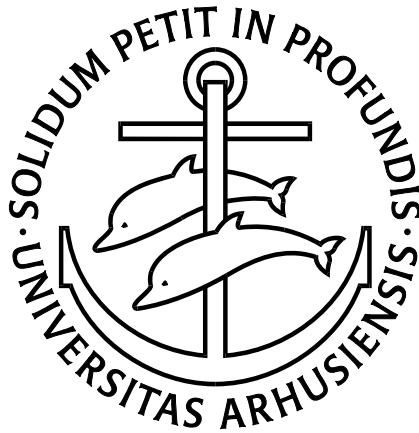


# Kandidatspeciale



## **Fedme – hvor fedt er det?**

En filosofisk-hermeneutisk inspireret undersøgelse af fedmebegrebet,  
fordomme og kulturelt konstruerede idealer

**af**

**Helle Hansen**

Navn: Helle Hansen  
Modul: Speciale  
Måned og år: Juni 2009  
Vejleder: Regner Birkelund  
Anslag: 110.886

## **Fedme – hvor fedt er det?**

En filosofisk-hermeneutisk inspireret undersøgelse af fedmebegrebet,  
fordomme og kulturelt konstruerede idealer

**af**

**Helle Hansen**

Afdeling for Sygeplejevidenskab  
Institut for Folkesundhed  
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet  
Aarhus Universitet  
Høegh-Guldbergs Gade 6A  
Bygning 1633  
8000 Århus C

## Resumé

### Fedme – hvor fedt er det?

Formålet med undersøgelsen var at undersøge, hvordan det kan være at fede individer oplever sig stigmatiseret, og hvilket grundlag sygeplejerskers negative fordomme hviler på.

I erkendelse af at vi som mennesker påvirkes af, at vi med sproget påvirkes, og at vi omvendt også påvirker virkeligheden med ord og begreber, er der, med inspiration fra Gadamer's filosofiske hermeneutik, opnået en ny forståelseshorisont. Med formidlingen mellem fortid og nutid, mellem fortolkerens forforståelse og de udvalgte (historiske) tekster, er der opnået en ny forståelse.

Når der i samfundet, både generelt i medierne og i folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet", tales og skrives om fede individer på en stigmatiserende måde, så influerer det også på sygeplejefaget. Og selv med en sygeplejetisk bevidsthed om at *sygepleje* (i teorien) *ydes uden nogen form for diskriminering* (DSR), så påvirker regeringens ideologi om idealbilledet af mennesket, såvel sygeplejerskers fordomme overfor fede individer, som sidstnævnte gruppes selvforståelse og medfører, at de oplever sig stigmatiseret i sundhedssystemet.

## Summary

### Obesity – hot or not?

A purpose of the investigation was to find out why obese individuals see themselves stigmatized and another purpose was to find the grounding of nurses' negative prejudices.

Realizing that we as human beings are affected by the way we communicate and that at the same time our communication influences reality, a new horizon of understanding has been achieved, inspired by Gadamer's philosophical hermeneutics. Through the transition from the past to the present and from the interpreter's prejudices to the selected (historical) essays, a new understanding has been achieved.

When in society fat individuals are referred to and described in a stigmatizing way, generally in the media but in the national public health policy "Healthy throughout Life" as well, the nursing profession is also affected. Even with a nursing ethical consciousness that *nursing (in theory) is extended without any kind of discrimination (DSR)*, the government ideology about the ideal image of man influences both the nurse's prejudices against obese individuals and the latter group's self-understanding. This fact causes these people see themselves stigmatized in the health care system.

## Indhold

<b>1. Introduktion</b> .....	<b>2</b>
2. Undersøgelsesspørgsmål.....	10
<b>3. Metode- og teoriovervejelser</b> .....	<b>10</b>
3.1 Gadammers filosofiske hermeneutik.....	12
3.2 Kosellecks begrebshistorie.....	15
3.3 Empiri og specialets struktur.....	18
<b>4. Fedme i begrebshistorien</b> .....	<b>20</b>
4.1 Fedmeretorik i historien.....	22
4.2 Fedmeretorik i sygeplejelitteraturen.....	26
<b>5. Afslutning med konklusion og perspektivering</b> .....	<b>42</b>
<b>6. Referenceliste</b> .....	<b>45</b>

## 1. Introduktion

Opgavens fokus tager udgangspunkt i, og er inspireret af, at (svært overvægtige og) fede individer i det 21. århundrede, ifølge flere videnskabelige undersøgelser, oplever diskriminering eller stigmatisering (Drury & Louis 2002; Rogge et al 2004; Jetter 2005). Sygeplejersker forbinder fede individer med dovenskab og psykisk ustabil adfærd, og føler det demotiverende at arbejde med fede patienter, hvilket måske kan forklare, hvorfor fede patienter oplever at blive nægtet værdig pleje i sundhedsvæsenet (Strandberg 2002; Strandberg 2003; Overgaard 1999; Bell 2005; Reto 2003; Brown 2005). Imidlertid kan det undre, hvorfor det står således til. Ikke overraskende ligner fede patienters behov nemlig alle andre patienters, idet *de også ønsker en professionel og respektfuld pleje* (Reto 2003). Men hvordan kan det være at fede patienter oplever sig stigmatiseret, og hvilken forforståelse, gør sig gældende blandt sygeplejersker? Med henblik på dette modsætningsforhold er det relevant at undersøge fedmebegrebet.

Med afsæt i Gadamers filosofiske hermeneutik og med inspiration fra Kosellecks begrebshistoriske teori er denne undersøgelses overordnede formål således at belyse fedmebegrebets udvikling, fedme i begrebshistorien.

For at anskueliggøre samt for at søge belæg for problemstillingen, er der foretaget en systematisk og fokuseret litteratursøgning i bl.a. forskellige søgedatabaser<sup>1</sup>, hvor primært den videnskabelige litteratur er fundet. De væsentligste artikler bliver præsenteret i introduktionen og bliver løbende suppleret med andre kilder, der er relevante for at få et overblik over problemstillingen.

Af en videnskabelig artikel fremføres det, at mange overvægtige individer undlader at søge hjælp, fordi de føler, at den sundhedsprofessionelle pålægger dem ansvaret for fedmen. Den manglende forståelse fra den sundhedsprofessionelles side samt følelsen af at blive set ned på, er andre årsager til, at flere overvægtige vælger *ikke* at søge hjælp. Endvidere fremgår det, at *det enkelte individ selv ønsker at tage hånd om fedmen*, når dette føler det nødvendigt (Ruelaz et al. 2007). Men et muligt

---

<sup>1</sup> Søgning foretaget i henholdsvis databasen CINAHL med søgeordene: *obesity* og *stigma*, og i Pubmed med søgeordene: *Attitude of Health Personnel, Obesity, Morbid, obesity, vulnerable population, stereotyping, nurses, nurse-patient relations, self concept, esthetics* og *personal narratives*. Alle søgeord i Pubmed er defineret med Mesh termer og kombineret med "AND" eller "OR". Inklusionskriterierne var, at artiklerne skulle være på engelsk, dansk, norsk eller svensk, samt, at der var adgang til resumé og link til den fulde tekst. Endvidere er der anvendt kædesøgning og søgning via SveMed+, [www.sst.dk](http://www.sst.dk), statsbiblioteket, bibliotek.dk, tidsskrifter, fagblade, interesseorganisationer og google.dk. I google.dk har *fedme* og *historie* været anvendt som søgeord for at danne et alment overblik over hvordan fedme beskrives generelt.

spændingsforhold synes at rejse sig i denne henseende. Med god grund kunne man ikke forestille sig, at det netop er det menneske, som man føler ser ned på én, ligefrem er én, man ønsker at kontakte for at få hjælp, netop fordi dette menneske mistænkes for at have negative fordomme overfor én. Altså er der grund til at undre sig, når overvægtige vælger ikke at søge hjælp. For selvom der i undersøgelsen argumenteres for, at den enkelte selv ønsker at tage den første kontakt, når vedkommende vurderer at have et behov for samt et ønske om ændring af sin vægt, så synes der at være et modsætningsforhold (Ibid.). Også selvom de sundhedsprofessionelle i undersøgelsen oplyser, at de generelt gerne vil hjælpe fede individer til at tabe sig, hvis disse altså vel at mærke selv er motiverede. Denne undren bekræftes tillige af de modsætninger, der fremføres i undersøgelsens resultater for henholdsvis adspurgt sundhedsprofessionelt personale og fede individer i kontakt med primær sundhedstjenesten. Disse to grupper vurderede nemlig årsagerne til barriererne for håndteringen af fedme forskelligt; De sundhedsprofessionelle vurderede fedme som en konsekvens af fede individers dårlige evne til at gennemføre en diæt, for lidt tid afsat til motion og for fed mad, samt at det var en opgave for sundhedsprofessionelle at hjælpe fede individer. Derimod ønskede den enkelte overvægtige i højere grad selv at tage hånd om vægten. Dette skyldes ikke mindst, at den overvægtige oplever denne stigmatisering, men også fordi man føler, at der er for lidt tid til vejledning (Ibid.). Altså kunne noget tyde på, at fede individer måske tilbageholder ønsket om hjælp ved at henvise til, at de *føler det er deres egen sag at tage hånd om fedmen*. Formodningen bekræftes af ph.d. Sue Ellen Bell, der fremfører, at fede individer netop pga. stigmatisering undlader at tage kontakt til sundhedsvæsenet, og at vi som sygeplejersker netop bør være opmærksomme på denne barriere (Bell 2005).

Formodningen om, at fede individer måske tilbageholder ønsket om hjælp, bekræftes af regeringens og EU's strategier for sundhed (Regeringen 2002; Hvidbogen 2007), hvoraf det bl.a. fremgår, at *den enkelte bærer ansvaret for fedmen* (Ibid.). Ideen om, at fede individer i stedet for at ytre ønske om hjælp og snarere angiver, at de føler et personligt og eget ansvar fra fedmen, og at de desuden selv ønsker at tage hånd om fedmen frem for at søge hjælp hos sundhedsprofessionelle, kunne derfor være præget af den samfundsmæssige forståelse for og af fedme. Med andre ord er vi som mennesker, som socialiserede individer, indlejret i en generel samfunds- og sundhedspolitisk holdning. Dermed ikke konkluderet, at det ikke er en samfundspolitisk opgave og ikke er *relevant at have fokus* på gruppen af *svært overvægtige og fede individer*, da prævalensen internationalt ifølge ph.d. Cecilia Grindel (Grindel 2006), såvel som i Danmark er stigende (Regeringen 2002). På

nationalt niveau angiver regeringen da også, at gruppen af svært overvægtige i 2002 udgjorde en tiendedel af befolkningen (Ibid.). Af både regeringens strategiprogram ”Sund hele livet (...)” og ”EU’s strategier for sundhedsproblemer i relation til ernæring, overvægt og fedme”, lægges der vægt på at øge fokus på forebyggende tiltag for svært overvægtige patienter (Regeringen 2002; Hvidbogen 2007). Fokus på forebyggelse skal ses i forhold til de risici for følgesygdomme, der opstår af et BMI > 30, f.eks. hjerte- og kredsløbssygdomme, diabetes og nedslidning af bevægeapparatet (Ibid.).

Af regeringens nationale mål og strategier for folkesundheden fremgår det endvidere, at det er individet selv, der har ansvar for egen, såvel som for sit barns sundhed, og i strategierne ligger også en forventning til individet om at holde sig sund, bl.a. ved at spise sundt og dyrke motion (Regeringen 2002). Denne forventning udspringer tilsyneladende af en ideologi om, at *livskvalitet* bedst opnås ved *det sunde liv*. Det vil dermed sige, at regeringens ideologi om sundhed som determinant for livskvalitet, kan tolkes som ensbetydende med, at den enkelte formår at leve op til det, der fremstår som *idealbilledet* af mennesket, hvilket vil sige det tynde og sunde menneske.

I forlængelse af regeringens fokus i strategiprogrammet og hvidbogen (Regeringen 2002; Hvidbogen 2007), er det nærliggende at betragte den biomedicinske sygdomsmodels forståelse af kroppen, idet kroppen ved denne forståelse vurderes ud fra objektive fund – en slags ”apparatfejlsmodellen”. Dvs. når kroppen bliver syg og ikke fungerer optimalt, vil sygdomme lokaliseres til enkelte organer, og en årsagsforklaring søges i syge celler osv. Sammenlagt med en socialmedicinsk forståelse af, at fedme kan relateres til forhold uden for kroppen, som f.eks. kost og motion, kan man altså for nærværende undersøgelser i tråd med en kombination af disse sygdomsforståelser sige, at idet man måler kroppens BMI og giver vægten det overordnede fokus, vil kroppen blive objektiveret. Den sundhedsprofessionelles fokus bliver dermed på den objektiverede krop frem for på det subjektive menneske, og man risikerer at overse individets erfaring med det at leve i den fede krop (Iversen et.al. 2002, s. 37-38; Overgaard 1998, s. 70-72). Dette aspekt kan illustreres ved cand.cur. og ph.d. Dorthe Overgaards undersøgelse af overvægtige individers levede erfaringer (Overgaard 1998). Overgaard fremfører citater fra interviewede overvægtige, der bl.a. tager afstand fra deres egen store krop; ”*Det, jeg føler indeni, det er ikke det her udenpå, og jeg tænker helst ikke på det, for så bliver jeg i dårligt humør.*” (Overgaard 1998, s. 71). Videre fremgår det af citaterne, at de interviewede forbinder netop kroppens vægt/ BMI med noget tabubelagt. På spørgsmål vedrørende det at se sig selv i spejlet svarede tre kvinder således;



*”Normalt er jeg ikke den klods, jeg ser i spejlet”, ”I spejlet ser jeg en fremmed dame, der ikke er mig” og ”Man kigger sig ikke i spejle. Jeg bruger ikke mit helkropsspejl, men i badeværelsesspejlet er jeg nødt til at se, men det er ingen fornøjelse” (Overgaard 1998, s.71).*

Overgaard tolker af kvindernes udsagn, at den krop, som kvinderne ser i spejlet minder dem om en genstand, et ubehageligt hylster, som de ønsker at fortrænge (Ibid.). Når individet således opfatter sig selv som en krop, der ikke er værd at vise frem, vil personen opfatte sig som værende i en konfliktfyldt situation, som Overgaard skriver. Det vil altså sige en situation, hvor individet er splittet mellem på den ene side at ønske socialt samvær, og på den anden side at leve med frygten for at blive til grin. En af de interviewede kvinder beskriver denne splittelse således:

*”Hvis jeg er ude blandt fremmede, så hæger jeg mig fast i de andre, jeg kender og gemmer mig lidt bagved dem. Jeg er ikke genert, men jeg skal sparke mig selv til at komme ud” (Overgaard 1998, s.71).*

I forlængelse af Overgaards undersøgelse kan tendensen til, at arbejdspladser går aktivt ind i fedmeforebyggelse skabe bekymring, idet det kunne give den overvægtige indtryk af, at en stor krop netop ikke er ønskelig – det vi kulturelt har konstrueret som det unormale, altså det, der ikke er idealbilledet af mennesket. Professor i filosofi Ole Fogh Kirkeby beskriver dette idealbillede i en artikel i Kristeligt Dagblad ved, at vi som mennesker ikke længere:

*”kun møder op på arbejde med dine faglige kvalifikationer, men forventes også at opfylde en række krav, som i stigende grad griber ind i dit privatliv. Og selvom det præsenteres som et tilbud, øger det afstanden til den gruppe mennesker, som ikke opfylder et stadig smallere normalitetskrav” (Kristeligt Dagblad).*

Kirkeby tilføjer videre, at man med alle disse ”tilbud” samtidig gør det klart for overvægtige individer, at:

*”nu er der ingen undskyldning for ikke at tabe sig. Men det kan jo tænkes, at overvægten først og fremmest bliver et problem, fordi arbejdspladsen netop dyrker (...) idealet”*(Kristeligt Dagblad).

At der er grund til bekymring over, at fede individer mødes med en forståelse af, at de er unormale understøttes af Jacob Birkler, cand.mag. i filosofi og historie. Han mener, at sundheds- og sygdomsbegreberne er defineret ud fra velfærdsamfundets ideologi om *”det normale”* versus *”det unormale”*, hvor *”det unormale”* er udtryk for en mangeltilstand, at man f.eks. mangler førlighed eller bevægelighed, (Birkler 2005, s. 75-81), hvilket de interviewede i Overgaards undersøgelse netop gjorde pga. fedmen (Overgaard 1998, s.69-76). Forestillingen om, at *sundhed* kan opfattes som et *kulturelt idealbillede* af det normale, bekræftes således især, når det sættes i forhold til det fokus, som også arbejdsmarkedet har på den slanke krop – på *idealbilledet af mennesket*.

