Du blir hva du leser - En analyse av norske mediers formidling av forskning på overvekt

Ellen M. Wagnild Mørkved

Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Universitetet i Oslo

Våren 2022

Sammendrag

Dette er en analyse av hvordan overvekt blir representert i norske medier som inneholder forskningsformidling. Formålet med denne oppgaven er å svare på forskningsspørsmålet: Hvilke diskurser finnes i forskningsbaserte avisartikler i riksdekkende media som omhandler overvekt, og hva slags subjektposisjoner konstrueres i diskursene? Oppgaven tar utgangspunkt i deler av Norman Faircloughs kritiske diskursanalytiske teori og metode. Datamaterialet er hentet fra norsk riksdekkende media, og består av 267 tekster hvorav 15 av disse nærleses og analyseres. Ved å analysere tekstene fant jeg tre hoveddiskurser: den biomedisinske diskursen, identitetsdiskursen og folkehelsediskursen.

I den biomedisinske diskursen blir overvekt representert som et problem fordi det øker risikoen for sykdom. Her er hovedårsaken til overvekt en ubalanse i energiinntak og energiforbruk, men det ligger også til grunn at genetikk kan være en årsak. Det genetiske aspektet kan ha en moralsk fremstilling i at overvekt ikke er noens skyld, men til syvende og sist ligger ansvaret på vektnedgang hos individet. Subjektposisjonene i den biomedisinske diskursen kan skape et bilde av at personer med høy vekt kan mangle kunnskap og viljestyrke, og kan bygge opp under negative stereotyper.

I identitetsdiskursen utfordres ideologien om at en sunn kropp er en normalvektig kropp. Her kan overvekt være et uttrykk for iboende menneskelige forskjeller. I tekstene i identitetsdiskursen åpnes det opp for at man kan akseptere sin vekt, og at høy vekt ikke behøver å være en midlertidig vekt. Likevel ligger det et premiss i dette, nemlig at aksept av vekt kommer i riktig rekkefølge. Man må først ha forsøkt å gå ned i vekt, før man kan akseptere sin vekt. Subjektposisjonene i denne diskursen kan åpne opp for et nytt syn på overvekt, hvor det ikke trenger å være definert som et helseproblem eller samfunnsproblem, men også skape begrensninger for personer med overvekt sine handlinger.

I folkehelsediskursen er overvekt et samfunnsproblem fordi det kan medføre samfunnskostnader og skape økte sosiale helseforskjeller. Overvekt kan skyldes, i likhet med den biomedisinske diskursen, genetikk eller ubalanse i energiinntak og -forbruk, men det er også samfunnsendringer som kan påvirke om man går opp i vekt. Aktørene i denne diskursen forholder seg til en subjektposisjon som ikke kan ta sunne valg uten strukturelle tiltak eller begrensninger.

Forord

Endelig kan jeg levere min masteroppgave. Det føles ut som jeg har jobbet en evighet med denne oppgaven, men nå når det nærmer seg slutten av min studietid kjennes det ut som det var i går jeg var på første mastersamling med de andre sosiologistudentene. Det jeg husker best fra denne samlingen var foreleser som sa: disse to årene kommer til å fly forbi! Og nå når jeg er ferdig innser jeg at jammen har de gjort det. Dette studieløpet ble ikke helt som planlagt for noen av oss som har studert under koronarestriksjoner, så det føles ekstra godt å kunne bli ferdig og levere masteroppgaven nå, og begynne på et nytt kapittel.

Et råd jeg fikk tidlig i studieløpet var å velge et tema for oppgaven som var interessant og engasjerende. Temaet for oppgaven min har vært nettopp det, noe som har hjulpet meg gjennom de verste skrivesperrene. Til tider har jeg spekulert litt i hvorfor jeg valgte diskursanalyse, da dette var relativt nye metoder og teorier for meg, men nå er jeg veldig glad for at valget falt på denne analyseformen. Mye av grunnen til det må jeg takke min veileder, Jan Grue, for. Takk for gode tilbakemeldinger, kloke råd og for at jeg alltid visste at jeg kunne få svar på det jeg lurte på. I tillegg vil jeg takke deltagerne og seminarleder i seminargruppen min for gode tilbakemeldinger på oppgaven underveis de siste to semestrene. Å studere på heltid tar mye tid, og jeg vil rette en takk til mamma og pappa for all støtte de siste årene, det hadde ikke gått like greit uten dere. Takk til min gode venn og korrekturleser Mona som har brukt av sin tid på å gi tilbakemeldinger. Og takk til Ronny som har akseptert at stua vår har vært min private lesesal de siste årene, takk for din tålmodighet og dine gode ord underveis. Sist vil jeg gi en takk til Judith som har vært en nødvendig og kjærkommen distraksjon når dagene ble litt for lange.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING 1

1.1 ENS VEKT SOM PRIVATSAK 2
1.2 HISTORISKE OG KULTURELLE LINJER 3
1.3 ET NYTT SYN PÅ HELSE, FOREBYGGENDE HELSEARBEID 4
1.3.1 OPPLYSTE NORDMENNS ANSVAR FOR EGEN HELSE OG VEKT 5
1.3.2 BIOMEDISINSK GRUNNLAG 5
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING 6

2 DEFINISJONER PÅ BEGREPENE OVERVEKT 7

2.1 MEDISINSK DEFINISJON PÅ OVERVEKT 7
2.1.1 IDEALMENNESKET OG BMI 8
2.1.2 DEN NORSKE BEFOLKNINGENS VEKT 9
2.2 OVERVEKT SOM SOSIALT KONSTRUERT BEGREP 9
2.2.1 STIGMATISERING 10

3 TIDLIGERE KRITISKE DISKURSANALYSER AV OVERVEKT I MEDIA 12

3.1 NORSKE MEDIERS FREMSTILLING AV OVERVEKT 12
3.2 AMERIKANSKE KRITISKE ANALYSER AV FREMSTILLING AV OVERVEKT I MEDIA 12

4. TEORI OG METODE 14

4.1 KRITISK DISKURSANALYSE 14
4.1.1 DISKURS 15
4.1.2 SOSIALE EFFEKTER 16
4.1.3 IDEOLOGI OG HEGEMONI 16
4.1.4 SUBJEKTPOSISJONER 18
4.1.5 AVISER OG MAKT 19
4.2 DISKURSANALYTISKE VERKTØY SOM METODE 21
4.3 DATAMATERIALET OG SØKEKRITERIER 25
4.3.1 SØKESTRENG OG TIDSPERIODE 25
4.3.2 SORTERING AV DATAMATERIALET 27
4.3.3 HVORFOR NORSKE RIKSDEKKENDE AVISER? 28
4.3.4 GJENGIVELSE AV FORSKNING I MEDIA 29
4.4 RELIABILITET OG VALIDITET 30
4.5 ETISKE BETRAKTNINGER - BEGREPET 'OVERVEKT' I DENNE OPPGAVEN 31

5 RESULTATER OG ANALYSE 32

5. 1 DEN BIOMEDISINSKE DISKURSEN 37
5.1.1 OVERVEKT FØRER TIL SYKDOM – MÅLET ER Å GÅ NED I VEKT 37
5.1.2 KONTROLL I DEN BIOMEDISINSKE DISKURSEN 46
5.1.3 SUBJEKTPOSISJONER I DEN BIOMEDISINSKE DISKURSEN 54

5.2 IDENTITETSDISKURSEN 56
5.2.1 DELVIS FAVNET AV OG BRYTER MED BIOMEDISINDISKURSEN 56
5.2.2 KONTROLL I IDENTITETSDISKURSEN 62
5.2.3 SUBJEKTPOSISJONER I IDENTITETSDISKURSEN 64
5.3 FOLKEHELSEDISKURSEN 66
5.3.1 SAMFUNNSPROBLEMET OG SAMFUNNSANSVARET OVERVEKT 66
5.3.2 KONTROLL I FOLKEHELSEDISKURSEN 70
5.3.3 SUBJEKTPOSISJONER I FOLKEHELSEDISKURSEN 73

6 DISKUSJON 74

6.1 DISKURSENES PÅVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ OG STRUKTURELT NIVÅ 75
6.1.2 IDEOLOGI I DISKURSENE 77
6.1.3 OVERVEKTIGE SOM EN HOMOGEN ELLER HETEROGEN GRUPPE 78
6.1.4 DET KAN HENDE EKSPERTENE HAR RETT 79
6.2 KUNNSKAP SOM FØRER TIL GOD HELSE 80
6.2.1 KONTROLLERENDE KUNNSKAP 82
6.3 MINE FUNN OG TIDLIGERE FORSKNING 82

7 AVSLUTNING 85

7.1 KONKLUSJON 85
7.2 OPPGAVENS BEGRENSNINGER OG VIDERE FORSKNING 88

LITTERATURLISTE 90

VEDLEGG 97

1 Innledning og problemstilling

> *Forskerne ønsket å studere nærmere mennesker som er beundringsverdig slanke hele livet. Hvorfor det er noen som aldri overspiser, og som lar være å spise potetgullskålen tom* (Aftenposten, 13.06.2019).

Dette sitatet er hentet fra en artikkel i Aftenposten skrevet av daværende fungerende direktør i Bioteknologirådet. Artikkelen er publisert i avisens vitenskapssegment Viten. Ifølge artikkelen er Viten «Aftenpostens satsing på forskning og vitenskap, der forskere og fagfolk fra hele landet bidrar med artikler». Konteksten sitatet er hentet fra er formidling av forskning på hvordan genetikk kan påvirke overvekt. Artikkelen formidler forskning, men den skaper også ulike bilder av hvordan overvekt oppfattes utover det genetiske aspektet. Kanskje sitter man igjen med et inntrykk av at overvektige ikke kan være beundringsverdige siden de ikke er slanke, eller at man er overvektig fordi man har spist potetgullskålen tom. Hva man leser, hvor man leser det, og hvem som er avsender kan ha påvirkning på hvordan man oppfatter verden rundt seg. Ulike måter å se verden på som er knyttet til ulike sosiale aktører kan man kalle diskurser (Skrede, 2017, s. 35). Hvordan norske medier formidler kunnskap om overvekt kan forme våre oppfatninger rundt fenomenet overvekt, men også personer med overvekt. Innenfor ulike diskurser etableres det subjektposisjoner som aktører må forholde seg til, og for eksempel vil subjektposisjoner kunne legge føringer og begrensninger for personer med overvekt som blir omtalt i diskursene avistekstene (Fairclough, 2015, s. 122). En mer utfyllende av definisjon av begrepene diskurs og subjektposisjon vil gjøres rede for oppgavens kapittel 4.

Overvekt som et helseproblem blir forsket på i ulike sammenhenger, både årsaker til, løsninger på, og konsekvenser av overvekt, og vektøkningen i befolkningen er gjengående forskningstemaer som norske aviser formidler. Det forskes også på i hvor stor grad overvekt er helsefarlig, og om det faktisk er det i det hele tatt. Forskningsteoriene og -resultatene er mange, og befolkningen får presentert disse blant annet gjennom avisartikler. I denne oppgaven skal jeg undersøke hvordan overvekt blir fremstilt i avisartikler som er basert på

forskning, i norske riksdekkende media. Oppgavens forskningsspørsmål er: Hvilke diskurser finnes i forskningsbaserte avisartikler i riksdekkende media som omhandler overvekt, og hva slags subjektposisjoner konstrueres i diskursene?

1.1 Ens vekt som privatsak

Den norske befolkningen øker i vekt, og flere enn før blir definert som overvektige. Dette er et velkjent fenomen, det skjer ikke kun i Norge, men også på verdensbasis (World Health Organization, 2021). Overvekt er beskrevet som både som et helseproblem som kan øke risikoen for sykdommer, men og som et samfunnsproblem som kan føre til økt ulikhet i sosiale helseforskjeller, og som koster det norske samfunnet 68 milliarder kroner årlig (Menon, 2019). En av de vanligste forestillingene rundt vekt, er at overvekt kommer av at man har for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk (Helsedirektoratet, 2011). Når vekt fremstilles som et regnestykke som kan reguleres med hvor mye man spiser i forhold til hva man forbrenner, kan det skape et inntrykk av at overvekt er et valg. Hvem som veier hva er ikke en privatsak, det er et tema som gjennom blant annet omtale i media angår oss alle, og man kan spørre seg selv hvorfor dette er tilfellet. En av grunnene kan vi finne i det som Mæland (2021) beskriver som «private valg» som får konsekvenser for andre. Ved at overvekt blant annet er omtalt som et samfunnsproblem, vil ens vekt få konsekvenser for andre. Hva en veier angår andre, fordi ens valg får konsekvenser for alle.

Det er viktig å undersøke hvordan overvekt fremstilles i forskningsbaserte avistekster, blant annet fordi personer med overvekt opplever stigmatisering på grunn av sin vekt. Stigmatiseringen forekommer blant annet i arbeidslivet, i helsevesenet og i privatlivet (Shapiro & Neuberg, 2007; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2008; Puhl & Heuer, 2012; Malterud & Ulriksen, 2010; Rønold, 2020). Stigmatisering av personer med overvekt er omtalt som det siste aksepterte stigmaet (De Giorgio, 2022; Ewing, 2019). Denne oppgaven skal analysere avistekster, men det er ikke kun det man leser i aviser som former ens oppfatning av overvekt og overvektige. Undersøkelser viser blant annet at kulturelle oppfatninger av vekt blir sådd allerede i barndomsårene. Barn i barnehager som når en viss alder vil for eksempel ha negative oppfatninger av barn med overvekt, og viser dette ved at de ikke vil leke med overvektige barn (Jenull, Mayer, Knobel & Birnbacher, 2021). Negative oppfatninger av overvekt finner man også på andre steder og nivåer i samfunnet. Et eksempel på hvordan det å være overvektig blir presentert som noe negativt finner man i en episode av

underholdningsprogrammet 'Kongen befaler' på TV Norge hvor komiker og sosiolog Harald Eia er gjest. I programmet har Eia fått i oppgave å ta med seg det han tror kan gi han flest poeng i forhold til de andre deltakerne i programmet, og viser til et skjema fra kostymeavdelingen i NRK som viser at han ikke har gått opp i midjemål de siste 15 årene. Eia er stolt av dette, sier han selv, fordi han har spart de norske skattebetalerne for millioner av kroner (Eia, 2022, 2:40). Hans private valg fikk positive konsekvenser for andre. Ens vekt er ikke en privatsak.

1.2 Historiske og kulturelle linjer

Det eksisterer ulike teorier på hvorfor personer har ulik vekt, og hvorfor befolkningens vekt øker. Teoriene baserer seg blant annet på medisinske årsaker, psykologiske årsaker, personlige egenskaper og samfunnsstrukturelle årsaker. Det finnes kulturelle forskjeller i hvordan man oppfatter overvekt, og hvorvidt overvekt anses som negativt eller positivt. I andre kulturer enn den vestlige har for eksempel overvekt vært et statussymbol, sensuelt attraktivt, et symbol på styrke og fruktbarhet (McCall, 1998; Gard & Wright, 2005; Sumińska et.al., 2022). Fremstillingen av overvekt i ulike kulturer og ulike historiske epoker skaper en idé om at det negative synet på overvekt og personer med overvekt er et nytt og vestlig fenomen, men ifølge Gard & Wright (2005, s. 68) er dette et naivt argument. Den negative oppfatningen av personer med overvekt blir trukket helt tilbake til den medisinske forståelsen av overvekt i antikkens Hellas som tok utgangspunkt i humoralpatologien (Gilman, 2010). Datidens medisin la vekt på at det var leger, ikke filosofer, som best forsto menneskets natur. Humoralpatologien bygget på en grunnforståelse om at menneskekroppen besto av fire ulike væsker: blod, slim, gul galle og svart galle som måtte være i balanse for å opprettholde god helse. Et over- eller underskudd av væskene betydde sykdom (Holck, 2021). Overvekt ble ansett som en sykdom fordi det blant annet kunne føre til tidlig død (Gilman, 2010), og en høy vekt ble forklart ut av at kroppen hadde et overskudd av slim som resulterte i flegmatiske tilstander. Ikke bare kunne ubalanse i væskene gi utslag i sykdom som medførte tidlig død, de kunne også påvirke personligheten og de personlige egenskapene hos individer, for mye slim resulterte i at folk ble late, dumme osv. (Gilman, 2010). Humoralpatologien ble avløst på 1800-tallet (Holck, 2021), men forestillingene om at personer med høy vekt innehar visse personlige egenskaper lever videre i dag (Puhl & Heuer, 2012).

1.3 Et nytt syn på helse, forebyggende helsearbeid

Omtale av overvekt er med andre ord ikke et nytt fenomen, og overvekt i helsesammenheng er ikke et tema som kun hører hjemme i antikken. Majoriteten av oppgavens innsamlede avisartikler er knyttet opp mot vekt og helse. Dette kommer jeg tilbake til i beskrivelsen av datamaterialet, men det er verdt å merke seg at avistekstene i stor grad handler om formidling av forskning på vekt innenfor et helseperspektiv, og hvordan enkeltmennesket har ansvar for egen helse.

