

Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert Reynsla einstaklinga með offitu af heilbrigðiskerfinu

doi: 10.33112/th.100.1.6

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Algengi offitu hefur aukist mikið á undanförunum árum. Rúmlega 27% Íslendinga voru með offitu árið 2022. Erlendar rannsóknir gefa til kynna að einstaklingar með offitu fái oft ekki fullnægjandi heilbrigðisþjónustu. Lítið er vitað um reynslu einstaklinga með offitu af notkun heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Tilgangur rannsóknarinnar var að bæta þekkingu og dýpka skilning á reynslu einstaklinga með offitu af heilbrigðisþjónustu og hvernig heilbrigðisþjónustu þeir kjósa að fá.

Aðferð

Eigindleg rannsóknaraðferð þar sem tekin voru fjögur rýnihópaviðtöl við 18 íslenska einstaklinga með offitu, 14 konur og 4 karla á aldrinum 26 til 69 ára. Viðtölin voru greind með eigindlegri aðleiðandi innihaldsgreiningu.

Niðurstöður

Yfirþemað *Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert* er lýsandi fyrir reynslu einstaklinganna og hvernig heilbrigðisþjónustu þeir kjósa að fá. Allir þátttakendur höfðu yfir langan tíma upplifað bæði jákvæða og neikvæða heilbrigðisþjónustu. Þemun voru þrjú með fjórum undirþemum. A): *Aðgát skal höfð í nærveru sálar*. Þar voru undirþemun *Hlustun og Framkoma gagnvart skjólstæðingum*, sem lýstu því hve mikilvæg þessi atriði voru fyrir upplifun þátttakenda af heilbrigðisþjónustunni. B): *Heilbrigðis-þjónusta sem grípur alla* þar sem rætt var um aðgengi að heilbrigðisþjónustu og meðferð við offitu, þekkingu heilbrigðisstarfsfólks og búnað og C): *Að horfast í augu við eigin styrkleika og takmarkanir* með tveim undirþemum, *Viðkvæmni og virðingarleysi* og *Vinna með þyngdarstjórnun*, sem lýstu áhrifunum á einstaklingana sjálfa sem sýndu viðkvæmni í samskiptum við fagfólk en þurftu líka að vilja taka þátt í eigin þyngdarstjórnun og meðferð.

Ályktanir

Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk að veita öllum sömu þjónustu, óháð þyngd. Lykilatriðið er að hlustað sé á skjólstæðinga með offitu. Þannig er hægt að veita þeim viðeigandi heilbrigðisþjónustu.

Lykilorð

Offita, eigindleg rannsókn, upplifun skjólstæðinga, heilbrigðisþjónusta, viðhorf heilbrigðisstarfsfólks.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin veitir nýjar upp-lýsingar um reynslu einstaklinga með offitu af notkun heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

Hagnýting: Mikilvægt er að hjúkrunar-fræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk hlusti á og sinni einstaklingum með offitu út frá þeirra þörfum.

Þekking: Niðurstöðurnar leiða í ljós mikilvægi vandaðrar framkomu og fullnægjandi búnaðar þegar einstaklingum með offitu er sinnt í heilbrigðiskerfinu.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðis-starfsfólk þarf að muna að veita öllum sömu þjónustu, óháð þyngd.

UNNUR GUDJÓNSDÓTTIR

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins,
Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri

ÁRÚN KRISTÍN SIGURDARDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri
Deild mennta- og vísinda á Sjúkrahúsinu
á Akureyri

Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert

Reynsla einstaklinga með offitu af heilbrigðiskerfinu

INNGANGUR

Algengi offitu í heiminum hefur farið hraðvaxandi síðustu áratugi (World Health Organization [WHO], 2022). Offita er algengari í efnameiri löndum heimsins (OECD, 2017). Fullorðnum Íslendingum með offitu hefur farið fjölgandi og var hlutfallið komið upp í 27,4% árið 2022 (Embætti landlæknis, e.d.).

Offita er flókin, langvinnur sjúkdómur sem stafar af mörgum mismunandi þáttum, s.s. erfðum, líf- og lífeðlisfræðilegum áhrifum, s.s. hormónum og/eða lyfjanotkun, félagsþáttum og umhverfisáhrifum (Obesity Canada, e.d.; WHO, 2022). Offita er skilgreind sem óeðlilegt eða umfram fitumagn sem eykur líkur á heilsufarsvandamálum. Miðað er við að fólk sé með líkamsþyngdarstuðul ≥ 30 kg/m² (WHO, 2023). Offita er m.a. metin út frá líkamsþyngdarstuðli, mittismáli og færniskerðingu (WHO, 2022).

Reynsla einstaklinga með offitu af notkun heilbrigðiskerfisins hefur verið nokkuð rannsökuð. Fræðileg samantekt Farrell o.fl. (2021), á 32 greinum um upplifun skjólstæðinga með offitu um allan heim, sýndi að algengt var að þessi hópur fólks væri óánægður með heilbrigðiskerfið og heilbrigðisstarfsfólk. Fólk lýsti neikvæðri reynslu eins og virðingarleysi og lítilli samúð heilbrigðisstarfsfólks, dónalegum athugasemdum og ófullnægjandi heilbrigðisþjónustu. Skjólstæðingar óskuðu jafnframt eftir því að fá viðeigandi þjónustu, samkennd, skilning og að vera viðurkenndir sem einstaklingar. Margir upplifðu þunglyndi, streitu, lélega sjálfsmynd og andlega vanlíðan þegar þjónustan var ekki viðeigandi. Skjólstæðingarnir töluðu einnig um þyngdarfordóma heilbrigðisstarfsfólks og ótta sinn við óviðeigandi þjónustu sem yllu því að þeir einangruðu sig. Niðurstöður þversniðsrannsóknar Sobczak o.fl. (2020), á 621 pólskum einstaklingi með offitu, gáfu til kynna að þeir hefðu fengið verri heilbrigðisþjónustu en aðrir. Um 83% skjólstæðinga nefndu óviðeigandi eða óþægilegar athugasemdir og að þeir hefðu upplifað að heilbrigðisstarfsfólk hefði minni áhuga á að veita þeim meðhöndlun en fólk í kjörþyngd. Skjólstæðingar nefndu oftast særandi athugasemdir og hegðun (81%). Af þátttakendum í rannsókninni höfðu 77% upplifað að rætt væri um þyngd á faglegan máta og um helmingur þátttakenda nefndi að hann hefði upplifað stuðning, umhyggju og skilning frá heilbrigðisstarfsfólki. Niðurstöður þversniðsrannsóknar Rodriguez o.fl. (2020) á 501 barnshafandi konu í yfirþyngd í Bandaríkjunum voru sambærilegar. Þær upplifðu heilbrigðisþjónustuna almennt góða en þó töluðu 20% um þyngdarfordóma eða neikvæð viðhorf, særandi eða óviðeigandi athugasemdir og neikvæðar spár um framgang heilbrigðrar meðgöngu og fæðingar. Eftir því sem þátttakendur voru þyngri varð upplifun þeirra af þjónustunni neikvæðari, þeir leituðu sér síður aðstoðar eða skiptu um þjónustuveitanda (Mensing o.fl., 2018; Phelan o.fl., 2022). Niðurstöður eigindlegar rannsóknar Conz o.fl.

