville gi fordeler for pasientens endringsarbeid. Flere informanter ga uttrykk for under intervjuet, at skam som eget tema burde løftes mer frem. Det ble uttrykt som «å ha det på agendaen», og gjennom å snakke om skam kunne normalisere og «ufarliggjøre følelsen», samtidig som pasientens ferd fikk fremdrift. En informant uttrykte det slik;

De færreste sier jo at de skammer seg, de snakker om andre temaer. Man kan på en måte tyde litt av hva de skammer seg over da, men kanskje man skal bli flinkere til å spørre om de skammer seg? Jobbe mer utfra skammen, som tema.

Et fellestrekk hos informantene var deres forståelse av at en underkommunisert tilnærming til skam i møte med overvektige, kunne være med på å hindre endring hos pasientene og skape en viss avstand i behandlingsrelasjonen. Flere nevnte at helsepersonell ikke må signalisere at overvekt er et resultat av mangel på kunnskap eller viljestyrke hos pasienten. Det ble understreket viktigheten av å være så nøytral som mulig i tilnærmingen, og «ikke-dømmende» i måten man møter pasienten på. Det ble nevnt «jeg må ikke påføre ytterligere skam eller forsterke skammen», synonymt uttrykte en annen informant; «jeg tror nok som helsepersonell kan vi ofte gå litt i den fella og tenker at ja, råd og informasjon og veiledning er det de trenger». Informantene påpekte at dette perspektivet kunne føre til både påføring av skam, men også økt

skamfølelse og at det kunne være kontraproduktivt for videre veiledning og støtte i livsstilsendringen. En uttrykte det slik;

Noen ganger så er kanskje ønsket vårt om å hjelpe så sterkt at vi snubler litt. Da snubler også pasienten, og man påfører egentlig mer skam fordi vi ligger langt foran, og får ikke med oss folk på samme reise. Så det å være tålmodig og klare å legge fra seg sine egne behov og ønsker om å hjelpe er viktig, sånn at man klarer å gå i det tempoet pasienten vil gå i.

Selv om skam ikke var fastlagt på «agendaen» slik informantene uttrykte det, var det fremtredende blant informantene at de vektla å være bevisst på skam i den terapeutiske relasjonen. Det ble nevnt at de hadde «strategier for både å adressere skam», men også å «håndtere skam» i møte med pasienten. Det ble uttrykt at, «man tenker over hvordan man ter seg» i behandlingsrelasjonen. Informantene beskrev også at det i møtet med pasienten var sentralt med «empati» og ikke «sympati». Flere snakket om at de fremmet en åpen tilnærming og bevissthet om skam, selv om dette ikke alltid var eksplisitt fokus i samtalen. En uttrykte det ved at man «vil ikke trigge det, men romme det hvis det kommer». Enkelte informanter hadde erfaring med å være mer direkte ovenfor pasienten når det kom til skam. En strategi som ble nevnt, omfatter betydningen av å normalisere skamfølelsen og skape en forståelse av at skam er en vanlig og normal følelse. En informant beskrev det slik;

Det gir en bedre allianse mellom pasient og terapeut, fordi hvis jeg sier noe om at jeg forventer at du føler skam, og den følelsen er så ubehagelig, den har vi alle sammen, så blir det jo litt lettere for pasienten. Det gir en bedre behandlingsrelasjon.

Det ble nevnt at skam kan være en «hindring og en motivasjon» i behandlingsprosessen. En informant fremhevet det ved å beskrive at skamfølelsen kunne være et hinder for pasienten i å nå sitt mål. «Om det står og faller på om man er flink og man da feiler, så forsterkes skammen da».

En større åpenhetskultur ble også formidlet som et felles hovedtrekk ved underkommunisert tilnærming til skam. Flere informanter var åpne for at dette kunne bidra til å redusere skam ved

overvekt. Det ble uttrykt at «kultur med større åpenhet» vil redusere stigma i samfunnet, og en mer «transparent kommunikasjon» kan bidra til å normalisere og destigmatisere temaer omkring overvekt. En informant trakk tråder til samfunnet slik det var før, og uttrykte «tenk på i gamle dager, det var ikke så mye lettere å kjenne på skamfølelsen da, over barn født utenfor ekteskap for eksempel». Det ble også nevnt en strategi i behandlingsrelasjonen om å utfordre samfunnsnormen ved å «utforske om tanken er sann». Det ble uttrykt at «gjennom å sortere, så blir skammen litt mindre sterk» i møte med samfunnet. En informant uttrykte det på følgende måte;

Når folk er kommet litt lenger i prosessen snakker vi om andres blikk, for eksempel når andre ser meg spise kake på kafe. Man kjenner på andres dømmende blikk da, og det er vel da skammen er størst kanskje. Jeg får de til å prøve å forholde seg til at folk ikke er opplyste nok, eller at de ikke har respekt for andre. Man må begynne en helt annen utforskning av hvordan personen skal forholde seg til en slik forskjellsbehandling, kanskje få en ny holdning til det.

Det ble nevnt at mer åpenhet i samfunnet, kan bidra med en tilnærming om å forstå skamfølelsen som mer konstruktiv. Det å bruke skam til å være en indikator, som kan hjelpe pasienten til å reflektere over egne handlinger og lære av dem. Det ble nevnt; «hver enkelt har de ressursene de trenger for å gjøre endringene, de er i personen selv». Det ble nevnt at ved å forstå hvordan skam kan være en motivator for personlig vekst og læring blir det et verktøy til personlig utvikling, en styrke i forhold til andre og samfunnet generelt. En informant sa; «min jobb er å hente fram, og grave frem gullet, ikke sant». Det ble sagt at «å finne den motivasjonen hver enkelt har for å gjøre endringer i sitt liv, det er vårt ansvar». Samlet sett mente informantene at å utforske og anerkjenne skam i all sin kompleksitet var viktig. En informant satte ord på det på denne måten;

Veldig ofte så pleier jeg å si ordet høyt, for istedenfor å si at du føler på skam så er det lettere å bekrefte. Mange vil jo i den situasjonen kjenne på mye skam, og da vil nesten alle nikke fort bekræftende. Så ved å bruke ordet rett ut så er den en god tilnærming for å få folk til å snakke litt om det. Hvert fall så gir de veldig tydelig tilbakemelding i

kroppsspråk at dette er noe de sliter med. Ja, jeg tror de fleste nikker bekreftende og kan bli litt rørt eller se litt lei seg ut.

Selve åpenhetskulturen ble beskrevet som et virkemiddel, og et «verktøy i kassa» for å lettere akseptere seg selv som likeverdig i samfunnet.

4.4 Stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske

Ifølge informantene ble det å våge å eie seg selv som et helt menneske, kjernen i arbeidet sammen med pasientene. To kjennetegn ble spesielt nevnt som særtrekk i dette arbeidet; *å gi slipp og mestre sin egen vei, og gruppedynamikkens viktighet.*

Informantene formidlet at de i behandlingsrelasjonen jobbet spesifikt med verdigrunnlag i endringsprosessen med pasientene. Å gi slipp på gamle mønster og tankebaner nevnte flere som grunnleggende, for å komme i nærheten av å begynne å mestre sin egen vei. Det ble tatt til orde for at utfordringer med psykisk helse på flere plan kan ha en innvirkning på kroppens vekt, og at mestringsmekanismen for å håndtere sine egne følelser ligger i å overspise. Flere nevnte at man jobbet med prinsippene «å være stolt av seg selv» og «eie sin egen identitet», uavhengig av kroppsstørrelse eller eventuell opplevd skam knyttet til overvekt. Uttrykt slik; «det handler om å finne kjerneverdiene man har, og hva man kan gjøre for å leve best mulig tett opp til de verdiene».

Flere informanter gjentok at overvekt er en kompleks og individuell problemstilling, som kan ha både fysiske, genetiske, psykologiske og sosiale årsaker. En informant ga uttrykk for det på denne måten; «du skal ha en sterk psyke for å bære en stor kropp». Det ble nevnt at det er viktig å huske at kroppsstørrelse ikke definerer personens verdi eller bidrag i samfunnet. Alle mennesker fortjener å bli behandlet med respekt og verdighet, uavhengig av utseende og kroppsstørrelse. For å starte reisen mot «å eie seg selv som et helt menneske», blir det nevnt å kunne bruke «ulike mestringsverktøy». En informant forklarer endringsreisen slik;

Der det er skam og mangel på selvbilde, ja man snakker så enkelt som at jeg kaller det en gammel algoritme. Rett og slett. Windows 97 fungerer dårlig i 2023. Det er et språk de forstår, de relaterer det til seg selv, ja det skjønner jeg – men det vil jeg jo ikke ha.

Grunnlaget for å kunne jobbe i en prosess med de dårlige følelsene er at de skal bli gode på selvledelse.

Å være sammen i gruppe ble et særtrekk nevnt av flere for å få til viktige endringer. Skam i gruppebehandling og kollektiv erfaring i gruppe, ble oppfattet av flere informanter som skamreducerende hos pasientene. Informantene så at pasientene ved å delta i gruppe, fikk mildnet skamfølelsen. I gruppen delte de lignende erfaringer med hverandre, som ble oppfattet som en god psykisk støtte. En informant nevnte at deling av erfaringer ikke bare var læring, men også en form for å «gjenkjenne seg selv». I tillegg ble det nevnt som verdifullt «å høre noen andre si det, som ikke er terapeut». En uttrykte seg slik;

At gruppedynamikk er viktig ja, det er viktig å se andre i samme situasjon. Det er viktig for å oppleve støtte, men også det å bli utfordret til å se at de selv er på et annet sted enn den andre, på godt og vondt. Om jeg som terapeut gir et råd så er det ikke dermed sagt at de hører på det, men om en som står i samme situasjon og som har noe av de samme erfaringene, så vil det være mye sterkere.