I middelalderen var ens helse sett i forbindelse med Guds vilje. Samfunnet og livene til individene i det var dominert av religiøse ideer, og kilden til kunnskap hentet man hos Gud via prester som tolket verden i lys av bibelen (Russell, 2013). På 17- og 1800-tallet ble helse sett i et annet lys, ens helse var ikke lenger forutbestemt av Gud. Synet på helse ble nå blant annet forbundet med årsaker forårsaket av ytre omstendigheter (Mæland, 2021, s .18). De negative helsefølgene av den industrielle revolusjonen, og gjennombruddene i naturvitenskapen på denne tiden åpnet opp for en ny forståelse av helse, og la grunnlaget for det man i dag kjenner som forebyggende helsearbeid (Mæland, 2021, s. 18). Forebyggende helsearbeid består i dag av både sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid, og det moderne folkehelsearbeidet bygger på en medvirkning fra den enkelte, i motsetning til den tradisjonelt ekspertstyrte forebyggingen (Mæland, 2021, s. 21).

Tidlig i folkehelsearbeidet ble det tatt i bruk flere ulike samfunnsmessige virkemidler, blant annet helseopplysning, regulering og lovforbud. Fra 1900-tallet skjøt folkehelsearbeidet fart på grunn av en allianse mellom medisinen, folkeopplysningstjenesten og frivillige organisasjoner, hvor blant annet organisasjoner fikk politisk innflytelse i tiltak som skulle bedre folkehelsen (Mæland, 2021, s. 18). Dagens moderne helsearbeid er påvirket av antiautoritære strømninger som på 1980-tallet som brøt med den etablerte tenkningen og praksisen innenfor sykdomsforebygging hvor ekspertenes vurderinger bestemte hvilke helsetiltak som skulle benyttes (Mæland, 2021, s. 19, 81). Befolkningen og aktuelle pasientgrupper fikk større påvirkningskraft, og man gikk fra et ekspertstyrt fokus på helse til en bruker- og befolkningsmedvirkning hvor de profesjonelle har gitt fra seg makt, styring og involvering, til befolkningen. I det forebyggende helsearbeidet står *empowerment* sentralt. Empowerment bygger på at individet og fellesskapet får større innflytelse og kontroll på forhold som påvirker helsen. Ifølge Mæland (2021, s. 81) vil det skapes selvforsterkende

sosiale prosesser når en person, gruppe eller lokalsamfunn trekkes med i helsearbeidet. De sosiale prosessene skaper «økt selvfølelse, identitet og tilhørighet» (Mæland, 2021, s. 81).

1.3.1 Opplyste nordmenns ansvar for egen helse og vekt

I Norge ble helse og høy vekt satt i sammenheng på 1950-tallet da statens ernæringsråd fattet interesse for hvordan overernæring kunne øke risikoen for livsstilsykdommer. Dette skjedde på bakgrunn av økt forbruk på fett og sukker som en reaksjon på knappheten under 2. verdenskrig, og også på grunn av økt velstand i landet som ga større valgfrihet i matveien. Hva slags mat man spiste ble satt i sammenheng med ens helse, og kostholdsråd ble en del av statlig kunnskapsformidling (Haavet, 1996, s. 129-132). I 1975 fikk Norge sin første offisielle ernæringspolitikk som ble en del av folkehelsepolitikken i Norge, og ble videreført i folkehelsemeldingen *Resept for sunnere Norge* i 2002 (Halle, 2010, s. 7). I folkehelsemeldingen var det lagt vekt på at den enkelte har et ansvar for egen helse og skal stå ansvarlig for sine valg, men «samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke handlinger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, s. 6). Informasjon og kunnskap om helsevennlige valg hos enkeltpersoner er også understreket i folkehelsemeldinga for 2018-19 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 10). Kunnskapsformidling er et av kjennetegnene i sykdomsforebyggende helsearbeid og er en del av det forebyggende helsearbeidet (Mæland, 2021, s. 21). I denne sammenhengen vil riksdekkende aviser formidle kunnskap om overvekt, da oppgavens datamateriell bygger på gjengivelse av forskning i media.

1.3.2 Biomedisinsk grunnlag

Det sykdomsforebyggende helsearbeidet bygger på en biomedisinsk modell (Mæland, 2021, s. 17). Biomedisin kan defineres som «den delen av medisinen som er knyttet til biologi, med særlig vekt på kroppen (somatikk) og ikke på psykologiske eller samfunnsmedisinske forhold» (Hem, 2021). Biomedisin ble dominerende innenfor helsevesenet på 1900-tallet, og den biomedisinske tilnærmingen var blant annet knyttet opp mot å utdanne medisinske eksperter (Russell, 2013). Statusen til leger og andre medisinske eksperter økte etter hvert som de utformet egne organisasjoner som satte standarden innenfor hva som var tillat eller ikke innenfor utføringen av helsetjenester (Russell, 2013). Biomedisin fikk på 1980-tallet en økende innflytelse på andre institusjoner i samfunnet enn kun helseinstitusjoner. Biomedisin er forankret i sosiale strukturer som industri, staten og massemedia, og den har en økende

sentral rolle i teknisk naturvitenskap (Briggs & Hallin, 2016). Sykdomsforebygging handler om å redusere risiko for sykdom, og integrert i den biomedisinske diskursen finner man den individuelle pasients økt forståelse av egen helse eller sykdom. Ved å endre fokus fra å kurere sykdom til å redusere risiko for sykdom har biomedisin åpnet en dør til å forstå helse som en kontinuerlig jakt på risikoreduksjon (Scheffler & Strasser, 2015, 663-669). Dette perspektivet reflekteres i folkehelsemeldingen hvor kunnskap om egen helse står sentralt. Sykdomsforebygging drives tradisjonelt ved at eksperter stiller diagnose og legger opp en intervensjon for å hindre eller redusere risikoen for sykdom, men sykdomsforebygging kan også skje på gruppe- eller befolkningsnivå gjennom helseopplysning (Mæland, 2021, s. 16). Helseproblemer blir i økende grad dekket av nyhetsmedia som kommuniserer forskningsinformasjon til et bredt publikum bestående av ikke-eksperter, og har dermed en viktig rolle i hvordan forskning på overvekt blir representert (De Dobbelear, Van Leuven & Raeymaeckers, 2018). Dette er, ifølge De Dobbelear et. al, ikke en enkel oppgave da forskning vanligvis består av kompliserte og tekniske forhold.

1.4 Oppgavens oppbygning

Til nå har jeg innledningsvis vist at overvekt og helse har vært knyttet sammen siden antikken, og at helsebegrepet har utviklet seg fra å være ekspertstyrt til å gi mer ansvar til pasienter og samfunnet. Dette blant annet ved å spre informasjon, noe som i økende grad dekkes av nyhetsmedia i dens kommunikasjon av forskningsinformasjon. Videre i kapittel 2 vil jeg gjennomgå den medisinske definisjonen på overvekt, samt gjøre rede for hvor mange av den norske befolkningen som defineres som overvektige. I tillegg vil kapittel 2 vise hvordan begrepet overvekt kan defineres som et sosialt konstruert begrep, og hvordan overvekt er et begrep som kan medføre stigmatisering. I kapittel 3 gjennomgår jeg tidligere forskning som har undersøkt hvordan overvekt representeres i media. I kapittel 4 gjør jeg rede for oppgavens teori og metode. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i deler av kritisk diskursanalyse for å gjennomføre min analyse. Fremgangsmåtene i kritisk diskursanalyse er mange, og det kan være misvisende å si at man benytter kritisk diskursanalyse som metode. Heller kan man benytte kritisk diskursanalyse som en verktøykasse hvor man bruker de delene som er relevante for å besvare det man undersøker (Jäger & Maier, 2015). I min oppgave bruker jeg deler av Normann Faircloughs kritiske diskursanalytiske teori og metode, som gjøres rede for i kapittelet. Kapittel 5 handler om oppgavens datamateriale, søkekriterier og reliabilitet og etiske betraktninger. Her gjør jeg rede for tidsperiode dataene er samlet inn

og hvilke kriterier som ligger til grunn for datainnsamlingen. I tillegg problematiserer jeg bruken av begrepet 'overvekt' i oppgaven. I kapittel 6 analyserer jeg resultatene fra datainnsamlingen, og kommer med eksempler fra datamaterialet som legger grunnlaget for de ulike diskursene jeg gjør rede for. I kapittel 7 diskuterer jeg funnene fra analysen opp mot oppgavens teori og metode. I kapittel 8 avslutter jeg oppgaven med å vise til hvilke diskurser og subjektposisjoner jeg fant i datamaterialet og trekker inn hovedmomentene fra diskusjonsdelen. Til slutt gjør jeg rede for oppgavens begrensninger og forslag til videre forskning.

2 Definisjoner på begrepene overvekt

2.1 Medisinsk definisjon på overvekt

Om man søker opp definisjonen av *overvekt* i bokmålsordboka står det «vekt over det vanlige/for stor vekt» med tilhørende eksempel «hun slet med overvekt». Ser man videre på eksempelet som står i nynorskordboka får man i tillegg noe som kan ses på som en årsakssammenheng: «han åt mykje feit mat og drogst med overvekt». Ut fra definisjonen i ordboken får man et umiddelbart inntrykk av at overvekt er problematisk og uønsket. Men overvekt er et sammensatt begrep med definisjoner som strekker seg lengre enn den vi finner i ordboken. Vekt og helse er både kulturelt og sosialt betinget, og den generelle forståelsen overvekt er i dag bygget på den medisinske definisjonen. Den medisinske definisjonen finner vi hos Verdens Helseorganisasjon (WHO), hvor overvekt og fedme er definert som en unormal eller overdreven fettansamling som kan svekke helsen (World Health Organization, 2021). I denne dominerende medisinske diskursen er hovedårsakene til overvekt en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, og inaktivitet (World Health Organization, 2021; Folkehelseinstituttet 2017). *Body Mass Index* (BMI, på norsk kroppsmasseindeks) er det målet som vanligvis benyttes for å undersøke hvilken vektkategori personer befinner seg i. I tillegg til å inndele personer i vektkategorier, benyttes BMI for å undersøke vekten i en gitt befolkning og hos enkeltpersoner med hensyn til alle typer sykdom som har med vekt å gjøre (Folkehelseinstituttet, 2015). Grenseverdiene for BMI for voksne er fastsatt av WHO, og måles etter formelen der et individs kroppsvekt er delt på kvadratet av høyden til individet angitt i meter (kg/ m^2). BMI inndeles i en skala, BMI-skalaen, med klassifiseringene undervekt, normalvekt, overvekt, og tre grader av fedme.

Klassifisering	Kroppsmasseindeks
Undervekt	18,4 eller lavere
Normalvekt	18,5-24,9
Overvekt	25-29,9
Fedme grad 1	30-34,9
Fedme grad 2	35-39,9
Fedme grad 3	40 eller høyere

Tabell 1: BMI-skalaen. (Kilde: Folkehelseinstituttet, 2015)

2.1.1 Idealmennesket og BMI

Menneskets vekt har vært et tema siden antikken (Gilman, 2010, s. 21), men i 1832 ble grunnlaget for tankene rundt hva som betegnes som dagens idealvekt skapt i arbeidet til den belgiske statistikeren Adolphe Quetelet. Quetelet var interessert i å finne mål på 'gjennomsnittsmennesket' gjennom det som ble kalt Quetelet-indeksen. Quetelet hadde ingen interesse i overvekt og fedme utover det statistiske, hans mål var å definere karakteristikkene til det 'normale mennesket' ved matematiske gjennomsnittverdier. (Eknoyan, 2008). I 1972 ble Quetelet-indeksen omdøpt til kroppsmasseindeks av den amerikanske fysiologen Ancel Keys. Til tross for at Quetelet-indeksen ikke var beregnet på individer, fikk videreføringen av indeksen et bredere bruksområde enn statistikk da Keys presenterte en sammenheng mellom BMI, metabolisme og dødelighet (Blackburd & Jacobs, 2014). BMI benyttes i dag til å «forene hensyn til alle typer av sykdom som har med vekt å gjøre og hensyn til individ og samfunn. [BMI] benyttes også i helseovervåkning» (Folkehelseinstituttet 2015).

Selv om BMI-skalaen er velkjent og utbredt, er bruken av BMI er blitt kritisert fra ulike hold. Blant annet argumenteres det for at BMI ikke kan benyttes for å avdekke individuelle helserisikoer knyttet til vekt (Wharton et al, 2020). BMI tar ikke individuelle hensyn til for eksempel alder, kjønn, etnisitet, muskelmasse, bentetthet, fordeling av fett eller fettprosent (Burkhauser & Cawley, 2018; Strings, 2019; World Health Organization, 2021). Eksempler på at toppidrettsutøvere med høy muskelmasse og lav fettprosent som ifølge BMI-skalaen er definert som overvektige er ofte benyttet i BMI-kritikk. I tillegg er BMI-skalaen blitt kritisert for å ha rasistiske grunntanker, da den ikke tar hensyn til ulike etnisiteter. Den amerikanske sosiologen Sabrina Strings (2019) viser til hvordan afroamerikanske kvinner har en annen

bentetthet enn den homogene gruppen BMI ble utviklet på grunnlag av, hvite europeiske menn, og dermed feilaktig er definert som usunne og uten handlekraft (Strings, 2019). Ifølge WHO er BMI et nyttig verktøy for å måle befolkningers vekt, men på individnivå kan det være misvisende da det ikke nødvendigvis korresponderer til lik grad av fettvev i ulike individer (World Health Organization, 2021).

2.1.2 Den norske befolkningens vekt

Normalfordelingskurven har forskjøvet seg siden Quetelets studier på 1800-tallet. De som ble definert som normalvektige på Quetelets tid, altså flertallet på vektkurven, er i dag i mindretall. Det er flere personer som er definert som overvektige enn normalvektige i Norge i dag. De befolkningsbaserte helseundersøkelsene, helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Tromsøundersøkelsen, viser at den norske befolkningen blir tyngre. De fleste nordmenn befinner seg innenfor kategoriene overvekt eller fedme, om lag 25 prosent av menn og 40 prosent av kvinner har en BMI som definerer dem som normalvektige (Folkehelseinstituttet, 2015). HUNT har siden 1984 hentet inn helseopplysninger og biologisk materiale fra innbyggerne i Trøndelag, og undersøkelsene viser at antall personer med overvekt og fedme siden den gang har økt både blant voksne og barn, men at vektøkningen har stabilisert seg siden 2008 (Brandkvist et al, 2019; Sund, Rangul & Krogstad, 2019, s. 16). Det pågår diskusjoner om hva som bør defineres som normalvekt, når majoriteten ikke lenger passer inn i den eksisterende klassifiseringen av hva som er normalt.

2.2 Overvekt som sosialt konstruert begrep

Den medisinske forståelsen av overvekt, definert av WHO, er blitt kritisert for å problematisere og sykeliggjøre personer med høy vekt, og for å skape et problem hvor ansvaret for å løse 'problemet' blir lagt over på enkeltindivider. Overvekt er et sammensatt begrep, og det er ikke denne oppgavens mål å gjøre rede for årsaker og løsninger på høy vekt, men det er relevant å vise at begrepet overvekt kan ha ulike forståelser. Spriket mellom de ulike faglige institusjonene er for stort til at det til nå finnes en felles enighet om hva overvekt er, om det eventuelt er helsefarlig og i hvilken grad, og hvem eller hva ansvaret ligger hos. Det eksisterer en dikotomi mellom den medisinske forståelsen av vekt og helse og sosialkonstruktivistiske forståelser av begrepene. Sosiologene Patterson og Johnston (2012) identifiserer både en svak og en sterk versjon av konstruktivisme i forståelsen av overvekt. I et sterkt konstruktivistisk perspektiv er overvekt og medførende helserisiko sosialt konstruert.

I denne enden av den konstruktivistiske skalaen utfordres medisinske påstander om økt risiko for helseplager og sykdommer forbundet med overvekt og fedme. Forskere stiller spørsmålstegn rundt det som oppfattes som et selvsagt likhetstegn mellom høy vekt og usunn helse, og stiller seg kritisk til hvordan de med høy vekt blir ansvarliggjort. I et sterkt konstruktivistisk perspektiv vises det til undersøkelser som blant annet tilbakeviser påstander som at vekttap bedrer helsen og at overvekt gir risiko for sykdom (Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver & Gaesser, 2006). Diskusjonen om hvordan vekt påvirker helse er en viktig diskusjon å ta, men det er ikke formålet med denne oppgaven.

I det som Patterson og Johnston (2012) definerer som et svakt konstruktivistisk perspektiv tar man ikke fullstendig avstand fra den medisinske kunnskapen om overvekt, men vektlegger at den er ufullstendig og ubalansert. I dette perspektivet tas det høyde for at forståelsen av overvekt er påvirket av normer og maktstrukturer og at ulike interessegrupper påvirker vår forståelse av vekt og helse. I et konstruktivistisk perspektiv er både vekt og sosiale konsekvenser sosialt konstruert, og man stiller man seg kritisk til dominerende diskurser på grunn av konsekvensene de har for den sosiale verden. (Patterson & Johnston, 2012). Konsekvensene av den medisinske diskursen, som i stor grad utelukker sosiale og politiske forhold og heller ser på de individuelle årsaksforklaringer til høy vekt, medfører stigmatisering av personer som har høyere vekt enn det som BMI-skalaen definerer som normal vekt.