(2020) í Brasilíu voru að það skorti þjónustu fyrir einstaklinga með mikla offitu. Fram kom að helst vantaði úrræði og tilvísun í úrræði, vilja til meðhöndlunar, þekkingu og styttri biðtíma. Skjólstæðingarnir óskuðu eftir samfelldri meðferð með fræðslu og góðri eftirfylgni, veittri af sérhæfðu heilbrigðisstarfsfólki sem sýndi þeim virðingu. Bornhoeft (2018) og Holt og Hughes (2021) bentu svo á að þekkingarskortur heilbrigðisstarfsfólks á sjúkdómnum og úrræðum, fordómar heilbrigðisstarfsfólks, vöntun á fræðslu skjólstæðinga og slæm reynsla af heilbrigðiskerfinu væru allt þættir sem hindruðu árangursríka meðhöndlun einstaklinga með offitu.

Rannsóknir sýna að einstaklingar með offitu hafi upplifað að heilbrigðisstofnanir séu ekki tilbúnar að taka á móti þeim. Það vanti m.a. sterkbyggð húsgögn og búnað auk fatnaðar í öllum stærðum. Sérstaklega er talað um skort á blóðþrýstingsmansettum í réttum stærðum og vigtum fyrir einstaklinga með offitu (Conz o.fl., 2020; Woods o.fl., 2016). Skv. Woods o.fl. (2016) hafa framleiðendur búnaðar verið að taka á þessum vanda á síðustu árum. Einnig hafa rannsóknir sýnt að hluti heilbrigðisstarfsfólks sé hugsanlega með þyngdarfordóma, telji einstaklinga með offitu vanta viljastyrk til að lifa heilbrigðum lífsstíl og vilji síður sinna þeim (Goss o.fl., 2020; Robstad o.fl., 2019).

Þrátt fyrir aukna þekkingu og vitundarvakningu meðal heilbrigðisstarfsfólks á sjúkdómnum offitu virðast þyngdarfordómar sem og ófullnægjandi þjónusta enn vera til staðar (Warr o.fl., 2021). Fyrstu klínisku leiðbeiningarnar á Íslandi um meðferð fullorðinna einstaklinga með offitu á vegum Embættis landlæknis komu út 2020 (Erla Gerður Sveinsdóttir o.fl., 2020). Samtök fólks með offitu á Íslandi voru stofnuð 2023 (SFO, e.d.). Markmið þessara samtaka er að bæta þjónustu og auka fræðslu til fagfólks og félagsmanna. Leit að íslenskum rannsóknum um efnið bar ekki árangur. Tilgangur rannsóknarinnar var að bæta þekkingu og fá dýpri skilning á því hver reynsla Íslendinga með offitu væri af heilbrigðiskerfinu. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla einstaklinga með offitu af heilbrigðiskerfinu?

ADFERÐ

Notuð var eigindleg rannsóknaraðferð. Gögnum var safnað með því að taka rýnihópaviðtöl og gögnin greind með eigindlegri aðleiðandi innihaldsgreiningu (EAI) (Graneheim og Lundman, 2004), sjá töflu 2. Í rýnihópum mætist fólk með sameiginleg einkenni eða reynslu og er stýrt í markvissa umræðu. Kostir rýnihópaviðtala umfram einstaklingsviðtöl eru að ná má til fleiri einstaklinga með færri viðtölum og oft fæst meiri fjölbreytni í svörum (Sóley Sesselja Bender, 2021).

Þátttakendur

Notað var tilgangsrúrtak. Leitast var eftir að finna þátttakendur með greinda offitu eða líkamsþyngdarstuðul ≥ 30 kg/m². Auglýst var eftir þátttakendum á samfélagsmiðlum. Önnur þátttökuskilyrði voru reynsla af heilbrigðiskerfinu, að einstaklingarnir væru á aldursbilinu 18-75 ára, gætu talað og skilið íslensku og væru tilbúnir að tjá sig í rýnihópi.

Þátttakendur voru 18. Meirihlutinn var konur og voru 3-6 þátttakendur í hverjum hóp. Mælt er með að í rýnihópum séu 4-12 einstaklingar (Sóley Sesselja Bender, 2021). Helmingur þeirra hafði farið í efnaskiptaaðgerð. Til að fá sem fjölbreyttasta reynslu fólks með offitu af heilbrigðiskerfinu var ákveðið að allir greindir með offitu, hvort sem þeir höfðu farið í efnaskiptaaðgerð

eða ekki, gætu tekið þátt í rannsókninni. Reynt var að hafa jafnt hlutfall þeirra sem höfðu farið í efnaskiptaaðgerð og ekki í hverjum hóp. Allir þátttakendurnir höfðu langa sögu um offitu og því flestir með langa reynslu af heilbrigðiskerfinu. Margir voru auk offitu með aðra sjúkdóma, bæði tengda og ótengda offitunni. Í töflu 1 má sjá lýsingu á bakgrunni einstaklinga. Af þeim 31 þátttakanda sem bauð sig fram mættu 18 í viðtölin eða 58%.

Tafla 1. Bakgrunnsupplýsingar	
Breytur	Fjöldi (N=18)
Kyn	
Karlar	4 (22,2%)
Konur	14 (77,8%)
Aldur	
26-69 ára, meðalaldur 52,6 ára	
Búseta	
Höfuðborgarsvæðið	11 (61,1%)
Landsbyggðin	7 (38,9%)
Efnaskiptaaðgerð	
Já	9 (50%)
Nei	9 (50%)
Allir verið lengi með offitu	
Alltaf	23,3 (14)
Frá unglingsaldri	23,3 (14)
>11 ár	53,3 (32)
Líkamsþyngdarstuðull (LÞS).	
Ef einstaklingar höfðu farið í efnaskiptaaðgerð þá fyrir aðgerð	
LÞS 30-34,9 kg/m ²	1 (5,6%)
LÞS 35-39,9 kg/m ²	6 (33,3%)
LÞS 40-44,9 kg/m ²	4 (22,2%)
LÞS 45-49,9 kg/m ²	4 (22,2%)
LÞS >50 kg/m ²	3 (16,7%)

Framkvæmd

Viðtalsrammi var saminn út frá fræðilegum heimildum (Conz o.fl., 2020; Farrell o.fl., 2021; Phelan o.fl., 2015/2022), reynslu og þekkingu höfunda og hafður til hliðsjónar við viðtölin. Gögnum var safnað með fjórum rýnihópaviðtölum í febrúar og mars 2022. Þrjú viðtalanna voru tekin í sal Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og eitt var fjarviðtal í gegnum tölvu. Hvert viðtal tók tæpar tvær klukkustundir. Báðir höfundar voru viðstaddir fyrri tvö viðtölin en fyrri höfundur viðstaddur seinni tvö. Viðtölin voru tekin upp, þau skráð og þeim svo eytt.