Denne betydelige gruppedynamikken, opplevdes som en sterk motivasjonsfaktor for å komme seg fremover i endringsløpet. Det å kunne jobbe med å utforske og identifisere egne tanker og følelser knyttet til kroppen, samt å utforske ulike konseptualiseringer av skjønnhet og kroppsidealer snakket informantene om som viktig. Det ble uttrykt som, «vi må ufarliggjøre det meste» eller som, «så prepper vi dem ganske godt».

Utfordringer med å opprettholde livsstilsendringer, og håndtere skam over tid ble nevnt av flere informanter. Samtidig ble det beskrevet at mange opplever tilbakefall, og det ble jobbet mye med å håndtere disse ved å lære og tilgi seg selv og justere målene sine. En uttrykte det slik, «jeg appellerer til hjertet med at de er noe mer enn hva de tror». Det ble uttrykt at å være et helt menneske handler om å akseptere og elske seg selv, uavhengig av eventuelle feil og mangler. Å eie seg selv eller «løfte de opp» ved å stå opp for egne verdier, ønsker og behov. «Du kan ikke endre den du er, men du kan si hva du trenger». En informant sa det slik;

Det er viktig å vite at du kan hente deg inn igjen, og at du ikke er tilbake til null selv om du får tilbakefall. Har du vært gjennom endringen, har du faktisk vært gjennom en del endringer tankemessig og adferdsmessig i endringssirkelen vi fokuserer på. Så vi jobber mye med å ikke straffe seg selv. Akseptere at det er greit, og heller starte på nytt, nullstille seg og tilgi seg selv for at «jeg klarte det ikke nå», men jeg prøver igjen.

Flere informanter nevnte at selv om gruppefølelsen kan være sterk, er det å være komfortabel i egen kropp en individuell reise, og det kan ta tid og krefter å komme dit man ønsker. Det ble uttrykt slik; «De går ut i verden med et litt annet selvbilde – som er bedre, er hva jeg tror. Da har jeg gjort jobben min».

En annet hovedtrekk som ble formidlet av informantene i denne endringsprosessen, var å jobbe med kroppen i det sosiale fellesskapet. Flere nevnte at skammen kan ha sosiale konsekvenser, for eksempel sosial isolasjon og redusert deltakelse i sosiale aktiviteter. Et verktøy for å mestre å være i fellesskapet, var å oppsøke treningssenter som gruppeaktivitet. Informantene løftet frem hvordan det å trene i treningssenter med store rom og speil kunne bli utfordrende for pasientene, men det ble uttrykt slik;

Det å trene i rom med speil der det er andre, garderober hvor de må dusje. Det er mye tilbakemeldinger på at det er vanskelig, hvor de kan si at en annen sal er bedre, der det ikke er speil. Eller at de ønsker å trene på slutten av dagen, for å slippe å dusje. Så vi prøver å gjøre tilpasninger sånn at det oppleves greit, men samtidig eksponerer vi jo også, og gjennom mestring kan det kjenne at det er greit.

Pasientene kan etter hvert i prosessen åpne opp og «oppleve den samme gode stemningen gang på gang», når skammen etter hvert mildner og «de blir trygge på aktivitet og bevegelse». Det ble uttrykt at når pasientene utfolder seg fysisk og kommer «ned i kroppen», får brukt hele kroppen sin, så «glemmer de seg selv og hvem de er». Fysisk aktivitet ble nevnt av informantene som «den beste terapiform» sammen med «all tematikken da». Det ble uttrykt helt spesifikt «å øke kroppskontakt», som handler om å tørre å «kjenne på kroppen» og å stole på at kroppen «er». Det å kunne ha kontakt med underlaget kan «skape så gode ting for pasienten», uttrykte

en informant. Det ble forklart at det roer ned stress og roer «kroppen på en måte», og at man slik kan bli kjent med sin egen kropp igjen. En informant responderte som følger;

Kroppsbildet er noe vi fokuserer mye på. Det kan gi nye kroppslige erfaringer og positive erfaringer med å være i kroppen, som på en måte kan utfordre litt den skammen vi kjenner på. Så det å faktisk tørre å gå ned og etablere og skape trygghet i seg selv på denne måten, vil på en måte være en god vei mot det å faktisk få det bra. En ting er å få kontakt med kroppen, følelsene og det som ligger til grunn og kanskje også skammen. Det å tørre å være i det.

Informantene ga også uttrykk for at «dagen i dag» er det som er viktig. Vi er skapt for å være «her og nå». Det ble nevnt som et verktøy å jobbe med avspenning og pust, for å styrke følelsen av nærhet til øyeblikket og seg selv som person. En slags forankring om at man «kan starte på nytt igjen i dag», synonymt sagt «gå tilbake til planen», kunne bidra til å bygge opp et positivt selvbilde og ny selvtillit, som av informantene nevnes som avgjørende for å oppnå varige endringer og et godt forhold til egen kropp uavhengig av vekt.

5.0 DISKUSJON

5.1 Resultatdiskusjon

I denne studien har formålet vært å få et innblikk i hvordan et utvalg helsepersonell bistår pasienter med overvekt og fedme til å mestre hverdagens utfordringer, spesielt innenfor skammens fenomenologi og i relasjonsteoretisk retning. Problemstillingen som ble undersøkt var følgende; *Hvordan forstår og møter helsepersonell skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme?* Dette ble undersøkt ved å intervjuer åtte helsepersonell med ulik profesjon hvor alle hadde flere års erfaring og fortsatt jobbet med pasientgruppen.

Resultatene viste seg ved tre sentrale hovedfunn. Det første hovedfunnet belyser hvordan informantene ser og forstår skam hos personer med overvekt og fedme, og var følgende; *den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp*. Det andre og tredje hovedfunn belyser hvordan informantene møter skam i relasjonen, og hvordan dialog og ulike strategier løftes frem i behandlingsrelasjonen. Funnene var; *den underkommuniserte tilnærmingen til skam i behandlingsrelasjonen*, og *stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske*.

Som overordnet teoretisk perspektiv belyses funnene i dette kapitlet, med dialektisk relasjonsteori og skammens- og kroppens fenomenologi. Funnene har flere sentrale fellestrekk med teorien, men viser også til kompleksiteter helsepersonell utfordres i. Spesielt den manglende tematiseringen av skam i behandlingen av overvekt og fedme. Dette presenteres nærmere i punkt 5.1.1 til 5.1.3.

5.1.1 Å forstå den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp

Informantene beskrev at de forsto og gjenkjente skam hos pasientene, via ulike kjennetegn de kunne se komme til uttrykk via kroppen. Dette understøttes av den fenomenologiske tilnærmingen til skam, at den kommer til syne eller kan vise seg som et kroppslig uttrykk (Farstad, 2016, s. 25). Dette kroppslige uttrykk kan videre forklares gjennom den franske filosofen Merleau-Pontys «kroppsteori», hvor han hevder at kroppen har sitt eget språk og at dette uttrykkes i møte med andre (Thornquist, 2018, s.136-138). Informantene gjenga i tråd med dette at de på den ene siden kunne forstå den destruktive skammen gjennom kroppslig uttrykk, og gjerne non-verbale signaler hos pasienten. De refererte til unngåelse av øyekontakt,

unntvikkende holdning og som en informant sa; «de på en måte gjør seg mindre». På den andre siden forsto informantene at pasienter som uttrykte sterke, negative følelser, hadde dårlig selvbilde eller var ensomme og isolerte, også kunne lide av destruktiv skam. Overordnet beskriver informantene her dialektikkens «terapeutiske lytting», og at de er i pasientens «opplevelsesverden» (Schibbye, 2009, s. 272). Denne komplekse prosessen som pågår når man lytter og dermed får med seg det som blir sagt bak ordene (s. 266).

Derimot uttrykte flertallet av informanter at de sjelden tok ordet «skam» i tale, selv om de forsto at pasientene led av skam. Dette skiller seg fra det som poengteres av Farstad, om at man ikke skal vike unna å snakke om skammen når den er identifisert (2016, s. 295). Schibbye (2009, s. 277-278) viser til at en slik unntvikkelse kan beskrives som et subjekt – objekt relasjon. Belyser vi funnet ut ifra denne forståelsen, signaliserer informantene (subjektet) at de vurderer og forstår pasientenes (objektets) opplevelse med skam, men samtidig bekrefter ikke informanten pasienten følelsesmessig. Schibbye (2009, s. 278) henviser til at man da mister «matchen», som er det viktige i bekræftelsesbegrepet og delingsprosessen. Aakvaag (2018, s. 45) støtter dette og henviser til, det hun beskriver som den *eksterne* skammen som oppstår i relasjon med andre. Den eksterne skammen hvor pasientene kan føle på både avvisning og sterk devaluering i relasjonen. I studien til Rande et al. (2017) vises det til at manglende støtte og forståelse fra helsepersonell, når det gjelder psykiske problemer, kunne begrense livsstilsendringens effekt betraktelig. Derimot viser informantene at de har forståelse for skam og skammens kompleksitet, selv om de unnlater å ta tak i det eksistensielle.