Med dette in mente er det derfor også relevant at vide mere om sygeplejerskernes rolle i forhold til plejen af svært overvægtige/fede patienter, da fedme tydeligvis er en tilstand forbundet med mange risici i forhold til sygdom, men ydermere fordi fedme også en tilstand, der påvirker det enkelte individs selvforståelse og erfaringer.

Ifølge flere videnskabelige undersøgelser (Drury & Louis 2002; Rogge et al 2004; Jetter 2005) stemples svært overvægtige mennesker som dovne og uden selvkontrol. De oplever at blive nedprioriteret i forhold til jobtilbud, og derudover *nægtes fede individer en værdig behandling i sundhedsvæsenet*. I relation hertil fremgår det bl.a. af Ph.d. Mary Madeleine Rogges undersøgelse, at fede individer oplever, at de i deres hverdag fra såvel familie, fremmede som sundhedsprofessionelle blive mindet om, at de ikke lever op til *idealbilledet* af mennesket. Fede individer bliver altså dagligt gjort opmærksom på, at de er *anderledes og bevæger sig uden for normbilledet af det normale* (Rogge et al 2004). Man kan undre sig over, at en kulturel konstruktion af et idealbillede af mennesket skulle kunne påvirke os, men videnskabelige undersøgelser påviser imidlertid, at socialiseringen af individet gør, at vi næsten som en selvfølge accepterer årsagen til denne stigmatisering, fordi den er *selvforskyldt pga. dårlig moral og svaghed* (Drury & Louis 2002; Rogge et al 2004; Jetter 2005) Det er derfor relevant at have fokus på, hvorfor fede individer oplever sig stigmatiseret. I videnskabelige undersøgelser angives patientens oplevelse af at være afhængig af hjælp som en todimensionel kamp, hvor det for patienten først og fremmest drejer sig om *at være* og overbevise sig selv om, at man er *værd at hjælpe*. På den anden side drejer det sig samtidig om *kampen om identitet*; det at vise, at man *som menneske er værdifuld*, dvs. at man kan

*klare sig selv og er stærk* (Strandberg 2002, Strandberg 2003). Med dette for øje er det relevant at undersøge tendensen til negative fordomme omkring fede individer – ikke blot i samfundet og fra politisk hold, men også internt i sundhedsvæsenet. Det fremgår nemlig også af nævnte undersøgelser (Ibid.), at det netop i mødet mellem patient og sygeplejerske er relevant at være opmærksom på, at patienten har behov for at blive accepteret i stedet for at blive kritiseret, specielt fordi patienten er sårbar og frygter at være til besvær. Det handler med andre ord om at kunne sætte sig ind i patientens kamp mod sygeplejerskers negative fordomme, kampen for at være *værdifuld som menneske og værd at hjælpe*. Den gode og etiske sygepleje, der tager udgangspunkt i De Sygeplejeetiske Retningslinjer, og som dermed bygger på et etisk ansvar om at udvise omhu og handle fri af diskrimination (DSR 2004), kan derfor sættes til diskussion. Så meget desto mere er sygeplejerskens empati, sympati og forståelse for den plejetrængende patient relevant at undersøge nærmere, idet forforståelsen synes at være influeret af sygeplejerskens ”kategorisering” af patienten som værende enten en *besværlig eller ideel patient* (Strandberg 2002; Strandberg 2003). Nysgerrigheden skærpes, idet det videre fremføres, at der ses en tendens til, at den patient, der af sygeplejersker, betragtes som ”den gode patient”, som bl.a. *tager ansvar for egen situation og gør sit bedste*, foretrækkes i forhold til hvem, sygeplejersken ønsker at yde hjælp og pleje. Altså er holdningen blandt sygeplejersker, at når patienten selv tager ansvar for egen situation, vil sygeplejersken lette opfattelse af patienten som værende *en byrde* (Ibid.). Dermed bekræftes forestillingen om, at fordomme blandt sygeplejersker kan få indflydelse på klinisk praksis.

Så meget desto mere er det interessant, at det netop af en videnskabelig artikel (Grindel 2006) fremgår, at sygeplejersken er en vigtig aktør i forhold til, hvorvidt patienten vil opleve et indlæggelsesforløb som positivt. Sygeplejersken kan nemlig vejlede og give patienten information om f.eks. indlæggelse og præoperative forløb, så patienten er forberedt på den kæmpe livsstilsændring, som tidligere nævnte Grindel påpeger, vil følge af f.eks. en kirurgisk reduktion af mavesækken<sup>2</sup>. Sygeplejersken kan ifølge Grindel således være en støtte for patienten før, under og efter indlæggelsen (Ibid.). Denne tænkning om, at sygeplejersker kan være til særlig hjælp og støtte for patienten under forløbet, er også omdrejningspunkt for ph.d. Afaf Ibrahim Meleis som skriver, at der sker nogle ting med patienten, når helbredstilstanden ændres, og at individet er ekstra sårbart i overgangen fra f.eks. at være hjemme til at blive indlagt. Det er netop denne overgang, som Meleis

---

<sup>2</sup> Reduktion af mavesækken indebærer i Danmark en af flg. kirurgiske indgreb: gastrisk banding, gastrisk bypass eller sleeve-operation (Fedmekirurgi 2005, s.15-16; Dagens Medicin 2007)

kalder *transitions*, der er det essentielle, når man skal forstå, hvor svært det er for patienten at blive indlagt (Meleis 2007, s.470-471; Meleis et.al. 2000). Det er derfor en væsentlig opgave for sygeplejersken at bistå patienten i *overgangen*, for at patienten skal komme positivt igennem forløbet (Ibid.). Af Meleis tænkning og Grindels undersøgelse fremgår det således ganske tydeligt, at sygeplejersken *er* en vigtig støtte for patienten.

Ikke desto mindre kan det tolkes af flere internationale undersøgelser, at god(e) teori(er) ikke automatisk er proportionalt med god klinisk praksis. Hermed menes, at den gode relation mellem sygeplejerske og patient ikke bare opstår, fordi det i teorien vil være godt for patienten (Bell 2005; Reto 2003; Brown 2005). Tidligere omtalte Bell og ph.d. Cathy S. Reto har henholdsvis undersøgt *stigmatisering* af patienterne, og sygeplejerskers *fordomme* overfor svært overvægtige, og ph.d. Ian Brown har på baggrund af 11 videnskabelige undersøgelser syntetiseret sygeplejerskers attitude overfor overvægt hos voksne. Det fremgår af undersøgelse (Ibid.), at sygeplejersker generelt betragter svært overvægtige som dovne og psykisk svage, samt at de formoder, at de overvægtige har problemer med vrede. Herudover angives risikoen for fysisk skade og kompleksiteten i arbejdet med svært overvægtige som demotiverende faktorer for sygeplejerskerne. De føler meget lidt entusiasme og også en vis ambivalens i forhold til deres rolle overfor disse patienter – angiveligt forårsaget af det negative stereotype billede, de har af svært overvægtige (Ibid.). Tendensen til stigmatisering og nedprioritering af plejen af den fede patient påpeges også af Overgaard (Overgaard 1999). Hun har blandt danske sygeplejersker vurderet, at det netop er i relationen imellem sygeplejerske og patient, at stigmatiseringen bliver tydelig, da opfattelsen blandt nogle danske sygeplejersker er, at det er svært og ulækkert at pleje overvægtige patienter (Ibid.). Sygeplejerskers fordomme skal dog ikke kun ses som en begrænsning og som noget negativt, for som filosof og sundhedsforsker cand.phil. Simon Sjørup Simonsen fremfører, så er:

*”Fordommene er dannet i os, siden vores første møde med verden, igennem opdragelse og socialisation. Det er den tradition, vi har fået med os. Samtidig er de konstituerende for, hvad vi er ved at blive”* (Simonsen 2002, s. 127).

Altså er det med Simonsen relevant at beskæftige sig med fordommene på en mere nuanceret måde, fordi de netop er en del af os, og fordi de er med til at danne baggrund for, ”hvad vi er ved at blive”. For nærværende undersøgelse giver det således inspiration til at undersøge, hvorfor (og hvilke)

fordomme (der) gør sig gældende hos sundhedsprofessionelle. Som Simonsen formulerer det, er målet med at undersøge forforståelsen blandt sygeplejersker nemlig *ikke* at negligere fordommene:

*”Målet er dog ikke at opgive sig selv og hengive sig til indlevelseshermeneutik. Det er umuligt. Man har sin egen forståelse med, som man hverken kan eller bør se bort fra”*  
(Simonsen 2002, s. 127).

Det vil ifølge Simonsen være utopisk at forsøge at eliminere sygeplejerskers fordomme. Det er derimod langt mere relevant at undersøge, hvilken forforståelse der gør sig gældende blandt disse sundhedsprofessionelle.

Indledningsvis er der her skitseret en flerdimensionel problemstilling, og det er derfor relevant at undersøge fedmebegrebet både kulturhistorisk og i sygeplejelitteraturen, da disse elementer indgår i den videnskab og empiri, der er med til (også) at præge sygeplejerskers faglige holdninger – og dermed også vil præge deres fordomme i forhold til f.eks. fede individer.

Netop fordi fede individer oplever sig stigmatiseret både i samfundet generelt og i sundhedsvæsenet, er det relevant at undersøge fedmeretorikken i historien. Dette gøres ved hjælp af Eknoyans historiske oversigt (Eknoyan 2006) over, hvordan fedmebegrebet generelt har ændret sig over tid. En udvikling der er gået fra at opfatte fedme med noget smukt, til at være noget grimt og indtil i dag, hvor fedme bliver set ned på som noget dårligt.

Dernæst er det relevant tillige at undersøge, hvordan fedmebegrebet (og sundhedsbegrebet) italesættes i specifikt udvalgt sygeplejelitteratur ”Folkesundhed – i et kritisk perspektiv” (Glasdam 2009), fordi formålet med denne lærebog netop er at være medvirkende til, at sygeplejestuderende:

*”kan forholde sig kritisk til og komme bag om alle de råd og vejledninger, som vi alle dagligt bliver bombarderet med – både som borgere i samfundet og som sundhedsprofessionelle. Ideen er at skærpe den studerendes blik mod såvel en teoretisk praksis som en klinisk praksis. En klinisk praksis som får mulighed for at blive kritisk og reflektiv, og som dermed forhåbentlig også kan fremme en udvikling af forebyggelse, sundhedsfremme og pleje inden for folkesundhedsområdet”* (Glasdam 2009, s.11)

Undersøgelsen tager afsæt i den erkendelse, at vi af sproget påvirkes, og at vi omvendt også selv påvirker virkeligheden med ord og begreber. Det overordnede formål med undersøgelsen er derfor at opnå en forståelse af fedme som et begreb, der har udviklet sig historisk set, og som er med til at påvirke klinisk praksis, fordi fedme er forbundet med stigmatisering, fordomme og selvfølgeligheder. På baggrund af ovenstående er følgende undersøgelsesspørgsmål fremkommet.

## **2. Undersøgelsesspørgsmål**

Hvordan kan det være, at fede mennesker oplever sig stigmatiseret af sundhedsprofessionelle, og hvordan kan den forforståelse, der gør sig gældende hos sygeplejersker, forklares?

## **3. Metode- og teoriovervejelser**

I undersøgelsesspørgsmålet indgår således flere elementer og i dette afsnit beskrives, hvordan undersøgelsesspørgsmålet vil blive analyseret og diskuteret. Formålet er, at tydeliggøre både metode-, empiri- og teoriovervejelser samt at inddrage undersøgelsens egen forforståelse, idet dette vil øge pålideligheden og gennemsigtigheden af hele undersøgelsen. Sidstnævnte indbefatter en implicit henvisning til det, Gadamer betegner som den *virkningshistoriske bevidsthed*, der vil blive præsenteret i afsnit 4.

Nærværende undersøgelse vil være inspireret af den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (1900-2002) filosofiske hermeneutik. Den filosofiske hermeneutik skal og må imidlertid ikke opfattes som en metode, men derimod som en erkendeposition ud fra hvilken, undersøgelsen tager udgangspunkt. Formålet med undersøgelsens inspiration fra Gadamer's filosofiske hermeneutik er at undersøge *forståelsen* og *fortolkningen* af fedmebegrebet som en del af det, der forbindes med sundhedsbegrebet. Det hermeneutiske perspektiv er relevant i forhold til undersøgelsens implicite fokus; at *forklare* noget for på den måde at opnå øget forståelse. Eller udfra Gadamer's optik, så er formålet med det hermeneutiske perspektiv, at man igennem en dynamisk proces imellem dele og helhed vil opleve, at forforståelsen flytter sig – altså at ens nye forståelse og erkendelse vil være flyttet. Dvs., at man når frem til en ny fortolkning, en ny forforståelse eller fordom (Jensen 1999, s.148-149), der nu bygger på den nye erfaring, man har gjort sig. Undersøgelsens hensigt er udelukkende at frembringe viden med henblik på at forstå og forklare, hvorfor at fede mennesker oplever sig stigmatiseret af sundhedsprofessionelle, og dernæst hvordan den forforståelse, der gør

sig gældende hos sygeplejersker, kan forstås og forklares. Det ligger uden for rammerne af denne undersøgelse at anvise, hvordan klinisk praksis kan forandres og forbedres.

Gadamers tænkning om, at vi altid igennem sproget er i gang med at forstå og fortolke verden, ligger, ifølge Niklas Olsen<sup>3</sup>, i tråd med den tyske historiker Reinhart Kosellecks (1923- 2006) opfattelse af, at hele fortolkningsprocessen bygger på tidligere erfaringer (Olsen 2005, s. 2-3). I samme forbindelse ses også Kosellecks inspiration af Gadamer, og som Regner Birkelund<sup>4</sup> fremfører, var Gadamer (og Koselleck) bevidste om *"det virkningshistoriske princip og det forhold, at sprogligt konstruerede fordomme (og begreber) overleveres til os fra fortiden og konstituerer vores nutidige forståelse og selvforståelse"* (Birkelund 2008, s.533-534). Når en af Gadamer og Kosellecks centrale pointer således er, at fordomme og begreber overleveres til os som individer i den kultur, vi er indlejret i, så er det relevant for nærværende undersøgelse, idet det overordnede formål er at undersøge fordomme overfor samt italesættelse af fedmebegrebet i udvalgt empiri (præsenteres i afsnit 3.3).

I de følgende afsnit 3.1 og 3.2 uddybes henholdsvis centrale begreber i Gadamers filosofiske hermeneutik og Kosellecks begrebshistoriske teori. Til indføring i nogle centrale begreber i Gadamers filosofiske hermeneutik, tages der først og fremmest udgangspunkt i Gadamers eget hovedværk *"Sandhed og Metode"* (Gadamer 2007), og derudover inddrages Torben K. Jensens<sup>5</sup> fortolkning af Gadamers filosofiske hermeneutik (Jensen 1999) som fortolkningsnøgle og vigtig indfaldsvinkel til Gadamers hermeneutik. Derefter fremstilles Kosellecks begrebshistoriske teori med afsæt i tekstsamlingen *"Begreber, tid og erfaring"* (Koselleck 2007). Endeligt inddrages henholdsvis Jan Ifversens<sup>6</sup> artikel *"Om den tyske begrebshistorie"* (Ifversen 2003) og *"Begrebshistorien af Reinhart Koselleck"* (Ifversen 2007) samt artiklen *"Træk af den nyere begrebshistorie"* af Jeppe Nevers<sup>7</sup> (Nevers 2006).

Når Kosellecks begrebshistoriske teori er relevant for nærværende undersøgelse, er det fordi, begrebshistorie ifølge Jan Ifversen:

---

<sup>3</sup> Niklas Olsen er ph.d. stipendiat på Europa Universitet i Firenze

<sup>4</sup> Regner Birkelund er Ph.d. og Dr.phil.

<sup>5</sup> Torben K. Jensen er exam.art. og Ph.d.

<sup>6</sup> Jan Ifversen er Ph.d. i kulturhistorie

<sup>7</sup> Jeppe Nevers er cand. mag. i historie

*”er interesseret i begreber, der anvendes i de situationer og af de aktører, som udgør vort studieobjekt. Begrebshistorien er altså interesseret i at undersøge, hvorledes specifikke historiske og aktuelle forhold begrebsliggøres”* (Ifversen 2003, s.18).

Og Ifversen fortsætter: *”enhver omgang med sociale fænomener må knyttes til en teori om sprogets skabelse af betydninger (...) begreber må forbindes med sprog”* (Ifversen 2003, s.18). Kosellecks begrebshistoriske perspektiv giver således mulighed for at undersøge fedmebegrebets forandring over tid, idet formålet med begrebshistorien er at *”aflæse hele samfunds overbevisninger, erfaringer og forventninger”* (Olsen nov.2005; Olsen aug. 2005). Derved kan det med en begrebshistorisk tilgang undersøges, hvordan og hvorfor fedmebegrebet har forandret sig set ud fra et kulturhistorisk perspektiv og i udvalgt sygeplejelitteratur.