Gagnagreining

Viðtölin voru greind með EAI sem er kerfisbundin og hlutlæg rannsóknaraðferð. Aðferðin dregur fram ákveðna fleti á viðfangsefninu og þykir bæta skilning á því (Elo og Kyngäs, 2008). Báðir höfundar sáu um gagnagreiningu í viðtölum og að viðtölum loknum með því að hlusta á gögnin og skoða afrit. Greiningin hefst með því að skrá athugasemdir í viðtölunum sjálfum og svo við hlið textans sem er skrifaður upp. Gögnin voru greind í merkingareiningar sem voru svo þettaðar þar sem textinn er dreginn saman. Einingarnar voru svo kóðaðar og flokkaðar í þemu sem eru niðurstöður greiningarinnar. Þemun lýstu endurtekinni hegðun eða reynslu þátttakenda sem var gegnumgangandi. Þemum og undirþemum voru gefin lýsandi nöfn (Graneheim og Lundman, 2004). Dæmi um gagnagreiningu má sjá í töflu 2. Mettun náðist út frá gögnunum. Mettun er þegar ný viðtöl bæta ekki nýjum upplýsingum við gagnasöfnun. Almennt þarf 3-6 rýnihópa til að ná mettun (Sóley Sesselja Bender, 2021).

Tafla 2. Dæmi um gagnagreiningu. Gögnin voru flokkuð í merkingareiningar, samþjappaðar merkingareiningar, kóðuð og flokkuð í undirþemu og þemu skv. leiðbeiningum Graneheim og Lundman (2004)				
Yfirþema: Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert				
Merkingagreining	Samþjöppuð merkingareining	Kóðun	Undirþema	Þema
Svo kem ég til [læknis]. Hún setur mig í alls konar próf. Ég kem aftur til hennar daginn eftir og hún segir: Björg mín, veistu að þú ert að drepa þig úr næringarskort. Ég trúði henni ekki. „Frábært, enn ein með fordóma“. En þá var ég bara ekki með neitt járn í blóðinu (Björg)	Eftir alls kyns próf var Björgu bent á að hún væri með næringarskort. Skildi það sem fordóma en var með járnkort.	Mis-skilningur vegna fyrri reynslu.	Viðkvæmni og virðingarleysi.	Að horfast í augu við eigin styrkleika og takmarkanir.
Ég er bara að biðja eftir að maðurinn sem að tók mig síðast hafi samband (Einar). Bara hringja aftur af því að maður þarf stundum líka að leggja sig eftir þessu sko (Diljá) ... Maður þarf náttúrlega líka að vera móttæki-legur fyrir því sem er verið að reyna að ráðleggja manni. Maður er sinnar eigin gæfu smiður. Þú verður að leggja þitt af mörkum, ábyrgðin er ekki bara heilbrigðisstarfsfólksins. Ef að manni eru gefin einhver tæki og tól verður maður að vera tilbúinn að taka þau og nota (Birta).	Sumir biðja eftir að fá þjónustuna til sín en hver og einn þarf líka að hugsa um sjálfan sig og sækjast eftir nauðsynlegri þjónustu.	Mikil-vægt að sækjast líka sjálfur eftir þjónustu.	Vinna með þyngdarstjórnun.	

Síðfræði

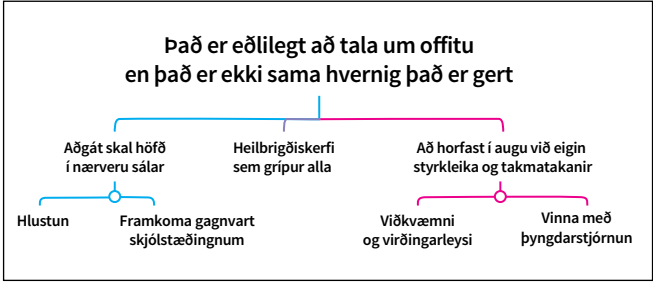
Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni (VSN-21-220). Þátttakendur fengu skriflegt kynningarbréf um rannsóknina og skrifuðu undir upplýst samþykki áður en viðtölin hófust. Til að tryggja nafnleynd var hverjum þátttakanda gefið rannsóknarnafn og nöfnum og staðháttum breytt.

Niðurstöður

Yfirþemað *Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert* er lýsandi fyrir upplifun þátttakenda. Reynsla þeirra var að mestu sambærileg. Flestir þátttakendur voru með langa reynslu af samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk sem hafði áhrif á upplifun þeirra. Allir höfðu bæði jákvæða og neikvæða reynslu af samskiptum við fagfólk heilbrigðiskerfisins. Þeim fannst eðlilegt að heilbrigðisstarfsfólk talaði um offitu við þá, því þeir vissu að offita er óheilbriggt ástand fyrir líkamann. Hins vegar er ekki sama hvernig það er gert. Greind voru þrjú þemu og fjögur undirþemu (sjá mynd 1).

Aðgát skal höfð í nærveru sálar

Þemað tengist faglegum samskiptum og viðhorfum heilbrigðisstarfsmanna til einstaklinga með offitu. Almennt töldu þátt-



Mynd 1. Greiningarlíkanið skiptist í yfirþemað „Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert“, þrjú þemu og fjögur undirþemu.

takendur heilbrigðisstarfsfólk vinna gott starf en þeir lýstu því að of margt þeirra gerði það ekki. Þyngdin hafði áhrif á samskiptin og þátttakendur töldu sig fá betri þjónustu þegar þeir höfðu lést eftir efnaskiptaaðgerðir. Undirþemun eru *Hlustun* og *Framkoma gagnvart skjólstæðingum*.