2.2.1 Stigmatisering

Personer med overvekt møter fordommer og stigmatisering på grunn av vekt i ulike nivåer i samfunnet. Til tross for at ikke alle personer med overvekt ikke opplever sin vekt som noe negativt, eksisterer det likevel en bekymring for å bli stigmatisert på grunn av vekt (Shapiro & Neuberg, 2007). Forskning har vist at personer med overvekt og fedme er klar over de vedvarende negative stereotypiene som følger med høy vekt, og at det å være overvektig er kulturelt devaluert (Puhl et al., 2008). I *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963, s. 3*)* la Ervin Goffman grunnlaget for hvordan man forstår begrepet stigmatisering i dag. Goffmans klassiske definisjon på et stigma er en «egenskap som er dypt diskrediterende». Begrepet ligger tett opp til den opprinnelige betydningen som referer til fysiske brennmerker som markerte en persons dårlige moralske karakter. Der stigma tidligere refererte til de kroppslige kjennetegnene brennemerkingene medførte, betegner dagens

forståelse av vanæren et stigma medfører (Goffman, 1963, s.1, 3). En bærer av et stigma kategoriseres som motsetning til 'den normale', og en slik kategorisering fører til man ikke anses som fullt ut menneskelig. I en vektsammenheng vil de som ikke kategoriseres som 'normalvektige' være utsatt for stigmatisering. Goffman argumenterer for at holdningene samfunnet har til personer med stigma reduserer deres livssjanser og hindrer full sosial aksept ved at fokuset ligger på ens stigma og ikke de andre egenskapene ved personen (Goffman, 1963, s. 15).

På grunn av sitt stigma er den stigmatiserte utsatt for generaliseringer og fordommer utover selve stigmaet (Goffman, 1963, s. 6). Undersøkelser vist at personer som klassifiseres med overvekt og fedme er utsatt for negative stereotyper som dumme, late, uten viljestyrke og usunne (Malterud & Ulriksen, 2010; Puhl & Heuer, 2012; Lydecker et. al., Rønold, 2020). Slike stereotyper er sjeldent utfordret i vestlige samfunn, noe som medfører en risiko for sosial urettferdighet og negativ livskvalitet på grunn av stigmatisering (Puhl & Heuer, 2012). Stigmatisering av personer definert med overvekt forekommer blant annet i jobbsammenheng, helsevesenet og i privatlivet. I jobbsammenheng vil stereotypiske holdninger blant kolleger kunne medføre nedsatte sjanser for forfremmelse og ansettelse (Puhl & Heuer, 2009). En norsk kvalitativ undersøkelse viste at personer med høy kulturell og økonomisk kapital trakk symbolske grenser mot personer de anså som overvektige, noe som blant annet påvirket hvem personene med høy kapital ønsket å ansette (Sølvberg, 2017; Sølvberg & Jarness, 2018). Overvekt vil også medføre en fare for stigmatisering i helsevesenet (Puhl & Heuer, 2012). Nastasja Robstad fant i sin doktorgradsavhandling (2020) at norske intensivsykepleiere har negative holdninger til pasienter med overvekt, noe som speiler holdninger til helsepersonell generelt og samfunnet (Robstad, 2020, s, iv). I 2020 publiserte Gro Rugseth og Gunn Engelsruds en vitenskapelig artikkel hvor de undersøkte språkbruk og meningsproduksjon om barn med overvekt i Helsedirektoratets faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Her fant de at Helsedirektoratets fremstillinger av barn med overvekt trakk på stigmatiserende diskurser om overvektige som «uten kontroll og kunnskap» (Rugseth & Engelsrud, 2020). De konkluderte med at den medisinske diskursen som sykeliggjorde overvekt hadde forrang, og fremstillingen av overvektige som syke overskygget muligheten for å se familier med overvektige personer som ressurser. Personer med overvekt møter også stigmatisering i privatlivet gjennom negative kommentarer fra familie, utestengelser fra sosiale institusjoner negativ oppmerksomhet fra andre (Cossrow, Jeffery, & McGuire, 2001). Negativ oppmerksomhet fra nære venner og familie i form av

stygge blikk, kommentarer, fornærmelser og å bli gjort narr av er et av de verste aspektene ved stigmatisering opplevd av personer med overvekt (Puhl et al., 2008)

3 Tidligere kritiske diskursanalyser av overvekt i media

3.1 Norske mediers fremstilling av overvekt

I 2009 gjennomførte Malterud og Ulriksen en diskursanalyse av fremstilling av overvekt og fedme i norsk massemedia. Tekstene var hentet fra en tidsperiode på 3 måneder i 2007. Formålet med studien var å undersøke de normative beskjedene som ble gitt angående kroppsvekt i norsk massemediadiskurs (Malterud & Ulriksen, 2009). Undersøkelsen identifiserte to tydelige normative diskurser. Den ene diskursen hadde et estetisk perspektiv hvor tekstene fokuserte på at vektøkning medførte tap av skjønnet, mens den andre diskursen refererte til hvordan personer med overvekt og fedme manglet selvkontroll, noe som gikk utover deres helse. Overvektige ble fremstilt som udisiplinerte og grådige individer som burde skamme seg. De konkluderte med at media bidrar til en kulturell stigmatisering av overvektige, og at personer med overvekt ikke kan unngå den kulturelle konteksten som fører til stigmatisering, men må finne en måte å takle det på (Malterud & Ulriksen, 2009). I en masteroppgave gjennomførte Anne Sølsnes (2015) en diskursiv undersøkelse av norske nettavisers fremstilling av overvekt og fedme og fedmekirurgi. Hun fant diskurser som forsterket stigmatisering og objektivering av overvektige og fedmeopererte som bygget opp under en styringsmentalitet som prøver å regulere personer i en tynnere retning. I tillegg fant hun en motdiskurs hvor overvekt ikke ble ansett som et problem, hverken på individ- eller samfunnsnivå. Denne motdiskursen fremkom i kun en artikkel i datamaterialet (Sølsnes, 2015, s. 2). Nettavisenes objektivering undergraver ifølge Sølsnes at mennesker er subjekter med egen vilje, og en slik fremstilling bidrar til å umyndiggjøre overvektige (Sølsnes, 2015, s. 98).

3.2 Amerikanske kritiske analyser av fremstilling av overvekt i media

Det finnes få norske kritiske diskursanalyser som omhandler fremstilling av overvekt i norske media. Mesteparten av forskning på hvordan overvekt blir representert i media er blitt gjennomført i USA. Oppgaven min vil derfor være et bidrag til kritisk diskursanalyse i norsk sammenheng, men likevel vil det være relevant å gi en oversikt over hovedtrekkene i hvordan

amerikanske overvekt blir omtalt i amerikanske medier, da andre land ofte sammenligner seg med USA når det kommer til helse og vektøkning i befolkningen.

Amerikanske sosiologer sett en økning i en kontradiksjon i amerikanske avisers omtale av overvekt, nemlig at overvekt både blir beskrevet som noe individer selv ikke har skyld i, men samtidig noe som avhenger individets kontroll og viljestyrke. Årsaker til overvekt blir fremstilt som medisinske, genetiske eller samfunnstrukturelle, men samtidig fremstilles det som noe individer kan påvirke (Saguy & Almeling, 2008; Shugart, 2011). Høy vekt forbindes ofte med både helsemessige konsekvenser og samfunnskostnader, og forskning viser at både enkeltindivider og samfunnsstrukturer blir av media fremstilt som både ansvarlige for at befolkningen blir tyngre og for være ansvarlig for vektnedgang. I en stor medieundersøkelse av amerikanske nyhetsmedier så amerikanske forskere, ved bruk av en data samlet inn over en tiårsperiode, på utviklingen av fremstillinger om overvekt. Undersøkelsen viste at massemedia fremstilte økt vekt hos befolkningen som både en individuell og sosial årsak. Omtalen av sosiale årsaker og løsninger på vekt økte i løpet av perioden dataene var samlet inn, mens det var en nedgang i omtalen av individuelle årsaker (Kim & Willis, 2007). Til tross for en utjevning av personlige og sosiale årsaker til overvekt i media, slipper ikke hovedvekten på det personlige og individuelle aspektet taket (Lawrence, 2004).
Dette fant også Shugart (2011) i sin studie av omtalen av overvekt i amerikanske medier. Shugart (2011) gjennomførte en kritisk analyse, og fant i sin studie at tidligere dominerende fremstillinger av overvekt som et resultat av ytre faktorer eller som et resultat av enkeltindividers handlinger var blitt utfylt av en fatalistisk fremstilling av overvekt som noe uunngåelig. Til tross for at overvekt i amerikanske medier ofte ble fremstilt som noe uunngåelig, påvirket ikke denne utviklingen redusering av stigmatisering av personer med overvekt (Shugart, 2011; Boero, 2013).

Den amerikanske sosiologen Natalie Boero gjennomførte i 2013 en studie hvor hun gjennomgikk ulike samfunnsvitenskapelige tekster som undersøkte hvordan overvekt var representert i amerikanske medier. Overvekt er et komplekst tema, og denne kompleksiteten gjenspeiles i formidlingen om overvekt i de amerikanske mediene. Årsakene til høy vekt er mange, og media formidler både samfunnsstrukturelle og medisinske årsaker, men undersøkelser har vist at media til syvende og sist legger ansvaret på enkeltindivider (Boero, 2013). Boero fant at de samfunnsvitenskapelige tekstene som undersøkte medias fremstilling av overvekt i besto av tre hovedrammer. Den første var den medisinske rammen hvor

overvekt ble fremstilt som en sykdom eller noe man var genetisk betinget. Den andre handlet om omgivelser, hvordan overvekt er et resultat av tilgang på for eksempel prosessert mat, og livsstiler legger opp til høy vekt. Den tredje rammen omhandlet de individuelle moralske trekkene som fører til høy vekt. Her ble overvekt fremstilt som et resultat av individers handlinger, og det var denne siste fremstillingen som var mest fremtredende i mediene (Boreo, 2013).

4. Teori og metode

4.1 Kritisk diskursanalyse

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for delene av kritisk diskursanalytisk teori og metode jeg kommer til å ta i bruk i oppgavens analyse og diskusjon av resultater. Diskursanalyse er en paraplybetegnelse på flere forskjellige metoder. Den den franske historikeren og filosofen Michel Foucault har hatt innflytelse på hvordan diskursanalysen som teori og metode brukes i dag. Foucault utviklet metoder for å undersøke reglene for hva som blir akseptert som sannhet i bestemte historiske epoker (Jørgensen & Philips, 1999, s. 21). Til tross for at det eksisterer flere ulike diskursanalytiske metoder og teorier, har de fleste til felles at de bygger på Foucaults idé om at sannhet skapes i diskurser, og at i verdenen vi lever i finnes det flere mulige sannheter. Hva som anerkjennes som sant eller ikke legger begrensninger på hva man aksepterer som meningsfulle utsagn (Jørgensen & Philips, 1999, s. 23).

Kritisk diskursanalyse (KDA) er en retning innenfor diskursanalyse, og denne oppgaven tar utgangspunkt i Norman Faircloughs KDA. Faircloughs teori og metode ligger innenfor en tradisjon innen KDA som fokuserer på å gi en bedre forståelse for hvorfor og hvordan maktforhold begrenser individers handlingsrom og muligheten til å tenke nytt (Fairclough, 2010, s. 2). Spørsmål som står sentralt innen KDA er blant hvordan media endrer representasjoner og relasjonstyper, hva som verdsettes i samfunnet vi lever og hvordan det påvirker våre sosiale forhold (Fairclough, 2010, s. 340). Disse spørsmålene vil også stå sentralt i denne oppgaven som skal undersøke hvilke sannheter, diskurser, som fremmes i forskningsrelaterte avisartikler, og hvilke subjektposisjoner som eksisterer rundt overvekt. Oppgaven har tidligere vist at sosiale forhold og relasjoner blir påvirket av stigmaer som eksisterer rundt overvekt, og at stigmaer begrenser individers handlingsrom. Faircloughs

forståelse av KDA er basert på antagelsen om at språk er en ikke-reduserbar del av det sosiale livet. Språket er dialektisk sammenkoblet med andre elementer av det sosiale liv, og derfor må samfunnsforskere alltid ta hensyn til språket (Faircloug, 2003, s. 2).

4.1.1 Diskurs

Diskurs er et begrep som i ulike kontekster kan ha ulike betydninger. Som nevnt innledningsvis, kan man generelt sett si at diskurser er ulike måter å se verden på som er knyttet til ulike sosiale aktører. (Skrede, 2017, s. 35). Faircloughs betydning av diskursbegrepet inneholder både lingvistiske og sosiale aspekter. Fairclough mener man ikke kan får en helhetsforståelse av sosiale effekter uten lingvistiske verktøy som undersøker hva som faktisk skjer i tekster, men understreker også at en ren tekstanalyse er utilstrekkelig i en samfunnsvitenskapelig analyse. Begge tilnærmingene er nødvendig for å kunne gjennomføre en analyse av diskurser (Fairclough, 2003, s. 3). Fairclough visker ut 'enten eller'-skillet mellom lingvistikk og samfunnsvitenskap, og beveger seg mot en sosialsemiotisk tilnærming i lingvistikken, hvor man er mer opptatt av de sosiale implikasjonene av språkbruk enn ren lingvistikk (Skrede, 2017, s. 24). I definisjonen av diskurs som denne oppgaven tar utgangspunkt i tar Fairclough høyde for både det språklige og det sosiale. Oppgaven bygger på Faircloughs dialektiske syn på diskurs som en sosial praksis som både påvirker og blir påvirket av sosiale strukturer.

Fairclough (2015, s. 8) definerer diskurs som «language as a form of social practice determined by social structures» og «as well as being deteminded by sosial structures, discourse has effects upon social structures and contributes to the achievemt of social continuity or social chance» (Fairclough, 2015, s. 67). For å få en bredere forståelse av definisjonen over vil jeg her gjøre rede for betydningen bak begrepene. Sosiale strukturer kan ifølge Fairclough (2003, s. 23) betegnes som et potensial, og dette potensialet inneholder både muligheter og begrensninger. Sosiale strukturer er et abstrakt begrep, og eksempler er økonomiske strukturer, sosial klasse eller språk. Sosiale strukturer påvirker sosiale begivenheter, det som faktisk skjer. Begivenheter er ikke direkte effekter av sosiale strukturer, men forbindes av det Fairclough betegner som sosial praksis, hvor diskurs ligger inn under. Sosial praksis kontrollerer og selekterer visse strukturelle muligheter, og ekskluderer andre (Fairclough, 2003, s. 23). Diskurs er en sosial praksis som altså skaper et rom med både muligheter og begrensninger for sosiale strukturers påvirkning på faktiske

begivenheter. Fairclough argumenter for at forholdet mellom diskurs og sosiale strukturer er dialektisk ved at sosiale strukturer både konstruerer og er konstruert av sosial praksis (Fairclough, 2015, s. 17). Diskurser er ikke kun en refleksjon av verden, men en aktiv del av den som kan skape endring.

4.1.2 Sosiale effekter

Denne oppgaven skal undersøke ulike subjektposisjoner og diskurser i avistekster fordi tekster har sosiale effekter. Tekster kan ha ulike sosiale kausaleffekter på ulike nivåer, både på et individuelt nivå og et strukturelt nivå. Tekster kan påvirke vår kunnskap om verden rundt oss ved at de er informative og man kan lære av dem. De kan påvirke vår tro, våre verdier og våre væremåter. Å oppnå ny kunnskap som kan endre våre synspunkt på ulike fenomener i verden er nok kausaleffekter de fleste har fått oppleve ved å forholde seg til ulike tekster, men tekster kan også ha kausaleffekter som påvirker hvordan vi oppfatter oss selv i den sosiale verden (Fairclough, 2003, s. 8). Slike kausaleffekter kan ha oppstått ved at tekster over lang tid har ført en diskurs som har skapt nye identiteter (Fairclough, 2003, s. 8). For eksempel kan det å identifisere personer med overvekt som et samfunnsproblem skapt av individuelle handlinger fremstille personer som kunnskapsløse.

I tillegg til å ha kausaleffekter på et individ- og gruppenivå, vil effekter av tekster også ha betydning for hva som skjer på strukturelle nivåer**.** I denne sammenheng er det ikke snakk om en mekanisk kausalitet i form av at tekster automatisk skaper endring, kausalitet ikke er det samme som regularitet og det er ikke gitt at en viss type tekst fører til en spesifikk effekt. Tekster kan ha kausale effekter uten å være regulære, og ulike fortolkninger av en og samme tekst kan gi ulike effekter (Fairclough, 2003, s. 8). I denne sammenhengen vil for eksempel tekster som fremmer meninger om at overvekt er et problem som kan løses på samfunnsnivå påvirke politiske tiltak som for eksempel avgifter og innføring av skolemat. Dette kommer jeg tilbake til når jeg skal gjennomgå resultatene i oppgaven.

4.1.3 Ideologi og hegemoni

I tillegg til sosiale effekter kan tekster også ha ideologiske effekter. Fairclough definerer ideologi som representasjoner av ulike aspekter av verden som kan bidra til å etablere, opprettholde og endre maktrelasjoner, dominasjon og utnyttelse (Fairclough, 2003, s. 9). Når ideologier som er bygget inn i konvensjoner blir oppfattet som en del av vår naturlige praksis,

er det vanskelig å gjenkjenne dette som ideologi (Fairclough, 2015, s. 101). Ideologi befinner seg ifølge Fairclough (1992, s. 91) både i strukturene som utgjør utfallet av tidligere hendelser og betingelsene for nåværende hendelser, og i selve hendelsene når de reproduserer og endrer de strukturelle betingelsene. Det er lettere å påpeke ideologier i for eksempel andre kulturer enn sin egen, fordi normer, meninger, konvensjoner og språkbruk skiller seg fra det man oppfatter som naturlig. En ideologi som blir ansett som naturlig vil inneholde en diskurstype som dominerer andre diskurstyper som kjemper om definisjonsrett på samme fenomen. I forhold til overvekt og ideologi blir det argumentert for at overvekt er et moralsk og ideologisk konstruert problem. Flere forskere hevder at samfunnet bygger på en ny-liberalistisk ideologi hvor selvkontroll verdsettes, og personer med overvekt blir ansett som å mangle denne selvkontrollen (Vandebroeck 2014; Gard, 2011). En diskurstype kan dominere andre ved å enten undertrykke diskurser, eller ved å omslutte dem ved å benytte dets språk og begreper, men fjerne meningen bak den og erstatte det med sin egen. Den vil ikke legge opp til alternative måter å forstå verden på, og på den måten vil den dominante diskurstypen ikke lenger være en del av flere mulige forklaringer, men selve forklaringen (Fairclough, 2015, s. 113).