Sammenfattende vil man med et Gadamer-inspireret filosofisk-hermeneutisk perspektiv og en begrebshistorisk tilgang opnå en større forståelse for, hvordan selvfølgeligheder, fordomme og erfaringer influerer på os i den verden, vi er indlejret i. Det overordnede formål er at opnå ny og øget forståelse af fedmeretorik i begrebshistorien. Det sker dels ved at undersøge baggrunden for patientens oplevelse af stigmatisering og dels ved at undersøge, hvad sygeplejerskers negative *fordomme* udspringer af; altså hvilken *forforståelse*, der gør sig gældende blandt sygeplejersker. Fordi begreberne *fordom* og *forforståelse* er helt centrale i Gadamers filosofiske hermeneutik, vil disse blive uddybet i det følgende afsnit.

### **3.1 Gadamers filosofiske hermeneutik**

Et af de mest centrale elementer ved den tyske filosof Hans- Georg Gadamer (1900 -2002) filosofiske hermeneutik er hans pointe om, at vi mennesker ser verden ud fra vores fordomme. Vi forstår altså verden ud fra vores forforståelse, og vi går derfor til alt – nyt som velkendt – med vores egen forforståelse, hvori der ligger en masse selvfølgeligheder. Gadamer fremfører: *”den første af alle hermeneutiske betingelser er således forudforståelsen, der udspringer af, at vi har at gøre med en sag”* (Gadamer 2007, s.280-281). Ifølge Jensen handler Gadamers indsigter i høj grad om, *”hvordan forståelse er en del af den måde, hvorpå vi er til som mennesker”* (Jensen 1999, s. 135), og som også Birkler tilføjer, så udspringer forforståelsen af den verden, som vi sprogligt bærer med os, også kaldet *traditionen* (Birkler 2005, s.42-44). Gadamer tilføjer, at forforståelse netop er den



hermeneutiske *forudsætning* for forståelse, idet den ”*tydeligvis ikke opnås gennem forståelsesprocessen, men derimod allerede er forudsat*” (Gadamer 2007, s.315).

I forlængelse heraf ligger Gadammers tænkning om, at ”*al forståelse er situationsbunden*”, og at man, for at blive klogere på sig selv, skal turde ”*at sætte sine fordomme på spil*” (Jensen 1999, s. 146-149) – dette kræver en nærmere indføring.

Ifølge Jensen bør det slås fast, at Gadamer ikke beskriver fordomme eller forforståelse, som noget negativt. Tværtimod betragtes fordomme eller før-domme, som en del af vores historie. Disse fordomme betragtes som vores erfaringer, som vi har med os. Altså kan ingen erfaring eller forståelse tages fri af den samtid, kultur og situation vi er i, og deraf kommer det, at fordomme er ”*vores værens virkelighed*” (Jensen 1999, s. 138) Birkelund fremfører i denne sammenhæng, at fordomme:

”*er overleveret os fra fortiden via tradition eller historien, de er konstituerende for vores nutidige forståelse og forandring (...) den måde, vi lever, tænker og handler på, er betinget af, hvad andre før os har gjort, sagt og tænkt*” (Birkelund 2008, s. 57),

Det vil sige, at vi tilhører historien og ikke omvendt. At forståelse er situationsbunden, betyder ifølge Jensen, at den, der fortolker, har sine erfaringer og fordomme med sig, og vil fortolke en situation ud fra disse. Samtidig vil en anden person, der oplever samme situation, givetvis forstå situationen anderledes på baggrund af sine erfaringer og fordomme (Jensen 1999, s.146). Jensen illustrerer dette med to sygeplejersker, der observerer samme patients adfærd. De *forskelle*, der heraf vil være i fortolkningerne, afhænger af sygeplejerskernes fordomme eller forforståelser. Når disse forskellige fortolkninger sammenholdes, vil det igen *øge* muligheden for en *sandere forståelse* (Ibid.). Det vil bl.a. derfor være i en sådan sammenhæng, at sygeplejersken vil kunne blive klogere på sig selv og opnå ny fortolkning og forståelse af svært overvægtige/fede individer, netop ved at sætte sine fordomme på spil.

Vores forståelse handler derfor ikke om at tro, at man kan benytte forståelse som en metode til at sætte sig ind i den andens horisont – for det kan man ikke. Det handler tværtimod både om at forholde sig åbent, sagligt, nærværende og modtagende overfor den anden (her: patienten), men også om at man ved, at forståelse derfor er ”*noget, der overgår én eller sker med én*” (Jensen 1999, s.143-145, 169). Det er også denne proces, Gadamer kalder for den *hermeneutiske cirkel*; man

vil altså opleve at have opnået en foreløbig forståelse, en ny erfaring, for derigennem at opleve horisontsammensmeltning (Gadamer 2007, s.253-257,315; Jensen 1999, s.138-141). Det er dog vigtigt at slå fast, at den hermeneutiske cirkel *ikke* er udtryk for en metode til at opnå forståelse, men derimod er et centralt eksistensvilkår. Det er med andre ord ifølge Birkler (Birkler 2005, s.42-43) en måde for mennesket at være på. Det centrale ved horisontsammensmeltningen er, at man ifølge Gadamer, sætter sin egen forforståelse (her: den systematisk indsamlede empiri i problembeskrivelsen) i spil i forhold til den andens horisont (her: teoretiske perspektiver, dvs. Gadamer, Jensen, Koselleck, Ifversen, Nevers og empirien som præsenteres i afsnit 4), for derigennem at møde den andens horisont og dermed opnå en horisontsammensmeltning, en ny erfaring på baggrund af ny fortolkning (Jensen 1999,s.138). En ny forståelse forudsætter altså, at forskeren er involveret med sine egne fordomme. Som Jensen uddyber det, handler det om, at forståelse altid er *sag-forståelse*, og at forståelse også er bundet til en situation, hvilket betyder, at forskeren ikke blot kan *udlægge og fortolke fænomener efter forgodtbefindende* (Jensen 1999, 151). Derimod, skriver Jensen videre, må tilfredsstillende tolkninger:

*”1) danne en indre meningsmæssig sammenhæng i det virkelighedsbillede, som aktørernes udtalelser og handlinger iøvrigt samlet danner, 2) danne en meningsmæssig sammenhæng mellem forskerens forforståelse og svarpersonernes handlinger og ytringer, hvor 3) forskeren er så eksplicit om egen situation og erkendelsesinteresse, som muligt”* (Jensen 1999, s. 151-152)

Set ud fra Gadamers tænkning, er det dermed muligt på et fortolkende plan at analysere og diskutere teksterne (her: Eknoyan, Otto, Scocozza, Møller, Vallgård, og forforståelsen som er fremstillet i introduktionen) i lyset af de teoretiske perspektiver (her: Gadamer og Koselleck), og derved opnå en ny sandhed, en ny erfaring. En ny erfaring, der vil være med til at øge forståelsen af det grundlag og de samfundsmæssige påvirkninger, som sygeplejen (også) hviler på. Og en ny erfaring som kan hjælpe til at besvare undersøgelsesspørgsmålet. *Også* er tilføjet i parentes, fordi det i lyset af Gadamers filosofisk-hermeneutiske perspektiv aldrig vil kunne lade sig gøre at få emnet fuldt belyst (Gadamer 2007, s.287-291). Men for nærværende undersøgelse danner denne del (forståelse) en foreløbig helhed og en ny forståelse. Med Gadamer i ryggen er det heller ikke den dybere mening med forståelsen, at den skal udlede mere end en foreløbig helhed, fordi

*”forståelse er i virkeligheden ingen bedre forståelse, hverken som sagsmæssig bedreviden gennem tydeligere begreber eller som den principielle overlegenhed, som den bevidste produktion har i forhold til den ubevidste. Det er tilstrækkeligt at sige, at man forstår anderledes, hvis man overhovedet forstår”* (Gadamer 2007, s. 282).

For nærværende undersøgelse er Gadamers hermeneutiske perspektiv på *forståelsen igennem erfaringer* centralt. I forlængelse af dette er også tilgangen til Kosellecks begrebshistorie central, fordi Koselleck fremfører, at det er spændingsfeltet imellem erfaringer og forventninger til fremtiden, at forståelse kan opstå. Som tidligere nævnt er det ifølge Birkelund centralt for Gadamer såvel som for Koselleck, at *”fordomme (og begreber) overleveres til os fra fortiden og konstituerer vores nutidige forståelse og selvforståelse”* (Birkelund 2008, s.533-534).

### 3.2 Kosellecks begrebshistorie

En af Kosellecks pointer er, at *”det er spændingen mellem erfaring og forventning, der på skiftende måder fremprovokerer nye løsninger og derved fremdriver historisk tid”* (Koselleck 2007, s. 37), og som Koselleck videre skriver, er det altså muligt at opnå en ny erfaring, når der opstår en gennembrydning af forventningshorisonten (Ibid.) Inspireret af Gadamers horisontmetafor, betragter også Koselleck begrebet *forventningshorisont*, eller *horisont*, som han fortrækker at kalde den, dog med en bredere forståelse end Gadamer, idet Koselleck betragter rum og horisont i et større samfundsmæssigt perspektiv (Ifversen 2003, s. 20). Kosellecks forståelse af rum og horisont vil blive behandlet nærmere i dette afsnit.

I tråd med Kosellecks fokus på, at det netop er i erfaringen, at vi bliver klogere, altså når noget oplevet bliver en ny erfaring, og vi således på baggrund af fortidens oplevelser kan opnå ny fortolkning (Ifversen 2003, s.18-20), er det også essentielt for nærværende undersøgelse at tydeliggøre erfaringer, fordi det ifølge Ifversen giver mulighed for, at den der oplever fortiden i et nyt lys også vil have en forventning til fremtiden (Ibid.). Med Kosellecks forståelse af, hvad der forenes i erfaringen, bliver det tydeliggjort, at *erfaring* både er rationalitet og ubevidste forestillinger, der *”ikke længere har karakter af viden”* (Koselleck 2007, s. 33). Hertil skal ifølge Koselleck bemærkes, at der for individets erfaring skal tillægges *”fremmed erfaring, som er formidlet af generationer og institutioner”* (Ibid.). Forventningen er på samme måde interpersonal og personbundet; den *”opstår i nutiden, den er nutidig aktualiseret fremtid, som sigter på et endnu-ikke, på det ikke-erfarede, på det som kan gøres tilgængeligt”* (Ibid.). Ifversen tilføjer, at fremtiden

ikke kan erfares, men med udgangspunkt i, at mennesket i nogen grad orienterer sig i forhold til, hvad det kender, så er fokus også for det moderne menneske på fremtiden, og forventninger udspringer således af nutiden (Ifversen 2003, s. 18-20). Og som Gadamer påpeger, så er det essentielle ved forventninger, at de netop *"åbner os for historiske fænomeners betydning, og dermed muliggør forståelse"* (Jensen 1999, s. 142)

Med udgangspunkt i dette kan vi vende tilbage til Kosellecks begreber *erfaringsrum* og *forventningshorisont*. Erfaringsrummet omhandler fortidens nærvær, en samling eller en helhed af fortidens erindringer og individets kendskab til andre. Forventningshorisonten eller, som Koselleck foretrækker at kalde den, horisonten *"er den linje, bag hvilken der åbner sig et nyt erfaringsrum, som endnu ikke kan overskues"* (Koselleck 2007, s. 34-35). Som nævnt kan fremtiden ikke erfares, men derimod kun på baggrund af erfaringen kan man have forventninger til fremtiden for på den måde allerede i nutiden at kunne ændre sine handlinger herefter. Imidlertid udgør spændingen imellem erfaring og forventning noget mere, og som Koselleck videre fremfører, er det vigtigt at medtænke, at:

*"forventninger, der baseres på erfaringer, kan, hvis de opfyldes, ikke længere overraske. Kun det, som ikke blev forventet, kan overraske, og da foreligger der en ny erfaring. Erfaringsgevinsten overstiger derved de begrænsninger af den mulige fremtid, som er givet ved den hidtidige erfaring"* (Koselleck 2007, s. 37).

Koselleck påpeger imidlertid også en bekymring om det moderne menneskes forestilling om en fremtid, der kan skabes. I denne forbindelse føjer Nevers til Kosellecks bekymring om det moderne menneske, at en særlig og central pointe hos Koselleck, er modernitetstesens:

*"at overgangen til moderne tid i europæisk historie er kendetegnet ved, at menneskers forventninger til fremtiden i stigende grad er blevet løsrevet fra erfaringerne af fortiden. Hvor det før-moderne menneske levede med forestillingen om et forstående liv, der i store træk ville forme sig som det forgangne, hersker der hos det moderne menneske en forestilling om, at fremtiden kan skabes. Forestillingen om historieskabets mulighed er selve modernitetstesens signatur – dens grundlæggende credo, som til stadighed har næret politiske og sociale konflikter i løbet af det 19. og det 20. århundrede"* (Nevers 2006, s. 2).

Nevers uddyber Kosellecks bekymring og modernitetsteori, som ovenfor nævnt handler om den tiltagende fremtidsrettede begrebsdannelse, med endnu en bekymring om, at det hører den moderne tid til, at vi har en forestilling om fremtiden som et rum (Nevers 2006, s. 3-6). Også Ifversen udtrykker Kosellecks tænkning om det moderne menneskes forestilling om fremtiden og fremfører, at *"erfaring er nutidig fortid"*, og når *"erfaringer rettes mod fremtidige handlinger"* bliver de til forventninger (Ifversen 2003, s. 19). Ifversen tilføjer, at forventninger hører fremtiden til, men fordi fremtiden indeholder noget ukendt, kan den ikke umiddelbart erfares. Ikke desto mindre vælger mennesket i et vist omfang at indrette dets handlinger i nutiden efter, hvad der forventes af fremtiden (Ibid.). Denne tænkning om det menneskelige liv som et *"før og et senere"* udtrykker sig ifølge Koselleck som *"en forskel mellem erfaringer og forventninger"* (Ifversen 2003, s.19), og leder samtidig opmærksomheden hen på Gadamer's tænkning, idet han også fremfører at *forståelse er at gøre erfaring* (Jensen 1999, s. 143). Kosellecks forståelse af denne forskel imellem erfaring og forventning, altså et *før og senere*, er et grundelement i hans teoretiske overvejelser, eller som Ifversen fremfører det, så er *"udgangspunktet for Kosellecks begrebshistorie (er) at undersøge, hvorledes erfaringer begrebsliggøres"* (Ifversen 2003, s.19). Med dette in mente er det for nærværende undersøgelse derfor relevant at undersøge fedmebegrebets udvikling, fordi som Koselleck fremfører det, *"begreber tjener ikke længere blot til at sammenfatte noget foreliggende, de griber også ud i fremtiden"* (Koselleck 2007, s 64). Med andre ord er det relevant for denne undersøgelse at se på *"et før"* for at forstå, hvad der er med til at skabe *"et senere"*. Når sygeplejersken således i nutiden har en forforståelse af fede patienter, vil det med Kosellecks historieteoretiske overvejelser få betydning for fremtiden, fordi sygeplejerskens ageren i nutiden afspejler det moderne menneskes tro på, at fremtiden kan skabes. Dermed agerer sygeplejersken i nutiden efter, hvad hun forventer af fremtiden.

For at opnå en sandere forståelse skal man ifølge Gadamer turde sætte sin egen forforståelse på spil, og i forlængelse heraf nævner Koselleck den nødvendige forbindelse imellem begrebshistorien og socialhistorien, idet han fremfører, at såfremt der ønskes en historisk afklaring af et anvendt begreb (her: fedmebegrebet), må man undersøge begrebet såvel i sproghistorien som socialhistorisk. På den måde vil *"forgangne udsagn præciseres, hvormed de i fortiden intenderede sagsforhold eller relationer gøres tydelige for os"* (Koselleck 2007, s.66). Koselleck uddyber det på følgende vis:

*”Begrebshistorien er altså for det første en specialiseret kildekritisk metode, der sigter på anvendelse af socialt og politisk relevante termer, og som analyserer de særligt relevante udtryk, der har socialt eller politisk indhold” (Koselleck 2007, s.65)*

Dette er relevant set i forhold til, at fedmebegrebet, som anskueliggjort i introduktionen, netop har vist sig at være mere nuanceret end blot en angivelse af BMI. Der er nemlig såvel nationalt som internationalt vist en politisk interesse for sådanne sundheds- og velfærdsproblematikker. Derudover har fedme tilsyneladende en tendens til også socialt at influere på os som mennesker, og til at være en stærk indikator for, hvor accepteret man som individ er i samfundet og dermed i den kultur, man er en del af, hvilket også inkluderer sundhedsvæsenet.