Hlustun

Þátttakendum þótti það, að hlustað væri á þá, einn mikilvægasti þátturinn í heilbrigðisþjónustunni. Þeir lýstu því að upp á þetta vantaði hjá mörgu heilbrigðisstarfsfólki. Sumt heilbrigðisstarfsfólk álti þyngdina orsök alls sem hrjáði þau, s.s. langvarandi kvefs, sýkinga, einkenna eftir byltu o.fl., og hvorki hlustuðu né tækju tillit til erindis þeirra og heilsufars. Þeim fannst setningar eins og „*farðu heim, grenntu þig og komdu svo aftur og talaðu við mig*“ (Karen) of algengar. Þess vegna fannst þeim þeir ekki fá úrlausn sinna mála og upplifðu fordóma í heilbrigðiskerfinu. Karen fannst aftur á móti frábært þegar læknir „... *hlustaði, spurði mig nánar út úr og sýndi þannig framkomu að mér leið eins og að henni væri ekki sama um mig. Hún hafði áhuga og kom með ábendingar.*“ Og Andrea sagði:

Það var alveg sama hvenær ég hitti lækinn, hún setti alltaf upp sérstakan svip og sagði: „Ég þarf ekkert að segja við þig, þú veist alveg hvað þarf að gera.“ Ég hefði getað verið með hægra augað í hendinni og það hefði bara verið af því að ég var of feit.

Framkoma gagnvart skjólstæðingum

Það skipti máli að þátttakendum væri sýndur áhugi, virðing og umburðarlyndi í stað þess að upplifa að þeir væru dæmdir fyrir þyngdina. Þeir sögðu mikilvægt að litið væri á þá sem manneskjur. Mikilvægt væri að finna heilbrigðisstarfsfólk með góða og faglega framkomu. „*Læknirinn tók mark á því sem ég var að segja og horfði ekki á hvað ég var þungur. Ég upplifði ekki að ég væri feitur hjá honum*“ (Daníel).

Margir sögðust hafa upplifað að vera dæmdir um leið og þeir kæmu inn til heilbrigðisstarfsfólks og upplifðu þá áhuga- og virðingarleysi. Þeir kvörtuðu undan því að hafa lent í ónægðu tali, athugasemdum og framkomu af hálfu heilbrigðisstarfsfólks. Flestir höfðu fengið athugasemdir um holdafar, lífsstíl eða gert hafði verið ráð fyrir að þeir glímdu við fylgikvilla offitu. Þátttakendum fannst ganga betur að vinna með heilbrigðisstarfsfólki með jákvætt viðmót og sem sýndi þeim virðingu. Góð framkoma heilbrigðisstarfsfólks leiddi til þess að þátttakendur upplifðu að þeir fengu góðar upplýsingar, stuðning og ábendingar um leiðir til úrbóta. Inga sagði: „... *hægt að nálgast feita manneskju á manneskjulegan hátt. Þú þarft ekki að koma með einhvern skít.*“

Heilbrigðisþjónusta sem gripur alla

Þátttakendur sögðu þjónustuna þurfa að vera aðgengilega og töldu of fátt heilbrigðisstarfsfólk sinna fólki með offitu. Erfitt væri að finna þjónustuna, fá úrræði væru í boði og bið eftir meðferðum löng. Fáum hafði verið vísað áfram í sérhæfða þjónustu. Nokkrir

lýstu því að hafa þurft að biðja um eða jafnvel berjast fyrir því að komast í meðferð við offitu og þátttakendur töluðu um mikilvægi þverfaglegrar heilbrigðisþjónustu.

Flestum fannst heilbrigðiskerfið vanmáttugt að takast á við sjúkdóminn offitu og töluðu um að þekkingu skorti á sjúkdómnum, meðhöndlun væri ekki fullnægjandi og úrræðin of fá. Þeir gerðu sér grein fyrir að þyngdin hefði áhrif á heilsufar þeirra. Mikilvægt væri að meðhöndla offitu, fylgisjúkdóma hennar og aðra sjúkdóma. Karen sagði: „*Enginn hefur frætt mig um hvernig ég geti lést.*“

Algengt var að þátttakendur fengju upplýsingar um að þeir ættu að hreyfa sig meira og borða minna eða að létta sig. Daniel var heilsuhausstur. Hann veiktist árið 2020 og leitaði á sjúkrahús. Hann var skoðaður en þrátt fyrir alvarleg einkenni var horft á þyngdina og hann sendur heim. „*Þetta var hræðilegt. Fyrst það fannst ekkert að mér í blóðprufum þá var ég bara of feitur og sendur heim. Einn sagði það orðrétt. Ég þurfti alltaf að vera að koma aftur og aftur með sjúkrabil.*“ Ari datt úr stiga. Niðurstaða skoðunar var að „... *lappirnar eru hættar að bera þig. Þú verður bara að létta þig.*“ Honum var neitað um verkjalyf og frekari meðhöndlun en hann var með klemmda taug og brjóskaverka.

Mörgum hafði verið neitað um meðferðir eða aðgerðir sökum þyngdar. Ingunn sagði: „*Það átti að svæfa mig eftir korter. Þá kom læk'nirinn og henti mér út því honum fannst ég allt of feit.*“ Andrea sagði frá neikvæðu viðmóti ljósmóður sem kynnti úrræði sem væru í boði en bætti alltaf við „*nei, þú ert náttúrliga of feit svo það gengur ekki.*“ Önnur ljósmóðir sem hún hitti sá ekkert að því að hún nýtti sér þessa þjónustu.

Þátttakendur bentu á að auk úrræða vantaði utunumhald, hvatningu, stuðning og eftirfylgd. Þeir sem fengu viðeigandi úrræði eða meðferðir voru ánægðir, jafnvel þótt meðferðin skilaði ekki alltaf þyngdartapi.

Þátttakendur sögðu sumt heilbrigðisstarfsfólk vera með fordóma gegn efnaskiptaaðgerðum. Þá fannst þátttakendum vanta betri undirbúning fyrir efnaskiptaaðgerðir og langtímaeftirfylgni. Þeir óttuðust hve margir þyngdust aftur eftir aðgerðirnar.

Þátttakendur ræddu það sem þeim þótti ábótavant við búnað í heilbrigðiskerfinu. Svo heilbrigðisþjónustan grípi alla þarf búnaðurinn að vera nægilega stór og sterkbyggður þannig að allir geti nýtt hann. Algengt var að það vantaði stórar mansettur á blóðþrýstingsmæla sem þeim fannst sérstakt því það þarf oft að mæla blóðþrýsting hjá einstaklingum með offitu. Þátttakendur sögðu mikilvægt að vigtar væru hæfilega langt frá veggjum svo þeir gætu nýtt þær en enginn hafði lent í að vigtin væri ekki gerð fyrir þeirra þyngd. Upplifun þátttakenda var að það sé almennt algengara í dag að búnaður sé nægilega stór og sterkbyggður svo hann henti öllum.