En informant uttrykte, «du vet liksom de kommer og vil fortelle om noe, men så snakker de bare videre og videre». Kan det være at informantene forstår det slik at pasientene ikke ønsker å snakke om skammen de føler? Med tanke på dette ble det sagt av en informant at «de kommer jo med en bestilling om å gå ned i vekt». Rand et al. (2017) viser konkret til at pasientene ønsker et støttende team rundt seg. Informantene kan i tråd med dette forstå seg selv som støttende i behandlingsrelasjonen, noe de også uttrykker både ved å forstå pasientenes vanskelige følelser, men også god forståelse i forhold til at det er vanskelig å gå ned i vekt. Selvrefleksivitet og evne til å kjenne etter i seg selv kan dette være sammenfallende med (Schibbye, 2009, s. 366), for informantene beskriver det skjøre de ser påføres ved skam og som kanskje viser at de nettopp

ser bakenfor «bestillingen om å gå ned i vekt». Dette kan være et tegn på at forståelsen i behandlingsrelasjonen blir «levd der og da» (Schibbye, 2009, s. 275).

Informantene beskrev at de så at skam er undervurdert ved overvekt. Helt konkret kan dette påvirke livsstilsendringen negativt. Informantene viser her at de forstår hva som berører god psykisk helse, «en tilstand av velvære» (WHO, 2018), og at skam ved overvekt kan ramme så hardt at det truer hele ens syn på seg selv (Aakvaag, 2018, s. 48-49). Det ble pekt på samfunnets enkle fremstilling av overvekt og vektnedgang, der utsagn som det er bare å spise mindre og å trene mer, blir svært skampåførende for pasientene. Funnet er interessant da det sier noe om ansvaret informantene påtar seg selv i kraft av rollen som helsepersonell, men også et ansvar man kan oppfatte som selvutnevnte skamforkjempere mot samfunnets og medieskapt forestillinger. For det første kan informantenes beskrivelser ses sammenfallende med det som er uttrykt i definisjonen av psykisk helsearbeid (Andersen, 2023); å *inkludere arbeid med å påpeke, og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting*, i tillegg kan det også sammenfattes med Helsedirektoratets retningslinjer som trekker frem helsepersonells «pådriveransvar», for at samfunnet legger til rette for å kunne ta fornuftige valg (Helsedirektoratet, 2010, s. 3).

Samlet sett kan man forstå at informantene ser at sosiale og kulturelle elementer påvirker og skaper utfordringer i vår tid, med tanke på forbindelsen mellom skam og identitet hos pasientene (Farstad, 2016, s. 193). Informantene vektla at nettopp de som er sårbare på grunn av deres fysiske utseende kan bli påført ekstra skam, ved å se idealistiske bilder florere i sosiale medier og samfunnets mange kanaler. Dette understøttes av Sagen (2022, 4.mars) som følger opp med at det må anerkjennes i samfunnet at skam blir påført den enkelte som sliter med fedme. Han mener også at det må iverksettes tiltak på flere ulike nivåer i samfunnet, for å kunne gjøre endringer som får oss til å anerkjenne hverandre på en bedre måte.

Overordnet kan funnet peke på at informantene anerkjenner og innehar en holdning og forståelse, av at skam i behandlingsrelasjonen hos pasienter med overvekt og fedme må heves til et høyere nivå i samfunnet. Kan det likevel være slik at informantene overtolker samfunnets posisjon i å påføre skam? En informant uttrykte at «jeg tror nesten ikke jeg har møtt en overvektig person, som ikke føler noe skam». Selv om fedme nå er å forstå som en kronisk

lidelse, så indikeres det fortsatt at det i første omgang henger sammen med manglende daglig fysisk aktivitet og et «uheldig kosthold» (Helsedirektoratet, 2010, s. 8).

Det kan være viktig å legge til her, det som refereres til som lavstatus- og høystatussykdommer (Farstad, 2016, s. 47). Møtet mellom pasient og behandler og videre hvordan relasjonen etableres, kan påvirkes av hvilken status sykdommen har (s.48). I fare for å havne med en forutinntatt holdning om at «alle» med overvekt kjenner på skam, bør vi i rollen som helsepersonell bruke kunnskapen vår riktig (Skårderud, 2001, s.163), men også med bevissthet nevner Aakvaag (2018, s. 96). Hun skriver om alle de lag og påvirkninger vi utsettes for i denne store, vide og brede sosiale verden, som er kompleks og mangefasettert (s. 97). Likevel kan informantene ha gode grunner for å forstå, at samfunnet påfører pasientene skam og at det må heves på et høyere nivå. Flere studier viser det samme og drar også frem hvordan den enkelte pasient med overvekt og fedme lever et begrenset svekket liv, nettopp på grunn av skam og stigma påført fra samfunnet (Ueland, 2019; Furnes et al., 2020; Morgan, 2020).

Informantene framhevet at det kunne være vanskelig å få fatt på den skjulte og dyptliggende skammen hos pasientene, og uttrykte den som både «diffus og subtil». Hagen et al. (2016, s. 77-78) viser til at denne skjulte skammen kan være berøvet pasientene i tidlig alder, og den kan ha forstyrret den «sunne» skamfølelsen som er viktig for alle mennesker å inneha, fordi den hjelper oss til å utvikle gode grenser i oss selv og ovenfor andre (s. 78). Med utgangspunkt i problemstillingen og hvordan informantene beskriver at de forstår den skjulte skammen, kan man her forankre dette i anerkjennelsesbegrepet (Schibbye, 2009, s. 259). Funnet beskriver med denne tenkningen at informantene gjennom sin væremåte og kontakt med egne følelser (sin egen subjektivitet), dermed oppnår mulighet til å forstå pasientenes (subjektive) verden.

5.1.2 Å møte skammen ved å ha den på agendaen

Et sentralt hovedfunn i studien var det informantene beskrev, som en «underkommunisert tilnærming» til skam i behandlingsrelasjonen. De formidlet som særs viktig i behandlingsrelasjonen å kunne møte skammen, og dermed få til en større åpenhetskultur. I tråd med dialektikken speiler informantene her denne tosidigheten i samspillet som er grunnleggende i teorien (Schibbye, 2009, s. 39). Først og fremst har informantene en klarhet i at relasjonen ikke dreier seg om en *enten-eller-forståelse*, men om et både-og når det gjelder å

forstå individet i relasjonen (s. 39). Imidlertid beskriver flere informanter at det er det å *møte det de forstår*, som gjør det komplekst i relasjonen. Kunne være «modig nok», sier en informant. På den ene siden kan funnet belyse at informantene i kraft av sin profesjon, også møter sin egen sårbarhet som en naturlig del av det å være menneske.

I Gadammers «forståelseshorisont» beskrives nettopp hva som skjer i møte med andre, og at man gjennom følelsene oppnår ny forståelse ut ifra at vi har forstått (Geirdal og Varvin, 2017, s. 161). Kan det bety at informantene eier sin egen forståelseshorisont, men unngår å inntone seg på pasientene? I så fall oppnår de da ikke horisontsammensmeltningen Gadamer beskriver (s. 161). Dette trenger ikke å bety at informantene bærer på egen uhåndterbar skam, men at informantene likevel møter sine egne skamopplevelser som følelsesnært blir rettet inn i ens eget selv (Farstad, 2016, s. 28). Den underkommuniserte tilnærmingen kan slik sett være at de, forklart gjennom eksistensiell filosofi, har forstått *selvet* i den sirkulære interaksjonen og møtt seg selv i den dialektiske spenning som oppstår, og ført til at de kjenner sårbarheten i møtet med pasientene (Schibbye, 2009, s. 40-41).

På den andre siden kan det derimot være noe annet enn sårbarhet som ligger bak. Schibbye (2009, s. 264) beskriver hvordan omsorg, empati og medfølelse kan melde seg i den terapeutiske relasjon. Informantene hentyder at de ikke må «påføre ytterligere skam», eller at ønsket om å hjelpe noen ganger gjør at «vi snubler litt». Som Farstad (2016, s. 26) beskriver så nært vises skam som kroppslig uttrykk på flere måter, og hele kroppsholdningen kan være preget.

Informantene var klare på at de fanget opp disse kroppslige uttrykkene, og det kan være et relevant punkt å nevne at deres sterke omsorg og empatiske evner er det som gjør at de lar tematikken skam være underkommunisert, de vil ikke «snuble seg bort». Det informantene beskriver stemmer godt overens med refleksjoner Landmark (2018) legger vekt på ved sin beskrivelse av den dype skammen man møter hos pasientene. Han mener behandler må være klar over at pasienter med skam kan oppleve det svært ubehagelig når oppmerksomheten rettes mot dem i behandlingsrommet. Pasientene kan oppleve seg eksponert og blottlagt.

Informantene vektlegger at de har gode strategier for å møte skam som kommer i behandlingsrelasjonen, uttrykt som «vi rommer det hvis det kommer» og «alliansen blir bedre når vi snakker om skam». Dette viser at de også evner å møte skammen på en slik måte, at den dermed kan bli mindre når den blir satt i tale og delt (Anstorp og Benum, 2014, s. 203). Ved å sette skam på agendaen viser de her, at de kan styrke pasientenes psykiske helse i behandlingsrelasjonen og kanskje med dette fjerne noe av skammen?

Et kjernemoment i dialektikken fremhever mennesket som et sosialt vesen, som trenger relasjonen og samspillet med den andre for å kunne skape og videre forme identiteten som styrker vår psykiske helse (Schibbye, 2009, s. 39-40). Konkluderer man med dette viser informantene at de anerkjenner egne følelser og sårbarhet, for å møte skam i behandlingsrelasjonen.