Når en bestemt ideologi former vår naturlige oppfatning av virkeligheten, mister den sine ideologiske trekk og vi kjenner den mer som noe naturlig enn som en representasjon som ulike makthavere har kjempet for å legitimere. Når noe oppfattes som naturlig, får det samtidig en nøytral status som gir språket og makten i ideologien nøytralitet, og det blir vanskelig å stille spørsmålstegn rundt noe som er skjult og nøytralt. Eksempel på kan være hvordan pasienter forholder seg til leger, og maktforholdet mellom. Dette eksempelet viser at det finnes ulike grader av makt, og ikke all makt er utelukkende negativ. Makt kan være skjult, legitim og ikke legitim, direkte og indirekte. Ifølge Fairclough er det ikke kun direkte illegitim makt som må undersøkes, like viktig er det å undersøke de skjulte maktforholdene som vi tar for gitt (Fairclough, 2015). Å undersøke ideologier står derfor sentralt i kritisk diskursanalyse, «ideologikritikk er først og fremst det å vise hvordan noe som av mange oppfattes som naturlig, i virkeligheten er historisk, kulturelt og politisk betinget» (Grue, 2011, s. 112)

Ideologier som blir ansett som naturlige vil oppnå hegemoni, men dette er ikke en uforanderlig status. Ifølge Fairclough består verden av flere konkurrerende ideologier. Mennesker er ikke fastlåste innenfor en bestemt ideologi, men posisjonerer seg innenfor

ulike, konkurrerende ideologier. Dette kan føre til en bevissthet rundt ideologiske virkninger og til sosial endring (Fairclough, 1992, s. 92). Det kan være vanskelig å forstå at ens normale konvensjonelle handlinger har en ideologisk dimensjon som kan bidra til opprettholdelse eller endring av ulike maktforhold. Om man er bevisst ideologiske virkninger vil ideologien ikke lenger være skjult, og kan miste sin hegemoniske status. Her trekker Fairclough på filosofen Antonio Gramscis idé om at alle sosiale grupper deltar i en forhandlingsprosess hvor de konkurrerer om å få mest mulig innflytelse på den dominante diskursen. Kampene og forhandlingsprosessen mellom de dominerende og dominante diskurstypene fører til at hegemoni vil ha en midlertidig eksistens og aldri oppnås fullstendig (Fairclough, 1992, s. 92; Jørgensen & Philips, 1999, s. 87-88). Gramscis teori om hegemoni vil ifølge Fairclough gi oss en mulighet til å analysere diskursive endringer og endringer i maktrelasjoner, samtidig som man kan undersøke hvordan diskursiv praksis bidrar til og formes av større sosiale endringsprosesser (Fairclough, 1992, s. 92).

4.1.4 Subjektposisjoner

Diskurser skaper ulike subjektposisjoner som personer må forholde seg til. Begrepet subjektposisjon nærmer seg det klassiske rollebegrepet i sosiologien, men i kritisk diskursanalyse tillegges det en ekstra dimensjon. En rolle i klassisk sosiologi defineres gjerne som «'det dynamiske aspektet ved statusen' det vil si en persons faktiske oppførsel innenfor rammene av en bestemt status» (Eriksen, 2010, s. 64). Rammene rollen forholder seg til setter normative og relasjonelle premisser for hvordan man handler i ulike sosiale kontekster. Mens roller er knyttet til institusjoner og spesifikke roller man inntar i ulike sosiale kontekster, er subjektposisjoner knyttet opp mot diskurser. Diskurser åpner for at man har flere sosiale statuser som påvirker ens oppførsel i flere sosiale kontekster (Neumann, 2021, s. 114). Utgangspunktet for diskursanalysens subjektforståelse ble levert av Foucault som utviklet en teori for hvordan sosiale subjekter og objekter er formet av diskursive praksiser (Jørgensen & Philips, 1999, s. 24).

Ifølge Foucault er ikke individer autonome sosiale subjekter, men resultater av diskursene de befinner seg i. Her benytter ikke sosiale subjekter språket til å uttrykke seg, det er språket som uttrykker seg gjennom de sosiale subjektene (Kvale, gjengitt i Jørgensen & Philips, 1999, s. 24). Fairclough bygger videre på Foucaults forståelse av diskursers bestemmende egenskaper. Hver diskurstype etablerer sine bestemte sett med subjektposisjoner som legger

føringer og setter begrensninger på de som opererer innenfor diskursene (Fairclough, 2015, s. 122). Han er altså enig i at sosiale subjekter er formet av diskursive praksiser, men legger til at diskurser ikke kun konstituerer, men også er konstruert av sosiale objekter (Fairclough, 2015, s. 69). Dette er igjen en dialektisk tilnærming, hvor sosiale subjekter ikke kan reduseres til diskurser, men bidra til å skape endring i og opprettholde subjektposisjoner. For Fairclough er begrepet 'subjektposisjon' passende til å beskrive hans dialektiske tilnærming, da 'subjekt' både kan referere til noe passivt og undertrykt, samtidig som det også er det aktive i en setning – noe som får ting til å skje (Fairclough, 2015, s. 69). Subjektposisjonene aktører forholder seg til begrenser deres handlingsrom, men innenfor denne begrensningen åpnes muligheten for handling. De sosiale subjektene som forholder seg til subjektposisjonene er kreative aktører som trekker på sine erfaringer og forkunnskaper om diskursordenen når de skal tolke eller produsere diskurser. På denne måten kan diskurser reproduseres ved å opprettholdes eller transformeres (Fairclough, 2015, s. 69). Sosiale agenter og subjektposisjoner, er sosialt begrenset, men det betyr ikke nødvendigvis at deres handlinger er sosialt bestemt (Fairclough, 2003, s. 22). Den sosiale prosessen med å skape sosiale subjekter skjer ved å sette personer i ulike subjektposisjoner gjennom hele livet, noe som fører til at subjektet ikke kan ses på som en enhet, men som sammensatte personligheter (Fairclough, 2015, s. 123)

Subjektposisjoner kan ha ideologiske effekter. Foucaults innsikter om subjekter springer ut fra den franske filosofen Luis Althusser som knytter subjekt og ideologi sammen, hvor språk konstruerer en sosial posisjon for individet og dermed gjør de til et ideologisk subjekt hvor ideologien skjuler hvordan virkeligheten egentlig er (Jørgensen & Philips, 1999, s. 25, 27). Foucault tar avstand fra det ideologiske subjektet i Althussers teori. Foucault ser ikke en mulighet for å finne en 'sannere' sannhet bak diskursen, og mener sannhet, subjekter og subjektrelasjoner finnes i selve diskursen (Jørgensen & Philips, 1999, s. 27). Fairclough gir ikke helt slipp på ideologien i subjektposisjonene, men i stedet for å se på ideologi som å fortrenge og skjule reelle relasjoner og sannheter, er Fairclough interessert i å undersøke de ideologiske virkningene av diskursiv praksis (Jørgensen & Philips, s. 27).

4.1.5 Aviser og makt

Aktører med diskursiv makt kan kontrollere innholdet i diskurser, hvilke subjektposisjoner som kan inntas og hvilke sosiale relasjoner som skapes mellom personer i diskurser

(Fairclough, 2015 s. 76). Alle disse formene for makt kan man finne i media. Ofte er maktrelasjonene i media uklare (fordi), og på grunn av det kategoriserer Fairclough mediemakt som skjult makt. Hvem sine synspunkter som blir produsert i forskningsrelaterte avisartikler kan ligge innenfor det uklare maktrelasjonsaspektet. Om det er journalisten, avisen som institusjon eller andres synspunkter som blir fremmet kan ofte ikke være klart (Fairclough, 2015, s. 79) Et spørsmål man kan stille seg i denne sammenhengen er om journalister bruker forskning til å legitimere sine fordommer mot personer med overvekt og fedme. Men Fairclough viser også hvordan mediemakt kan være skjult for journalister ved å argumentere for at måten media opprettholder sin makt på kan oppfattes som profesjonell praksis av de som arbeider i media. Journalistikk blir definert av Martin Eide, professor i informasjons- og medievitenskap ved Universitet i Bergen, som «[...] en moderne institusjon som innhenter, bearbeider og formidler informasjon som gjør krav på å være sann, og som kan være demokratisk relevant» (Eide 2011, s. 10). Videre forklarer Eide at et perspektiv for journalisters virksomhet er å hente frem informasjon og kunnskap som er interessant for offentligheten blant annet for at samfunnsborgerne skal forstå verden (Eide, 2011, s. 11). Norsk presses oppgave er å være en samfunnsovervåker som skal avsløre maktmisbruk (Fjerde statsmakt, 2020). Ved å benytte Faircloughs kritiske diskursanalytiske teori om makt og media kan man kunne undersøke baksiden av medias samfunnsoppdrag og de profesjonelle antagelsene blant de som arbeider innenfor media, nemlig at de kan benyttes til å skjule makten i mediadiskursen fra mediearbeiderene selv og fra samfunnsborgerne (Fairclough, 2015, s. 83)

Norske riksdekkende aviser kan produsere subjektposisjoner som inntas av leseren. I motsetning til en toveisinteraksjon, hvor avsender av innhold kan tilpasse språket gjennom direkte tilbakemelding fra mottaker, vil diskursen i media være påvirket av at det er en enveisinteraksjon skapt for et stort publikum. Dette har betydning for leseren i form av at media, uten å nøyaktig vite hvem mottakerne av tekstene er, skaper det Fairclough betegner som et idealsubjekt av leserne. Idealsubjektet er nødt til å forholde seg til de ulike subjektposisjonene i diskursene som blir fremmet i avisene (Fairclough, 2015, s. 78). Gjennom å posisjonere leseren, vil riksdekkende aviser kunne utøve en gjennomtrengende påvirkning i sosial reproduksjon (Fairclough, 2015, s. 82). Som vi så tidligere i oppgaven betraktes sosiale subjekter som både passive og aktive, og dette åpner for en forståelse av at mediemakt ikke automatisk er et resultat av medias eksistens. Siden subjekter aktivt forholder seg til subjektposisjoner, kan de også aktivt forholde seg kritisk til medias idealsubjekter og

dermed også ha mulighet til å ta avstand fra dem. En tekst alene trenger heller ikke ha betydning for mediemakt, men makteffekter er kumulative. Avisene arbeider gjennom høy grad av repetisjon av subjektposisjoner og hvordan lesere forholder seg til kausaliteter, og skalaen riksdekkende aviser opererer på gir en høy eksponering til populasjonen, som er et relativt homogent publikum (Fairclough, 2015, s. 82).

4.2 Diskursanalytiske verktøy som metode

Metaforer

Et verktøy når man skal analysere diskurser er å undersøke metaforene i tekstene. En metafor er «[e]t språklig bilde [som] kan hjelpe oss med å forstå et fenomen, men det *styrer* også vår forståelse av fenomenet i stor grad» (Svennevig, 2020, s. 201). Alle aspekter av en opplevelse kan bli representert med metaforer, og forholdet mellom de alternative metaforene er interessante fordi ulike metaforer har ulike ideologiske tilknytninger (Fairclough, 2015, s. 137). Ifølge Svennevig (2020, s.201-202) er det interessant å undersøke metaforer fordi de kan bidra til å skjule eller fremheve aspekter ved fenomener, noe som påvirker hvordan man oppfatter fenomenet.

At metaforer former vår oppfattelse av verden kjenner vi igjen fra kritisk diskursanalytisk teori som sier at språk og diskurser former virkeligheten. Hvordan metaforer former oppfattelse av verden ser vi i Lakoff og Johnson (1980) sine teorier om metaforer. Lakoff og Johnson hevder at «metaforer delvis strukturerer våre hverdagsbegreper og at denne strukturen speiles i vårt bokstavelige språk» (Lakoff & Johnson, 1980, s. 47). Denne oppgaven skal ikke diskutere Lakoff og Johnsons teorier om metaforer opp mot kritisk diskursanalyse, men bruke deres metaforteorier som et metodisk supplement i analysen. I følge Lakoff og Johnson er metaforer ikke forbeholdt poesi og språklige virkemidler som krydrer tekster, men en viktig del av vårt språk og begrepssystem. Lakoff og Johnson mener vårt begrepssystem er grunnleggende metaforisk, og dermed vil metaforer være en viktig påvirkning på hvordan vi tenker, hva vi erfarer og hva vi gjør. I denne oppgaven vil jeg benytte to av Lakoff og Johnsons typer metaforer: strukturmetaforer og ontologimetaforer.

I en strukturmetafor er begreper metaforisk strukturert ut fra et annet begrep (Lakoff & Johnson, 1980, s. 17). Metaforen *diskusjon er krig* er ikke en poetisk fremstilling av diskusjoner, her benyttes begrepet krig for å begrepsliggjøre diskusjoner ut fra kamp (Lakoff

& Johnson, 1980, s. 10). Diskusjon adopterer vokabular fra krig, og dermed opplever vi diskusjoner som kamper deltakerne skal vinne. Valg av metaforer vil påvirke hvordan vi oppfatter virkeligheten. Denne metaforiske betraktningen av diskusjon skjuler andre måter å oppfatte diskusjoner på. Lakoff og Johnson foreslår en annen metafor på diskusjon, nemlig som et samarbeid om en felles løsning som alle kan være enige i. Krigsmetaforen skjuler dette samarbeidsaspektet av diskusjonsbegrepet (Lakoff & Johnson, 1980, s. 13). I denne oppgaven er for eksempel strukturmetaforen 'fedmeepidemi' relevant. Dette er en metafor på noe smittsomt, potensielt ukontrollerbart og svært farlig. Denne metaforen vil analyseres nærmere i kapittel 7.

Ontologiske metaforer benyttes for å konkretisere våre erfaringer ved å behandle dem som entiteter og stoffer, som beholdere eller som personer. Ved å skape entiteter eller stoffer av våre erfaringer, kan de refereres til, kategoriseres, grupperes og kvantifiseres, og dermed resoneres omkring (Lakoff & Johnson, 1980, s. 27). Eksempelvis kan man bruke en ontologisk metafor for hvordan menneskets sinn kan oppfattes som en entitet, ved for eksempel å se på det som en maskin hvor «det koker under topplokket». Dette fører til at metaforen tingliggjør noe ikke-fysisk, slik at kan man handle ut fra metaforen, se på den som en årsak, utpeke et bestemt aspekt ved den, og kanskje få en forståelse av sinnet som man ikke får uten den metaforiske tilnærmingen (Lakoff & Johnson, 1980, s. 27-29). Ontologiske metaforer som personifiserer gjenstander gir ikke-menneskelige entiteter menneskelige motivasjoner, kjennetegn og aktiviteter. En slik personifisering fører til at man får bestemte måter å handle ovenfor disse entitetene, for eksempel kan overføre et fiendebilde på en ikke-menneskelig gjenstand. Lakoff og Johnson benytter inflasjon som eksempel. Ved å omtale inflasjon på fiendtlig måte vil det rettferdiggjøre statens handlinger som skal bekjempe inflasjonen, bekjempe fienden (Lakoff & Johnson, 1980, s. 34-35). I denne oppgaven vil et eksempel på en ontologisk metafor være «vektfiende». Elementer som blir definert som vektfiender får menneskelige egenskaper ved å være fiender. I denne sammenhengen er det mat som er fienden.

En kritikk som er blitt rettet mot analyser av metaforer handler om hvordan man kan risikere å legge personlige, kulturelle føringer for analysen som ikke nødvendigvis stemmer med hvordan andre oppfatter metaforer. Kritisk diskursanalyser som har benyttet Lakoff og Johnsons metaforteorier som metodisk verktøy er blitt kritisert for overfortolkning. Ved å undersøke en kritisk diskursanalyse av nyhetstekster, fant O'Halloran (2007) at tolkningen av

de metaforiske uttrykkene i artiklene ikke stemte overens med hvordan sammensetningen av metaforer ble uttrykt når man kontrollerte med et større tekstkorpus. Ifølge O'Halloran (2007) er dette problematisk fordi man kan ende opp med å feiltolke metaforer og dermed få et uriktig inntrykk av hvordan verdier og ideologier er representert i tekstene. O'Halloran (2007) foreslår en løsning på et slikt feiltolkningsproblem, nemlig å benytte seg av større tekstkorpus for å undersøke hvordan metaforene man finner i sine tekster stemmer overens med de samme metaforene andre tekster. Denne oppgavens begrensninger tillater ikke en kontroll av metaforer opp mot et større tekstkorpus. Likevel ser jeg det som relevant for analysen å inkludere analyser av metaforer, da metaforer forklarer og forenkler abstrakte begreper, og valg av metaforene man benytter i stedet for de abstrakte begrepene vil som nevnt skjule og fremheve ulike aspekter av begrepene. Ved å undersøke metaforer i tekster, kan man øve opp en kritisk kompetanse til å se hvordan metaforer påvirker våre oppfatninger (Skarpeid, 2005, s. 17). Å analysere metaforer vil være subjektivt og kulturelt betinget, slik som kritisk diskursanalyse generelt, og ulike tiltak kan tas for å sikre validitet og reliabilitet. Oppgavens validitet og reliabilitet vil diskuteres videre senere i oppgaven.