Að horfast í augu við eigin styrkleika og takmarkanir

Þemað tengist tilfinningum og viðhorfum einstaklinganna til sjálfra sín. Þátttakendurnir höfðu gert itrekaðar tilraunir til að léttast með misgóðum árangri og voru sammála um að offita og óheilbriggt líferni fylgdust ekki alltaf að. Undirþemun eru *Viðkvæmni og virðingarleysi* og *Vinna með þyngdarstjórnun*.

Viðkvæmni og virðingarleysi

Það skein í gegnum viðtölin að einstaklingarnir voru viðkvæmir og næmir á viðmót heilbrigðisstarfsfólks. Þeir voru meðvitaðir um þyngd sína og fannst óþarft að ræða alltaf þyngd og útlit. Þeir

sögðu faglegt tal um offitu mikilvægt en jafnframt vandasamt. Að mati þátttakenda var það ekki tákn um fordóma að tala um offitu. Þeir töldu minni hluta heilbrigðisstarfsfólks vera með fordóma en það hefur „*rosalega mikil áhrif. Mér finnst ekki fordómar þegar það er verið að benda manni á að það gæti verið gott að léttast en það þarf að taka út viðhorfið að þetta sé aumingjaskapur*“ (Andrea).

Nokkrir þátttakenda töluðu um að vera með þyngdarfordóma í eigin garð. Sumir létu þyngdina ekki trufla sig og tóku fullan þátt í félagsstarfi. Aðrir lýstu því hvernig þeir skömmuðust sín fyrir útlit sitt og drægju sig í hlé. Rúmlega sextug kona heyrði nýlega að offita væri langvinnur sjúkdómur sem hún „*ætti ekki sök á. Þetta er í fyrsta skipti sem ég er hætt að skammast mín fyrir það hvað ég er feit*“ (Ingunn).

Öllum fannst erfitt að láta segja sér að létta sig og fá neikvætt viðmót. Þeir sögðu að hægt væri að nálgast þá með nærgætni þannig að þeim liði vel. Nokkrir þátttakenda lýstu vanlíðan sinni gagnvart vigtnun. Margir óttast þyngdaraukningu, vilja ekki fá hana staðfesta og eru hræddir við viðbrögð fagfólks. Margir þátttakenda stóðu ekki með sjálfum sér: „*Þegar ég fer til lækna er ég eins og lítið sætt lamb, ég þori ekki að segja neitt af því að ég vil ekki vera fyrir*“ (Jóhanna).

Þátttakendur áttu það til að misskilja samskipti við heilbrigðisstarfsfólk. Eftir rannsóknir hjá lækni var Björgu tjáð að hún væri með næringarskort. „*Fyrsta hugsun mín var að hún væri að gera grín að mér af því að ég er svo feit. En þá var ég ekki með neitt járn í blóðinu*“. Barnshafandi konur, sem voru sendar í sykurpolspróf eins og klínískar leiðbeiningar mæla með, töldu ljósmæður vera að senda sig í rannsóknina vegna þyngdarfordóma en ekki vegna klínískra leiðbeininga.

Nokkrir gengu á milli heilbrigðisstarfsfólks í leit að þjónustu eða þeim sem hefði þekkingu á offitu. Aðrir gáfust upp við að leita sér að heilbrigðisþjónustu. „*Ég gat ekki meira. Andlega hliðin var farin. Ég gat ekki látið fólk niðurlægja mig meira en ég gerði sjálf þannig að ég steig til hliðar og bara fékkst við mín mál á hnefanum*“ (Lára). Daniel var með líkamspýngdarstuðul 48 kg/m² og óskaði eftir aðstoð við þyngdarstjórnun. Læk'nirinn tók illa í að aðstoða hann. „*Ég var mjög sár. Þarna var ég að opna mig í fyrsta skiptið við einhvern annan en konuna mína og var laminn niður. Ég upplifði mikla þyngdarfordóma.*“ Hann leitaði sér ekki aðstoðar aftur fyrr en hann veiktist alvarlega. Inga fór fyrst í leghálsskimun 40 ára þar sem hún óttaðist neikvæða upplifun af þjónustunni. Þátttakendur bentu einnig á að það geti verið alvarlegt að hætta að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Sumir létu ekki bjóða sér hvaða þjónustu sem er, svöruðu fyrir sig, gengu út eða leituðu annað. Björg neitaði að stíga á vigt: „*Ég geri það bara næst þegar ég kem, ég ætla að vera glöð þegar að ég fer.*“ Inga sagði:

Ég er náttúrliga farin að standa meira með sjálfri mér, bara byrsta mig þegar ég fæ skít. Ég sagði einu sinni: „Ha, er ég of feit? Guð minn góður, ég er að fara að gráta.“ Manninum brá svo að hann var bara stamandi. Af hverju gerði ég þetta ekki miklu fyrr?

Vinna með þyngdarstjórnun

Þátttakendur sögðu vinnu með þyngdarstjórnun vera samvinnu þeirra og heilbrigðisstarfsfólks. Þeir þyrftu að vera tilbúnir að bera sig eftir og þiggja aðstoðina. „*Þú verður að leggja þitt af mörkum. Maður er sinnar eigin gæfu smíður*“ (Birta). Þeir sögðu þyngdarstjórnun vera krefjandi vinnu og „*bara eilíðar strögl*“ (Hulda).

Nokkra þátttakendur skorti frumkvæði við að leita sér aðstoðar eða væntu þess að geta létt sig sjálfir með heilbrigðum lífsstíl. Margir höfðu gert ítrekaðar tilraunir til þyngdartaps en höfðu svo þyngst aftur. Þeir leituðu sér fyrst aðstoðar þegar útséð var að þeir réðu ekki við ástandið. Flestir vissu ekki hvaða úrræði voru í boði og voru lengi að finna viðeigandi heilbrigðisþjónustu. „Þegar maður biður loks um hjálp leitar maður til margra lækna til að reyna að komast að því hvert maður á að fara“ (Jana). Og Inga sagði:

Ég vissi ekki að það væri til fólk sem að hjálpaði fólki sem er þungt. Þetta var hugljómun fyrir mig, að hægt væri að fara í aðgerð til að aðstoða mann. Ég hafði heyrt um þessar aðgerðir. Það hafði aldrei hvarflað að mér að þetta væri eitthvað sem ætti við mig.