5.1.2.1 Åpenhetskultur

Det som ble vektlagt når informantene snakket om at de kunne ønske seg en større åpenhetskultur, var at de så at dette kunne bidra til å redusere skam påført av samfunnet. Det ble uttrykt at en mer «transparent kommunikasjon», kan være bidragsytende ved å normalisere og destigmatisere tematikken omkring overvekt. Dette svarer godt til den manglende tematiseringen av skam i retningslinjene for behandling av overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2010, s. 63). Informantene viser her at de ser behovet for en tydeligere føring nasjonalt for å skape og forankre denne åpenhetskulturen. Først og fremst understøttes dette bredt i det teoretiske bildet, hvor det blir løftet frem hvor viktig det er å snakke mer om skam og at dette kan lindre og lette pasientenes byrde (Farstad, 2016, s. 295; Anstorp og Benum, 2014, s. 203; Aakvaag, 2018, s. 224-225). Det fremheves også på forskningsfeltet, blant annet i studien til Dolezal (2022), at det å bli oppmerksom på skam i terapirommet må starte med en erkjennelse på et høyere nivå.

Flere informanter beskrev hvordan de jobbet for at pasientene skulle utfordre samfunnsnormen, ved å «utforske om tanken er sann». Et eksempel som ble gitt var å få pasientene til å tåle andres dømmende blikk, ved å forholde seg til at folk rett og slett ikke er opplyste nok i forhold til hvor vanskelig det er å gå ned i vekt. Dette poenget beskrives godt i studien til Ueland (2019) hvor det bemerkes at helsevesenet og behandlingstilbudenes mål om vektreduksjon bør endres,

og i større grad rette oppmerksomheten mot hva det gjør med personene som lever med overvekt og fedme. Først da kan man snakke om å få redusert skam og stigmatisering mot disse pasientene (Ueland, 2019). Studien til Furnes et al. (2020) drar også frem dette elementet, og utfordrer helsevesenet til å gi behandling som ivaretar og «ser hele mennesket» når man skal hjelpe pasienter med overvekt og fedme.

Selve åpenhetskulturen ble beskrevet av informantene som et virkemiddel og dertil et «verktøy i kassa», for å lettere akseptere seg selv som likeverdig andre. En informant sa det slik, «det er min jobb å hente frem og grave frem gullet». Dette kan vitne om at informantene møter pasientene med verdighet og har med seg hjertet, slik Schibbye (2009, s. 264) beskriver «som noe mer» som dukker opp i relasjonen.

5.1.3 Stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske

Dette tredje hovedfunnet, *stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske*, ble av informantene ansett som viktig og selve kjernen i arbeidet med pasientene. Med tanke på beskrivelsene informantene gir, om at de jobber for at pasientene skal kjenne på «å være stolt av seg selv» og «å eie sin egen identitet», viser de først og fremst at de har en praksis i tråd med psykisk helsearbeid, hvor blant annet *hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft* (Andersen, 2023). Informantene viser at de forstår hvilke elementer som må til i møtet med pasientene for å oppnå god psykisk helse, ved å inspirere pasientene til *å gi slipp og mestre sin egen vei*. På bakgrunn av dette og hvordan informantene beskriver sine møter med pasientene, med blick på å få frem grunnverdier og egne livsveier, tydeliggjøres det et helhetlige blick på pasientene i deres møte i behandlingsrommet.

Informantene viser til at de i behandlingsrelasjonen møter pasientene med ulike verktøy, slik som ulike strategier for å få pasientene til å kjenne på gode følelser og å bli gode på selvledelse. Dette kan sammenfattes med det som Hannisdal (2023, s. 59) beskriver som essensen for å finne sin egen lykke, nemlig fri seg fra det feilfrie såkalte «lykkelige liv» hvor de fleste dessverre mislykkes og påfører seg selv skam. Det er kanskje her informantene opplever at de møter pasientene med både sitt indre og ytre blick for skam? Om det er slik kan det være nærliggende å igjen referere til Schibbye (2009, s. 275), som sier at målet i behandlingen bør være å forsterke troen på at pasienten kan klare å bygge opp sin egen indre kjærighet.

Samlet kan dette vitne om at informantene evner å møte pasientene med respekt og stor omsorg. En informant uttrykte det på denne måten: «du skal ha en sterk psyke for å bære en stor kropp». Studien til Morgan (2020) poengterer dette viktige informantens uttrykker her, fedme skyldes ikke mangel på viljestyrke. Informantene viser at de møter pasientene med denne støttende forståelsen. Rand et al. (2017) gjorde funn i sin studie som nettopp viste det motsatte, at der helsepersonell ikke møtte pasienten på pasientens ståsted kunne man oppnå å påføre både fordømmelse og vektstigma. Kan det være slik at informantene møter pasientene med «noe mer», utover det man kan forvente i den profesjonelle rollen og rammene som er gitt i behandlingsforløpet?

Slik viser informantene at de ikke bare utøver sin profesjon, men at de også utøver den med en større kraft i retning psykisk helsearbeid. For å underbygge dette viser vi til Schibbye (2009, s. 264) som beskriver, at dette «noe mer» nettopp kan være kjærlighetskraften som er i relasjonen, og at det er denne som kan «løfte opp» pasienten til å fri seg fra skam og finne seg selv (s. 265). Med andre ord kan man tenke at informantens ulike strategier de møter pasientene med har en skamforløsende form. Man kan tenke seg at det nettopp er denne skamforløsende formen som stimulerer pasienten til «å våge å eie seg selv». Studien til Dolezal (2022) støtter opp om denne vurderingen, og viste blant annet til at skam som blir forløst fjerner barrieren for å nå inn til et vellykket behandlingsresultat. Tvert om sier ikke studien noe om hva som ligger i begrepet «vellykket behandlingsresultat».

Informantene fortalte at et vellykket behandlingsresultat, i regi av de overordnede retningslinjene, gikk på antall kg pasientene gikk ned i vekt. Å møte pasientene med denne målsettingen mente informantene tvert om var uhensiktsmessig, da de hadde erfaringer som tilsa at veldig mange av pasientene gikk opp igjen i vekt. Et vellykket behandlingsresultat ifølge informantene, ble beskrevet blant annet ved at pasientene går ut i verden igjen «med et litt annet selvbilde – som er bedre». Argumentet informantene fremlegger her vises også som funn i studien til Coutinho et al. (2018), hvor man etter 2 år i et vektreduksjonsløp fant en betraktelig økt sultfølelse hos pasientene og at pasientene måtte belage seg på å håndtere dette økte sultbehovet i lang tid etter et vekttap. Helt konkret ble det gjort funn på at «basal sult og

gjennomsnittlig sult og lyst til å spise», økte betraktelig og vanskeliggjorde derfor opprettholdelsen av vektreduksjonen.

Med utgangspunkt i problemstillingen «hvordan møter helsepersonell skam», vil vi for det første henvise til retningslinjene i behandlingsopplegget og tenke at informantene bør møte pasientene på en slik måte at de oppnår et «vellykket behandlingsresultat» i tråd med rammene. For det andre kan man med støtte i studien til Coutinho et al. (2018) tenke seg at informantene ved å møte pasientene på denne måten, faktisk da ville bidratt til å øke eller påføre pasientene skamfølelse. Flere studier viser til at mislykkede forsøk på å beholde vekttapet eller frykten for å falle tilbake til gamle vaner, ender med at pasienter føler seg verdiløse som mennesker (Skyrud & Trollvik, 2019; Furnes et al. 2020; Ueland, 2019). Disse studiene støtter opp om informantenes måte å møte skam i behandlingsrelasjonen på, og som en informant tydelig sa, «det er viktig å huske at kroppsstørrelse ikke definerer personens verdi eller bidrag i samfunnet». Dette utsagnet er i tråd med det som Schibbye (2009, s. 275) betegner som «relasjonsbyggende», hvor den ikke-dømmende holdningen viser stor aksept og toleranse for den andre.

5.1.3.1 Gruppedynamikkens viktighet

Å være sammen i gruppe beskrev informantene som et særtrekk og viktig element for å oppnå resultater i behandlingsforløpet. Spesielt så de at pasienter ved å dele erfaringer i gruppen opplevde økt psykisk støtte, og dermed fikk en mildnet skamfølelse. En informant beskrev at gode råd som ble gitt av informanten, opplevdes mer verdifullt for pasienten om en av gruppemedlemmene sa det samme. Informantene beskrev hvordan pasientene «gjenkjente seg selv» i gruppen. Dette er i tråd med det helsefremmende innen psykisk helsearbeid, *å bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng* (Andersen, 2023, 11.mai). Her viser informantene at de møter pasientene ved å «bistå», og å være støttende selv om man gjør det fra sidelinjen og ikke er i subject-subject relasjonen (Schibbye, 2009, s. 246).

Informantene uttalte at skammen i mange tilfeller hadde ført til sosiale konsekvenser for pasientene. De ga eksempler på at pasienter led av sosial isolasjon og redusert deltakelse i sosiale aktiviteter. Et verktøy for å mestre å være i fellesskapet, var blant annet å oppsøke treningssenter som en gruppeaktivitet. Det å utfolde seg fysisk sammen med andre fikk

pasienten «til å komme ned i kroppen», som igjen kunne gi nye kroppslige erfaringer og positive opplevelser meg egen kropp. Gruppen ble brukt som en strategi for å møte dette ubehaget som skammen hadde ført med seg. Skyrud og Trollvik (2019) støtter hvordan skamfølelsen kan oppheves i gruppedynamikken, og oppleves som en sterk motivasjonsfaktor for å komme seg fremover.

5.2 Metodediskusjon

Vi benyttet oss av kvalitativ forskningsmetode for å belyse følgende problemstilling i oppgaven: *Hvordan forstår og møter helsepersonell skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme?*

Innenfor den kvalitative metoden har man rom for å studere og reflektere over det fenomenet man ønsker å forstå, og man kan i tråd med dette ikke kunne gi et entydig svar eller sannhet på problemstillingen (Thagaard, 2018, s.14-15). Derimot kan den kvalitative tilnærmingen bidra til utvidet kunnskap, og økt forståelse om hvordan helsepersonell forstår og møter skam i en behandlingsrelasjon med pasienter som sliter med overvekt og fedme.