### 3.3 Empiri og specialets struktur

Når nærværende undersøgelse tager afsæt i et filosofisk-hermeneutisk inspireret perspektiv med det formål at undersøge den negative forforståelse, der tilsyneladende gør sig gældende blandt sygeplejersker, er det relevant for undersøgelsen først at inddrage Eknoyans videnskabelige artikel, der fremstiller en historisk oversigt over fedmebegrebets udvikling (Eknoyan 2006). Det vil tillige være muligt med en begrebshistorisk tilgang at undersøge, hvordan aktuelle og specifikke historiske forhold begrebsliggøres (her: fedmebegrebet) (Ifversen 2003, s.18).

Når der i afsnit 4.1 inddrages et bredere kulturhistorisk perspektiv, skyldes det, at også selve sygeplejefaget bliver ramt, når der såvel kulturelt som politisk er tendens til at stigmatisere fede individer. Eknoyans artikel kan således bidrage til at anskueliggøre, hvordan fedme er beskrevet kulturhistorisk, idet artiklen giver et overblik over den generelle samfundsforståelse af fedmebegrebet igennem tiden.

Dernæst undersøges i afsnit 4.2 italesættelsen af fedmebegrebet i lærebogen ”Folkesundhed – i et kritisk perspektiv” (Glasdam 2009), fordi det er bogens intention at give særligt sygeplejestuderende et kritisk indblik i forståelsen af sundhedsbegrebet såvel som sygdomsbegrebet i Danmark i dag. Denne undersøgelse tager afsæt i udvalgte forfatteres kritiske bidrag, dvs. primært Lene Otto<sup>8</sup>, Lone Scocozza<sup>9</sup>, Rasmus Bysted Møller<sup>10</sup> og Signild Vallgård<sup>11</sup>. Formålet med at

---

<sup>8</sup> Lene Otto er mag.art. og ph.d. Lektor i etnologi, Det Humanistiske Fakultet, KU

<sup>9</sup> Lone Scocozza er socialrådgiver, mag.scient. soc. og dr. i sociologi.

<sup>10</sup> Rasmus Bysted Møller er cand. mag. i filosofi med sidefag i historie, ph.d.-studerende ved Institut for idræt, AU

<sup>11</sup> Signild Vallgård er cand. mag. i historie og litteraturhistorie, dr.med. Professor ved afdeling for Sundhedstjenesteforskning, institut for Folkesundhedsvidenskab, KU.

fremstille deres specifikke viden indenfor folkesundhedsområdet er at undersøge, hvordan de er med til at italesætte fedmebegrebet, og dermed hvordan de præger sygeplejefaget igennem et kritisk perspektiv. Det er ifølge Gadamer nødvendigt at forstå, at det netop er igennem overleveringen (her: Otto, Scocozza, Møller og Vallgårdas kritiske bidrag), at vi i nutiden forstår og forandrer den måde, vi lever og handler på (Birkelund 2008, s.57). Når litteratur rettet direkte imod sygeplejefaget også vil være med til at påvirke den måde sygeplejersker handler, tænker og lever på, er det så meget desto mere relevant at undersøge lærebogens italesættelse af fedmebegrebet.

Sammenfattende set vil empirien, Eknoyans historiske oversigt og den sygeplejefaglige litteratur (Glasdam 2009), danne baggrund for at undersøge italesættelsen og begrebsliggørelsen af fedme, og tilføje nærværende undersøgelse en forståelse og fortolkning ud fra såvel et kulturhistorisk perspektiv som et sygeplejefagligt fokus. Kombinationen af det generelle kulturhistoriske perspektiv (Eknoyan 2006), sygeplejelitteraturen (Glasdam 2009) og det sygeplejevidenskabelige fokus (som det fremgår af de videnskabelige artikler præsenteret i introduktionen) vil således give en større forståelse af sygeplejerskers forforståelse af fedme. Sygeplejersker vil som henholdsvis sundhedsprofessionelle og individer i en kultur formodes at blive præget af både arbejdsliv og privatliv på samme vis som alle andre mennesker. Herudover vil kombinationen af et bredere kulturhistorisk perspektiv og en sygeplejefaglig position give mulighed for øget forståelse af, hvorfor fede patienter oplever sig stigmatiseret. Det er nu muligt at analysere og diskutere undersøgelsesspørgsmålet i lyset af et filosofisk-hermeneutisk inspireret perspektiv. På baggrund heraf vil en ny fortolkning og forståelse af undersøgelsesspørgsmålet således også være opnået, og en samlet konklusion og perspektivering vil på baggrund heraf blive gennemgået i afsnit 5.

#### 4. Fedme i begrebshistorien

Når undersøgelsesspørgsmålets formål er at forklare og forstå de fordomme, der i nutiden er om fedme, så er det, som nævnt tidligere, relevant at benytte et filosofisk-hermeneutisk perspektiv. Dette begrundes med, at et af hermeneutikkens grundelementer, ifølge Gadamer, netop er, at forståelse tager udgangspunkt i forforståelsen, fordommene. Her tilføjer Gadamer en central pointe for hermeneutikken, idet han påpeger, at det handler om ikke at være naiv og tro, at man kan se bort fra sin egen historicitet. Derimod må *"en virkelig historisk tænkning (må) medtænke sin egen historicitet"*, og dermed vil samspillet imellem undersøgelsens egne forforståelse, som den er ekspliciteret i introduktionen, og empirien være med til at styrke forståelsen i forhold til en hermeneutisk tænkning, fordi det netop er tidsafstanden *"der gør sand erkendelse mulig"* (Jensen 1999, s. 140). Når det således i afsnit 3 omtales, at inddragelsen af fortolkerens egne forforståelse, og dermed også historicitet, vil bidrage til at styrke pålideligheden og gennemsigtigheden af undersøgelsen, er det fordi, der henvises til Gadamers påpegning af, at *"forståelsen er essentielt for en virkningshistorisk proces"* (Gadamer 2007, s.285). I denne sammenhæng tilføjer Birkelund, at den bevidsthed, som fortolkeren ifølge Gadamer må medtænke, er den

*"virkningshistoriske bevidsthed, forstået således at den virkningshistoriske bevidsthed, selv betinget af historiens virkning, kan forholde sig til det, den er bevidsthed om, men (...) den kan ikke gøre det fra et punkt uden for historien"* (Birkelund 2008, s. 57).

Det vil ifølge Jensen sige, at den for forskeren virkningshistoriske bevidsthed betyder, at denne må huske *også* at reflektere over, hvad det betyder for forståelsen og erkendelsen af en sag, at vi er nedsænket i en situation – at vi er kastet ind i historien (Jensen 1999, s.141). Det, der udgør det *virkningshistoriske princip*, ligger i forlængelse heraf. Det er netop det, *"at historien har betydning for, hvordan vi lever, tænker og handler"*, fordi individet er kastet ind i tilværelsen, at historien så at sige kom før individet, og at mennesket i nutiden er *"det foreløbigt sidste led i en lang tradition"* (Birkelund 2008, s. 57; Jensen 1999, s. 140). Dette synspunkt frembringer yderligere et spørgsmål til undersøgelsen, for hvorfor er et begreb som *fedme*, der umiddelbart synes uforandret, relevant at undersøge med en begrebshistorisk tilgang. Man kan undre sig, når man i nutiden reelt blot kunne



spørge, om fed ikke bare er fed? – ganske givet mere eller mindre fed, men dog stadig fed? Det vil sige, at fede individer vel altid bare har været fede?

Med en begrebshistorisk tilgang får undersøgelsen af fedmebegrebets historie imidlertid substans af noget, der er relevant for nærværende undersøgelse at have in mente, når Koselleck fremfører, at:

*”alle ord og begreber er flertydige (...) et ord kan være entydigt i brug. Et begreb må derimod forblive flertydigt for at være et begreb. Begrebet hænger på ordet, men det er samtidig mere end et ord: Et ord bliver til et begreb, når mængden af en politisk-social betydnings- og erfaringsammenhæng, i hvilken og om hvilken et ord bliver brugt, i sin helhed indgår i ordet”* (Koselleck 2007, s. 71).

Hermed påpeger Koselleck en pointe i tråd med nærværende undersøgelses erkendelse af, at vi påvirkes af sproget, og at vi omvendt også påvirker virkeligheden med ord og begreber. I tråd hermed findes Gadamer's tænkning om, at vi forstår os selv ud fra det samfund og den kultur, vi er indlejret i, og som tidligere nævnt, udspringer vores forforståelse, ifølge Gadamer, af den verden vi sprogligt bærer med os (Birkler 2005, s.42-44). Hertil fremfører Koselleck, at selvom *”ord forbliver uændrede, er (det) ikke et tilstrækkeligt indicium for uforandrede sagsforhold”* (Koselleck 2007, s. 67). Det vil som nævnt i introduktionen sige, at fedme ikke bare er et ord, men at det er blevet til et begreb, der overleveret via traditionen (den verden vi sprogligt bærer med os) influerer på vores væren, på måden hvorpå vi opfatter og behandler hinanden som mennesker, og ikke mindst på måden fede individer oplever mødet med, og behandlingen i, sundhedsvæsenet.

Der undersøges og opnås forståelse af, hvordan fedmebegrebet har ændret sig. Et begreb, som fremstår som omdrejningspunkt for en sundhedstilstand, der påvirker såvel det fede individ som sygeplejersker i klinisk praksis. Det er ikke undersøgelsens intention at opnå absolut viden om historien, da det også ifølge Gadamer er en illusion at tro, at man kan gøre historien gennemsigtig. Formålet er derimod at opnå en ny erfaring og forståelse (Birkelund 2008, s.59). Ved at undersøge fedmebegrebet først ud fra Eknoyans kulturhistoriske oversigt, og dernæst at undersøge hvordan fedmeretorikken aktuelt gør sig gældende i sygeplejefaglig litteratur, der har til hensigt at skærpe sygeplejestuderendes kritiske refleksion, vil undersøgelsen, ifølge Koselleck, give mulighed for at fremskrive fedmebegrebets historie, netop fordi

*”begreberne ved deres anden gennemgang løsnes fra den første undersøgelses situationsbundne kontekst, deres betydninger forfølges over tid, og undersøgelserne forbindes med hinanden, bliver de enkelte historiske begrebsanalyser til begrebets historie” (Koselleck 2007, s. 67).*

Ovennævnte citat er relevant, da nærværende undersøgelse igennem et filosofisk-hermeneutisk inspireret perspektiv søger at forstå og fortolke, hvad der gør sig gældende for sygeplejerskers forforståelse og fordomme overfor fede individer, samt søger at forstå hvorfor fede individer oplever sig stigmatiseret. Dette på trods af deres eneste ønske om at modtage en professionel, respektfuld og dermed værdig pleje ligesom alle andre patienter (Reto 2003). I de følgende afsnit 4.1 og 4.2 analyseres og diskuteres italesættelsen af fedmebegrebet i henholdsvis kulturhistorien og i udvalgt sygeplejelitteratur.

#### **4.1 Fedmeretorik i historien**

Ifølge Garabed Eknoyan<sup>12</sup> har fedme i det 21. århundrede tendens til at være forbundet med stigmatisering. Med henblik på at undersøge netop årsagen til patienters oplevelse af en sådan stigmatisering er det derfor relevant at undersøge, hvad baggrunden for dette kan være.

Eknoyan fremfører, at den historiske udvikling i holdningen til fedme, og de fordomme fedme og fede patienter mødes med i det 21. århundrede, er forbundet med udviklingen inden for ernæring og menneskers adgang til forskellige fødevarer (Eknoyan 2006). Eknoyan tilføjer, at den industrielle og teknologiske udvikling i det 18. århundrede medførte, at det særligt i tiden efter 2. verdenskrig kunne registreres at både den gennemsnitlige størrelse på menneskers krop steg, og den gennemsnitlige levetid blev længere. Dette var tydeligvis resultatet af den mængde og den kvalitet af de fødevarer, som befolkningen nu fik adgang til (Eknoyan 2006)). Også WHO bekræfter sammenhængen mellem kostens sammensætning og tilgængelighed som årsagen til fedme, idet WHO skriver:

*The key causes are increased consumption of energy-dense foods high in saturated fats and sugars, and reduced physical activity (WHO.)*

---

<sup>12</sup> Garabed Eknoyan er Dr., professor i medicin

Det er der i sig selv ikke noget nyt i. For nærværende opgave, der bl.a. søger at komme *bag om forståelsen af fedmebegrebet*, er det dog relevant at se på dels, hvornår man (henholdsvis fortiden og i nutiden) betragtes som overvægtig/fed, og dels at fokusere på, hvordan denne fedme influerer på fordomme og dermed på forståelsen af denne gruppe af mennesker. En gruppe, som stigmatiseres, alene fordi deres krop tilsyneladende ikke lever op til idealbilledet af mennesket. For nærværende undersøgelse vælges det derfor at definere fedme efter WHO's definition af, hvornår mennesket i medicinsk forstand kan betragtes som henholdsvis overvægtig og fed:

*Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health. A crude population measure of obesity is the body mass index (BMI), a person's weight (in kilograms) divided by the square of his or her height (in metres). A person with a BMI of 30 or more is generally considered obese. A person with a BMI equal to or more than 25 is considered overweight (WHO).*

Man har fra omkring det 20. århundrede og indtil i dag haft en tendens til at opfatte øget BMI som proportionalt med en forøget sundhedsrisiko. Imidlertid er BMI-grænseværdierne ikke et mål, der har vist sig at være konstant, og netop aspektet omkring grænseværdiernes fastsættelse og ændring af samme over tid fremføres i en videnskabelig undersøgelse (Henderson 2005), hvori man undersøgte om BMI har ændret sig over tid. Resultatet på undersøgelsen blev, at også grænseværdierne har ændret sig (Ibid.). Sammenholdes dette med, at man af æstetiske årsager er begyndt at kalde den kropsstørrelse, der har lagret ekstra energiindtag som fedtdepoter, for *fed*, er en såkaldt fed krop dermed også en krop, der i nutiden har højere BMI, end hvad der ifølge WHO er ensbetydende med normalvægt. Dette er imidlertid ikke overraskende, for overskrides grænseværdiens øverste margin vil dette betegnes som overvægt. Hvad der i nutiden er ensbetydende med overvægt og stigmatisering, var for mennesket i fortiden ensbetydende med normalvægt og en kulturel forståelse af denne krop som sund (ibid.)

Synet på den frodige krop tilbage i stenalderen, og holdningen til at deponering af fedt i kroppen var tegn på frugtbarhed – ikke mindst fordi det barske liv i naturen gav den frodige krop bedre mulighed for overlevelse – har altså taget en dramatisk drejning i tiden op til det 21. århundrede. I stedet for at være et æstetisk og kulturelt ideal om velstand er fedmen endt som en stigmatiserende faktor (Eknoyan 2006), og hvad der i datiden blev opfattet som et kropsideal, bliver i dag tydeligvis opfattet som en ikke-ønsket kropsstørrelse, der falder uden for normbilledet. Derved falder den fede

krop uden for nutidens idealbillede af mennesket og stigmatiseres på baggrund af det stereotype billede/den stereotype forforståelse, der tillægges en krop, der har et BMI over 25. En forforståelse, der set i lyset af Gadamer's teori, er skabt ved overleveringen af f.eks. WHO's definition på henholdsvis overvægt og fedme.

Den voluminøse krop forbindes altså ikke længere med det at være rig, fordi vedkommende har råd til at mætte sig over evne. Dette kan sammenholdes med Eknoyans påpejning af, at det at være fed/voluminøs ikke længere kun er udtrykt som noget attraktivt i litteratur og kunst, og ej heller i medicinsk forståelse, er fedme efter 2. verdenskrig forbundet med noget positivt (Eknoyan 2006). Fedme opfattes nu snarere som et udtryk for noget usundt. Eknoyan forklarer videre, at fedmens indflydelse på livskvaliteten fra det 18. indtil midten af det 19. århundrede ændrede sig fra at være ensbetydende med noget godt til at være noget grimt og senere til at være direkte årsag til et dårligt helbred. Allerede i det 20. århundrede blev fedme således i den medicinske verden dokumenteret som årsag til sygdomsfremkaldende komplikationer og øget dødelighed (Ibid.). Når Eknoyan angiver, at fedmen således i tiden fra før den blev ensbetydende med noget *dårligt*, i stedet blev opfattet som noget *grimt*, så skyldes det mediernes fokus på et vanvittigt idealbillede af kvinden fra midten af det 20. århundrede, idet supermodellen Twiggy, "*with her sticklike figure, burst into the fashion scene and became a teenage icon*" (Eknoyan 2006, s. 424). Det vil sige, at selvom der hvert år til jul bliver fremstillet et billede af den figur, der i fortiden blev forbundet med det gode og rare (den tykke og glade figur i form af julemanden), så har billedet i nutiden ændret sig. Eknoyan tilføjer, at idealet af det slanke og kontrollerede menneske også afspejler sig i, hvordan politikere (præsidenter) med kontrol af kosten fremstår som prædikanter for, hvordan man *bør se ud*, at mennesket bør være slankt. Dette står, ifølge Eknoyan, i stærk kontrast til tiden forinden, Twiggy blev et populært stilikon, hvor man fra det 19. århundrede og indtil starten af det 20. århundrede oplevede en medicinsk strømning, der angav det som ønskeligt at have en pæn mængde ekstra "kød", hvilket ville gøre individet livskraftigt. Opgaven var altså ikke at være tynd eller at gøre mennesket tyndt, men derimod at opfordre til at bære på lidt ekstra vægt, der svarede til 20-50 pund<sup>13</sup> ekstra (Ibid.).