Verdiladde ord

Ord kan ha ulike verdier, det kan være positivt, negativt eller nøytralt ladet. Ofte er det konteksten ordet er satt i som avgjør om det oppfattes som positivt eller negativt. Ord gir ulike konnotasjoner og kan si noe om avsenders holdninger. For å unngå ord som kan forstås som negative, kan de erstattes med ord som oppfattes som nøytrale eller konvensjonelle. Disse erstatningsordene, eufemismer, kan bidra til at man unngår negative verdier (Fairclough, 2015, s. 134-135). I kritisk diskursanalyse er det relevant å undersøke ords betydning, da ord som er negativt ladet, eller nøytrale ord som blir negative i en gitt kontekst, kan bidra til diskriminering og stigmatisering av grupper i samfunnet (Svennevig, 2020, s. 204-205)

Agens og nominalisering

Et analytisk verktøy er å undersøke om setninger er passive eller aktive. I passive setninger vil aktørers handlingsvalg forsvinne, og hendelser blir fremstilt som noe som skjer utenfor aktørers kontroll (Bratberg, 2019, s. 55). Et annet språklig virkemiddel som kan skjule aktører, er nominalisering. Nominalisering er en språklig metafor hvor prosesser blir konvertert til substantiv. Fairclough (2003, s. 220) bruker 'stålproduksjon' som er en

nominalisering av ‘arbeidere som produserer stål’ som eksempel. Nominalisering bidrar til at tekster blir upersonlige, og i likhet med passive setninger kan aktører og deres handlinger tildekkes. ‘Vektnedgang’ er et eksempel som er relevant i denne oppgaven. Begrepet ‘vektnedgang’ er en prosess som er omgjort til et substantiv, og dette skaper et bilde av en passiv prosess uten hensyn til individuelle forskjeller. Når en prosess nominaliseres vil noe av meningen i en setning forsvinne, det blir vanskelig å tidfeste prosessen og agentene som bidrar i prosessen (Fairclough, 2015, s. 140). Grunner til å utelate agens kan være at det er overflødig å nevne eller uten interesse for leseren, men det kan også være et forsøk på å tilsløre hendelser og ansvar (Svennevig, 2020, s. 209; Fairclough, 2003, s. 220). Det er av sosiologisk interesse å undersøke om sosiale aktører blir fremstilt som passive eller aktive, for eksempel om ‘de fattige’ alltid blir fremstilt som passive, vil implikasjonen av det være at de fremstår som uten handlekraft (Fairclough, 2003, s. 222).

Pronomen

Pronomen er verdt å merke seg i tekster fordi de sier noe om avsenders autoritet (Fairclough, 2015, s. 143), og fordi de kan vise hvordan tekster representerer og konstruerer grupper. De skaper et skille mellom ‘vi og ‘dem’ (Fairclough, 2003, s. 149). Denne ‘vi’ og ‘dem’ skaper en polarisering mellom inngrupper og utgrupper, og fører til en distanse eller negative oppfatninger mot medlemmene av utgruppene (Wodak & Meyer, 2015). Pronomenbruk er ikke fastlåste i en tekst, for eksempel kan pronomenet *vi* brukes om en gitt gruppe som direkte eller indirekte omtales i teksten, men også referere til alle i samfunnet vi lever i (Fairclough, 2003, s. 150). Pronomen skaper, i likhet med substantiv, sosiale aktører, som igjen kan bli gruppert ved ytterlige pronomenbruk.

Modalitet gir uttrykk for avsenders autoritet (Fairclough, 2015, s. 142) Modalitet kan uttrykkes relasjonelt og ekspressivt. Relasjonell modalitet forteller oss om avsenders autoritet i forhold til andre. Det sier noe om hvordan forholdet mellom deltakerne defineres og hvilken relasjon som etableres og avsenders forhold til representasjon av sannheten, (Fairclough, 2015, s. 142; Svennevig, Sandvik & Vagle, 1995, s. 177). Språklig ser man relasjonell modalitet hvor avsender uttrykker vurdering av nødvendighet og tilbøyelighet i språkhandlinger (Svennevig, Sandvig & Vagle, 1995, s.177). Ifølge Fairclough (2015, s. 143) er det interessant å undersøke relasjonell modalitet fordi autoritet og makt over andre gjennom språklige virkemidler som grader av modalitet er av ideologisk interesse. Ekspressiv modalitet handler om avsenders forhold til sannhet eller virkelighetsoppfatning (Fairclough,

2015, s. 142; Svennevig, s. 177). Ved å undersøke modaliteten i en tekst, kan man se hvordan avsender uttrykker sin holdning i det som blir skrevet. Modale hjelpeverb som *vil, er, bør* og *må* er eksempler på hvordan sterk modalitet, mens ord som for eksempel *litt* eller *kan* uttrykker svak modalitet (Svennevig, 2020, s. 23; Svennevig, Sandvik & Vagle, 1995, s. 177). Når man undersøker modalitet i en tekst ser man etter eksempler hvor noen påstår noe eller stiller spørsmål, krever noe eller tilbyr noe (Skrede, 2017, s. 49-51).

4.3 Datamaterialet og søkekriterier

4.3.1 Søkestreng og tidsperiode

I datainnsamlingen ønsket jeg å finne tekster som omhandler temaet overvekt og helse knyttet opp mot gjengivelse av forskning. Jeg brukte det digitale mediearkivet Atekst for å innhente datamateriale fra riksdekkende aviser. Arkivet inneholder kilder fra 1945 og frem til i dag. Jeg hentet inn datamateriale fra tre punktnedslag i 2019, 2020 og 2021. På grunn av oppgavens begrensninger valgte jeg å samle inn data fra 18 måneder fordelt over de tre årene. Dataene er samlet inn fra 1. juni 2019 til 1.juni i 2020 og materialet fra 2021 er samlet inn mellom 1. mai og 1. november. Perioden jeg har avgrenset meg til vil gi et tidsbilde som kan si noe om hvordan overvekt fremstilles i forskningsrelaterte artikler i media i dag. I utgangspunktet skulle jeg ikke inkludere siste halvdel av 2021, men ønsket å undersøke om dataene fra 2019 og 2020 skilte seg fra de fra 2021. Dette fordi NRK viste TV-serien 'Eitt feitt liv', som nyanserte forskning på vekt og helse. Datamaterialet fra 2021 skilte seg ikke ut fra de to foregående tidsperiodene, derfor er ikke denne oppgaven en komparativ studie, men en casestudie jeg utvikler.

For innsamling av datamateriale benyttes søkestrengen *(overvekt* OR fedme*) AND (forskning* OR forsker*)*. Som nevnt er overvekt, overvektig og fedme begreper som kan ha negative konnotasjoner. Blant annet ønsker kroppsaktivister og personer som er kroppspositive å endre måten man omtaler vekt på, og mener disse begrepene er utdaterte. Derfor kan det sies at søkeordene kanskje utelater tekster som inneholder synonymer, for eksempel 'tjukk' eller 'høy vekt'. Å utelate ord kan gi bias søkeresultater, og vil føre til at analysen ikke inkluderer alle diskurser rundt vekt, helse og forskning. Etter å ha undersøkt artiklene som referer til forskning, skrevet av blant andre kroppsaktivister og andre som ønsker å utfordre motsetningen «sunnhet og høy vekt» ser jeg at oppgavens søkestreng inkluderer tekster som inneholder synonymer for overvekt. For å undersøke om tekstsøket

mitt inneholdt 'kroppspositivistiske' diskurser, gjorde jeg et søk hvor jeg erstattet (overvekt* OR fedme*) med (kroppsaktivis* OR kroppspositiv* OR tjukk* OR tykk* OR fet). De relevante tekstene i resultatene inneholdt enten 'fedme' eller 'overvekt'. På denne måten ser jeg at en form for kroppsaktivistdiskurs blir inkludert i tekstene fra den opprinnelige søkestrengen som oppgaven tar utgangspunkt i.

Ved å bruke a-tekst retriever samler jeg inn data som har vært publisert i papiraviser. Det betyr at tekstene som kun er publisert på avisenes nettsider faller utenfor denne analysen. I tillegg vil ikke tekster fra nrk.no være inkludert i dette søket. Dette kan være en svakhet i datamaterialet, da nrk.no er en nyhetside som inkluderer både artikler om forskning og debattinnlegg som kan være relevante for denne analysen. Etter å ha gått gjennom tekster på nrk.no som inkluderer søkeordene 'overvekt' og 'forskning' ser jeg at treffene jeg får er relevante, men også at mitt innsamlede datamateriale i stor grad dekker de samme temaene som tekstene på nrk.no. Den store forskjellen er at det er mindre av 'slik går du ned i vekt'-tekstene på nrk.no, selv om de forekommer. I likhet med mitt datamateriale handler flesteparten av tekstene på nrk.no om økt risiko for ulike sykdommer på grunn av økt vekt.

Tekstene oppgavens analyse bygger på er fra 2019, 2020 og 2021, men å referere til forskning rundt vekt og helse er ikke et nytt fenomen, det har vært gjort i riksdekkende aviser i flere tiår. Et kjapt søk i Atekst viser at oppgavens søkestreng får 6710 treff i riksdekkende media (fra dato til dato). Her må man ta høyde for at ikke alle treff nødvendigvis er relevante, men fortsatt viser dette høye antallet at gjengivelse av forskning på overvekt er et populært tema for avisene. Det første treffet man får når man søker i hele arkivet for riksdekkende aviser med oppgavens søkestreng er en artikkel i VG fra 1949. Her har avisens USA-korrespondent stilt spørsmålet «Bør vi alle spise mindre?», og viser til den tids nyere forskning som viser en statistisk sammenheng mellom overvekt og økt dødelighet. Journalisten som gjengir den amerikanske forskningen forklarer at sjansen for å leve lengre er større hos de som «klarer å holde seg i skinnet» ved å unngå vektoppgang og «[...] det er ting som tyder på at mange av oss faktisk eter oss ihjel, og at de bedre danske frokoster og det svenske smørgårdsbord bare er en raffinert form for selvmord» (Leistikow, 1949). Selv om datidens metaforer kanskje er mer direkte enn de vi ser i dagens aviser, ser man likheter både i skyldfordeling og sammenhenger mellom vekt og helse fra korrespondansebrevet fra 1949 og avistekstene vi leser i dag. Dagens diskurser er påvirket av fortidens representasjoner (Neumann, 2021, s. 55). Selv om det er interessant og spennende å undersøke funn fra 40-

tallet og frem til i dag, er det ikke oppgavens hensikt å undersøke den historiske utviklingen av diskurser. Jeg skal altså i denne oppgaven søke etter fremstillinger av virkeligheter i nåtiden i motsetning til å gjennomføre en genealogisk analyse som undersøker hvordan diskurser har oppstått. Ifølge Neumann (2021, s. 54) er det en fordel med et tidsbegrenset søk. Jo mindre tidsspenn en analyse baserer seg på, jo mer finmasket blir den.

4.3.2 Sortering av datamaterialet

Ved bruk av søkestrengen og tidskriteriene for søket, resulterte det i 410 treff. Av disse var 267 tekster relevante. Eksempler på artikler som ikke er relevante er blant annet artikler som viser til at forskere lurer på hvorfor Kim Jong-un har gått ned i vekt. Underveis i gjennomlesningen av artiklene ble de sortert under ulike kategorier. Av de 267 tekstene skal jeg nærlese og analyse 15 avistekster som er representative for utvalget. Etter hvert som jeg samlet inn data så jeg noen typiske trekk i materialet, og underveis etablerte jeg ulike kategorier som datamaterialet ble sortert inn under, som vist i tabell 2. Noen av hovedkategoriene inneholder underkategorier, disse vil jeg komme tilbake til i kapittel 5, analyse og resultater. I utvelgelsen av tekstene som jeg skulle analysere, ønsket jeg å velge tekster som var representative for utvalget, men som vist i tabellen vil ikke analysetekstene reflektere antallet i hver kategori. Dette er fordi flere av tekstene har et annet hovedtema enn overvekt. For eksempel vil flere av artiklene i VG inneholde intervjuer med forskere eller refererer til forskning som bruker overvekt som et eksempel på årsaker til sykdom, uten å beskrive overvekt utover det. Eksempelvis kan overvekt være nevnt som en årsak til diabetes, men ikke utdypes mer. Tekstene jeg har valgt å analysere må nevne overvekt mer enn i en bisetning for å få en fyldig analyse. Likevel har det vært viktig å velge tekster som er representative, derfor er alle tekstene som var aktuelle i datainnsamlingen kategorisert i underkategorier (se kapittel 5) der hvor det var relevant, og jeg har valgt tekster som representerer en eller flere av underkategoriene. Tabellen viser en oversikt over antall tekster fordelt i avisene og hver hovedkategori.

Avis	Antall tekster fordelt på aviser	Antall tekster som analyseres	Avistekstenes fordeling i hovedkategoriene	'Løsnigner' på overvekt:	Årsaker til overvekt	Konsekvenser av overvekt	Sunn livsstil viktig ved overvekt	Overvekt er negativt, uten videre forklaring	Sosialt konstruert	Overvekt kan gi helsegevinst
Aftenposten	42	4		16	13	9	2	1	0	1
Dagbladet	106	9		33	16	52	5	0	0	0
Dagens Næringsliv	8	1		3	1	0	1	2	0	1
Dagsavisen	16	0		5	6	0	1	4	0	0
Klassekampen	6	0		2	2	1	0	0	0	1
Morgenbladet	4	0		0	1	2	0	0	1	0
Nationen	7	0		2	4	0	0	0	0	1
Verdens Gang	75	1		23	10	34	3	5	0	0
Vårt land	3	0		2	1	0	0	0	0	0
Totalt antall	267	15		86	54	98	12	12	1	4

Tabell 2: Oversikt over avistekstenes hovedkategorier og antall tekster fra hver riksdekkende avis

Hovedkategoriene er ikke gjensidig utelukkende. For eksempel vil noen tekster være relevante for både *'løsninger' på overvekt* og *konsekvenser av overvekt*. Diabetes er en konsekvens av overvekt, og i de tekstene som i hovedsak omhandler diabetes, hvor overvekt kun blir nevnt som en konsekvens, havner disse under *konsekvenser av overvekt.* Men det finnes tekster om diabetes som ligger kategorisert under *'løsninger' på overvekt*. I disse tilfellene inneholder teksten råd om hvordan man går ned i vekt, og hovedfokuset i teksten ligger på vektnedgang. En av tekstene som skal nærleses og analyseres handler om det som blir kalt 'midtlivsovervekt'. Denne teksten inneholder årsak til overvekt, som er at alderen påvirker ens vekt, og løsningen på overvekt som er å spise annerledes når man når denne alderen. Denne teksten handler først og fremst om årsaken til overvekten, og blir kategorisert deretter. Hovedregelen jeg fulgte da jeg kategoriserte tekstene som var relevante for flere kategorier, var å se hvilken kategori som ble omtalt først, og hva hovedbudskapet i teksten var.

4.3.3 Hvorfor norske riksdekkende aviser?

Nærmere ni av ti nordmenn meddeler at de har meget eller ganske stor tillit til forskning (Forskningsrådet, 2021) samtidig som befolkningen og har høy tillit til journalister og den informasjonen man finner i aviser (Medietilsynet, 2019). Riksdekkende aviser er lett tilgjengelig for befolkningen enten via løssalg eller på nett. Ved å undersøke tekster som er

basert på forskning får man et innblikk i det mange oppfatter som sannhet, både fra forskningen og fra avistekstens forfatter. Dermed vil dette gi grunnlag for å si noe om hvilke diskurser som kan forme samfunnets oppfattelse av personer med overvekt og hvilke subjektposisjoner som skapes. I følge Lupton (2012) konstrueres folks forståelse av verden like mye av informasjon man får via massemedier, som egen erfaring og diskusjoner med andre. Han argumenterer for at fremstillinger i media gir en innsikt i det sosialkulturelle aspektet av medisin og helse (Lupton, 2012). Her vil jeg argumentere for at diskursene rundt vekt og helse i media vil kunne bidra til å forme den generelle befolkningens bilde av personer med overvekt, da de fleste unge nordmenn går først til norske nyhetsmedia for å få informasjon, og tilliten til norske journalister er høy (Stiftelsen Tinius, 2020). Dette er et argument for at måten journalister gjengir forskning på vil bli ansett som troverdig, og denne gjengivelsen vil da påvirke diskursen som skaper ulike subjektposisjoner som leseren er nødt til å forholde seg til. Riksdekkende aviser ble altså valgt for å undersøke diskurser som har størst innflytelse på befolkningen som helhet og fordi de har høy tillit i samfunnet.