Studiens empiriske data ble analysert med systematisk tekstkondensering (STK). I dette kapitlet utdypes de metodiske styrker og svakheter gjennom det Malterud (2017, s. 18) henviser til som tre «grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap», nemlig begrepene refleksivitet, validitet og relevans.

5.2.1 Refleksivitet

Forståelsen av refleksivitet sett i lys av vår forskningsprosess, beskrives av Malterud (2017, s. 19) ved at forskeren må inneha en aktiv holdning til det man måtte møte underveis i sitt arbeid. Slik som å lete etter konfrontasjoner både med egne forestillinger og egne posisjoner, som kan være begrensende for ny kunnskap (s.19). Vi må som del av en kontinuerlig prosess og gode forskere, erkjenne og overveie betydningen av hvor vi står i de ulike forskningsprosessene. Slik kan vi klargjøre og utfordre vår egen feltkunnskap og fordommer på en måte, som gjør leseren i stand til å forstå våre resultater på en transparent måte (s. 21).

Konteksten i forskningsfeltet befant seg i regi av spesialisthelsetjenesten innen somatiske helsetjenester, som gis som et tverrfaglig individ- og gruppebasert rehabiliteringstilbud for pasienter med overvekt og fedme. Selve konteksten kjente vi ikke konkret, og den var derfor mer distansert fra oss. Likevel var vi begge knyttet til fagfeltet gjennom veiledning til pasienter med overvekt og fedme, både i lys av vår utdanning som sykepleiere og som del av kunnskaperfaring gjennom mange år i yrkeslivet. Nærhet til fenomenet skam har vi ervervet

oss via egne pasienterfaringer og gjennom masterstudiets fordypningsoppgave, der vi skrev om skam og stigma opplevd av pasienter i primærhelsetjenesten.

Med tanke på at vi i mindre grad hadde nærhet til konteksten kan det først og fremst ha påvirket evnen til å sette oss inn i informantenes beskrivelser, og dermed tolket og forstått utsagn på en uriktig måte. På motsatt vis kan det ha vært en styrke da egne fortolkninger ikke trenger å ha satt begrensninger for oss og den videre analysen vi utførte.

Når det gjelder fenomenet skam og vår kjennskap og interesse for tematikken, kan dette ha vært en styrke i møte med informantene. Vi forsto det som ble formidlet, noe som resulterte i en større trygghetsramme i relasjonen. Kvale og Brinkmann (2015, s. 195) understøtter dette og refererer til at å ha god kunnskap om temaet som skal undersøkes, bør være en grunnleggende kvalifikasjon hos intervjuer. Malterud (2017, s. 45) beskriver vår kjennskap til tematikken som en viktig side av vår forforståelse, og deretter motivasjonen vi bruker for i det hele tatt å sette i gang med forskningsarbeidet. På en annen side bemerket hun også at forforståelsen kan bidra til at vi begrenser oss for ny kunnskap (s.45), og at den videre påvirker måten vi samler inn, leser og tolker våre data på (s. 44).

Vi har i oppgaven vært to forskere, som igjen vil si at det i dobbelt forstand kan ha påvirket vår måte å utføre arbeidet på. Vi snakket mye om hvordan vi trodde informantene forsto skam, og hvordan vi tenkte at de jobbet med dette i behandlingsrelasjonen. Vi opplevde, sett i etterkant av analysearbeidet, at vi hadde forutinntatte holdninger på enkelte punkter her. Et eksempel var hvordan vi tenkte på forhånd at gruppesammensetning ikke kunne være forløsende på skam, men funnene viser tvert imot at dette nettopp opplevdes forløsende.

En styrke vi derimot så med henblikk på at vi var to forskere og to ulike forforståelser, var at vi gjennom å ha opparbeidet en trygghet oss imellom også kunne tørre å utfordre den andre. Vi godtok ikke umiddelbart hverandres tolkninger uten å fremheve en ytterligere refleksjon der vi så det som nyttig. Denne prosessen hvor vi sammen tolket fenomenet i problemstillingen på flere nivåer, og som er en del av den hermeneutiske tilnærmingen (Thagaard, 2018, s. 37), ser vi kan ha gitt oss en styrket dybde med ny innsikt og dermed ny forforståelse av skam i konteksten. På en annen side kan det være at vi som to forskere i fagfeltet har gått glipp av ny

innsikt, og at forforståelsen nettopp med bakgrunn i at vi har samtolket kan ha gitt redusert egenutvikling.

Tekniske problemer i forbindelse med overføring av lydfil og lagring i sikker sone, medførte flere testintervjuer før første intervju med informantene. Vi hadde totalt tre testintervjuer som fikk oss til å foreta visse endringer underveis i selve gjennomføringsrutinen. Det førte blant annet til at den som intervjuet unnlot å kommentere alle uttalelser med småord som «ja», «forstår» o.l.

Vi valgte å gjennomføre samtlige intervjuer sammen. På forhånd fordelte vi oppgavene, en var hoved-intervjuer og den andre var teknisk ansvarlig. Teknisk ansvarlig fulgte også intervjuguiden og supplerte hoved-intervjuer ved behov. Teknisk ansvarlig hadde ansvar for å holde tiden, og var aktivt med i avslutningsfasen. For oss som forskere var det en trygghet å være to. Imidlertid kan det ha vært en belastning for informantene, at vi i realiteten var «to-mot-en». For å balansere dette og gjøre belastningen så liten som mulig, valgte vi blant annet å sitte i en trekant. Som vi nevnte i pkt. 3.4.3, var vi opptatt av å skape en god og trygg atmosfære.

Vi fullførte alle åtte intervjuene innenfor en relativt begrenset periode på to uker. Dette kan ha gjort at refleksjonsprosessen etter hvert intervju ikke fikk modnet seg ferdig, slik at man kunne gjort flere endringer underveis. Samtidig kan det ha vært en styrke ved at vi hadde tematikken nært, og beholdt oss i «forskerbobla» til vi var ferdige. Vi opplevde at det ikke kom så mye nytt i intervju åtte, som gjorde at vi ikke søkte etter flere informanter. Dette kan ha hindret tilførsel av nye svar og perspektiver i forhold til problemstillingen. Samtidig kan man tenke seg at for å få nye svar og betraktninger, måtte vi ha søkt informanter fra en annen kontekst. Tidsrammen for masteroppgaven begrenset denne muligheten.

Analyseprosessen med STK og den trinnvise gjennomføringen, ble en oppdagelsesreise i forhold til vår forforståelse. Vi gikk dypt inn i teksten og som uerfarne skapte det trygghet med den detaljerte beskrivelsen i STK. Det åpenbarte seg ny forståelse fra datamaterialet for hvert trinn vi gjennomførte. Denne delen var også krevende med tanke på å være to forskere, i og med at vi gikk så i dybden og reflekterte i oss selv. Samtidig diskuterte vi oss frem til en felles forståelse som kan ha styrket prosessen.

Noe av teorirammen, spesielt omkring skam, var klar før vi gikk i gang. Dette anså vi som en styrke for å ha kunnskap om tematikken i intervjuprosessen. Samtidig valgte vi teori om den dialektiske relasjonsteorien og mye av forskningsartiklene i etterkant basert på funnene. Dreiningen mot den dialektiske relasjonsteori kan ha begrenset andre og videre syn på våre funn.

Veileder har vært en god samtalepart i hele bearbeidelsen. Hun har gitt oss støttende, anerkjennende og kritiske tilbakemeldinger gjennom hele forskningsprosessen. Denne tette dialogen har ført til gode, konstruktive refleksjoner og hun har villig delt av sin brede erfaring innenfor forskning og psykisk helsearbeid. I tillegg har veileder vært en av flere sentrale forelesere i studieprogrammet, og dermed kunnet sette seg direkte inn i hvor vi har vært i vår prosess undervisningsmessig. Dette har styrket hele vårt samarbeid. Kontaktflatene våre har vært både fysiske, digitale og via mailkorrespondanse.

5.2.2 Validitet-intern og ekstern

Forståelsen av begrepet validitet er hentet fra Malterud (2017, s. 23) som definerer begrepet ved å henvise til Kvale (1996); "Forskeren skal overveie validiteten av hva studien forteller noe om, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført". I dette avsnittet tar vi for oss både den interne og den eksterne validiteten i forskningsprosessen.

Intern validitet

For å vurdere intern validitet må vi vise til, om de valgte metodene vi har benyttet for å besvare problemstillingen er relevante (Malterud, 2017, s.23). Vi valgte kvalitative intervjuer som metode, og benyttet oss av en semistrukturert intervjuguide for å besvare problemstillingen. Intervjuene var individuelle og med fysiske møter på syv av de åtte intervjuene, noe som gjorde at vi kom nært på den enkelte informant. Datamaterialet vurderte vi til å inneha tilstrekkelige detaljerte beskrivelser og svar, som dekket den todelte problemstillingen vår. Dette kan tyde på at metoden var riktig valg i studien, og at utformingen av den semistrukturerte intervjuguiden sikret dette.

Vi utførte ett intervju på den digitale plattformen Teams. Intervjuet var først planlagt som et fysisk intervju, men ble gjort om til et digitalt intervju grunnet private årsaker hos informant. En svakhet ved denne digitale intervjuformen var det tekniske. Lydkvaliteten var ikke like god, og den umiddelbare nærheten og løselige tonen vi ønsket å oppnå ble noe forstyrret av mangelfulle tekniske ferdigheter hos oss som forskere. Intervjuguiden som i de fysiske intervjuene fungerte mer som hjelpemiddel, ble i dette intervjuet mer styrende. Et eksempel på dette var at der informanten ga mer «ja, nei» svar, var vi raskere i gang med neste tema i stedet for å stille utdypende spørsmål til informanten. Vi opplevde i det åttende intervjuet at vi ikke fikk noe særlig ny informasjon. En årsak til dette kan ha vært mangler ved spørsmålene i intervjuguiden, eller manglende oppfølging fra oss forskere på det informantene fortalte.