Ud over, som tidligere nævnt, den medicinske verdens dokumentation for bivirkninger i forbindelse med fedme, er der således også andre årsager til, at fedme generelt har tendens til at blive forbundet med fordomme og give negative associationer. Associationer der ifølge flere videnskabelige artikler

---

<sup>13</sup> 20 – 50 pund svarer omregnet til ca. 9- 22,5 ekstra kg. (454 x 20 og 454 x 50)

handler om, at fedme hænger sammen med socioøkonomiske forhold, og derfor ofte forbindes med fattigdom. Ydermere hersker der som nævnt også en generel opfattelse af, at fede individer er mere dovne, psykisk svage og formodes at have problemer med at styre deres vrede (Bell 2005; Reto 2003; Brown 2005; Arbejderen 2004). Derudover angiver Eknoyan, at netop fokus på, at ekstra vægt kunne forbindes med øget dødelighed fra begyndelsen af det 20. århundrede, var ansporet af forsikringsverdenen (Eknoyan 2006, s. 425). En tendens, der er fortsat til det 21. århundrede, og det fremgår således af en videnskabelig undersøgelse fra 2007, at der også ud over forsikringsselskabernes økonomiske fokus er fordomme omkring fede menneskers IQ (Nadglowski 2007) Det påpeges i undersøgelsen, at et forsikringsselskab i Tennessee, USA, i bestræbelsen på at *bekæmpe* fedme, benyttede IQ-test af fede patienter som screeningsmetode til operation. IQ-testen blev dog stoppet med hjælp fra en patientorganisation og mediers fokus (Ibid.). I Danmark har en sådan IQ-test ikke været benyttet (endnu), men ikke desto mindre er perspektivet værd at have in mente, fordi sygeplejerskers fordomme og forforståelse jo kan få indflydelse på klinisk praksis.

Det ville være en overfortolkning at konkludere, at en generel forståelse af fedme, der tenderer en stigmatisering af fede individer i samfundet kan overføres (proportionalt) til sygeplejefaget. Men det kan konkluderes, at den dog *også* afspejles i sygeplejefaget. Dvs., at forforståelsen blandt sygeplejersker *også* kan relateres til det kulturelle idealbillede af mennesket. Men ikke desto mindre er der, som nævnt i introduktionen, tendens til, at sygeplejersker også har fordomme overfor fede individer. Det er derfor relevant at undersøge fedme som det italesættes i sygeplejelitteraturen. Der søges nemlig en forståelse for, hvordan det kan være, at sundhedsprofessionelle har disse negative fordomme overfor fede individer, ikke mindst set i lyset af sygeplejerskernes virksomhedsområde der, omhandler at *"udføre, formidle, lede og udvikle sygepleje og er rettet mod mennesker, der har behov for sygepleje"* (DSR 2004), og samtidig holdt sammen med, at *"sygepleje skal baseres på omhu og samvittighedsfuldhed og uden nogen form for diskriminering"* (DSR 2004). Der er derfor grund til at undersøge grundlaget for sygeplejerskers forforståelse, når det samtidig er vist i introduktionen, at netop forforståelsen og dermed fordommene overfor fede individer kan få indflydelse på klinisk praksis. Gennem De Sygeplejeetiske Retningslinjer lægges der op til, på trods af samfundets generelle stigmatisering af de fede individer, der ikke lever op til idealbilledet af mennesket, at sygeplejersker skal basere deres arbejde på samvittighedsfuldhed og undgå diskriminering. Men som, tidligere nævnte, Dorte Overgaard påpeger, så er der blandt sygeplejersker en tendens til at nedprioritere arbejdet med fede individer, fordi det bliver forbundet

med manglende engagement og lyst, idet sygeplejerskerne fandt det svært og ulækkert at pleje svært overvægtige (Overgaard 1999).

Så meget desto mere er der grund til undren, når sygeplejefaget – på trods af, at intentionen med De Sygeplejeetiske Retningslinjer er at fremme og udvikle sygeplejerskers dømmekraft og være med til at udvikle den faglige kvalitet af sygeplejen – har tendens til at være påvirket af samfundets generelle negative fordomme overfor og stigmatisering af fede individer. Og som Lene Otto fremfører, har udviklingen af landets sundhedspolitik indbefattet elementer af tvang, ”idet den enkelte overtales til ændring af handlemønstre og rutiner, der som mål har en bestemt norm for sundhed” (Otto 2009, s.42). Sundhedspolitikken har dermed udviklet sig fra at handle om folkesundhed i forbindelse med rent drikkevand, kloakker m.v. til at blive et anliggende imellem Staten og borgeren, hvor målet med sundhedspolitikken tilmed har været at præge befolkningens forestillinger om, hvad der er *det gode liv*. Ikke desto mindre udviklede denne sundhedspolitik individets egenomsorg, og den enkelte borger blev op gennem det 20. århundrede i stand til at tage aktivt og rationelt ansvar for egen sundhed. Dette skete på baggrund af viden, og dermed var opfattelsen af individet ikke blot at være ”objekt for statslige sundhedspolitisk interventioner, tvangsvaccinering etc., men som personer, der kan appelleres til om at efterleve sundhedsråd, også fordi det er i deres egen interesse” (Otto 2009, s. 41-45, 46). Med dette in mente er det relevant at bringe undersøgelsen videre fra det brede kulturhistoriske perspektiv til en undersøgelse af, hvordan fedme italesættes i sygeplejelitteraturen. Grunden hertil er at undersøge, om der kan findes en sammenhæng mellem på den ene side det sundhedspolitiske perspektiv på sundhed (det i samfundet heraf følgende generelle syn på fedme) og på den anden side måden der tales og skrives om fedme i den, for nærværende undersøgelse, udvalgte sygeplejefaglige lærebog (Glasdam 2009).

#### **4.2 Fedmeretorik i sygeplejelitteraturen**

Gadamers filosofisk-hermeneutiske perspektiv leder i første omgang fokus hen på nærværende undersøgelses egen forforståelse, fordi modtagelighed for tekstens indhold forudsætter og indebærer, at fordommene fremhæves i erkendelse af, at ”*al forståelse i sit væsen er fordomsfuld*” (Gadamer 2007, s. 257), så man kan stille formeningerne op mod ens egne fordomme, eller som Gadamer fremfører det:

”Hvis man ønsker at forstå en tekst, er man tværtimod indstillet på at lade den sige en noget. Derfor må en hermeneutisk skolet bevidsthed på forhånd være modtagelig for tekstens anderledeshed. Men denne modtagelighed forudsætter hverken sagsmæssig ”neutralitet” eller sågar selvudslættelse; den indebærer derimod, at ens formeninger og fordomme fremhæves og tilegnes. Det gælder om at være bevidst om sin forudindtagethed, således at teksten viser sig i sin anderledeshed og hermed får mulighed for at spille sin sagsmæssige sandhed ud imod ens egen formening” (Gadamer 2007, s. 256).

Således har introduktionen, primært med udgangspunkt i videnskabelig litteratur og nationale strategier for sundhed, sammen med fremstillingen af et bredere kulturhistorisk perspektiv i afsnit 4.1 været med til at tydeliggøre nærværende undersøgelses henholdsvis egne forforståelse og en del af en ny erfaring og forståelse.

Rettes blikket mod introduktionen fremhæves forforståelsen, fordi der her ses en forforståelse for undersøgelsen i sig selv. Det er en forforståelse, der antyder, at stigmatiseringen af svært overvægtige og fede individer kan relateres til samfundets idealbillede af mennesket til sundhed generelt. Et idealbillede, der bedømmer/har fordomme overfor, hvad der henholdsvis er det rigtige og det forkerte valg i forhold til at tage ansvar for egen sundhed. Undersøgelsens forforståelse understøttes af tidligere nævnte Jacob Birkler<sup>14</sup>, der fremfører, at sundheds- og sygdomsbegreberne er defineret ud fra velfærdssamfundets ideologi om *det normale* versus *det unormale* (Birkler 2005, s.75-81). Det unormale synes at være udtryk for en mangeltilstand, altså at man f.eks. mangler førlighed, bevægelighed osv. (Ibid.). Dermed bekræftes forestillingen om, at *sundhed* kan opfattes som *et kulturelt idealbillede* af det normale. Med dette in mente, er det relevant at undersøge, hvordan den sygeplejefaglige litteratur italesætter og dermed påvirker sygeplejerskers forforståelse af fedme- og sundhedsbegrebet.

En forudsætning for at forstå den anden part er, ifølge Gadamer, at man (her: som sygeplejerske) forholder sig åbent overfor den anden, som i dette tilfælde er patienten. Vendes blikket mod introduktionen, er det netop et af de punkter, der i flere internationale videnskabelige artikler (Bell 2005; Reto 2003; Brown 2005) understreges som værende en begrænsning i forhold til forståelsen af fede individer. Det stereotype billede af denne gruppe vil uundgåeligt indsnævre

---

<sup>14</sup> Jacob Birkler, cand.mag. i filosofi og historie

sygeplejerskernes horisont. Implicit indikeres der yderligere i disse videnskabelige artikler (Ibid.), at det kan få negativt udfald i forhold til sygeplejefaget og dermed også plejen, når fordomme bliver til stigmatisering, fordi de negative holdninger uvilkårligt vil ende med at blive en forhindring for sygeplejerskernes kliniske praksis. Dorte Overgaard bekræfter dette, ved at påpege, at den stigmatiserende holdning munder ud i, at sygeplejersker i praksis ikke har lyst til at pleje den fede patient (Overgaard 1999). Her fremkommer et andet centralt aspekt, da det i et filosofisk-hermeneutisk inspireret perspektiv samtidig er vigtigt at have for øje, at Gadamer med fordomme eller forforståelse ser mulighederne i stedet for begrænsninger. Gadamers perspektiv er netop, at de fordomme, som sygeplejersker (og andre sundhedsprofessionelle) har, kan udvikles igennem nye erfaringer (Gadamer 2007, s.255-256), fordi det, ifølge Gadamer, også er via erfaringer fra strukturelle sammenhænge samt udfra et samfundsmæssigt perspektiv, at sygeplejersken får overleveret/oplever at få nye erfaringer (Jensen 1999, s.144-147).

For nærværende undersøgelse er det erfaringer, som sygeplejerskerne vil få/gøre sig igennem mødet med *den anden*. Som allerede antydnet, er der flere muligheder for hvem/hvad *den anden* er. Det kan f.eks. være politiske strategier for folkesundhed, mediernes italesættelse af fedmebegrebet, den i kulturen generelle forståelse af fedme (og sundhedsbegrebet) og dermed også forståelsen af fedmebegrebet i et bredere kulturhistorisk perspektiv. *Den anden* kan være personer eller tekster og således er også De Sygeplejeetiske Retningslinjer en del af de erfaringer, som sygeplejersker gør sig og som er med til at danne baggrund for deres forforståelse.

Men imidlertid er der et skel mellem god intention om etiske overvejelser og sygepleje i klinisk praksis. Med udgangspunkt i det sygeplejeetiske perspektiv, vendes blikket endnu en gang mod introduktionen. Her betragtes igen den undren, der udspringer af skellet mellem sygeplejerskers tendens til negative fordomme og uvilje til at pleje den svært overvægtige patient, og til De Sygeplejeetiske Retningslinjers formål, hvis intention er at vejlede sygeplejersker til at udføre en sygepleje, der bl.a. bygger på samvittighedsfuldhed, omhu og et arbejde fri for diskrimination (DSR 2004). Denne undren tager således afsæt i, at der – på trods af moralske og etiske overvejelser, om hvad god og etisk sygepleje er – tilsyneladende synes at være andre erfaringer, der har medvirket til, at sygeplejersker har en negativ forforståelse af svært overvægtige/fede individer.

Dette fører os videre til et andet aspekt, med Gadamers begreber, en anden erfaring, som omhandler betydningen af sundhedsbegrebet og Regeringens strategier for sundhed. Forståelsen af



sundhedsbegrebet tager afsæt i de tidligere nævnte teoretikere Otto, Scocozza, Vallgård og Møllers udlægning af sundhedsbegrebet, der sammenholdes med nærværende undersøgelses egen forforståelse, som den er skitseret i introduktionen.

Den generelle – og også de sundhedsprofessionelles – forståelse af *sundhed*, er en tankegang, der er central hos f.eks. Lene Otto, der påpeger, at forståelsen af sundhed er blevet en forståelse af, at det sunde liv er idealbilledet, og at midlet til at opnå dette er en levevis præget af askese (Otto 2000, s.80-81). Når Otto påpeger, at det for sundhedsprofessionelle er svært at leve op til at have andre menneskers livskvalitet eller lykke som målsætning for sit arbejde (Otto 2009, s 40), gør det ikke just arbejdet lettere for sygeplejersken at forholde sig positivt til svært overvægtige. Specielt ikke når de nationale sundhedsstrategier (Regeringen 2002) indikerer, at livskvalitet skal opnås igennem det sunde liv – altså at rette sig efter strategiernes idealbillede på sundhed – hvor den enkelte selv skal tage ansvar for egen *sundhed*. Regeringens strategier for sundhed vil altså således kunne være baggrund for (i hvert fald) en fordom eller forforståelse blandt sygeplejersker, idet fordomme netop opstår i den levede verden – den verden vi alle er socialiseret ind i. Dermed fritages sygeplejersker ikke for en forståelse af, at livskvalitet opnås igennem *det sunde liv*. En forståelse af, at *sundhedsbegrebet*, ifølge Møller, ikke indbefatter en fast definition, der på nuværende tidspunkt gør det muligt for en biomedicinsk tankegang at:

*”besvare udfordringen fra de ’nye’ sygdomme, da disse i udpræget grad er kendetegnet ved meget komplekse årsagssammenhænge, der overskrider det kropslige felt og griber ind i det psykologiske, sociale og kulturelle område. I kampen for folkesundhed har sundhedsvæsenet med andre ord brug for et udvidet perspektiv (...) der eksempelvis kunne komme fra humanistiske fag”* (Møller 2009, s. 67)

Det vil sige at forudsætningen for et tværfagligt samarbejde imellem det biomedicinske perspektiv, der tager udgangspunkt i en naturvidenskabelig forståelse af mennesket, og et humanistisk perspektiv er, at der, ifølge Møller, oprettes *”en fælles platform af grundbegrebet som samarbejdet kan tage afsæt i. Her står sundhedsbegrebet centralt”* (Ibid.) En forudsætning som er relevant at medtænke, når nærværende undersøgelse netop har som overordnet mål at forstå og forklare nutidens grundlag for fordomme i forhold til fedmebegrebet. Gennem Møllers fremstilling af

sundhedsbegrebet forstås at alt afhængig af, hvilket perspektiv der tages afsæt i, så vil forståelsen af sundhedsbegrebet og dermed også forståelsen af fedmebegrebet også blive afspejlet deraf (Ibid.)

*Sundhed* bliver, ifølge Otto, til i praksis, og sundhed eksisterer ikke som en selvstændig essens. Imidlertid tager sundhed udgangspunkt i ”*medicinsk viden, teknologier og praksis som i kulturelle forestillinger, politiske strømninger, sociale forhold samt i forskellige aktørers handlinger*” (Otto 2009, s.32-35). Vendes blikket mod introduktionen, bliver der fremstillet forskellige relevante områder for at få et indblik i, hvilket grundlag for sygeplejerskens forforståelse, som udspringer af regeringens sundhedsstrategier. Otto fremfører videre, at dette påvirker den politiske debat, på såvel nationalt som internationalt plan i både EU og Verdenssundhedsorganisationen (WHO), men det påvirker også vores opfattelse af, hvad sundhed er (Ibid.). I EU’s strategier for sundhed fremhæves, at det er op til den enkelte patient at *træffe kvalificerede valg* (Hvidbogen 2007) på baggrund af viden. Når det enkelte fede individ ifølge både Regeringens og EU’s strategier selv bør tage ansvar for at få en sund krop, som vil give den enkelte mulighed for at opnå øget livskvalitet, fralægges sygeplejersker/sundhedsprofessionelle altså automatisk noget af ansvaret. For hvem ønsker dog ikke at opnå livskvalitet? Svaret synes indlysende; den fede patient. Den, der ikke sørger for at holde sig sund og tynd, ligesom idealbilledet foreskriver. Det er med til at tydeliggøre det paradoks, der er i forhold til på den ene side de etiske, gode intentioner i De Sygeplejeetiske retningslinjers vejledning til sygeplejersker og på den anden side en del af det erfaringsgrundlag sygeplejerskers forforståelse udspringer af, som nemlig er de politiske sundhedsstrategiers angivelse af ansvaret for fedmen.