4.3.4 Gjengivelse av forskning i media

Forskning som gjengis i media gjennomgår en sjangertransformasjon. Forskningslitteratur er gjerne publisert i tidsskrifter eller bøker som ikke er lett tilgjengelige for personer som ikke selv er forskere eller har en særskilt interesse for ulike forskningsfelt. Vitenskapelige og akademiske arbeid kan ha et innviklet akademisk språk som gjør det vanskelig å lese om man ikke har kunnskap til begreper og relevante fagord, og mye publisert forskning vil være av såpass lengde at det vil være tidkrevende både å lese gjennom enkelte artikler eller bøker, og å sette seg inn i ulike forskningsfelt. I avisartikler vil derimot forskning være forenklet. Det betyr at forskning som gjengis vil ha endret språk – det vil gjøres mer lettlest og ulike språklige virkemidler tas i bruk for å skape en engasjerende artikkel. Artikkelforfatteren, journalister eller annen bidragsytere til avisen, er i en utvelgelsesprosess når han eller hun avgjør hvilke deler av forskningen som skal gjengis i artikkelen (Strelau, 2005). Forskningslitteratur, som all annen tekst, inneholder diskurser som påvirker og påvirkes av samfunnet, de er ikke nøytrale og kan påvirke diskurser i avistekstene. Denne oppgaven skal ikke sammenligne diskurser i forskningslitteratur og avisartikler, men det kan være verdt å nevne at til tross for at premissene for forskning er objektivitet og nøytralitet, finnes det også her diskurser som former vårt syn på virkeligheten og som utestenger andre muligheter for sannhet.

4.4 Reliabilitet og validitet

Diskursanalyse er en kvalitativ metode som er tuftet på et fortolkende vitenskapsperspektiv. Som kvalitative metoder generelt, vil ikke diskursanalyse ha de samme klassiske kravene om reliabilitet og validitet som man finner i en positivistisk tilnærming. I et positivistisk syn på vitenskap vil forskerens rolle være å stå utenfor forskningsmaterialet, altså å være objektiv, verdinøytral og uten personlig fortolkning og interesse av samfunnsmessige forhold (Olsvik, 2021). Kvalitative forskningsmetoder er blitt kritisert for å være mindre transparent og stringent enn kvantitativ forskning (Hitching & Veum, 2011, s. 19). En diskursanalyse er en fortolkende vitenskap hvor forskeren er en del av den sosiale verden som undersøkes og vil dermed alltid selv være en del av en diskurs. Det man konkluderer med er en diskursiv konstruksjon (Jørgensen & Philips, 2009, s. 62). Man går fra en helhetsforståelse til delforståelse til en ny helhetsforståelse, og analyseresultatene blir ifølge Hitching og Veum (2011, s. 19) et resultat av forskerens fortolkningsprosses hvor man ender opp med en hermeneutisk sirkel.

Fairclough (2003) vektlegger i sin introduksjon til tekstanalyse for samfunnsforskning at forskerens interesse for feltet, problemstilling, spørsmål man velger ut i analysen og hva man finner relevant i en tekst, aldri vil være objektivt, og det er ei heller et mål. Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i en bred forståelse av validitet, som innebærer at man i en fortolkende analyse sikrer validiteten ved å gi en tydelig fremstilling av forskningsprosessen (Bratberg, 2019, s. 54). Validiteten sikres altså gjennom å rekonstruere og forklare hvordan man har kommet frem til resultatene (Hitching & Veum, 2011, s. 20). For å få en gjennomsiktig prosess der andre kan forstå operasjonaliseringen og fortolkningen bak analysens resultater er det flere ting man kan gjøre. For det første må man gi leseren en forståelse av hvordan analysen er gjennomført. Videre må man se på hvilke verktøy som er blitt brukt og beskrive hvordan og på hvilket grunnlag analysens dokumenter er plukket ut. Man må også inn på hvordan de er lest og analysert og til slutt komme med sitater og eksempler i analysen (Hitching & Veum, 2011, s. 20; Bratberg, 2019, s. 63). Dette sikrer til en viss grad etterprøvbarheten i analysen.

Selv om resultatene i en fortolkende analyse vil være preget av forskerens forkunnskaper, interesser og personlige valg i analyseprosessen, vil de nevnte grepene for å sikre validitet

også bidra til at andre kan etterprøve resultatene med de metodiske verktøyene som er presentert i oppgaven. I denne oppgaven har jeg i punkt 4.2 vist hva jeg ser etter i tekstene, deretter har jeg gjort rede for hvordan datamateriale har blitt innhentet. I analysedelen vil det bli presentert eksempler fra tekstene slik at leseren kan danne seg et bilde av hvordan tekstene blir analysert.

4.5 Etiske betraktninger - Begrepet 'overvekt' i denne oppgaven

I en diskursanalyse er det viktig å understreke at den som gjennomfører analysen alltid selv er en del av en forståelsesramme, og selv om man forsøker å være objektiv når man gjennomfører en slik analyse, er det man konkluderer med alltid en diskursiv konstruksjon (Jørgensen og Philips, 2009, s. 62; Johannesen, Rafoss og Rasmussen, 2020). Sosiologene Stoll og Enger gjorde en undersøkelse av sosiologiske fagartikler publisert i høyt rangerte sosiologiske tidsskrifter som omhandlet overvekt. Undersøkelsen viste at det de fleste artiklene ikke tok hensyn til var at de selv var med på å bidra til en diskurs som noen forskere mener kan være skadelig (Stoll & Egner, 2021). De fant at i disse artiklene ble ikke den sosiale konstruksjonen av vekt problematisert: «nowhere in the non-critical articles on body size did sociologists discuss the fact that the parameters used to define "obese," "overweight," "normal weight," and indeed, "health" itself, are all socially constructed» (Stoll & Egner, 2021). Tidligere i oppgaven har jeg skrevet at høy vekt kan ha ulike betydninger i ulike kulturer og tidsperioder, og at det finnes grader av konstruktivisme. I denne oppgaven ønsker jeg å rette et kritisk lys mot fremstillingen av overvekt i media, og dette vil diskuteres i oppgavens diskusjonskapittel, men likevel kan det være negativt å adoptere begreper fra dominerende diskurser.

Bruken av begrepet overvekt kan være problematisk på grunn av negative konnotasjoner, og både nasjonalt og internasjonalt pågår det diskusjoner rundt hvordan man kan omtale vekt uten å risikere stigmatisering (Hjelmesæth, 2015; Meadows & Daníelsdóttir, 2016). «Overvekt» har en medisinsk fagspråklig betydning, men er og allmennspråklig. I denne oppgaven velger jeg å benytte overvekt fordi det per i dag ikke er en felles enighet om hva slags ord som bør brukes om høy vekt for å unngå stigmatisering (Meadows & Daníelsdóttir, 2016) Ord som fet og tjukk er forslag som er blitt fremmet av blant annet kroppsaktivister og sosiologer (Meadows & Daníelsdóttir, 2016). Siden denne oppgavens datamateriale omhandler tekster som bygger på avisartikler i stor grad som gjengir eller bygger på

medisinsk forskning, vil det være relevant å benytte det medisinske faguttrykket. Dette kan være problematisk av flere grunner.

For det første kan det å bruke begrepet overvekt i resultatene av analysen videreføre den gjeldende diskursen rundt helse og vekt. Som tidligere nevnt blir personer med høy vekt stigmatisert på ulike nivåer i samfunnet, og i tråd med kritisk diskursanalytisk teori vil stigmatisering være konstruert av språket. Dermed kan bruken av den medisinske definisjonen bygge opp under en stigmatiserende diskurs. For det andre er overvekt et ledende ord. Både definisjonen i ordboka og BMI-skalaen kan være eksempler på dette. Å ha en vekt over 'det vanlige' som ikke faller innenfor BMI-kategorien 'normalvekt' skaper et bilde av at det å ha overvekt ikke er normalt. Denne oppgaven vil ikke definere personer med overvekt for å ha 'for stor' eller 'unormal' vekt, men bruke begrepet som en ramme for hvem diskursene omhandler. I tillegg benyttes begrepet overvekt i denne oppgaven som en samlebetegnelse for overvekt og fedme. Overvekt er ofte benyttet i offentlig diskurs til å referere både til overvekt og fedme. Begrepene benyttes om hverandre i denne oppgaven med mindre teknisk presisjon er nødvendig.

5 Resultater og analyse

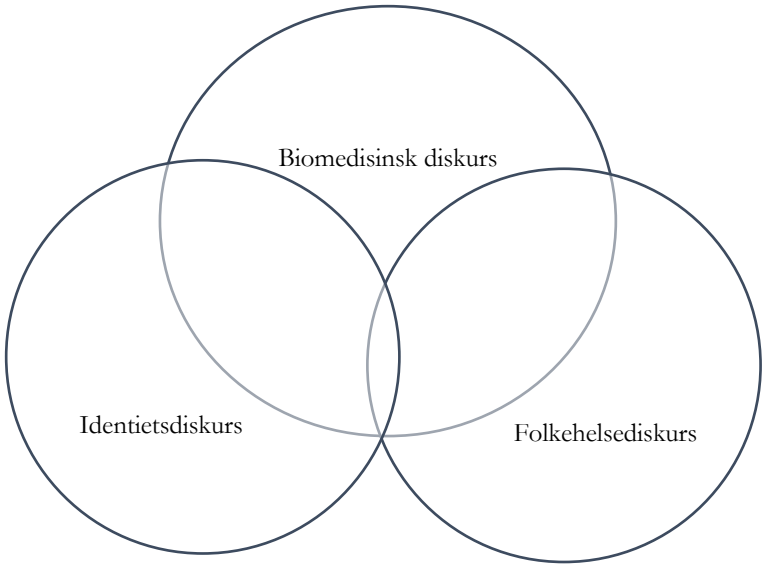
I dette kapittelet skal jeg analysere resultatene fra det innsamlede datamaterialet. For å finne tekster for analysen, har jeg lest gjennom og kategorisert tekstene de tekstene som var relevante for søkekriteriene til oppgaven. Underveis i analysen kommer det til å refereres til de ulike kategoriene, og i tabell 3 er det en oversikt over hvor mange tekster som befinner seg i de ulike kategoriene. I tillegg er det en oversikt over ulike underkategorier som gjorde seg gjeldende i deler av datamaterialet, og en beskrivelse av hver kategori. Videre i kapittelet vil jeg gjøre rede for hovedtrekkene og forholdet mellom diskursene i datamaterialet, før disse analyseres hver for seg i hvert sitt delkapittel.

Hovedkategori	Totalt antall i hovedkategori	Underkategorier	Antall i underkategori	Kategoribegrunnelse
'Løsninger' på overvekt:	86			Hvordan man kan løse 'problemet' overvekt enten ved individuelle eller struktruelle tiltak
		Individnivå	52	Tekster som først og fremst handler om hvordan man kan gå ned i vekt. Inneholder i hovedsak intervjuer med leger eller medisinske eksperter som gir råd om vektnedgang
		Suksesshistorier	18	Hører til under underkategori 'individnivå'. Intervju med personer som tidligere har vært overvektige
		Strukturelt nivå	16	Tekster som i hovedsak omhandler strukturelle løsninger på overvekt i befolkningen
Årsaker til overvekt	54			Disse tekstene handler om ulike årsaker til overvekt
		Individuelle årsaker	25	Individuelle årsaker handler om hva individer gjør for å bli overvektig, livsstil er et moment i denne underkategorien
		Strukturelle årsaker	22	Strukturelle årsaker som årsaker til overvekt. Dette kan være samfunnsendringer eller årsaker som har med samfunnstrukturer å gjøre
		Genetiske årsaker	7	Genetikk som årsak til overvekt
Konsekvenser av overvekt	98			Tekster som først og fremst omhandler konsekvenser av overvekt
		Fysiske sykdommer	73	Denne underkategorien handler om fysiske sykdommer man kan få eller får på grunn av høy vekt
		Dårlig sædkvalitet og ereksjonssvikt	8	Egen kategori for dette da de ikke kan kategoriseres som direkte sykdom, men plage og fordi de skilte seg fra 'dårlige livskvalitet' ved at de er omtalt som spesifikke plager
		Psykisk helse	1	Tekster som handler om hvordan overvekt påvirker psykisk helse
		Dårligere livskvalitet	6	Tekster som ikke handler om sykdom, men hvor høy vekt kan påvirke hverdagen negativt
		Korona farligere for overvektige	10	Hvordan korona kan være farligere om man har høy vekt. Denne kategorien analyseres som 'fysiske sykdommer', og gjøres ikke et poeng ut av i selve analysen.
Sunn livsstil viktig ved overvekt	12			Tekster som viser til at det er viktig å ha en sunn livsstil selv om man ikke går ned i vekt, men vektnedgang er målet
Overvekt er negativt, uten videre forklaring	12			Artiklene i denne kategorien nevner overvekt et eller flere steder i teksten, uten å forklare mer enn at det er negativt
Overvekt sosialt konstruert	1			Kun en tekst handler om overvekt som noe negativt som konstruert. Denne handlet om hvordan man oppfatter skjønnhet
Overvekt kan gi helsegevinst	4			Høy vekt kan redusere risiko for f.eks. ALS, men fortsatt er overvekt negativt
Totalt antall tekster	267			

Tabell 3: Oversikt over kategorisering av datamaterialet

Diskursene overlapper og står i diskursiv kamp

I datamaterialet har jeg identifisert tre hoveddiskurser: en biomedisinsk diskurs, en folkehelsediskurs og en identitetsdiskurs. Etter å ha kategorisert alle tekstene og analysert de utvalgte analysetekstene kommer det frem at diskursene ikke er helt segregerte diskurser, men er delvis koblet opp mot hverandre og har aspekter som skiller dem. I den biomedisinske diskursen gir overvekt økt risiko for sykdom og tidlig død, og årsakene til høy vekt er at man er genetisk betinget og/eller konsekvenser av ens livsstil. I folkehelsediskursen er overvekt et samfunnsproblem både i form av kostnader og økt ulikhet i sosiale helseforskjeller. I identitetsdiskursen er overvekt noe som fører til stigmatisering på grunn av samfunnets oppfatninger av personer med overvekt. Den biomedisinske diskursen er den dominerende diskursen i datamaterialet, og preger både folkehelse- og identitetsdiskursen.



Figur 1: Venndiagram som illustrerer diskursenes forhold.

Som illustrert i figur 1 ser man at den biomedisinske diskursen omfavner deler av identitetsdiskursen og folkehelsediskursen, og at det finnes et punkt hvor alle tre diskursene møtes. Identitetsdiskursen omfavnes delvis av den biomedisinske diskursen i form av hvordan personer med overvekt har vært påvirket av den biomedisinske forståelsen av overvekt som helsefarlig gjennom store deler av livet, og har blitt definert ut fra sin vekt. Oppgaven skal vise hvordan den biomedisinske diskursen både dominerer, men også står i en diskursiv kamp mot identitetsdiskursen. Folkehelsediskursen er også delvis omfavnet av

biomedisindiskursen. Deler av forståelsen av overvekt, årsaker og konsekvenser, i folkehelsediskursen er biomedisinsk. Disse to diskursene står ikke i en direkte diskursiv kamp, men har ulike aspekter ved seg som skiller dem fra hverandre, blant annet hvor ansvaret for personers helse ligger.

Der hvor de tre diskursene overlapper hverandre finner vi et punkt hvor biomedisin- og folkehelsediskursen påvirker identitetsdiskursen. Her vil den biomedisinske forståelsen av overvekt som helseskadelig, forme oppfattelsen av den økende forekomsten av overvekt i befolkningen som et samfunnsproblem, som igjen vil påvirke subjektposisjonene i identitetsdiskursen. Dette kan man se i det at personer med overvekt opplever stigmatisering på bakgrunn av sin vekt, fordi det er et samfunnsproblem og derfor 'angår' alle, det er ikke, som vi så innledningsvis, et 'privat valg'. Ifølge Fairclough (1992, s. 68) vil de sosiale strukturene innenfor et felt både reflekteres og opprettholdes av diskursordenen. Diskursene kan sameksistere, men den biomedisinske diskursen vil dominere diskursordenen.

Diskursene har ulike elementer som både skiller dem fra hverandre, men også knytter dem sammen. I tabell 4 gis en oversikt over de sentrale elementene i de ulike diskursene, som analysen vil gå nærmere innpå. Som tabellen viser, eksisterer det både likheter og ulikheter mellom diskursene, men den gir også et overblikk over hva som er definerende for de ulike diskursene.

	Biomedisinsk diskurs	Identitetsdiskurs	Folkehelsediskurs
Hva er problemet?	Overvekt gir økt risiko for sykdom	Personer med overvekt utsatt for stigmatisering, trusler mot psykisk helse, behandles dårlig	Overvekt fører til sosiale helseforskjeller, samfunnskostnader
Hva er løsningen?	Vektnedgang ved livsstilsendring	Aksept av mennesker med høy vekt	Strukturelle tiltak som fører til at individer kan ta sunne valg
Hvor ligger ansvaret?	Enkeltindividet	Befolkningen	Insitusjoner og enkeltindividet
Subjektposisjoner	Den syke, den kunnskapsløse, den uten viljestyrke, veiviseren, eksperten, offeret, anti-helten	Den riktige overvektige, eksperten	Foreldre, den passive borger, eksperten,
Moral	Genetikk og medisinske forhold er ikke unnskyldning for å ha overvekt	Det er greit å akseptere sin kropp, men overvekt er ikke positivt, befolkningen må vise hensyn	Individet skal kontrolle seg i forhold til eksterne omgivelser
Kontroll	Det naturlige og genetiske kontrolleres, kontroll over hverdagslige gjøremål og viljestyrke, manglende kontroll på fedmeepidemi	Kontrollert av befolkningen, bryter med kontrollen	Samfunnets kontroll over individer, individers kontroll over viljestyrke
Sentrale metaforer	Fristelser, fedmeepedemi, kroppen som maskin	Kampen mot kiloene	Fristelser, fedmefremmende samfunn
Homogen eller hetergoen gruppe	Homogen	Heterogen	Homogen

Tabell 4: Oversikt over sentrale elementer i de ulike diskursene

5. 1 Den biomedisinske diskursen

5.1.1 Overvekt fører til sykdom – målet er å gå ned i vekt

I analyseprosessen av datamaterialet forventet jeg å finne en medisinsk diskurs på bakgrunn av at det er den medisinske forståelsen av overvekt som et helseproblem som dominerer. Den største kategorien i oppgavens datamateriale er '*konsekvenser av overvekt'*, hvor 96 av 267 av tekstene befinner seg. Disse tekstene omhandler enten fysiske eller psykiske helseutfordringer knyttet til vekt. I datamaterialet har jeg identifisert en biomedisinsk diskurs som er en overordnet diskurs som setter en ramme rundt andre diskurser i datamaterialet. I den biomedisinske diskursen refereres det til forskning på sykdommer og helserelaterte utfordringer overvekt fører til og ulike medisinske metoder for vektnedgang. I denne diskurser er det leger, forskere og ernæringsfysiologer som uttaler seg gjennom intervjuartikler og viser til egen eller andres forskning. I tillegg er intervjuer med personer som har gått ned i vekt en del av denne diskursen, disse intervjuene fungerer som veiledende fortellinger gjennom det biomedisinske landskapet. I den biomedisinske diskursen er overvekt noe som gir økt risiko for sykdommer, og tekstene handler i stor grad om vektnedgang som er en form for risikoreduksjon. Som nevnt innledningsvis i oppgaven er risikoreduksjon et sentralt element innenfor biomedisin.