Underveis i datainnsamlingen så vi at gjennomføring av fokusgruppeintervjuer kunne vært interessant, for en ytterligere forståelse av konteksten. Derimot vurderte vi oss for uerfarne til å gjennomføre fokusgruppeintervju, da vi ikke har tidligere kunnskap med å lede grupper.

For å analysere våre data benyttet vi systematisk tekstkondensering (STK). Denne tverrgående analysemetoden løfter frem informantenes erfaringer ved å få frem likhetstrekk, forskjeller og variasjoner (Malterud, 2017, s. 93). Metoden var ukjent for oss fra før, men den systematiske rekkefølgen ble en styrke for å manøvrere riktig i datamaterialet.

Den todelte problemstillingen utfordret oss noe i trinn en og trinn to, spesielt under identifiseringen av de meningsbærende enhetene som skulle svare opp mot både å forstå, men også å møte skam. Likevel anser vi det som en styrke at analysemetoden var så detaljert og godt beskrevet, slik at selv den todelte problemstillingen lot seg besvare. STK beskrives også å være et godt valg der utvalget ikke er så stort (Malterud, 2017, s. 93). I trinn tre fikk vi en forståelse av at vi hadde et rikt datamateriale og at den tverrgående analysen hadde gitt oss nærhet til informantene i form av sitater, som på den ene siden svarte godt opp mot problemstillingen, og på den andre siden fikk frem det særegne og nære fra den enkelte informant. I forhold til at vi var to forskere, kunne vi våge å dekontekstualisere på en «rikere» og mer utfyllende måte, noe som anses som å være styrkende for metodevalget. Vi satt igjen med en følelse av å ha gjort en grundig analyse, hvor funnene fremsto som både nære, innholdsrike og solide.

Valg av teori og forskningsartikler ble en måte å styre funnene inn i en samlende sammenheng. Vi opplevde i stor grad at informantenes beskrivelser samsvarte med flere av våre valgte teoretiske aspekter. Imidlertid var vi opptatt av å finne et spenn som kunne forklare funnene på et dypere plan, og synes valg av forskningsartiklene fikk frem noe av dette. Allikevel kan vi ikke utelukke at valg av annen metode, analyse og teori kunne gitt oss et like relevant svar på problemstillingen.

Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om funnenes overførbarhet ut over den konteksten der informasjonen er hentet fra, og det handler om vi kan se at våre funn kan ha en sammenheng utover den konteksten vi har gjort gjeldende i denne studien (Malterud, 2017, s. 23). Malterud henviser også til at dette ofte er knyttet til utvalget (s. 24).

Med masteroppgavens tidsramme og omfang ble åtte informanter inkludert, ved hjelp av inklusjonskriteriene som er beskrevet under punkt 3.3. Datamaterialet fremsto som rikt og vi opplevde å få lite ny informasjon i siste intervju. Derimot vet vi ikke om vi ville fått frem flere kontraster og andre funn om utvalget var større. Utvalget innehar også en kjønnskjevhet, da kun en mann er intervjuet og hele syv kvinner. Det kunne vært interessant å vite om funnene ville sett annerledes ut med en mer lik fordeling av kjønn. Samtidig gjenspeiler kjønnsfordelingen virkeligheten i den aktuelle konteksten vi henvendte oss til, og kan slik sett være en speiling av kjønnsulikheten i helsetjenesten generelt. Informantene representerte videre en bredde av ulike profesjoner. Denne tverrfaglige sammensetningen kan ha gitt funnene en variert og rik bredde som styrker studien. Samtlige informanter hadde bred erfaring og fremsto med god kompetanse med tilleggsutdanning, som gjorde de godt kvalifiserte til å besvare våre forskningsspørsmål.

Det var frivillig å delta og vi opplevde at samtlige informanter satt pris på å få snakke om fenomenet skam. De gav uttrykk for at de var engasjert over at vi belyste temaet. De uttrykte at de måtte bevisstgjøre seg selv litt, på hvordan de forholdt seg til temaet i arbeidshverdagen, som en forberedelse før de møtte til intervju. En styrke i forhold til utvalget kan være at informantene hadde erfaring med at overvekt og fedme var mer komplekst og sammensatt, enn at det kun handlet om vektnedgang og forebygging av livsstilssykdommer. Slik kan svarene vi

fikk, ha blitt preget av en gruppe helsepersonell som er mer enn gjennomsnittet bevisst på skam i møte med denne pasientgruppen.

Man kan utover dette tenke seg at studien kan ha nytteverdi, med tanke på å ta skam på alvor i behandlingen av pasienter med overvekt og fedme. Å synliggjøre tematikken «skam og stigma» for å kunne endre holdninger i samfunnet generelt, vil kunne ha nytteverdi og stor innvirkning på selve åpenhetskulturen som informantene påpekte i studien. Vi kan se en overførbarhetskvalitet i funnene våre, som kan være både til inspirasjon og refleksjon også utover til andre lignende kontekster.

5.3 Relevans

Forståelsen av relevans innenfor forskningsfeltet er hentet fra Malterud (2017), som beskriver det som den viktige kunnskapen resultatene våre skal gi og som skal bringe med seg en ny erkjennelse, som «kan brukes til et eller annet» (Malterud, 2017, s.21). I dette kapittelet diskuterer vi om våre funn kan ha betydning for psykisk helsearbeid og spesielt gi faglig inspirasjon til det kliniske arbeidet, der helsepersonell møter skam hos pasienter med overvekt og fedme.

5.3.1 Psykisk helse og Psykisk helsearbeid

God psykisk helse defineres blant annet ved at det er en tilstand hvor mennesket kan leve sitt liv, nå sine mål, tåle og håndtere påkjenninger, samt delta i samfunnet, være sosial og se på seg selv på en god måte (WHO, 2018, 30.mars).

Skammen som oppstår ved overvekt kan ramme så hardt at det truer hele ens syn på seg selv (Aakvaag, 2018, s. 48). Funn i studien viser at informantene har god forståelse av skammens begrensninger og hemmende funksjon, som kan gi psykiske lidelser og plager og dermed rokke ved pasientenes psykiske helse. En informant formulerte seg slik, «de på en måte gjør seg mindre, og de vil på en måte gjemme seg». Funnet viser at det kan være relevant for helsepersonell, som møter pasienter med overvekt og fedme å ha forståelse for at skammen kan stå i veien for om pasienten lykkes med sin livsstilsendring.

Forankringen masteroppgaven har i psykisk helsearbeid, pkt. 1.4.2, og det tverrfaglige samarbeidet informantene jobber i, defineres blant annet ved å bistå mennesker til å mestre, se

sammenhenger, utvikle opplevelser og bidra til inkludering og begrense stigmatisering og sosial utstøtning (Andersen, 2023). Vi fant i studien at det var en underkommunisert tilnærming til skam i behandlingsrelasjonen. En informant uttrykte det slik; «vil ikke trigge det, men romme det hvis det kommer». Når «skammen kommer» nevnte informantene at de møter den med ulike strategier. De utstyrte pasientene med ulike verktøy for blant annet økt mestringsfølelse og for å kunne se på seg selv på en bedre måte, som er i tråd med psykisk helsearbeid (pkt. 1.4.2). Funnet kan være nyttig for andre helsepersonell som kan la seg inspirere til å møte skammen for å få til en forløsning og fremgang for pasientene. I tråd med teorien om at skammen blir mindre når den blir satt i tale og delt (Anstorp og Benum, 2014, s. 203).

Informantene formidlet at de ønsket seg en større åpenhetskultur, som kan bidra til å redusere skam og stigma fra samfunnet. Dette kan direkte relateres til psykisk helsearbeid hvor man arbeider med å begrense stigmatisering og sosial utstøtning (Andersen, 2023). Kanskje kan helseaktører innenfor psykisk helsearbeid få det samme blikket og løfte frem funnet som nyttig. Informantenes ulike strategier å møte skammen på, blant annet i gruppesammenheng, kan også tilføre andre som arbeider innenfor spesielt en-til-en samtaler inspirasjon til en utvidet tilnærming ved å jobbe i gruppe. Informantene så at den støttende funksjonen gruppen hadde skapte motivasjon til å få til endring og mestring. Dette kan være viktig kunnskap for andre som møter pasienter i en behandlingsrelasjon.

Fastlegene kan også ha nytte av å vite at behandlingstilbudet gir pasientene mestringsverktøy, som kan ha positiv effekt på pasientenes psykiske helse uavhengig av om vekten går ned eller ikke. Fastlegene er de som har et hovedansvar ovenfor pasientene både før, underveis og etter et slikt behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2010, s. 23).

Psykisk helsearbeid handler også om det viktige arbeidet med å redusere samfunnets vektlegging av kroppsidealer og kroppsfiksering (Andersen, 2023). Informantene ønsket seg en større åpenhetskultur, og mente at dette kunne bidra til å skape et mer inkluderende og støttende samfunnsklimate. Resultatene i studien kan bidra til å endre holdninger hos det enkelte menneske i samfunnet, og synet på hvor vanskelig det kan være å få til livsstilsendring. Denne holdningsendringen vil mest sannsynlig være nyttig allmennkunnskap, da skam er noe vi alle opplever i ulike former gjennom livet.