Dermed er det heller ikke uden relevans for undersøgelsen at have in mente, at regeringen og EU påpeger vigtigheden af, at den enkelte skal tage *mere* ansvar for egen sundhed, da en sådan aktiv indsats sender politiske signaler til samfundet og sundhedsvæsenet om, at den, der undlader at tage ansvar, har valgt *ikke* at følge idealet.

Set udfra et samfundsmæssigt perspektiv, er der flere påvirkninger, der kan forklare tendensen til sygeplejerskers negative fordomme om fede individer. Som tidligere omtalt, har bl.a. mediernes udlægning af sundhedsidealener indflydelse på og får konsekvens for befolkningens holdning til svært overvægtige. En tankegang, der også er central hos tidligere nævnte, Kirkeby<sup>15</sup> der skriver, at når man som individ får tilbud om at tabe sig, f.eks. hvis arbejdspladsen går aktivt ind i at vejlede folk til et sundere og dermed slankere liv, så er der for det fede individ ”*ingen undskyldning for ikke at*

---

<sup>15</sup> Ole Fogh Kirkeby er Dr.phil. og professor.

*tabe sig*” (Kristeligt Dagblad). I yderste konsekvens har fede individers ”fravalg” af at leve det sunde liv, dermed også i sygeplejerskers forforståelse ”valgt” at ekskludere sig selv fra plejen i praksis, idet disse patienter netop vælger *ikke* at følge de politiske strømninger og idealet om at holde sig sund. Denne forståelse hos sygeplejersker, har ifølge Strandberg, vist sig at resultere i, at sygeplejersker, der arbejder ud fra og med det formål at fremme sundheden hos mennesker, prioriterer at pleje ”den gode patient”, der er i stand til at tage hånd om sin egen situation og gøre sit bedste for at opnå en adfærdsændring, frem for at pleje den patient der ikke træffer et kvalificeret valg og ikke ændrer adfærd for at blive sundere (Strandberg 2002; Strandberg 2003). Yderligere resulterer den fede patients ”fravalg” i, at sygeplejersker på baggrund af en stereotyp opfattelse af disse patienter, stigmatiserer og i yderste konsekvens nedprioriterer denne gruppe patienter – eller i hvert fald tilrettelægger plejen af svært overvægtige/fede individer efter deres holdning til dem. Dette illustreres af tidligere omtalte Ian Browns undersøgelse, hvoraf det fremgår, at sygeplejersker angiver fysisk risiko og ambivalens ved plejen af svært overvægtige (Brown 2005).

Otto påpeger i denne sammenhæng også, at det handler om, at der i det moderne samfund er en medicinsk forståelse af sundhed, som handler om, at ”*befolkningen må lære at overvåge sig selv og indrette dagliglivet med henblik på at forblive rask og ydedygtig*” (Otto 2009, s.38). Denne forståelse udspringer også af en *ideologi* om, at målet for det menneskelige liv er at leve lykkeligt og godt. Derudover bygger nævnte opfattelse også på det mere *instrumentelle*, hvor midlet til at skabe en rask befolkning er i centrum, dvs. hvor sundhedsbegrebet defineres ud fra de politikker, strategier og indsatser, der benyttes for at opretholde og skabe en sund og rask befolkning (Ibid.). Med Gadamer i ryggen vil det omvendt kunne tilbagevises, at alle sygeplejersker dermed vil ende med at tænke og mene det samme og have samme forforståelse. For selvom sygeplejersker er socialiseret ind i sundhedsvæsenets rammer som institution, og dermed, ifølge Gadamer, er en del af historien og traditionen, så vil der være nuancer i de sundhedsprofessionelles individuelle perception af en given oplevelse; f.eks. at kulturen i hver afdeling er forskellig, samt de individuelle erfaringsgrundlag og fordomme (Jensen 1999, s.146; Birkelund 2008, s.533-534). Tidligere nævnte Ian Brown fremfører i forlængelse heraf, at den individuelle forforståelse for svært overvægtige også kan være influeret af sygeplejerskens eget BMI, hvilket derfor kan have indflydelse på de fordomme, som sygeplejersker har til svært overvægtige patienter (Brown 2005). Ligesom Gadamers tænkning om, at fordomme er overleveret til os, og at de kan forklare årsagen til de handlinger, som sygeplejersker udfører (eller måske netop ikke udfører) i klinisk praksis i forhold

til fede individer, så giver en begrebshistorisk tilgang også en forklaring på det moderne menneskes forståelse af, at fremtiden kan skabes. Men sygeplejerskernes fordomme og disses indflydelse på klinisk praksis har dog også en begrænsning, for som Koselleck fremfører:

*”den der forventer at udlede sine forventninger fuldstændig af sin erfaring, tager fejl. Det lærer man når der sker noget andet end forventet. Men den, der ikke baserer sin forventning på erfaring, tager ligeledes fejl. Han burde have vidst bedre (...) Det kan altid gå anderledes end forventet”* (Koselleck 2007, s. 36-37).

Det er altså ifølge Koselleck relevant at se nærmere på dette spændingsfelt. Når erfaringerne hos det moderne menneske kommer til udtryk ved nutidige handlinger, forårsaget af en forventning til at kunne skabe fremtiden (Koselleck 2007, s. 33-38), så er dette også en pointe hos Otto, der er værd at undersøge nærmere. Otto fremfører nemlig, at det moderne menneske har en opfattelse af, at *”det sunde liv, der før var middel, er blevet et mål i sig selv, nærmest selve meningen med livet”* (Otto 2009, s. 39).

Med dette in mente er det i erkendelse af, at sygeplejersker også er en del af de strømninger, der politisk står i forhold til sundhedsbegrebet, at sygeplejerskers forforståelse af fedme dermed også vil være påvirket. Dette skyldes ikke mindst, at sygeplejersker, ifølge Gadamer, også vil blive påvirket af de overleverede fordomme, hvilket ifølge Jensen vil sige, at sygeplejersken f.eks. ved indlæggelsessamtalen med det fede individ uundgåeligt vil have en forforståelse af, hvad der er patientens problem (Jensen 1999, s. 146). Sygeplejersken vil dermed påvirkes af dels den ideologi, der er i forhold til sundhed som ensbetydende med et lykkeligt og godt liv, og dels vil hun igennem et kulturelt konstrueret idealbillede af mennesket, hvor det at være slank og sund er idealet, opnå erfaringer og fordomme om fede individer. Ifølge Gadamers tænkning findes i forlængelse heraf også en vigtig pointe om:

*”at forstå patienten handler ikke bare om at få patientens udsagn og attituder til at passe ind i egen forforståelse og skemaer (indlæggelsesskemaer f.eks.), men også hele tiden at overveje om egen forforståelse og skemaer duer”* (Jensen 1999, s. 146).

Sidstnævnte er også omdrejningspunkt for Otto, idet hun påpeger følgende komplicerede aspekt i arbejdet som sundhedsprofessionel. Dilemmaet opstår når den fede patient på den ene side selv kan

vælge, hvad der er livskvalitet, og hvad der af denne opleves som sundhed, og når det på den anden side er dette, som netop strider imod den sundhedsprofessionelles arbejdsområde, hvilket ud fra et folkesundhedsperspektiv indebærer at forebygge usund adfærd, forlænge livet, og som dermed tilstræber en medicinsk forebyggelsestankgang, *"hvor man er velfungerende og uden alvorlig sygdom"* (Otto 2009, s. 40-41). Når Otto påpeger, at det netop er vigtigt i sundhedsvæsenet at kunne arbejde ud fra at *"'producere' en robust og livskraftig befolkning"* (Otto 2009, s.40), så er det fordi Otto mener, at det for den sundhedsprofessionelle er kompliceret at arbejde ud fra en praktik om at forbedre folkesundheden med afsæt i *"en snæver kobling til en afgrænset, somatisk definition af normaltilstand"*, og samtidig som sygeplejerske at skulle acceptere kulturelle og individuelle forskelle i opfattelsen af, hvad sundhed er (Ibid.). Gadamer tilføjer, at:

*"der er meget stor forskel på de mennesker, der som grundindstilling altid er parat til at sætte egne fordomme på spil, gøre erfaringer, udvide eller flytte egen horisont, finde den vinkel hvorfra det foreliggende er interessant (og i sygeplejesammenhæng gerne vil udvikle og forbedre plejepraksis) og de mennesker der ikke er parate til dette. Som er mere 'satte', helst vil have hverdagen til at blive i den vante gænge og synes at mødet med det nye og anderledes også er lidt anstrengende"* (Jensen 1999, s.146)

Det vil derfor sige, at når Otto også argumenterer for en ensartet opfattelse af, hvad *livskvalitet* er, og at livskvalitet (for den enkelte) *"må reduceres til den livsførelse, som forebygger usundhed"* (Ibid.), så medtænkes det ikke i samme grad som hos Gadamer, at man som sundhedsprofessionel selv må *"få fordomme pløjet op til overfladen i mødet med det fremmede"*. Det er med andre ord vigtigt, at sygeplejersken (endnu engang) ikke begrænser muligheden for at få en ny forståelse af den fremmede (det fede individ), men i stedet for at lade sig begrænse af et snævert syn på sundhed lader sine fordomme sættes på spil (Ibid.).

Ottos tænkning ligger også i tråd med Eknøys fremstilling af fedmebegrebets kulturhistorie, hvor netop den medicinske forståelse af sundhed, som bl.a. opnås ved et normalt BMI. Det er en tænkning, hvor Verdenssundhedsorganisationen (WHO) er med til på internationalt plan at definere, og dermed også er afgørende for, hvornår individets krop kan opfattes som overvægtig, fed og dermed usund. Derfor kan det kulturhistoriske perspektiv i lyset af Gadamers perspektiv, kobles

sammen med fedmebegrebets italesættelse i sygeplejelitteraturen, fordi sygeplejersker ikke er ahistoriske individer. Tværtimod er de også en del af historien, og fordi deres forståelseshorisont netop tager udgangspunkt i de fordomme, de har med fra fortiden; det er de fordomme, der i nutiden bliver til ny forståelse, når man gør sig nye erfaringer. I lyset af Gadammers filosofiske hermeneutik ville det dermed være utopi at tro, at sygeplejerskers fordomme kan tages fri af den kulturhistorie, de udspringer af. Undersøgelsens intension er således i modsætning til at adskille sygeplejersker fra den kontekst og den kultur, de er indlejret, tværtimod at undersøge hvordan sygeplejersker påvirkes af den verden de lever i.

Set ud fra Ottos perspektiv er det centralt for forståelsen af grundlaget for sygeplejerskers negative fordomme, at erkende at sundhedsprofessionelle i nutiden befinder sig i et dilemma. De skal på den ene side forsvare at lade individet selv om at afgøre, hvad der er *livskvalitet* for denne også selvom det strider imod, hvad sygeplejersken på den anden side arbejder med som medicinsk perspektiv, nemlig at forebygge (moralsk) usund adfærd og fremme forebyggelse af sygdom. Den sunde/usunde adfærd, som af sygeplejersker, der arbejder ud fra et medicinsk forklaringsperspektiv, kan betragtes som henholdsvis moralsk god/dårlig, har, ifølge Anne-Lise Middelthon<sup>16</sup>, også tæt relation til mad. Middelthon fremfører, at netop den offentlige diskurs om, hvorvidt maden er ”moralsk god” (sund) eller ”moralsk dårlig” (usund), også har indflydelse på diskursen om mad som kulturel størrelse (Middelthon 2009, s. 223-229). For både Middelthon og Otto er det essentielt at forstå, at maden er forbundet med både sociale og kulturelle forskelle og ligheder, og at maden også er forbundet med modsatrettede følelser, som f.eks. ”nydelse, frygt, bekymring, afsky og begær” (Otto 2009, s.51). Dette er en hang mennesket har, fordi det ønsker glæde og lykke som ikke er tilfældige vilkår, men derimod præferencer for mennesket, idet vi er bekendt med modsætningerne, at være ked af det og ulykkelig, skriver Rasmus Bysted Møller (Møller 2009, s. 91). Møller fortsætter:

*”sundhed er ikke livskvalitet, men sundhed står alt andet lige i et ganske entydigt forhold til personers livskvalitet, set over et helt liv. Selvom man kan vinde lidt livskvalitet på kort sigt ved at spise fed mad eller indtage narkotika, er der en stor sandsyndighed for, at regnskabet falder uheldigt ud i sidste ende. Altså, at*

---

<sup>16</sup> Anne-Lise Middelthon er socialantropolog, dr. philos. Førsteamanuensis ved Seksjon for medisinsk antropologi og medisinsk historie, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (Glasdam 2009, s. 14).

*livskvaliteten på den lange bane bliver påvirket negativt af en livsstil præget af inaktivitet, fastfood og diverse stimulanser” (Møller 2009, s.92)*

Livskvaliteten skal, ifølge Møller, forstås som *”positiv og negativ værdi oplevet i en kortere eller længere periode”* (Møller 2009, s.91) Det er netop en af Møllers pointer, at vi for at forstå, hvad der for det enkelte individ opleves som optimalt, først og fremmest skal forstå at det optimale udgør en sammenhæng mellem oplevelsen af kroppens og sindets tilstand, samt oplevelsen af livskvalitet. Møller uddyber at denne sammenhæng netop for et biomedicinsk perspektiv har været vanskeligt at forstå, fordi menneskesynet her bærer præg af at være *”apparatfejlsmodel”*, og at mennesket kan beskrives udtømmende naturvidenskabeligt som materie (knogler, væv, molekyler, atomer osv.). Således har også:

*”fremkomsten af livsstils- og psykosomatiske sygdomme har afsløret nødvendigheden af at udvide apparatfejlsmodellen, og det maskinelle menneskesyn, til et perspektiv, der respekterer menneskets dobbelte natur som både sjæl og legeme (...) sundheds- og sygdomsforståelse må medtænke den stadige vekselvirkning mellem krop, psyke, socialitet og kultur”* (Møller 2009, s. 93),

hvilket ifølge Møller kræver, at såvel det biomedicinske menneskesyn som den humanistiske tilgang til livet må udvide perspektivet, så patienten ikke bare er en *”menneskekrop”*, men derimod både er en krop og et menneske (Møller 2009, s.92).

Derfor er det også relevant for nærværende undersøgelse at forstå, at når sundhed (set ud fra individets perspektiv) også indebærer irrationelle handlinger, *”moralsk dårlige handlinger”*, så strider det mod de politiske strømninger og strategier for sundhed. Men ikke desto mindre giver det, ifølge Møller, den enkelte en oplevelse af, hvad der er optimalt (Ibid.). Samtidig betyder det dog også, ifølge Otto, at når fede individer vælger en *livsstil*, der er dårlig i forhold til regeringens anbefalinger, så vælger de ikke at lade sig *”opdrage til en god livsstil”*, der har til hensigt at forbedre gennemsnitslevealderen (Otto 2009, s. 59). Vendes blikket mod introduktionen, fremgår det af Strandbergs artikler (Strandberg 2002; Strandberg 2003), at sygeplejersker netop viser empati overfor og lyst til at hjælpe de fede individer, der selv udviser en rationel adfærd i forhold til at ville tabe sig og til lysten til at blive hjulpet. Når nogle fede individer imidlertid ikke lever op til *den gode livsstil* (idealbilledet), det vil sige når deres adfærd er *”moralsk dårlig”* og usund, og dermed heller ikke lever op til de forventninger sygeplejersker har til en *”god patient”*, så resulterer det i at

fede individer, på baggrund af sygeplejerskernes fordomme, stigmatiseres, hvilket i sidste ende får konsekvens for plejen. Hertil fremfører Møller en kritik, for når ”det gode liv” og ”sundhed” pludselig skaber et urealistiske mål for arbejdet for de sundhedsprofessionelle, der ifølge Møller betyder, at når ”*sundhedsvæsenets virkeområde og ansvar udvides til nye svimlende højder*”, så indbefatter det, at det bliver ”*sundhedsvæsenets opgave at hjælpe enhver til at leve livet på lykkeligste vis*” (Møller 2009, s. 84) En arbejdsopgave der, også ifølge Otto er utopisk, idet hun tilføjer, at det er problematisk at have andre menneskers lykke som målestok for sit arbejde (Otto 2009, s. 40). Det vil dermed sige at såvel Otto som Møller ud over at kritisere regeringens folkesundhedsprogram for at influere negativt på individets selvforståelse, så kritiserer de også regeringens strategier og mål for folkesundheden for at få negativ indflydelse på sygeplejefaget.