Personer som har gått ned i vekt ligger inn under kategorien 'suksesshistorier'. I den biomedisinske diskursen er overvekt knyttet opp mot sykdom fordi det er noe man rammes av eller lider av og medfører en økt risiko for fysiske sykdommer. Hovedårsaken til overvekt i denne diskursen er for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk. Dette samsvarer med den medisinske forståelsen av årsaken til overvekt som ifølge WHO er ubalanse mellom energiinntak (World Health Organization, 2021). Overvekt i den biomedisinske diskursen er her et problem eller sykdom som må kureres. Tekstene i den biomedisinske diskursen gir eksempler på hvilke sykdommer og plager overvekt gir økt risiko for. Som regel inneholder ikke tekstene forklaringer eller direkte årsakssammenhenger mellom vekt og sykdommer, unntaket her er tekstene som omhandler genetisk forklaring på høy vekt, dette kommer jeg tilbake til senere i analysen. Bruk av eksempler på hvilke sykdommer økt vekt kan føre til, men uten videre årsaksforklaringer er gjennomgående i tekstene, og dette kan vise hvordan ideen om vekt og helse er ideer som avsender mener blir tatt for gitt av leser. Det at man antar at ideene blir tatt for gitt kan være et eksempel på hvordan den biomedisinske diskursen er en dominerende diskurs i gjengivelse av forskning på overvekt.

> *De fleste av oss er overvektige. Ferske tall fra HUNT-undersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at så mange som syv av ti er overvektige. Overvekt gir økt risiko for sykdommer som diabetes, slag og kreft* (Aftenposten, 13.06.2019).

Utdraget over er valgt ut fordi det er representativt for flere av tekstenes formidling av hvordan overvekt gir økt risiko for sykdom, uten å inneholde årsaksforklaringer eller eventuelle individuelle forskjeller.

Overvekt er fremstilt som et problem, men hvem er den ansvarlige?

I den biomedisinske diskursen kan man finne hvor ansvaret for det som blir definert som god helse ligger, i denne sammenhengen er god helse knyttet opp mot å være normalvektig. I det moderne helsearbeidet ligger det til grunn at den enkelte har ansvar for egen helse, med veiledning og råd fra myndigheter. Denne ansvarliggjøringen omgjør passive pasienter til aktive deltakere, men tidligere undersøkelser har vist at personer med overvekt har blitt fremstilt som passive i norsk media.

I 2015 gjennomførte Anne Marte Sølnes en diskursanalyse av fedme og fedmekirurgi i norske nettaviser. I denne analysen fant Sølnes en medisinsk diskurs hvor overvekt og fedme ble ansett som alvorlig sykdom. I en slik sykeliggjøring av overvekt og fedme ble ansvaret for personers helse lagt over på helsemyndighetene og helsepersonell. I Sølnes' funn var den medisinske diskursen en løsningsorientert diskurs hvor helsepersonell tok ansvar for å hjelpe, og den overvektige ble fraskrevet ansvar og skyld (Sølnes, 2015, s. 2). I min oppgave finner jeg også en medisinsk diskurs som knytter vekt opp mot sykdom. Forskjellen i funnene er at der Sølnes' medisinske diskurs fraskriver enkeltindividets ansvar for overvekt og legger ansvaret over på helsepersonell, finner jeg i den biomedisinske diskursen i mitt datamateriale at overvekt er noe som kan unngås eller 'behandles' av enkeltindivider. Subjektene er aktive aktører som med ulike metoder som endring i kosthold, aktivitet, fedmereduserende operasjon, slankepiller eller slankepulver, med motivasjon og kunnskap som drivfaktor kan gå ned i vekt.

Overvekt er en midlertidig vekt

Overvekt blir ikke direkte ansett som en sykdom, men en faktor som gir økt risiko for andre sykdommer eller plager. Som tidligere nevnt i oppgaven er den medisinske forståelsen av

overvekt dominerende når det kommer til hva som er ansett som årsakene til overvekt, konsekvensene av overvekt og hvordan man unngår overvekt. I den biomedisinske diskursen fremstilles overvekt som en vekt som gir økt risiko for sykdom, og må dermed behandles. Ideologien eller virkelighetsoppfatningen i den biomedisinske diskursen er at overvekt er en midlertidig vekt, det skapes ikke et rom for at overvekt kan være konstant. Et eksempel på dette ses i artikkelen «Har du genene for overvekt?» i aftenposten viten. Viten-teksten fremstår som en vitenskapelig artikkel og slike artikler, er ifølge avisen selv, skrevet av forskere og fagfolk fra hele landet. Som leser vil man da forstå påstandene som blir fremmet er understøttet av forskere og fagfolk. Artikkelen omtaler overvekt som et økende problem, og stiller spørsmålet:

> *Hva kan vi gjøre for å snu denne trenden?* (Aftenposten, 13.06.2019)

Trend er en strukturmetafor for en hovedretning innenfor noe, trender er noe som kommer og går, og retningen vektøkningen tar bør ta slutt. Målet i den biomedisinske diskursen er å gå bort fra en vekt som gjør en syk, til en 'normal vekt' som representerer det å være frisk. En overvektig kropp er en ødelagt kropp som må endres, og media gir rom for forskere til å spre kunnskap om hvordan man kan oppnå denne normale vekten. I utdraget under kan man se et eksempel på hvordan overvekt blir beskrevet som usunt ved at å gå ned i vekt tilsvarer en sunnere vekt:

> *Fedmeleger har lenge etterlyst flere verktøy for å hjelpe folk ned i en sunnere vekt, og de seneste par åra har det kommet to slankemedisiner de mener kan være viktig hjelp for mange* (Dagbladet, 24.05.2020).

I dette tekstutdraget etterlyses *verktøy* for å få folk ned i en sunnere vekt. Verktøy er en strukturmetafor for et hjelpemiddel til å bygge eller reparere noe ødelagt. Denne metaforen viser hvordan en kropp med overvekt er en ødelagt kropp med en midlertidig vekt som trenger reparasjon. Verktøyene som får personer ned i vekt kan ha ulik verdiladning, og verdien ligger i effektiviteten i metodene. Artikkelen handler om nye slankemedisiner, og disse får positiv verdi da de er mer effektive enn livsstilsendring og de gjør at behovet for fedmeoperasjon blir redusert. Altså får både livsstilsendring og fedmereduserende operasjon lavere verdi enn slankemedisiner, som man ser fra tekstutdraget under. I teksten får man ikke vite hvorfor fedmeoperasjon er negativt, det er tatt for gitt at leseren vet dette.

> *- Flere studier viser at tillegg av slankemedisiner gir dobbelt så god effekt som livsstilsbehandling alene, [...]medisinene kan gjøre at mange kan slippe operasjon* (Dagbladet, 24.05.2020)

Fedmeoperasjon ble av Sølnes (2015) beskrevet som et tiltak som gjorde pasienter passive i forhold til egen vektnedgang. Det at en operasjon får negativ verdi kan skape et inntrykk av at personer med overvekt helst bør være aktive og selv ta ansvar for vektnedgang. I oppgavens biomedisinske diskurs er personer aktive subjekter når det kommer til vekt og vektnedgang, men det finnes til en viss grad et unntak om man er genetisk betinget for overvekt.

Genetikk og overvekt – et moralsk aspekt

Et fremtredende trekk ved moderne biomedisin er den økende kraften som tilskrives gener. Gener kan blant annet si noe om politisk tilhørighet og tilbøyelighet for kriminalitet, og også risikoen for ulike sykdommer (Scheffler & Strasser, 2015). Biomedisinsk genetisk forskning har vist at gener kan påvirke kroppsvekt (Locke et al., 2015) og dette er forskning som blir gjengitt også i norske aviser. I den biomedisinske diskursen er overvekt en tilstand som øker risiko for sykdommer, og dermed er nødt til å endres til å ligge innenfor normalvekt på BMI-skalaen. Det normale og sunne er i den biomedisinske diskursen å være normalvektig, og den genetiske delen av biomedisinsk forskning kan forklare at noen er genetisk betinget til å ha høy vekt mens andre ikke:

> *Det er lett å tenke at slanking handler om kun viljestyrke. Spis mindre og tren mer! Men nyere forskning nyanserer denne forestillingen. Noen britiske forskere mener nå at 40-70 prosent av vekten styres av gener. Gener kan bestemme alt fra hvor fort du blir mett, til om du har en forkjærlighet til fritert mat* (Aftenposten, 13.06.2019).

I utdraget over ser vi at det legges til grunn for at leserens forforståelse for årsak til overvekt handler om å spise usunt. Fritert mat blir nevnt som et eksempel, og leseren trodde kanskje personer med overvekt hadde en forkjærlighet til denne type mat. Men her får vi som leser vite at denne forkjærligheten kan være genetisk bestemt. Den ligger utenfor individet, og det er genetikken som styrer, ikke personen selv.

Et av temaene som diskuteres mest rundt vekt er årsaker som ligger bak vektøkningen. Både nasjonalt og internasjonalt går befolkningen opp i vekt, årsakene er mange og sammensatte, og genetiske årsaker blir ofte fremstilt i sammenheng med en form for forsvar av personer med overvekt. Overordnet blir inntrykket av noen har skyld i egen vekt fjernet på grunn av det genetiske aspektet i biomedisindiskursen. Den genetiske forklaringen på overvekt kan gjennom avisartikler bidra til å overføre skyld fra individet og dets handlinger over på et genetiske grunnlag. En slik fremstilling av de genetiske årsakssammenhengene legger et moralsk slør over forskningsresultatene hvor leseren får beskjed om at årsakene til overvekt er at man for eksempel spiser usunt, men å spise usunt er ikke et valg noen tar, det er genetisk bestemt.

Løsninger på overvekt i den biomedisinske diskursen - mat som medisin og den individualistiske gjennomføringen

Der hvor den genetiske forklaringen på overvekt kan skape en aktør som ufrivillig og passivt må forholde seg til egen vekt, ser man det motsatte der hvor forklaringer på overvekt handler om personers handlinger og kunnskap. Innenfor redusering av risiko for sykdommer på grunn av overvekt i den biomedisinske diskursen, som handler om å gå ned i vekt, er det to hovedkategorier som gjør seg gjeldende. Den første løsningen ligger i å endre hva og hvordan man spiser, og den den andre løsningen finner vi i suksesshistoriene hvor motivasjon og økt kunnskap fører til vektnedgang. Leger og ernæringsfysiologer som blir intervjuet i eller skriver artikler om overvekt bruker ofte mat som behandlingsmetode for økt vekt. Ved å bruke mat som medisin kan man gå ned i vekt, men dette kan ikke gjennomføres uten kunnskapen og motivasjonen hos enkeltindivider.

Mat som medisin

Tankene rundt mat som årsak til og kur mot overvekt er teorier som strekker seg lengre bak i tid enn dagens medisin. Tilbake i antikkens Hellas sådde den innflytelsesrike legen Galenos teorier om at det var den eksterne verden som var kilden til vektøkning, og de ytre faktorene som påvirket ens vekt var den faktiske maten man spiste (Gilman, 2010, s. 54). I Norge ble økt bevissthet på sammenhengen mellom ernæring og sykdom relevant på 1960-tallet, og «nei-mat» ble gjeldende i ernæringsarbeidet og hos folk flest (Haavet, 1995, s. 129). I den biomedisinske diskursen kan man se på mat som medisin, en medisin som reduserer overvekt og dermed risikoen for andre sykdommer. Det er en gjenganger i datamaterialet, spesielt i tekstene kategorisert under *'løsninger' på overvekt på individnivå*, at de inneholder

kostholdsråd som ramses opp i enkle og oversiktlige lister. I avisartiklene får mat tildelt positive, negative eller nøytrale verdier. I utdraget under kommer et typisk eksempel på hvordan en liste med kostholdsråd ser ut:

> *– Forskning viser at hvilken type mat vi spiser er relatert til hvordan fettet fordeler seg på kroppen, sier hun, og trekker frem følgende kostholdsanbefalinger som kan bidra til å redusere bukfett:*
> ● *Grønnsaker*
> ● *Frukt*
> ● *Grove kornprodukter slik som havregryn og grovt brød*
> ● *Nøtter og kjerner*
> ● *Belgvekster som bønner, linser og soya*
> ● *Fisk og sjømat*
> ● *Magert hvitt kjøtt*
> *– Det er også anbefalt å redusere alkohol, sukkerholdig drikke og rødt kjøtt. Dette er mat og drikke med mye kalorier som også vil bidra til økt midjemål og bukfett* (VG, 14.09.2021).

En slik oppramsing gjør det enkelt å se hva slags mat man bør unngå, og hvilken mat man bør spise. Rådene gir lite rom for muligheten til å spise mat med negativ verdi. Mat som medisin kan utelukke muligheter for å spise mat som ikke er anbefalt dersom man skal gå ned i vekt fordi det legges tydelige begrensninger på hvem som bør spise hva. I den biomedisinske diskursen åpnes det opp for at mat kan ha flere betydninger, mat *kan* for eksempel være kos, men for personer med overvekt eller personer som vil unngå overvekt er mat redusert til medisin. I den biomedisinske diskursen legges det opp til at mat ikke er noe man kan nyte eller kose seg med hvis man er overvektig. Den aksepterte maten i diskursen er mat som kan 'forebygge' eller 'kurere' overvekt. Et eksempel på dette ser man i en artikkel om økt vekt og korona. Artikkelen stiller spørsmål om korona kan føre til økt vekt i befolkningen, hvor forskeren som er intervjuet problematiserer det han betegner som kosespising:

> *Kosespising [under korona] kan være en utfordring* (Dagbladet, 27.09.21)

Kosespising gir positive assosiasjoner til en aktivitet hvor mat forbindes med kos. Mat har altså andre betydninger enn kun medisin, men kan være utfordrende om det fører til at

personer går opp i vekt. Ved å benytte ordet kosespising som noe negativt, gir det et inntrykk av at å kose seg med maten er noe unødvendig, det er ikke noe man skal gjør om man er overvektig. I tillegg viser dette at mat kan ha en annen positiv verdi enn kun den sunne maten. Å spise mat for kos er noe som eksisterer, i diskursen åpnes det opp for at man kan ha andre betydninger enn medisin. Hvem som kan kosespise står det ikke noe om, men man får inntrykk av at personer som er 'normalvektige' ikke trenger å forholde seg til problematikken rundt kosespising. I den biomedisinske diskursen blir sunn mat brukt som medisin for å kurere overvekt, og får dermed positiv verdi, mens det som blir betegnet som usunn mat, mat med sukker og fett, får negativ verdi. Isolert vil kosespising av for eksempel sukkerholdig mat ikke være negativt siden det innebærer kos, men blir det i en vektsammenheng. Den biomedisinske diskursen gir tydelige instrukser om hva slags medisin som kan fungere som en kur mot overvekt, og hva slags mat man må unngå. Dette ser man som nevnt i oversiktlige lister som oppgaven viste eksempler på tidligere. Mat som typisk ikke står oppnevnt i noen av listene, hverken som sunn eller usunn, kan man anse som mat med nøytral verdi. Men 'nøytral' mat kan få en negativ når det handler om å gå ned i vekt og når man nærmer seg en bestemt alder:

> *– Minsk noe på matinntaket når du nærmer seg midtveis i livet. Fjern for eksempel en brødskive daglig fra kostholdet. Spis noen færre poteter til middag eller kutt ut et glass melk. Hva man kutter ut av matvarer er avhengig av den enkeltes matvaner (Dagbladet, 21.09.2019).*

Om man har overvekt vil det å redusere mengden mat man spiser kunne gi all slags type mat negativ verdi, fordi det er noe man må kutte ut eller tenke over mengden av. Å minske matinntaket er enda et eksempel på hvordan mat mister andre betydninger, dette skaper en mekanisk fremstilling av kroppen, hvor mat er redusert til antall kalorier som påvirker vekten. Den mekaniske fremstillingen av kroppen vil diskuteres videre i kapittelet under avsnittet *Kroppen som en maskin*. I den biomedisinske diskursen finner man tydelige retningslinjer rundt hva som anses som riktig mat og hvilken mat man ikke kan spise, men kun for en gruppe mennesker, de som veier mer enn 'normalt, og forskjellig mat får forskjellige verdier i konteksten den settes i.