5.3.2 Helsefremmende aspekt

Spesielt funnet som viser at informantene jobber med å stimulere pasientene til å våge å eie seg selv som et helt menneske, viser at de jobber gjennom et helsefremmende perspektiv på flere måter. De har mål om å hjelpe pasientene til å styrke egen mestring og selvfølelse. De hjelper pasientene med å endre perspektiv på skammen ved å se den i en større sammenheng, eller i lys av deres egne verdier og ressurser. Slik kan pasientene kanskje tåle samfunnets stigma rundt overvekt på en bedre måte?

En informant fremhevet det å gi pasientene disse verktøyene som en styrke for resten av livet, kanskje er et bedre mål enn å telle antall kilo de har gått ned. Kanskje vil dette funnet kunne inspirere andre helsepersonell i deres kliniske virke til å møte pasienter mer i denne retningen?

5.3.3 Videre forskning

Vi fant relativt få studier i søket på hvordan helsepersonell forstår og møter skam, selv med hjelp fra bibliotekar. Kanskje kan vår studie inspirere til videre forskning innenfor tematikken?

Økt kunnskap om hvordan man forstår og møter skam i behandlingsrelasjonen, kan muligens hjelpe pasientene med overvekt og fedme i enda større grad enn i dag. Utfra våre funn i studien som indikerer at skam bør være tematisert i behandlingen, ville det vært nyttig å forske videre på nettopp effekten dette ville hatt for pasientene.

Resultatene ville stått sterkere om pasientenes stemme også ble inkludert i dette. Å møte og forstå skam på en god måte kan bidra til større åpenhet, slik at man når inn til kjernen av problemet. Et menneske med overvekt står i en livslang og krevende prosess når det gjelder å endre livsstil, og det kunne vært hensiktsmessig å forske på om hjelpen de tilbys egentlig kommer litt for sent?

Selv om fastlegene i utgangspunktet har hovedansvaret for råd og veiledning i tidlig fase, kunne kanskje et tverrfaglig hjelpetilbud bistått disse pasientene allerede i primærhelsetjenesten? Ytterligere forskning på området kunne muligens bidratt i bekjempelsen av helseutfordringene man ser ved overvekt og fedme, både på individ og samfunnsnivå.

6.0 KONKLUSJON

I studien utforsket vi hvordan helsepersonell forstår og møter skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme. Vi belyste våre funn ut ifra dialektisk relasjonsteori og skammens- og kroppens fenomenologi. Etter semistrukturerte, individuelle intervjuer med åtte informanter av ulik profesjon, kom vi frem til tre hovedfunn etter å ha analysert datamaterialet etter systematisk tekstkondensering (STK):

- Den følelsesnære skammen som bæres i en stor kropp.
- Den underkommuniserte tilnærmingen til skam i behandlingsrelasjonen.
- Stimulere til å våge å eie seg selv som et helt menneske.

Vår studie viste at informantene hadde god forståelse av skam. De så at skam kunne være en hindring for å oppnå varig livsstilsendring, men at skam også kunne være en direkte årsak til overvekt og fedme. Studien viste at informantene hadde gode strategier for å møte skam, men det kom frem at de sjelden tok selve ordet «skam» i tale, selv om de så at pasientene led av skam. Med tematisering av skam i de nasjonale retningslinjene, for behandling av overvekt og fedme i Norge, mener vi det kunne bidratt til en mer systematisert behandling med skam på agendaen.

Dette ville gitt helsepersonell tydeligere rammer å jobbe etter, og poengtert viktigheten av psykisk helsearbeid i denne konteksten. Denne tydeliggjøringen ville hatt betydning for det informantene mente var en manglende åpenhetskultur i samfunnet. Samfunnets fremstilling av hvor enkelt det er å få til livsstilsendring, påfører skam og stigmatisering heller enn å bekjempe det, sa informantene. Studien viser videre at informantene erfarte gruppedynamikken, som en viktig motivasjonsfaktor for å komme seg videre i livsstilsendringen.

Vi konkluderer med at å møte og forstå skam er viktig i behandlingsrelasjonen. For helsepersonell kreves det en bevisst holdning til egen rolle, slik at vi unngår å bli en forlenget arm av samfunnets stigma inn mot pasienter vi møter og skal hjelpe. Slik kan vi bidra til å fremme psykisk helse til tross for den komplekse helseutfordringen pasientene står i.

Litteraturliste

Aakvaag, H. F. (2018). *Hei Skam. En bok om følelsen skam, hvorfor den oppstår og hva den gjør med oss*. Cappelen Damm.

Andersen, A. J. W. (2023, 11. mai). *Psykisk Helsearbeid*. Hentet fra nettet:

https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid

Anstorp, T. & Benum, K. (2014). *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.

Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). *Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt*. Sykepleien Forskning.

DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0024

Coutinho, S. R. m.fl. (2018). *Impact of weight loss achieved through a multidisciplinary intervention on appetite in patients with severe obesity*. American journal of physiology. Endocrinology and metabolism.

<https://doi.org/10.1152/ajpendo.00322.2017>

Dolezal, L. & Gibson, M. (2022). *Beyond a trauma-informed approach and towards shame-sensitive practice*. Humanities and Social Sciences Communications. DOI: 10.1057/s41599-022-01227-z

Farstad, M. (2016). *Skam, eksistens – relasjon – profesjon*. Cappelen Damm Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2022, 1.juli). *Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelse rapporten. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term>

Furnes, B., Dysvik, E. & Ueland, V. (2020). *To suffer when living with overweight and obesity*. Nordisk sygeplejeforskning. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-06>

Geirdal, A. Ø. & Varvin, S. (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.

- Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Stang, G. & Wilmar, B. (2006). *Skam i det medisinske rom*. Gyldendal Akademisk.
- Hagen, M. B., Da Silva, A. B. & Thelle, M. I. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget.
- Hannisdal, A. K. (2023). *Ikke bare en følelse. Hvordan våge å lytte til følelsene du helst vil unngå, for å finne veien til lykke – og deg selv*. Frisk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2015, 29.september). *Sykelig overvekt – voksne*. Hentet fra nettet:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/sykelig-overvekt/tilstander-for-sykelig-overvekt/sykelig-overvekt-voksne#sykelig-overvekt-voksne-veiledende-frist-12-uker>
- Helsedirektoratet (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne; nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Hentet fra nettet:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helse Sør-Øst (2015, mars). *Tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner*. <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-hovedoppgaver/behandling/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/tilbud-i-private-rehabiliteringsinstitusjoner/>
- Hjelmesæth, J., Hofsø, D., Handeland, M., Johnson, L. K. & Sandbu, R. *Livsstilsbehandling av sykelig fedme*. Tidsskrift for den norske legeforening 2007. Hentet fra nettet:
<https://tidsskriftet.no/2007/09/kronikk/livsstilsbehandling-av-sykelig-fedme>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6.utg.). Abstrakt Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landmark, A. (2018, 5.september). *Skam – psykoterapi og frihet*. Tidsskrift for norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2018/09/skam>

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Morgan, E. (2020). *Obesity can't be tackled until we address the trauma that causes it*. The Guardian. <https://theguardian.com/commentisfree/2020/jul/30/obesity-trauma-fat-covid-19-shame-weight-gain>
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L. & Kirk, S.F.L. (2017). «*It is not the diet; it is the mental part we need help with*». *A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity*. International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being. DOI: 10.1080/17482631.2017.1306421
- Ruyter, K.W., Førde, R. & Solbakk, J.H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sagen, J. V. (2022). *Vil fjerne skam og stigma tilknyttet fedme*. Dagens Medisin, 04.mars 2022). Hentet fra nettet:
<https://www.dagensmedisin.no/diabetes-fedme-folkehelse/vil-fjerne-skam-og-stigma-tilknyttet-fedme/203226>
- Schibbye, A. L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Skyrud, R. V. & Trollvik, A. (2019) *Sykelig overvektiges erfaringer og utfordringer med å delta i en livsstils intervensjon, - et beskrivende design*. Norsk Tidsskrift for helseforskning. <http://dx.doi.org/10.7557/14.4212>
- Skårderud, F. (2006). *Flukten til kroppen: Senmoderne skamfortellinger*. Gulbrandsen, I.P, Fugelli, P., Stang, G.H., Wilmar, B. (Red.). *Skam i det medisinske rom* (s. 45-64). Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitative metoder*. (5.utg.). Fagbokforlaget. Kap.1. og kap.2.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2.utg.). Fagbokforlaget.

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

Worlds Health organisation (WHO). *Mental health: strengthening our response*. Publisert 30.mars 2018. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-ourresponse>

WHO. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Hentet fra nettet:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

819554

Vurderingstype

Standard

Dato

20.10.2023

Tittel

Hvordan forstår og møter helsepersonell skam i behandlingsrelasjonen - En kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Anne Landheim

Student

Bodil Dagfinrud Lund og Trude Myhrvold

Prosjektperiode

01.09.2023 - 03.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 03.05.2025.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN Sikt 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. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TAUSHETSPLIKT Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på

taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av elever, pasienter el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.). Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-ndringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Uttalelse fra KoFE

Hei Trude og Bodil

Det er fint at dere spør. Dette prosjektet behøver ikke forhåndsgodkjennes av KoFE. Det hadde stilt seg annerledes hvis deltakerne var mennesker med fedmeproblematikk, men siden det her er snakk om helsepersonell, er deltakelse ikke forbundet med nevneverdig belastning eller risiko for belastning.

Lykke til med et interessant prosjekt!