Algennt var að þátttakendur ætluðu alls ekki í efnaskiptaaðgerðir. Þeir eyddu nokkrum árum í að reyna að léttast og misstu tökin aftur þar til þeir sáu aðgerðina sem lausn og að hún „væri ekki bara fyrir aumingja“. Ingunn sagði: „Það eru þrjár vikur síðan að ég fór í aðgerðina og ég er mjög ánægð. Ég vildi að ég hefði gert þetta fyrir alla vegana 15 árum“. Reynsla þátttakenda var að það versta við ofþyngd væri sú lífsgæðaskerðing og það kraftleysi sem hún hefði í för með sér. Þetta var sú ástæða sem flestir sáu til að fara í efnaskiptaaðgerð. Þeir töldu sig ekki ráða við að taka þátt í lífi fjölskyldumeðlima, s.s. að leika við börnin, fara í skíðaferðir og vinna. Þátttakendur nefndu að lyf við offitu og efnaskiptaaðgerðir væru ekki töfralausnir heldur hjálpartæki til að styðja við heilbrigðan lífsstíl. Þátttakendur töldu um hve gott væri að vera í heilsuefandi ráðgjöf þar sem þeir gátu stigið út úr daglegu amstri og eingöngu hugsað um sjálfa sig, eins og t.d. á Reykjalundi.

Nokkrir þátttakendur sögðu að þeir hefðu ekki verið tilbúnir að hlusta og fara eftir ráðleggingum og neituðu að nota þau tæki og töl sem að þeim voru rétt. Sumir sáu þó að sér. Birta benti á að „maður verður náttúrulega að vera móttækilegur fyrir því sem er verið að reyna að ráðleggja manni.“

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar færa fram nýja þekkingu um reynslu einstaklinga með offitu af því að nota þjónustu innan heilbrigðiskerfisins. Yfirþemað *Það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert* er lýsandi fyrir upplifun þátttakenda af heilbrigðisþjónustunni og speglast inn í öll þemun sem tengjast samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk, heilbrigðisþjónustuna og þeim sjálfum.

Hlustun og nærgætin framkoma heilbrigðisstarfsfólks skipti miklu máli fyrir jákvæða upplifun þátttakenda. Þó tilgreindu flestir að offitan, að þeirra mati, ylli því stundum að þeir fengju hvorki virka hlustun né væri bent á meðferðarúrræði heldur væri sagt að þyngdin væri orsök allra einkenna og þeim sagt að léttast sig. Einnig var ónærgætið tal og athugasemdir algennt vandamál. Þetta samræmist athugasemdum skjólstæðinga í samantekt Farrell o.fl. (2021) auk rannsókna Rodriguez o.fl. (2020) og Sobczak o.fl. (2020). Samantekt Phelan o.fl. (2015) sýnir að komi heilbrigðisstarfsfólk neikvætt fram við skjólstæðinga geti samskiptavilji heilbrigðisstarfsfólks og virðing fyrir skjólstæðingi minnkað og hætta sé á að skjólstæðingar fái ekki viðeigandi greiningar og meðhöndlun.

Þátttakendur töldu ófaglega framkomu frekar undantekningu en mjög áhrifamikla. Þeir óskuðu eftir sömu þjónustu fyrir alla,

óháð þyngd. Þó virtist fyrri reynsla sitja í þeim sem höfðu lést eftir efnaskiptaaðgerð og þeir töldu um að þeir fengju betri þjónustu eftir aðgerð. Niðurstöður rannsókna Mensinger o.fl. (2018) og Phelan o.fl. (2022) eru sambærilegar en þær gefa til kynna að þyngri einstaklingar upplifi verri heilbrigðisþjónustu.

Þátttakendur sögðu heilbrigðisþjónustu almennt góða en að erfitt væri að nálgast hana, sérstaklega með tilliti til meðhöndlunar á offitu. Þeim fannst einnig skorta þekkingu hjá heilbrigðisstarfsfólki og sögðust vera ánægðastir með sérhæfð úrræði við offitu. Rannsóknir sýna að heilbrigðisstarfsfólk með góða þekkingu á offitu sé líklegra til að veita betri þjónustu, sýna áhuga, skilning og gæta að líðan skjólstæðinga sem oft hafa sætt neikvæðu viðhorfi (Hales o.fl., 2018; Luig o.fl., 2020; Yerges o.fl., 2021). Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk sé meðvitað um þekkingu sína, skort á henni og klíniska framkomu (Erla Gerður Sveinsdóttir o.fl., 2020). En heilbrigðisstarfsfólk hefur tækifæri til að bæta líðan skjólstæðings, sjálfsmynd og heilsu með áhugahvetjandi samtali, virkri hlustun og fræðslu (Almansour o.fl., 2023; Luig o.fl., 2020; Yerges o.fl., 2021).

Tilfinningar og viðhorf þátttakenda höfðu mikil áhrif á reynslu þeirra af heilbrigðiskerfinu. Nokkrum sinnum var mótsögn í umræðum þátttakenda. Þeir voru sammála um að það þyrfti að ræða faglega um offitu en sögðu einnig að umræða um þyngd truflaði fagleg samskipti. Það getur því verið vandamt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að tala um offitu, eins og Warr o.fl. (2021) benda á í sinni kerfisbundnu heimildasamantekt.

Erfið upplifun þátttakenda af heilbrigðisþjónustu var áberandi í viðtölunum. Þeir voru á varðbergi gagnvart neikvæðu viðmóti sem stundum leiddi til þess að þátttakendur leituðu sér seint aðstoðar auk þess sem þeir vildu sjálfir ná stjórn á sjúkdómnum. Þetta samrýmist samantektum Farrell o.fl. (2021) og McGuigan og Wilkinson (2015) að það sé þekkt að skjólstæðingar með offitu fresti því að leita sér heilbrigðisþjónustu vegna neikvæðrar upplifunar af fyrri þjónustu.

Nokkrir þátttakendur lýstu eins konar varnarskel og að þeir létu fyrir fram vita að þeir vissu af þyngd sinni til að verja sjálfa sig. Nokkrir voru sjálfir með þyngdarfordóma. Rannsóknir sýna að viðhorf og þyngdarfordómar einstaklinganna sjálfra og heilbrigðisstarfsfólks geti haft skaðleg áhrif á bæði meðferð og heilsu einstaklinga með offitu. Svo virðist sem að það dragi úr trú einstaklinga með offitu á sjálfum sér og að þeir standi síður með sjálfum sér (Farrell o.fl., 2021). Þátttakendur áttu það til að mistúlka það sem sagt var við þá sem þyngdarfordóma. Heilbrigðisstarfsfólk getur því verið að vinna af heilindum en engu að síður verið talið vera með þyngdarfordóma. Kerfisbundin samantekt Warr o.fl. (2021) segir að heilbrigðisstarfsfólk hafi áhyggjur af því að vera misskið og talið fordómafullt þegar það talar við skjólstæðinga um offitu og lífsstilstengda sjúkdóma, sem getur valdið því að skjólstæðingar hætti meðferð. Það hjálpi þó ef gott meðferðar-samband sé komið á milli þeirra og skjólstæðingsins og að horfa skuli frekar á heilsutengd vandamál en það að léttast. Meðferðarsamband getur verið flókið. Það byggist á meðferðarmarkmiðum skjólstæðings og heilbrigðisstarfsfólks sem þeir vinna að saman. Mikilvægt er að meðferðarsambandið sé gott því ef eitthvað vantar upp á sambandið getur það haft neikvæð áhrif. Jafnræði, virðing og þekking er mikilvæg í sambandinu. Fagfólk þarf að sýna nærgætni, hlusta og vera móttækilegt fyrir þörfum skjólstæðingsins (Kinsella, 2023).