Emnet *livsstil* er, som hos Otto, også et centralt element i Lone Scocozzas kritiske bidrag til lærebogen for sygeplejerskestuderende. Scocozza fremfører, at det ikke er uproblematisk med stigmatisering af individet på baggrund af, om det lever op til henholdsvis ”god livsstil” eller ”dårlig livsstil”, fordi sygeplejersker overser den dimension, der relaterer sig til levevilkår (Scocozza 2009, s. 58-59). Med andre ord er Scocozzas pointe, at man med et folkesundhedsperspektiv, som Regeringen lancerer igennem f.eks. ”Sund hele livet” (Regeringen 2002), også i høj grad fokuserer på *livsstilsændringer* og på denne måde pålægger individet ansvaret for at have dårlige vaner, der medfører sygdom. Scocozza fremfører i forlængelse af problematikken, at man i stedet for at fokusere på *livsstil*, derimod bør betragte sundheden ud fra individets *levetilstand*, hvor det i højere grad handler om, hvordan og hvorledes individet er socialt og økonomisk placeret i samfundet. På denne måde ville man, ifølge Scocozza, kunne undersøge fænomener som f.eks. fedme ud fra en tankegang om, at det også er kontekstuelle faktorer, der i en social kontekst, er medvirkende årsag til fedmen (Ibid.). Der ses i introduktionen en forforståelse af, at fede individer stigmatiseres, når de ikke lever op til det kulturelt konstruerede idealbillede af mennesket. Når Scocozza kritiserer folkesundhedsprogrammets ”Sund hele livet” fokus på individets ansvar for sundheden, er det med udgangspunkt i, at hun mener, at det som sådan er forståeligt, at *folkesundheden ønskes forbedret*, og at der derfor fokuseres på *et bedre liv*. Men den problematik, som Scocozza imidlertid påpeger handler i højere grad om det manglende fokus på de økonomiske og sociale omstændigheder, der skaber *det gode liv* (Scocozza 2009, s.65).

Scocozzas kritik af Regeringens fokus på livsstilsændringer er således en tankegang som, tidligere nævnte, Dorthe Overgaard implicit bekræfter, som også influerer på de fede individers



selvforståelse. Når Overgaard citerer fede kvinders oplevelse af at se sig selv i spejlet og fastslår, at kvinderne bemærker, at kroppen henholdsvis er fremmed for dem, at de oplever en følelse af kroppen som en klods, samt at det ikke er en fornøjelse at se sig selv i spejlet, så er det så meget desto mere relevant at medtænke, at en moraliserende sundhedspolitisk holdning der, blandt såvel fede mennesker som befolkningen generelt, er med til at skabe en forståelse af, at individets dårlige vaner skal og bør handlingsreguleres. I hvert fald hvis individet skal opnå ”den gode livsstil”, som forlænger livet. Set i lyset af Scocozzas kritik er det med andre ord ikke uproblematisk med et folkesundhedsprogram, der baseres på normer og værdier for, hvad sundhed er, og som sigter på at fremme sundheden for individet. Men samtidig tager sådanne programmer også udgangspunkt i at dømme f.eks. den fede patient ansvarlig for sin egen personlige situation. Scocozzas kritik underbygges af flere, tidligere nævnte, videnskabelige undersøgelser der viser, at socialiseringen af os som mennesker gør, at vi nærmest accepterer stigmatiseringen, fordi vi tror, det er selvforskyldt på grund af dårlig moral og svaghed (Drury & Louis 2002; Rogge et al 2004; Jetter 2005). En tænkning, der også er central hos Gadamer, idet han påpeger, at ”*længe før vi gennem selvbesindelse forstår os selv, forstår vi os selv på selvfølgelig måde i den familie, det samfund og den stat, vi lever i*” (Gadamer 2007, s.263).

Følgerne af, at vi oplever og indretter os i verden efter, hvordan vi forstår den, og hvordan vores egen selvforståelse dermed formes, kan også illustreres med den, i introduktionen, omtalte kamp for den svært overvægtige om at vise sit værd, og for at være værdig til pleje. Det er en kamp, der netop forstærkes af holdningen blandt sundhedsprofessionelle om at *fedme er selvforskyldt*, og at gruppen af fede patienter er dovne. Til dette bør medtænkes, at der i introduktionen også fremgår en forforståelse af patientens sårbarhed i forhold til dennes situation. En sårbarhed, der således sammenholdt med patientens kamp for værdig behandling i sundhedsvæsenet, er i umiddelbar konflikt med den politiske strategi om, at fedme er den enkeltes eget ansvar, og at den enkelte er ansvarlig for at træffe *kvalificerede valg* (Regeringen 2002, Hvidbog 2007; Strandberg 2002; Strandberg 2003; Rogge 2004; Jetter 2005; Drury & Louis 2002).

Idealbilledet på mennesket vil, set i lyset af Gadamer, imidlertid influere forskelligt på svært overvægtige/fede patienters selvforståelse, fordi en:

*”overlevering eller tradition sætter sig ikke bare automatisk igennem (...) Tradition eller overleveringen har dels formet os, via de fordomme, den har indpodet os, dels er den nøglen til vores forståelse og selvforståelse” (Jensen 1999, s. 139).*

Altså kan politiske sundhedsstrategier influere i *nogen grad eller i hvert fald forskelligt* på vores *selvforståelse* som mennesker. Men selvom fedmebegrebet er en kulturel konstruktion, der bl.a. har en indlejret forståelse af, hvad der er det moralsk rigtige/forkerte valg i forhold til sundhed, så har de nationale strategier for sundhed ikke desto mindre influeret på patienternes selvforståelse. Dette kan forklares ud fra Gadamer, som fremfører, at vi netop ikke kan tage en erfaring eller forståelse fri af den kultur (traditionssammenhæng vi er nedsænket i), samtid og historiske situation vi tilfældigvis, men utvivlsomt er en del af (Jensen 1999, s. 137-138, 143).

Altså er forforståelse og dermed også selvforståelse individuel, fordi vi netop som enkeltindivider erfarer forskellige forhold livet igennem, men tendensen til, at der også opstår kulturelt konstruerede konstruktioner som f.eks. fedmebegrebet, vil samtidig være med til at skabe ensartede erfaringer og forståelser i kulturen, fordi vi er indlejret i den kultur vi som individer er del af. Ifølge Gadamer skyldes dette, at vi netop *indpodes fordomme* via overleveringen/ traditionen. Det vil være utopi at konkludere, at alle individer formes ens af traditionen eller overleveringen, og det vil derfor være en overfortolkning at påstå, at alle svært overvægtige/fede individer oplever og lever fuldstændig ens. Netop denne pointe er i tråd med Scocozzas kritik af de politiske strømninger, der fokuserer på en bedre livsstil. Scocozza påpeger, at man ikke kan regulere individets opfattelse af, hvad der er ”den moralsk rigtige livsstil”. Man bør derimod medtænke konteksten i sundhedspolitik, og man bør altså i stedet fokusere på individets levevilkår, hvis man har til hensigt at forebygge fedme og få folk til at ændre adfærd og vaner. Men når fokus rettes mod at ville reducere sygelighed, eller som Regeringen fremlægger det, *at ville reducere fedme som er en af årsagerne til sygelighed*, så er det, ifølge Signild Vallgård, i Danmark karakteristisk, at man med folkesundhedsprogrammet tager udgangspunkt i, at det er individets adfærd, der skal ændres. På denne måde, mener Vallgård, at både individet og for så vidt også politikerne pålægges ansvaret. Hvis man derimod havde, som Scocozza foreslår, et folkesundhedsprogram der fokuserer på levevilkår, så ville et sundhedsproblem som fedme derimod være et politisk anliggende (Vallgård 2009, s. 181-186). Når det i Scocozza og Vallgårdas kritiske bidrag til forståelse af sundhedsbegrebet fremgår, at det er vigtigt at have sundhedspolitisk fokus på levevilkår, så ligger det implicit, fordi dårlige sociale levevilkår også er med til at definere udsatte grupper. Desuden vil

det være med til at give sygeplejersker en ny forståelse af det moralske og etiske ansvar, der ligger i, at plejen bør rettes mod mennesker, der har behov for pleje. Når Scocozzas fokus på, at det ikke bør være individets livsstil, men at det derimod er de rammer, der givet, at det er levevilkårene, der bør være i fokus for sundhedsstrategier, og dermed også at plejen bør rettes mod den plejetrængende, fordi det set ud fra sygeplejeetiske retningslinjer er sygeplejerskers pligt at bistå den plejetrængende patient, så er det så meget desto mere relevant at vende blikket mod introduktionen. Heraf fremgår det, hvorfor det er problematisk, når sygeplejersker påvirkes af en ideologi, der pålægger individet ansvaret. Som tidligere nævnte Meleis og Grindel fremfører, er det vigtigt, at sygeplejersker har for øje, at det netop er i overgangen fra at være hjemme og til at blive indlagt som (fed) patient, at patienter har et særligt behov for sygeplejerskens omsorg og pleje. Yderligere lægges der vægt på at sygeplejersken er opmærksom på nødvendigheden af sin rolle i forhold til patienten, idet man netop kan støtte patienten.

I tråd med Scocozzas kritik af, at levevilkårene overses, når regeringen udelukkende fokuserer på livsstil, forklarer Vallgård, at problematikken med sundhedsfremme i Danmark bør tage afsæt i, at:

*”de, som ønsker at fremme sundheden i befolkningen, arbejde for at lægge livet til rette for mennesker på mange flere af tilværelsens områder, og de må, for at kunne gøre det, have en definition af, hvad det gode liv er”* (Vallgård 2009, s.111)

Dette er også netop, hvad Otto påpeger som værende problematisk for sygeplejersker, for som tidligere nævnt, fremfører Otto, at det er meget kompliceret for sundhedsprofessionelle at have andre menneskers lykke som determinant for, hvornår arbejdet/plejen udføres godt nok. Og Vallgård tilføjer, at for at man kan arbejde ud fra en fælles strategi, må definitionen af det gode liv tage udgangspunkt i og *”ske på den enkeltes egne præmisser”*. Vallgård fortsætter: *”det synes ikke at være til diskussion, hvad målet er, nemlig forbedret sundhed”* (Ibid.). Problematikken, som Vallgård fremfører, vedrører dermed et emne, som også Otto har været inde på; nemlig forskellene mennesker imellem i forhold til, hvad man henholdsvis ifølge Otto betragter som livskvalitet, og hvad man ifølge Vallgård, betragter som mål i tilværelsen. Vallgårdas pointe er, som Ottos, at hvad der for det ene individ er ensbetydende med livskvalitet og vigtige mål i tilværelsen kan være forskelligt fra andres; eller som Vallgård fremfører det, så handler et godt liv for nogle individer måske i højere grad om: *”spænding, nydelse, bekvemmelighed, politiske og religiøse mål, som*

*nogle gange indebærer, at de er parate til at tilsidesætte sundhedshensyn” (Ibid.), men det er imidlertid ”ikke en mulighed som (er) en del af tænkningen inden for sundhedsfremme” (Ibid.), hvor målet jo netop ikke, ifølge Vallgård, er til diskussion, idet sundhed betragtes som det eneste mål, ud fra hvilket sundhedsprofessionelle arbejder (Vallgård 2009, s. 112).*

Udfordringen for den sundhedsprofessionelle ligger altså, ifølge både Vallgård og Otto, i at differentiere sundhedsbegrebet. Således skal sygeplejersken, i stedet for at have en forståelse af at kun den patient, der vælger sundheden er værd at hjælpe fordi det er ensbetydende med en adfærd der afspejler et ønske om livskvalitet. Differentieringen af sundhedsbegrebet mener Vallgård og Otto derimod vil give sygeplejersken mulighed for at inddrage den andens horisont (patientens horisont). For som Gadamer også fremfører, så er det først i sammensmeltningen af horisonter (sygeplejerske og patient), at vi opnår at blive klogere på en sag og udvider vores forståelse gennem nye erfaringer.

Som også Møller fremfører, så indbefatter den ideologi, der ses af de nationale mål og strategier for folkesundheden (Regeringen 2002) en biomedicinsk forklaringsmodel, hvor patienten ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv objektiveres.

Sammenfattende forstås det, at når Eknoyan fremfører, at fokus på den fede og voluminøse krop har ændret sig fra at være ensbetydende med noget smukt i det 18. og 19. århundrede, til at blive betragtet som noget grimt i det 20. århundrede, hvor Twiggy blev mode ikon, og endeligt i det 21. at være ensbetydende med noget skidt og dårligt, hvor kun det slanke og tynde menneske, der holder sig aktiv lever op til idealbilledet af mennesket, så er det også i tråd med den kritik, henholdsvis Møller, Scocozza, Otto og Vallgård fremfører i lærebogen for sygeplejerskestuderende (Glasdam 2009). Disse forfattere forklarer nemlig, at det ensidige fokus på individet, som en menneskekrop, der ”bare” ved hjælp af livsstilsændringer skal følge de nationale mål og strategier for folkesundheden, for på den måde at leve op til idealbilledet af mennesket, bidrager kraftigt til at stigmatisere den krop og det individ, der ikke ændrer vaner og adfærd. Hertil retter forfatterne endnu en kritik, som omhandler den snævre forståelse af sundhedsbegrebet, der alene anskues ud fra en biomedicinsk forklaringsmodel, og at fedmen herigennem er proportionalt med noget dårligt og skidt. En opfattelse, der således også afspejles i nutidens sundhedsprofessionelles tænkning om, at fedme associeres med dovenskab, dårlig moral, mindre intelligens og manglende evne og vilje til at gennemføre adfærds- og livsstilsændringer. Det vil sige, at det kulturelt konstruerede idealbillede af mennesket er med til at skabe negative fordomme hos såvel befolkningen generelt som blandt

sygeplejersker/sundhedsprofessionelle. I forlængelse heraf bekræfter Overgaards undersøgelse, som tidligere nævnt, at stigmatiseringen tillige medfører, at de fede individer selv tager afstand fra deres store krop (Overgaard 1998, s.71) udover det faktum, at også sygeplejefaget påvirkes således, at der ud fra de sundhedspolitiske ideologier ses en tendens til at opstå negative fordomme blandt sygeplejersker.

Møller fremfører, som tidligere nævnt, at man ville kunne opnå en forbedring i sundhedsvæsenet indenfor behandling og forebyggelse, af f.eks. fedme, hvis den enkelte patient i stedet blev betragtet som *både* en "menneskekrop" ud fra et biomedicinsk perspektiv og et individ med levede erfaringer, ud fra de aktuelle levevilkår og med udgangspunkt i individuelle præmisser for, hvad livskvalitet er. Det vil mere eksplicit sige en forbedring af fedmeforebyggelse, hvor behandlingen tog udgangspunkt i en kombination af et naturvidenskabeligt og humanistisk perspektiv (historievidenskab, antropologi, psykologi og filosofi). Det betyder, at Regeringens politiske mål og strategier for folkesundheden derfor bevirker, at ansvaret for fedmen/sundheden pålægges individets adfærd alene, i stedet for at give problematikken et politisk overordnet fokus på levevilkår. Når folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet" således har en indlejret ideologi om, at det er individets ansvar at holde sig sund, så forstås at årsagen til at fede individer oplever sig stigmatiseret også handler om, at sygeplejefaget påvirkes af politiske ideologier for sundhed. At fede individer oplever sig stigmatiseret kan forklares med Møllers kritik af sundhedsbegrebet, hvori han netop påpeger, der er brug for et udvidet perspektiv for at sikre, at de sundhedsprofessionelle i arbejdet med folkesundhed kan arbejde ud fra en fælles platform. En platform hvor arbejdet ikke begrænses af en fokusering på livsstilsændringer, men i stedet, og i tråd med Gadamers perspektiv, også bør indbefatte levevilkår, fordi vi som mennesker er et produkt af det levede liv.