Vennlig hilsen
Grethe

From: Bodil Dagfinrud Lund <bodil.fu@online.no>
Sent: Wednesday, November 29, 2023 4:20 PM
To: Grethe Netland <Grethe.Netland@inn.no>
Cc: Myhrvoldtrude <myhrvoldtrude@gmail.com>
Subject: VS: Master i psykisk helsearbeid

Hei Grethe,

Viser til mail videresendt fra Anne Sofie Lofthus. Håper du kan være behjelpelig med å vurdere masteroppgaven vår i forhold til om det er nødvendig med en vurdering fra KoFE

Mvh
Trude og Bodil

----- Opprinnelig melding -----

Emne: VS: Master i psykisk helsearbeid
Dato: Tue, 28 Nov 2023 10:09:41 +0000
Fra: Anne Sofie Lofthus <Anne.Lofthus@inn.no>
Til: Grethe Netland <Grethe.Netland@inn.no>, "bodil.fu@online.no" <bodil.fu@online.no>, "myhrvoldtrude@gmail.com" <myhrvoldtrude@gmail.com>

Mailen videresendes til rette vedkommende, dvs. leder for Komité for forskningsetikk (KoFE) ved HINN (tidligere Lokal komite for forskningsetikk) . Se oppdatert informasjon: <https://www.inn.no/bibliotek/forskningsstotte/personvern-og-forskningsetikk/lokal-etisk-komite-for-forskning-ved-hinn/>

Fra: Bodil Dagfinrud Lund <bodil.fu@online.no>
Sendt: tirsdag 28. november 2023 08:22
Til: Anne Sofie Lofthus <Anne.Lofthus@inn.no>
Kopi: Myhrvoldtrude <myhrvoldtrude@gmail.com>
Emne: Master i psykisk helsearbeid

Hei Anne,

Sender en forespørsel til deg om du kan gjøre en vurdering av masteroppgaven vår i forhold til om vi trenger en uavhengig vurdering fra Lokal etisk komitè ved HINN.

Vedlagt finner du gokjenning fra SIKT (819554) samt intervjuguide og samtykke.

Mvh
masterstudentene
Trude Myhrvold og Bodil Dagfinrud Lund

Intervjuguide

«Hvordan forstår og møter helsepersonell skam i behandlingsrelasjonen, hos personer med overvekt og fedme?»

Innledning

Fortelle kort om formålet og samtykket som er skrevet under, lengden på samtalen i dag, hvordan vi forholder oss til taushetsplikten/anonymitet/lagring av data. Informere om godkjenningen fra SIKT. Åpne for andre spørsmål.

Litt om deg som helsepersonell

Har du mange års erfaring i jobben din, fordypningsfelt, spesiell interesse, egne ansvarsområder i rollen i dag, annet du ønsker å fortelle?

Skam – hvordan forstår du det?

Kan du beskrive hvordan du forstår begrepet, eller fenomenet «skam»?

Har du noen tanker om hvordan skam gir seg til uttrykk i mennesket?

På hvilken måte tenker du at mennesker som sliter med overvekt og fedme berøres av skam?

Tenker du at helsepersonell er godt nok rustet til å møte en slik destruktiv skam hos pasienten som sliter med overvekt og fedme?

Hva tenker du er grunnleggende i en slik relasjon?

Tenker du at helsepersonell kan ha forutinntatte holdninger om fedme og overvekt?

Andre tanker du ønsker å dele?

Skam i den terapeutiske relasjon

Har du noen erfaring med å gjenkjenne skam i den terapeutiske relasjonen?

Er det en situasjon eller setting det kan være vanskelig å unngå skam i? Har du en erfaring du ønsker å dele uten å bryte taushetsplikten?

Bruker du en form for «verktøy» (kognitive spørsmål el.l) eller annen tilnærming i relasjonen for å snakke om skam?

På hvilken måte kan et tverrfaglig team fremme mestring som igjen minsker egen skamopplevelse?

Har du erfaringer med at det kan være utfordrende?

Kan du si noe om din egen erfaring med tanke på å møte skam hos pasienter som sliter med overvekt?

Hva tenker du om at skam kan ha noe å si med tanke på å oppnå varig vekttap?

Er det et samfunnsproblem? Holdningsproblem?

Tanker om pasientgrupper som opplever mer skam enn andre?

Hvor mye tror du skam påvirker å skulle gå ned i vekt?

Andre utfordringer helsepersonell står ovenfor ihht skam?

Avslutningsvis

Har du andre refleksjoner du ønsker å dele?

Andre spørsmål?

Går det bra med deg?

Tusen takk for at du har vært villig til å delta og for dine viktige innspill, refleksjoner og erfaringer!

Avslutte intervjuet og stoppe lydopptaket

Vil du delta i forskningsprosjektet

«hvordan forstår og møter helsepersonell skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få vite mer om hvordan du som helsepersonell forstår og møter skam i en behandlingsrelasjon, hos personer med overvekt og fedme. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelsen vil innebære for deg.

Formål

Vi er to masterstudenter i psykisk helsearbeid fra Høgskolen i Innlandet, som nå er i gang med en avsluttende masteroppgave der oppgavens tema handler om skam. Vi tenker at kunnskap om skam hos helsepersonell er av stor betydning, og er nysgjerrige på hvordan ulike profesjoner i et tverrfaglig team forstår begrepet skam, og hvordan man møter pasienter med overvekt og fedme med tanke på skam.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i studien fordi du har helsefaglig utdanning, arbeider i et tverrfaglig team og i tillegg har erfaring med å møte mennesker som sliter med overvekt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi gjennomfører et intervju med deg, som vil vare i maks en time. Intervjuet vil være i form av en samtale som utføres på et tidspunkt og et egnet sted som passer for deg. Det vi ønsker å vite noe om er hvordan du forstår og møter skam i behandlingsrelasjonen med pasienten.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en navneliste adskilt fra øvrige data. En kode vil knytte deg til dette lydopptaket som vil bli lastet opp via en godkjent forskningsserver ved Høgskolen i Innlandet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i dette lydopptaket. Ved behandlingsansvarlig institusjon vil det være kun veileder og oss to masterstudenter som har tilgang til ditt navn og dine kontaktopplysninger.

Erfaringene du deler med oss vil i en ferdig masteroppgave, og eventuelt en publikasjon, ikke kunne gjenkjennes tilbake til deg. Aktuell kommune, by og arbeidssted vil holdes anonymisert.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven er godkjent. Planen for dette er i løpet av 2024 etter at resultatene fra undersøkelsen er publisert i en masteroppgave og evt. i en vitenskapelig artikkel. Alt av datamateriale vil da bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

Å få slettet personopplysninger om deg

Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Spørsmål om gjennomføring av undersøkelsen: Trude Myhrvold, mobil 992 66 954, myhrvoldtrude@gmail.com eller Bodil Dagfinrud Lund, mobil 992 76 616 bodil.fu@online.no

Spørsmål om prosjektet: Høgskolen i Innlandet ved veileder Anne Signe Landheim, anne.landheim@inn.no

Vårt personvernombud ved Høgskolen i Innlandet kan kontaktes via: personvern@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig Anne Signe Landheim, masterstudent Trude Myhrvold og masterstudent Bodil Dagfinrud Lund

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «[hvordan forstår og møter helsepersonell skam i behandlingsrelasjonen, hos personer med overvekt og fedme](#)», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i forskningsprosjektet ved å la meg intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Navn på prosjektdeltaker med store bokstaver)

(Signert av prosjektdeltaker)

(dato)

Vedlegg 5: Datahåndteringsplan

Forskningsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektvarighet og lagring av data

31.08.2023 — 31.12.2024

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven er godkjent. Planen for dette er i løpet av høsten 2024, og etter at resultatet av undersøkelsen er publisert i en masteroppgave og eventuelt i en vitenskapelig artikkel. Datamateriale vil da bli slettet.

Formål

Hensikten er å få en større forståelse for hvordan helsepersonell forstår og møter skam i behandlingsrelasjonen hos personer med overvekt og fedme

Nytteverdi

Funnene kan være overførbare til andre kontekster der helsepersonell jobber i lignende tjenester.

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Naturvitenskap og teknologi
- Helsinkideklarasjonen

Opphavs- og eiendomsrett

Høgskolen i innlandet

[Skriftlig Samtykke](#)

Beskrivelse

Skriftlig samtykke ble innhentet av informantene i studien. Samtykkene er scannet inn og overført som PDF fil i Office 365 ved Høgskolen Innlandet med innlogging via feide. Lagret i egen mappe kalt "samtykker". Deretter er de skriftlige samtykkene i papirform makulert.

Datatype

Tekst

Språk

Norsk bokmål

[Lydfil av intervju](#)

Beskrivelse

Under intervjuene ble dokumentasjon av tale brukt med applikasjon på smarttelefon. Vi benyttet oss av "Nettskjema-diktafon" fra Universitetet i Oslo. Lydfilen ble lagret i Educloud Research med innlogging via Feide. I denne portalen ble data overført til Amberscript med sikker innlogging og lagring i høgskolens database. Under mappe med navn "Lydfiler intervju"

Datatype

Lyd

Språk

Norsk bokmål

[Transkriberte Intervjuer](#)

Beskrivelse

De ferdige transkriberte intervjuene ble overført som tekstfil og lagret i Office 365 ved Høgskolen Innlandet med innlogging via feide. Lagret i egen mappe kalt "Transkriberte intervjuer"

Datatype

Tekst

Språk

Norsk bokmål

—

Kodeark

Beskrivelse

Et eget kodeark ble laget for å holde informantene anonymisert. Hver lydfil er lagret med en tallkode. Kodeark med tallkode og informantens navn holdes adskilt og lagret i egen mappe kalt "kodeark". Lagret i Office 365 ved Høgskolen Innlandet med Feide innlogging.

Datatype

Tekst

Språk

Norsk bokmål