Hér kom fram að þeir sem höfðu harðari skráp létu ekki bjóða sér slæm samskipti og lélega þjónustu. Þeir svöruðu fyrir sig og leituðu oft annað. Það að ganga á milli heilbrigðisstarfsfólks í leit að heilbrigðisþjónustu er þekkt. Þetta samræmist niðurstöðum Gudzone o.fl. (2014) sem jafnframt tilgreindu að þeir sem einu sinni höfðu skipt um lækni vegna þyngdarfordóma eða neikvæðrar upplifunar væru líklegri til að gera það aftur. Margir þátttakendur virtust sjálfir hvorki hafa góða þekkingu á sjúkdómnum offitu né mögulegum meðferðum. Til að fagfólk geti frætt einstaklinga um sjúkdóminn offitu og mögulegar meðferðir þarf það að hafa góða þekkingu á sjúkdómnum. Í kerfisbundinni samantekt Warr o.fl. (2021) kom fram að fagfólk hafi oft ekki næga hæfni og þekkingu til að fræða og veita einstaklingum með offitu viðeigandi meðferð.

Hluti af því sem þátttakendur töluðu um sem fordóma virðist vera samskiptavandamál, misskilningur og þekkingarleysi. Það skiptir alltaf máli hvernig talað er um offitu. Virðing og nærgætni skal því höfð að leiðarljósi við meðferð einstaklinga með offitu, bæði við meðhöndlun sjúkdómsins og þeirra sjúkdóma sem geta fylgt (Erla Gerður Sveinsdóttir o.fl., 2020). Í klínískum leiðbeiningum er talað um mikilvægi þess að heilbrigðisstarfsfólk þekki og viðurkenni offitu sem langvinnan sjúkdóm, biðji um leyfi skjólstæðings til að veita ráðgjöf og aðstoð við að meðhöndla sjúkdóminn, geri mat á skjólstæðingi með offitu með viðeigandi mælingum og greini rót sjúkdómsins, fylgikvilla og hindranir í meðferð. Fræða þarf skjólstæðing um helstu meðferðarmöguleika og gera samkomulag um markmið meðferðar þar sem skjólstæðingur ákveður áherslupætti. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að fylgja skjólstæðingnum eftir, hvetja hann áfram, endurmeta ástand hans og veita góða umönnun (Erla Gerður Sveinsdóttir o.fl., 2020; WHO, 2022).

Styrkleikar rannsóknarinnar voru meðal annars þeir að þátttakendur voru fjölbreyttur hópur (m.t.t. kyns, aldurs og búsetu). Einnig að þátttakendur voru bæði einstaklingar sem höfðu farið í efnaskiptaaðgerðir og þeir sem ekki höfðu farið í efnaskiptaaðgerðir. Þannig fékkst meiri breidd í reynslu einstaklinga sem greindir eru með offitu. Til að auka áreiðanleika rannsóknarinnar voru gögnin greind af báðum rannsakendum og flokkuð kerfisbundið. Þar sem rannsakandinn er mælitækið eykur það styrk, réttmæti og trúverðugleika rannsóknar að rannsakendur séu fleiri en einn við gagnagreiningu, enda er ein megináhættan sú að hugmyndir rannsakanda komi í veg fyrir að hann átti sig á því sem þátttakendur eru að segja (Cavanagh, 1997). Þar sem um eigindlega rannsókn er að ræða eiga niðurstöðurnar ef til vill ekki við um reynslu allra einstaklinga með offitu af notkun heilbrigðisþjónustunnar en þær gefa okkur innsýn í reynsluna. Veikleiki rannsóknarinnar voru meðal annars brottfall í hópi þátttakendanna sem buðu sig fram (42%), m.a. vegna veikinda (Covid-19 og annarra árstíðabundinna sjúkdóma), veðurfars og ófærðar. Mögulegt er að einstaklingarnir sem áttu erfiðustu reynsluna hafi verið þeir sem ekki mættu í viðtölin.

Þetta er fyrsta íslenska rannsóknin á reynslu einstaklinga með offitu af notkun heilbrigðisþjónustu. Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk að sýna nærgætni í samskiptum sínum við einstaklinga með offitu. Lykilatriðið er að hlustað sé á skjólstæðinginn og að allir fái sömu þjónustu, óháð holdafari.

Huga þarf að því að meðhöndla offitu þegar einstaklingar með offitu leita sér þjónustu, svo þeir fái greiningu og viðeigandi meðhöndlun sem fyrst. Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðis-

starfsfólk verða að hafa hugfast að það er eðlilegt að tala um offitu en það er ekki sama hvernig það er gert.

ÞAKKIR

Höfundar þakka þátttakendum fyrir að taka þátt í rannsókninni og deila sinni reynslu, Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veittan styrk til rannsóknarinnar og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins fyrir lán á aðstöðu fyrir viðtölin og veitt námsleyfi.



ENGLISH SUMMARY

It's normal to talk about Obesity, but it matters how it's done

The experience of Individuals with Obesity regarding their use of the Health care system

Gudjonsdottir, U. and Sigurdardottir, A. K.

ABSRTAKT

Aim

The prevalence of obesity has greatly increased in recent years. In 2022, around 27% of Icelanders had obesity. Studies indicate that individuals with obesity don't always receive adequate health care. There is limited knowledge on personal experiences of Icelandic individuals with obesity with the health care system. The study aimed to increase knowledge and deepen understanding of their experiences.

Method

Qualitative method where four focus-group-interviews were conducted with 18 individuals with obesity, 14 women and four men, between 26-69 years of age. The interviews were analyzed using qualitative inductive content analysis.

Results

The overarching theme, *It's normal to talk about obesity, but it matters how it's done*, is descriptive of participants' experiences and what kind of health care they want to receive. All participants had, over a long period, both positive and negative experiences of health care. There were three themes with four sub-themes. A): *Treat individuals with dignity and respect*, with the sub-themes *Active listening* and *Behavior toward the client*, described how important those aspects in health professionals' behaviour are for the experience of participants with obesity. B): *Health care that treats everyone equally* where access to health care, treatment of obesity, how knowledgeable health professionals are, and the equipment were discussed. Finally, C): *Facing your own strengths and limitations* with two sub-themes, *Sensitivity and disrespect*

and *Work with weight management*, described the impact of the participants on their own treatment. Participants with obesity were vulnerable in their communication with health professionals, but they also needed to be willing to contribute to their own weight management and treatment.