Med en udvidelse af sundhedsbegrebet i Danmark ville danske sygeplejerskers forforståelse af fede individer også ændres, fordi fede individer på den måde ville blive opfattet som både en krop og et individ, der også indeholder værdier som et humanistisk skolet perspektiv ville medtænke, som f.eks. sind, følelser, ønsker og levevilkår. Om sygeplejerskernes fordomme dermed ville være mindre negative? Det vil være en overfortolkning og gå ud over intentionen og rammerne for nærværende undersøgelse at konkludere entydigt. Det vil i Kosellecks perspektiv have naiv karakter for et moderne menneskes/fortolkerens forventninger om, at fremtiden kan skabes. Det, der imidlertid ville opnås med en bredere forståelse af sundhedsbegrebet og dermed også forståelsen af fedmebegrebet, ville ifølge Gadamer være, at sygeplejersker havde opnået en ny forståelseshorisont på baggrund af nye erfaringer, som er overleveret til os i traditionen og historien.

## 5. Afslutning med konklusion og perspektivering

Formålet med nærværende undersøgelse har ikke været at forsøge at eliminere alle sygeplejerskernes fordomme for at komme deres negative forforståelse ”til livs”. Det ville med Gadamer have været et utopisk projekt, fordi vores forståelse netop er baseret på forforståelsen, som er forudsat. Derimod har opgavens fokus været at belyse, hvilken baggrund de sundhedsprofessionelle har for disse negative fordomme og decideret stigmatisering af fede.

Forståelsen af fedmebegrebet har igennem nærværende undersøgelse vist sig at skulle forklares ud fra en forståelse af sundhedsbegrebet, idet det viste sig at sygeplejerskers negative forforståelse overfor fede individer tager udgangspunkt i, hvordan opnåelse af sundhed defineres fra politisk hold. Den biomedicinske forklaringsmodel har i sammenhæng med Regeringens folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” været med til at give sygeplejersker en forståelse af, at det sunde liv, det konstruerede idealbilledet af mennesket, skal opnås igennem livsstilsændringer, hvor ”dårlig moral” og ”usunde vaner” skal adfærdsændres. Samtidig bidrager Rasmus Bysted Møller med et kritisk input i folkesundheds-debatten ved at foreslå, at sundhedsbegrebet, som er et centralt begreb for strategierne for hele folkesundheden, bør defineres anderledes, så det tværfagligt kan anvendes.

Således er der dels opnået en forståelse af fedmebegrebet som en del af sundhedsbegrebet ud fra undersøgelse af empirien, og dels er undersøgelsens egen forforståelse sat i spil med den nævnte empiri. Set i lyset af Gadamers perspektiv skal det med forståelsen af den hermeneutiske cirkel lige så meget forstås som en cirkelbevægelse imellem delforståelse og helhedsforståelse, som en cirkelbevægelse imellem tekstens sagsindhold og fortolkerens forforståelse/fordomme (Birkelund 2008, s. 59-61). Derfor er det også for nærværende undersøgelse i overensstemmelse med et filosofisk-hermeneutisk perspektiv, når undersøgelsesspørgsmålet besvares igennem forståelse mellem dele og nå frem til en foreløbig helhedsforståelse. Det er tilmed en forståelse og fortolkning af sagsindholdet fra den sygeplejefaglige litteratur, der har medført en forklaring og forståelse med udgangspunkt i, at fortolkerens fordomme har været sat i spil i forhold hertil. Og som Gadamer tilføjer, er forståelsens rigtighed betinget af, ”*at alle de enkelte dele stemmer overens med helheden*” (Gadamer 2007, s. 277). Det vil sige, at der for nærværende undersøgelse ud fra en cirkelbevægelse mellem forforståelsen og empirien er dannet en ny helhedsforståelse. Det, der i introduktionen fremstod som en foreløbig helhed har med en cirkulær forståelse mellem denne og

delene (Eknoyan, Møller, Otto, Scocozza og Vallgård), og også mellem fortiden og nutiden, været med til at danne en ny helhedsforståelse og meningsenhed. Det vil også sige en forståelse af sundhedsbegrebet (og kritikken heraf). Udfra hvad sundhedsbegrebet ideologisk set er forankret i og i samspil med undersøgelsens egne forforståelse, som den er fremstillet i introduktionen, er der også opnået en erkendelse af, at problematikken omkring *stigmatisering versus anerkendelse af den krop, det individ, det fede menneske*, der ikke vælger at indrette sin livsstil efter (gældende) samfundsnormer, (også) udspringer af, hvad der i et folkesundhedsperspektiv udgør idealbilledet af mennesket. Dette er centralt for at forstå grundlaget for sygeplejerskers fordomme overfor fede patienter.

Som det fremgår af Overgaards undersøgelse, er oplevelsen blandt fede kvinder, at det ikke er forbundet med en positiv selvforståelse at være fed. Imidlertid er der fede individer, som vælger at være fede, fordi de som udgangspunkt synes, det er smukt at være fed. Således fremgår det af en videnskabelig undersøgelse (Johnson 2003), at når den almene sundhedsforståelse er ensbetydende med at være tynd og i kontrol med sin vægt, er den gruppe af (især) kvinder, som vælger at være "full figured" konstant nødt til at forsvare, at de har det godt med deres vægt, at de har det fint med deres størrelse, og at de har indset, at det ikke er en forbandelse at være "a plus size". Disse kvinder motionerer og klæder sig tydeligvis i farver og tøj, der viser, at de faktisk har det godt med sig selv (Johnson 2003, s.70). Men ikke desto mindre er det centralt at forstå, at på trods af at de har valgt denne livsstil, så påvirkes deres selvforståelse uvilkaarligt af den i samfundet stigmatiserende holdning til dem. Dette ses i lyset af Gadamer, som med al tydelighed netop illustrerer, hvorfor fede individer oplever sig stigmatiseret, idet Gadamer påpeger, *at før vi forstår os selv, forstår os selv på en selvfølgelig måde i det samfund, vi lever i* (Gadamer 2007, 263).

Hvordan, vi er mennesker i verden, er relevant, fordi vi er indlejret i historien. Vi er med andre ord del af den verden, vi lever i (Gadamer 2007, s. 263; Jensen 1999, s. 135). Det, der er essentielt at forstå med Gadamer's perspektiv, er, at vi i modsætning til at være født med et potentiale, som påvirkes af arv og miljø, derimod bliver et produkt af det levede liv, af den sociale verden vi lever i – og det endda før vi forstår os selv (Jensen 1999, s. 157; Gadamer 2007, s. 474 ). For nærværende undersøgelse sætter dette aspekt problemformuleringen i fokus. Når vi i den sociale verden oplever og indretter os efter politiske strategier for sundhed, så indretter vi os nemlig i verden på baggrund af forståelse der, som Gadamer skriver, *"overgår én eller sker med én"* (Jensen 1999, 143-145,

149). Vi gør os som mennesker med andre ord nogle erfaringer, som dels for sygeplejersken bestemmer individets fordomme, og dels også for det fede individ bestemmer selvforståelsen, fordi vi som nævnt netop er et produkt af det levede liv. Det vil med andre ord sige, at det, i lyset af Gadamer's hermeneutiske perspektiv kan forstås, at fede individers selvforståelse, lige så vel som sygeplejerskers fordomme overfor fede individer, er en forståelse, der er *overgået* dem, fordi de igennem det levede liv har gjort sig erfaringer. Og når Gadamer fremfører, at den måde vi almindeligvis *forstår personer, livsformer og kulturer på, også gælder for forståelse af tekster*, så er det fordi, Gadamer mener, at vi *fortolker tekster i lyset af de fordomme, der udgør vores forståelseshorisont* (Birkelund 2008, s. 59). På baggrund heraf forstås det, ifølge Gadamer, at grundlaget for, at sygeplejersker har negative fordomme overfor fede individer, er, at sygeplejersken fortolker det, hun *ikke kender* (her: det fede individ) ud fra det hun *kender*. Dette kan f.eks. skyldes mediernes italesættelse af fedme, som noget der skal bekæmpes eller som en epidemi, og ikke mindst kan det skyldes Regeringens ideologi om idealbilledet af mennesket. Selv med en i teorien sygeplejetisk bevidsthed, har det vist sig, at sygeplejens virksomhedsområde er et kompliceret felt, fordi vi som mennesker påvirkes af den kultur, vi som individer er en del af.



## 6. Referenceliste

Bell, S. E.; Hulbert, J. R. 2008, "Translating Social Justice Into Clinical Nurse Specialist Practice", *Clinical Nurse Specialist*, November/ December, volume 22, issue 6, s. 293-299.

Bell, S. E. 2005, "Current Issues and Challenges in the Management of Bariatric Patients", *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, November/December.

Birkelund, R. 2008, *Frihed til fælles bedste - En oppositionel stemme fra fortiden*, Aarhus Universitetsforlag, Århus, Danmark, s. 54-74.

Birkler, J. 2005, *Filosofi og sygepleje. Etik og menneskesyn i faglig praksis*, Munksgaard, Danmark, København.

Bjerrum, M. 2005, *Fra problem til færdig opgave*, Akademisk Forlag, Kbh.

Brown, I. et al. 2006, "Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients", *British Journal of General Practice*, September, s. 666-672.

Brown, I. et al. 2005, "Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review", *Journal of Advanced Nursing*, August, s. 221- 232.

Cossrow, N.H.F et al. 2001, "Understanding Weight Stigmatization: A Focus Group Study", *Journal of Nutrition Education*, vol. 33, no 4. July-August, s. 208-214.

Drury, C.A.A.; Louis, M. 2002, "Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity, and Health Care Avoidance", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol.14, issue 12, Dec., s. 554-61.

DSR 2004, "De Sygeplejeetiske Retningslinjer"

<http://www.dsr.dk/msite/text.asp?id=45&TextID=4650>

Eknoyan, G. 2006, "A History of Obesity, or How What Was Good Became Ugly and Then Bad". *Advances in Chronic Kidney Disease*, October, vol. 13, no 4, s. 421- 427.

"Et nyt liv for en mavesæk". d. 01-11- 2007. Dagens Medicin

"Fede folk er ikke grådige, de er bare normale". d. 21-10- 2007. Berlingske Tidende

"Fedme et fattigdomstegn". d. 18-09-2004. Arbejderen

Gadamer, H-G. 2007, *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*, Academica, Århus.

Gergen, K. J. 2008, *Virkeligheder og relationer – tanker om sociale konstruktioner*, Dansk psykologisk forlag, s. 51-117,171-193.

Glasdam, S. et al. 2009, *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv. Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck*.

Grindel, M.E; Grindel, C.G: "Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery". *MEDSURG Nursing. Vol.15*, no.3, june 2006

Henderson, R. M. 2005, "The bigger the healthier: Are the limits of BMI risk changing over time?". *Economics and Human Biology* 3, s. 339-366.

Hvidbogen 2007, "Hvidbogen om: En EU- strategi om sundhedsproblemer i relation til ernæring, overvægt og fedme".

Iversen, L et al 2002, "*Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom*", Munksgaard Danmark, Danmark, kap. 1.

Ifversen, J. 2007, " Begrebshistorien efter Reinhart Koselleck", *Slagmark* 48, s. 81-103.

Ifversen, J. 2003, "Om den tyske begrebshistorie", *Politologiske Studier*, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, s. 18-34.

Jensen, T.K. 1999, "Sygepleje som etisk know-how" i: *Grundlagsproblemer i sygeplejen*, Philosophia, Århus, s. 135-173.

Jetter, A. 2005, "Don't hate me because I'm fat", *Good Housekeeping*, Oct., vol. 241, no. 4, s.186-191.

Johnson, R.W; Broadnax, P.A. 2003, "A Perspective on Obesity", *The ABNF Journal*, May/ June, s.69-70.

Jørgensen, D. 2002, "*Viden og visdom*", Det lille Forlag, Frederiksberg, s. 34-41.

Jørgensen, D. 2008, *Aglaias dans. På vej mod en æstetisk tænkning*, Aarhus Universitetsforlag, Århus, Danmark, s. 183-195.

"Sundhedstilbud udstøder overvægtige ansatte". *Kristeligt Dagblad*, d.3. april 2009.

Koselleck, R. 2007, "*Begreber, tid og erfaring*", Hans Reitzels Forlag.

"Mega-ambulance til fede danskere". *Netavisen.dk*, d. 6. marts 2008  
<http://avisen.dk/overvaegtige-faar-egne-megaambulancer-060308.aspx>

Meleis, A.I. 2007, *Theoretical Nursing: Development & Progress*, Lippincott Williams & Wilkins. s. 470-472.

Meleis, A.I. et al. 2000, "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory", *Adv. Nurs Sci*, vol. 23, no.1, s. 12-28.

Meleis AI, Trangenstein PA. 1994, "Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission", *Nurs Outlook*, Nov, vol. 42, no. 6, s. 255-9.

Middelthon, A-L, 2009 "Når maden bliver frelser eller bøddel" in *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, (red.) Stinne Glasdam, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 223-239

Muennig, P et al. 2008, "I Think Therefore I Am: Perceived Ideal Weight as a Determinant of Health", *American Journal of Public Health*, March, vol. 98, no. 3, s.501-506.

Møller, R.B. 2009, "Et forsvar for sundhedsfundamentalismen- til kritik af en tidstypisk tankegang" in: *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, (red.) Stinne Glasdam, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 67-94

Nadglowski, J. 2007, "Guest Editorial: Access to Care and Obesity Stigma". *Bariatric Nursing*. Vol.2, no. 4, s. 225-228.

Nevers, J. 2006, "Træk af den nyere begrebshistorie". [Citeret d. 29. april 2009 kl. 10.03]  
[www.erslev-andersen.dk/Begrebshistorie.pdf](http://www.erslev-andersen.dk/Begrebshistorie.pdf)

Olsen, N. 2005, "Kildekritikkens begrebshistorie- en undersøgelse af historiefagets metodelære", den 24. november, *Historie Netmagasinet*, s.1-8. [www.historie-nu.dk](http://www.historie-nu.dk)

Olsen, N. 2005, "Historien om de historiske grundbegreber", den 22. august, *Historie Netmagasinet*, s. 1-6. [www.historie-nu.dk](http://www.historie-nu.dk)

Otto, L. 2009, "Sundhed i praksis" in *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, (red.) Stinne Glasdam, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 31-53

Overgaard, D. 2005, "Den psykosociale arbejdsbelastnings indflydelse på danske sygeplejerskers vægt og vægtændring". Sygepleje- og Radiografskolen, Københavns Amt.

Overgaard, D. 1999, "Fede patienter er tabu i sygeplejen", *Sygeplejersken nr.51*

Overgaard, D. 1998, "At leve med overvægt. En undersøgelse af overvægtiges levede erfaringer". Danmarks sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet. Nr. 56.

Regeringen 2002, "Sund hele livet – de nationale strategier og mål for sundhed 2002-2010".

Reto, C.S 2003, "Psychological Aspects of Delivering Nursing Care to the Bariatric Patient", *Crit.Care Nurs. Q.* April-June, s. 139-149

Rohde, F. 2009, "Totalt vildt menneskesyn præger samfundet viser ny undersøgelse", den 23. marts 2009 kl. 18:52 / menneskesyn livsstile samfundet  
<http://blog.tv2.dk/franzrohde/entry307023.html>

Rogge, M.M, et al. 2004, "Obesity, Stigma, and Civilized Oppression", *Advances in Nursing Science*, vol.27, no.4, s. 301-315.

Ruelaz, A. R 2007, "Perceived Barriers to Weight Management in Primary Care – Perspectives of Patients and Providers", *Society of General Internal Medicine*, January 30<sup>th</sup>, s. 518-522.

Scocoza, L. 2009, "Folkesundhed eller moralsk oprustning", in *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, (red.) Stinne Glasdam, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 54-66

Simonsen, S.S. 2002, "Sundhedens filosofi", Forlaget Klim, Århus, s.115-133.

Strandberg, G et al. 2002, "Struggling to be/show oneself valuable and worthy to get care", *Scand J Caring Sci*, vol. 16, s. 43-51.

Strandberg, G; Jansson L. 2003, "Meaning of dependency on care as narrated by nurses", *Scand J Caring Sci*; vol. 17, s. 84-91.

Sundhedsstyrelsen 2005, "Fedmekirurgi i Danmark".

Vallgård, S. 2009, "Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse" og "Sundhedspolitik i de skandinaviske lande", in *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, (red.) Stinne Glasdam, Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 95-113, 166-187

WENR, 2007, "Obesity: a Threat to Health. How can Nursing Research Contribute to Prevention and Care?". Brooma & Brolins, Stockholm. <http://www.wenr.org/index.php?id=316>

WHO "Obesity", [Citeret d. 04-06-2009]

<http://www.who.int/topics/obesity/en/>

WHO "Obesity and Overweight", [Citeret d. 04-06-2009]

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>

WHO "Obesity in Europe", [Citeret d. 04-06-2009]

<http://www.euro.who.int/obesity>

Ziebland, S et al. 2002, "Body image and weight change in middle age: a qualitative study", *International Journal of Obesity*, vol.26, s. 1083-1091.