Conclusions

It is important that nurses and other healthcare professionals provide same care for all, regardless of weight. The crucial point is to listen to individuals with obesity which should enable provision of appropriate health care.

Keywords

Obesity, qualitative research, patient experience, health care system, health care workers' attitudes.

Correspondent

ha190454@unak.is

HEIMILDIR

- Almansour, M., AlQurmalah, S. I. og Abdul Razack, H. I. (2023). Motivational interviewing — an evidence-based, collaborative, goal-oriented communication approach in lifestyle medicine: A comprehensive review of the literature. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 18(5), 1170-1178. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2023.03.011>
- Bornhoeft, K. (2018). Perceptions, attitudes, and behaviors of primary care providers toward obesity management: A qualitative study. *Journal of Community Health Nursing*, 35(3), 85-101. <https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1475792>
- Cavanagh, S. (1997). Content analysis: Concepts, methods and applications. *Nurse Researcher*, 4(3), 5-16. <https://doi.org/10.7748/nr.4.3.5.s2>
- Conz, C. A., Jesus, M. C. P. d., Kortchmar, E., Braga, V. A. S., Oliveira, D. M. d. og Merighi, M. A. B. (2020). The health care experience of individuals with morbid obesity assisted in public healthcare services. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 54, e03559. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018049903559>
- Elo, S. og Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Embætti landlæknis. (e.d.). *Lýðheilsuvisar*. <https://island.is/lydheilsuvisar>
- Erla Gerður Sveinsdóttir, Helga Sævarsdóttir og Hildur Thors. (2020). *Kliniskar leiðbeiningar um meðferð fullorðinna einstaklinga með offitu*. Embætti landlæknis. https://assets.ctfassets.net/8k0h54kbe6bj/4ckVgwjROdwKpyOIZ49bx/010ccdbef997f785fb318b7101f90c6/Kliniskarleiðbeiningar_um_medferd_fulloridnna_einstaklinga_med_offitu_LOK.pdf
- Farrell, E., Hollmann, E., le Roux, C. W., Bustillo, M., Nadglowski, J. og McGillicuddy, D. (2021). The lived experience of patients with obesity: A systematic review and qualitative synthesis. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22(12), e13334. <https://doi.org/10.1111/obr.13334>
- Goss, A. L., Rethy, L., Pearl, R. L. og DeLisser, H. M. (2020). The "difficult" cadaver: Wright bias in the gross anatomy lab. *Medical Education Online*, 25(1), 1742966. <https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1742966>
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A. og Bleich, S. N. (2014). Prior doctor shopping resulting from differential treatment correlates with differences in current patient-provider relationships. *Obesity*, 22(9), 1952-1955. <https://doi.org/10.1002/oby.20808>
- Hales, C., Gray, L., Russell, L. og MacDonald, C. (2018). A qualitative study to explore the impact of simulating extreme obesity on health care professionals' attitudes and 27 perceptions. *Ostomy Wound Management*, 64(1), 18-24. <https://doi.org/10.25270/owm.2018.1.1824>
- Holt, G. og Hughes, D. (2021). A study using semi-structured interview and delphi survey to explore the barriers and enabling factors that influence access and utilisation of weight management services for people living with morbid obesity: A patient and professional perspective. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 34(1), 215-223. <https://doi.org/10.1111/jhn.12832>
- Kinsella, M. (2023). Exercising leadership within the therapeutic alliance: An autonomy-grounded perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 63(1), 103-125. <https://doi.org/10.1177/0022167818805568>
- Luig, T., Wicklum, S., Heatherington, M., Vu, A., Cameron, E., Klein, D., Sharma, A. M. og Campbell-Scherer, D. L. (2020). Improving obesity management training in family medicine: Multi-methods evaluation of the 5AsT-MD pilot course. *BMC Medical Education*, 20(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1908-0>
- McGuigan, R. D. og Wilkinson, J. M. (2015). Obesity and healthcare avoidance: A systematic review. *AIMS Public Health*, 2(1), 56-63. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2015.1.56>
- Mensinger, J. L., Tylka, T. L. og Calamari, M. E. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139-147. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001>
- Obesity Canada. (e.d.). *About obesity*. Canada: Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/about-obesity/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2017). *Obesity Update 2017*. OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M. og van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity reviews*, 16(4), 319-326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Phelan, S. M., Bauer, K. W., Bradley, D., Bradley, S. M., Haller, I. V., Mundi, M. S., Rutten, L. J. F., Schroeder, D. R., Fischer, K. og Croghan, I. (2022). A model of weight-based stigma in health care and utilization outcomes: Evidence from the learning health systems network. *Obesity Science & Practice*, 8(2), 139-146. <https://doi.org/10.1002/osp.4.553>
- Robstad, N., Westergren, T., Siebler, F., Söderhamn, U. og Fegran, L. (2019). Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3631-3642. <https://doi.org/10.1111/jan.14205>
- Rodriguez, A. C. I., Smieszek, S. M., Nippert, K. E. og Tomiyama, A. J. (2020). Pregnant and postpartum women's experiences of weight stigma in healthcare. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 499. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03202-5>
- Samtök fólks með offitu og aðstandendur þeirra [SFO]. (e.d.). *Samtök fólks með offitu og aðstandendur þeirra*. <https://www.sfo.is/>
- Sobczak, K., Leoniuk, K. og Rudnik, A. (2020). Experience of Polish patients with obesity in contacts with medical professionals. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1683-1688. <https://doi.org/10.2147/PPA.S270704>
- Sóley Sesselja Bender. (2021). Rýnihóparannsóknir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 277-295). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Warr, W., Aveyard, P., Albury, C., Nicholson, B., Tudor, K., Hobbs, R., Roberts, N. og Ziebland, S. (2021). A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GPs' and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care. *Obesity Reviews*, 22(4), e13151. <https://doi.org/10.1111/obr.13151>
- Woods, A. L., Miller, P. K. og Sloane, C. (2016). Patient obesity and the practical experience of the plain radiography professional: On everyday ethics, patient positioning and infelicitous equipment. *Radiography*, 22(2), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2015.09.005>
- World Health Organisation [WHO]. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- World Health Organisation [WHO]. (2023). *Obesity*. https://www.who.int/health-topics/obesity/#tab=tab_1
- Yerges, A. L., Sneath, J. A. og Carrel, A. L. (2021). Female adolescents with overweight and obesity share their perspectives on the clinical setting and weight management. *Clinical Obesity*, 11(1), e12415. <https://doi.org/10.1111/cob.12415>