Suksesshistoriene – vektnedgang fører til bedre liv

Personer som har gått ned i vekt er en del av den biomedisinske diskursen og fremmer et narrativt der personer tar ansvar for egen helse ved å gå ned i vekt. I suksesshistoriene får man oppskriften på hvordan personene som er intervjuet har gått ned i vekt. I flere tiår har det vært en generell trend i det medisinske feltet å rette oppmerksomheten mot positiv helseatferd, og som nevnt tidligere i oppgaven er det et mål at den norske befolkningen får kunnskap om og tar ansvar for egen helse. Disse suksesshistoriene fremstår som eksempler på dette. Suksesshistoriene forteller om hvilke plager den tidligere vekten medførte og hvordan det 'nye' livet etter vektnedgangen er. Hovedbudskapet i disse suksesshistoriene er det individualistiske synet på vektnedgang. Historiene inneholder fremgangsmåter som er vel kjente fra før, for eksempel hva slags mat man bør spise og unngå, og at trening og mosjon er viktig. Fremgangsmåtene kan ha ulike elementer fra suksesshistorie til suksesshistorie, men hovedideen er den samme – livsstilsendring.

For de fleste vil nok ikke disse oppskriftene på vektnedgang være noe nytt. Det som var avgjørende i disse historiene var å finne motivasjon og økt kunnskap om egen helse. Suksesshistoriene kan ses på som historier om oppvåkning. Der hvor personene tidligere lot kroppen forfalle ved å spise feil og unngå aktivitet, fikk de en oppvåkning da de fikk helseproblemer eller plager som de sier var knyttet opp til vekt. Intervjuobjektene manglet riktig kunnskap om egen helse, men det er den enkeltes motivasjon som blir beskrevet som katalysatoren som satte i gang vektreduksjonen. Historiene inneholder ikke årsakssammenhenger mellom høy vekt og de plagene personene har, og det blir tatt for gitt at plagene var et resultat av vekten. I utdraget under intervjues Lajla Riise som fikk diabetes og fant motivasjon til å gå ned i vekt på grunn sykdommen:

> *– Jeg følte at jeg fikk kniven på strupen. Jeg var overvektig og spiste usunt [...] Lajla Riise (54) fikk råd om kosthold og aktivitet etter helsemyndighetenes anbefalinger, og motivasjon til livsstilsendring, og gikk ned 20 kilo.*
> *– I dag spiser jeg fortsatt etter helsemyndighetenes anbefalinger, kall det gjerne «grovkarbo», som går ut på å spise grovere og grønnere, og å få i seg mindre sukker og fett [...] Livsstilsendringen har gjort at blodsukkeret holder seg stabilt og jeg har sjeldent føling, selv om jeg har gått opp igjen noen kilo og regnes som fortsatt overvektig (Dagbladet, 18.08.2021).*

Riise var definert som overvektig og spiste usunt. Den usunne maten ble byttet ut med mat som fungerte som medisin ifølge artikkelen førte til at hun gikk ned i vekt. Teksten om Riise gir en forståelse av at hun spise usunt og ble overvektig på grunn av dette, og hun manglet kunnskapen rundt sin egen helse. Kunnskapen fikk hun av helsepersonell da hun fikk diagnosen diabetes 2, og med denne kunnskapen kunne hun gå ned i vekt som igjen førte til at hun fikk kontroll på blodsukkeret. I utdraget finner vi metaforen «kniven på strupen» som skaper et bilde av hun ikke hadde noe annet valg enn å gå ned i vekt. Riise var et offer for usunn mat, men tok et aktivt valg om å heller bruke mat som medisin. Vi ser at *selv om* hun har gått opp i vekt og regnes fortsatt som overvektig er blodsukkeret stabilt. Dette gir et inntrykk av at å være overvektig uansett er negativt, til tross for at hun ble kvitt symptomene på sykdommen. Det korte utdraget viser noe som er skjuler seg i tekstene om overvekt, det at livsstilsendring i seg selv kan være sunt og et mål, og ikke nødvendigvis at selve vektnedgangen bør være målet, men dette er ikke hovedbudskapet i teksten og dermed sitter man igjen med inntrykket av at det er vektnedgangen som er årsaken til at hennes helse forbedret seg. At livsstilsendring i seg selv kan være positivt og ha positiv effekt på helsen kommer i bakhånd, det er vektnedgangen som fremmes som det positive. Dette kan skape et inntrykk av at hovedmålet ikke er å leve sunt, men det å gå ned i vekt er det som gjelder.

Som tidligere nevnt er overvekt i den biomedisinske diskursen en midlertidig vekt som må endres for å unngå økt risiko for sykdommer og plager. Som eksempelet over understreker legges ansvaret for vektoppgang og vektnedgang i diskursen hos enkeltindivider, men etter å ha innhentet kunnskap eksternt. Dette ser vi også i eksempelet under fra en suksesshistorie i Dagbladet hvor helsepersonell forklarte avisens intervjuobjekt at det var han som hadde ansvar for sin vektendring:

- *[...] det var først da fastlegen min henviste meg til Kysthospitalet i Stavern at ting begynte å skje. Jeg fikk klar beskjed om å fulltidssykemelde meg for å bedre helsa [...]. Det er spesielt én setning Nordskog husker fra Kysthospitalet: «Vi kan ikke endre deg, det er det bare du som kan». Han begynte å trene og fikk endelig konsentrert seg om matinntak og ernæring. Vekta gikk nedover, beltet passet bedre og han klarte å knyte skolissene* (Dagbladet, 11.05.2021).

Endring ligger hos enkeltindividet. Dette bygger opp under en forståelse om at overvekt er negativt og selvforskyldt, og skaper et bilde av at personer med overvekt kan ta aktive valg

om å gå ned i vekt eller være passiv og dermed få overvekt som øker risikoen for sykdommer. Suksesshistoriene viser at med riktig kunnskap og motivasjon kan alle gå ned i vekt. I den biomedisinske diskursen finnes det et behov for å gå ned i vekt, og det er enkeltindividene som blir ansvarliggjort. Mangel på kunnskap er et element i fortellingen i den biomedisinske diskursen. Suksesshistoriene inneholder et narrativ som fungerer som folkeopplysning. Ved å lese om personer som har gått ned i vekt, og se at både 'problemet' og 'løsningen' lå innenfor personenes kunnskap om egen helse, kan andre ta lærdom av disse fortellingene og i tillegg tilegne seg egen kunnskap om sin helse.

5.1.2 Kontroll i den biomedisinske diskursen

Å kontrollere seg selv er et moment i et nyliberalistisk verdensbilde. Kontrollaspektet finner man igjen flere steder i datamaterialet, og jeg har identifisert fire momenter som omfattes av kontroll: en som er genetisk bestemt, kontroll på den påståtte fedmeepidemien, kontroll som omfatter personers viljestyrke, og samfunnets kontroll. Alle disse kontrollaspektene har som fellesnevner at de til syvende faller på individets kontroll, eller mangel på det. I den biomedisinske diskursen er kontroll over gener, kontroll over personers viljestyrke og kontroll over fedmeepidemien relevant.

Det naturlige/genetiske må kontrolleres

Ut fra tekstene i datamaterialet vil det å ha en normal vekt være et resultat av blant annet å ha kontroll over sine omgivelser, seg selv og sin biologi. Tidligere i oppgaven ble det presentert resultater som handlet om den genetiske delen av den biomedisinske diskursen. Her så vi at tekstene refererte til forskning som viser at gener kan avgjøre ens vekt. Som nevnt kunne gjengivelsen av forskningsresultater på gener og vekt gi en moralsk fremstilling av personer med overvekt, isolert sett kan man forestille seg at om man er genetisk betinget vil dette si at andre mekanismer enn personers egenskaper styrer utfall. Men her finnes det en motsetning i tekstene, å være genetisk tilbøyelig for å legge på seg trenger ikke skape et rom for personer med overvekt å leve uten skyld i egen vekt. I de samme tekstene finner man *råd* fra eksperter om at til tross for at man har genene for overvekt, bør man fortsatt trene, spise sunt osv., for å motvirke det genetikkens føringer. Her skal man ha kontroll over kroppen helt ned på det genetiske nivået. I de to neste utdragene ser vi eksempler på motsetningene i en og samme tekst. Artikkelen stiller spørsmålstegn ved hva årsakene til fedme kan være, og åpner opp for at viljestyrke ikke trenger å ha en sammenheng med vekt:

> *Hva er årsaken til fedme? Hva kan vi gjøre for å snu denne trenden? Flere nye studier viser at fedme kan være bestemt av gener, ikke viljestyrke* (Aftenposten, 13.06.2019).

Utdraget gir en biomedisinsk forklaring på overvekt. Det åpner opp for at man ser bort fra den stereotypiske forestillingen om at personer med overvekt mangler viljestyrke, og styrer leseren mot en årsaksforklaring hvor gener kan forklare høy vekt. Til nå har oppgaven vist hvordan det genetiske kan avfeie personlige egenskaper og handlinger, og skaper en moralsk fremstilling som går mot stereotypiske oppfatninger av personer med overvekt, for eksempel manglende viljestyrke. Motsetningen finner vi i samme tekst. Her får man informasjon om at selv om gener kan forklare personers vekt, kan de ikke forklare hvorfor overvekt har økt i befolkningen, og at viljestyrke trekkes inn i årsaksforklaringen igjen i form av en sunn livsstil:

> *Gener har endret seg lite siden 70-tallet og kan derfor ikke forklare hvorfor overvekt har tredoblet seg de siste 30 år. Det som har forandret seg, er imidlertid tilgangen til fristelser som vi genetisk er disponert for. Det er imidlertid viktig ikke å glemme at gener kun gir en sårbarhet for overvekt. En sunn livsstil kan motvirke den genetiske sårbarheten* (Aftenposten, 13.06.2019)

Disse to tekstutsnittene gir to ulike fortellinger om overvekt. I det første tekstutdraget kan høy vekt være utenfor individets kontroll, det kan være genetisk bestemt og viljestyrke trekkes ut av ligningen. I det siste utdraget ser man at viljestyrke trekkes inn igjen når det argumenteres for at en sunn livsstil kan motvirke den genetiske sårbarheten. I tillegg ser man i det siste tekstutsnittet at en tredje faktor kommer på banen, nemlig samfunnsstrukturer. Det er ikke genene som har endret seg, men tilgangen til fristelser. Dette er strukturelle årsaker, som står over både enkeltindividet og gener. Men disse strukturelle årsakene diskuteres ikke videre, og ansvaret legges til slutt over på individet og dets mulighet til å kontrollere seg i forhold til fristelsene man utsettes for. Kontroll i samfunnsstrukturer diskuteres videre under kapittelet om folkehelsediskursen senere i oppgaven.

I utdraget over ser vi at tilgangen på fristelser vi omgir oss med har forandret seg med årene. Fristelser er mat vi spiser som kan føre til overvekt, altså er her igjen mat noe som kan være kos. Mat som er fristende er noe som kan virke positivt, men for personer med overvekt er mat som frister noe som øker risikoen for sykdom. Her får igjen visse typer mat en negativ verdig. Fristende mat er noe som fører til sykdom for personer som er eller risikerer å bli overvektig. Fristelse er en metafor, slår man opp i ordboken ser man at det er noe som lokker til synd eller annen amoralsk atferd, å gi etter for fristelsene i denne sammenhengen kan føre til overvekt. At personer med overvekt faller for fristelsene til å spise mat som fører til overvekt, skaper dermed et bilde av personer med lav moral og fremstilles som syndige. Har man ikke god nok kontroll vil fristelsene som er tilgjengelige gjøre at man mister muligheten til å unngå å spise sunt, og dermed får man ikke brukt mat som medisin. Personer med overvekt fremstilles som personer som gjør amoralske handlinger og tar valg som går utover egen helse. Å være genetisk betinget trenger ikke ha betydning, det skal gå an å motvirke det som blir omtalt som den genetiske sårbarheten.

Kontroll over viljestyrke - patologisering og kontroll av hverdagslige gjøremål

Til nå har vi sett at til tross for at man er genetisk disponibel for overvekt, er det likevel et kontrollaspekt i den biomedisinske diskursen som legger moralske føringer for hvordan personer skal leve. Den genetiske årsaksforklaringen forteller at enkeltindivider kan ta kontroll over sin vekt, men må jobbe mot de eventuelle genetiske betingelsene for overvekt. Videre skal oppgaven se på en mer direkte fremstilling av personers kontroll på egen vekt, nemlig ens handlinger. Her vil blant annet noen av tekstene som er kategorisert under suksesshistoriene vise hvordan selvkontroll fører til vektendring. I suksesshistoriene handler blant annet suksessen om livsstilsendringer som krever kontroll for å gjennomføre:

> *For Nordskog har planlegging vært nøkkelen for å klare og opprettholde vektnedgangen.*
> *– Det er så mange «røde dager» der det er vanskelig å spise sunt. Påskeferie, julebord, bryllup og sommerferie ... Det er da du må holde igjen. Selv tar jeg meg et kakestykke når jeg har lyst, men jeg har lært å begrense meg. På koldtbord forsyner jeg meg med mest grønnsaker og rent kjøtt eller sjømat, bruker lang tid på å spise og setter meg lengst unna serveringen (Dagbladet, 11.05.2021).*

Personen i denne suksesshistorien har *lært å begrense seg.* Han forklarer at det er vanskelig å spise sunt, det er eksterne faktorer som legger opp til at han kan spise usunt, og nevner ferier og høytider som eksempler. Han har lært å ta kontroll over de røde dagene ved å holde igjen. Han kontrollerer dermed seg selv i forhold til hvordan han tidligere forholdt seg til disse dagene. I tillegg kontrollerer han mengden mat han spiser, og hvor lang tid han bruker på å spise. Når han er i situasjoner hvor det mye mat tilgjengelig, som for eksempel et koldtbord som han beskriver i utdraget, setter han seg lengst unna serveringen. Det skaper et bilde av at om han ser maten som er tilgjengelig vil det være vanskelig å opprettholde kontrollen som gjør at han kan begrense seg. Hans vektnedgang blir beskrevet som noe som må opprettholdes, og det miljøet han befinner seg i til tider legger opp til at han kan miste kontrollen på type og mengde mat han spiser. Påskeferie, julebord, bryllup og sommerferie er tider og hendelser man har positive konnotasjoner til, men i sammenheng med vekt får de negativ verdi fordi det medfører en sjanse for å miste kontroll. At ord får endret verdi i ulike sammensetninger er ikke uvanlig, det er også noe som forekommer flere steder når ulike ord blir satt i sammenheng med overvekt.

> *Nå har jeg også skjønt at hvis jeg skal unne meg en stor søndagsmiddag med dessert, så trengs det en søndagstur også* (Dagbladet, 07.07.21).

Isolert sett har ordet *søndagsmiddag* en positiv verdi, det er en bedre middag som man har god tid til å spise og lage, og gjerne spiser sammen med andre. I vektsammenheng får her søndagsmiddag en negativ verdi med mindre det er noe man gjør seg fortjent til, i dette tilfellet med en søndagstur. Har man selvkontroll og gjør seg fortjent til måltider ved å utvise denne kontrollen på ulikt vis, enten ved å trene, begrense seg, spise sunt så får mat positiv verdi. Man må være overvektig på riktig måte ved å gjøre de riktige tingene og dermed kan man unne seg mat som med selvkontroll får positiv verdi.

Næring kan ha andre former enn det man til vanlig anser som mat. Medisin er det som gjør at man går ned i vekt, og en annen måte å unngå usunn mat på er å erstatte mat med noe annet. Flere av tekstene inneholder råd om slankemedisiner og pulverdietter man kan benytte seg av i stedet. I denne sammenhengen er vanlig mat negativt, og redusert til noe som må unngås ved å benytte seg av andre måter å innta kalorier på. Her bytter man ut mat, og på denne måten kan man kontrollere de hverdagslige aspektene som måltider er:

> *- Det er viktig at det ikke legges fram som at «mamma skal slanke seg og ikke spise mat», sier Sundfør. En måte å løse det, kan være ved å erstatte måltider som er lite synlige med pulverdiett, og for eksempel spise vanlig middag sammen med familien.* (Dagbladet, 14.03.2020)

I utdraget over blir måltidet *middag* i omgjort til noe som kun trengs å inntas om man vil unngå at barn får et negativt syn på kropp og mat. Middag er altså noe som inntas om man ikke ønsker at barn skal få inntrykk av at foreldre slanker seg. Personer uten barn blir overlatt til pulverdietten, og vanlig middag er ikke et måltid som er nødvendig for dem. Medisin er det som får en ned i vekt, å spise mat for kosens skyld er ikke nødvendig. Mat kan ha andre betydninger enn medisin, mat kan representere en sosial sammenkomst med måltidet som samlepunkt, enten det er med familien eller med andre. Middag har også i tekstutdraget en posisjon som noe som inntas sammen, men maten man spiser spises kun for å hindre negativ innflytelse rundt mat og vekt på barn. Viktigheten med å spise sammen overgår dietten man går på, men kun på bakgrunn av hva som er best for eventuelle barn som sitter rundt bordet. Inntrykket man sitter igjen med er at helst skulle man ha spist pulver også her.

Utdraget viser også at slanking ved bruk av pulver kan ha en negativ verdi, det er noe man oppfordres til, men som bør skjules fra andre. Å være overvektig er i den biomedisinske diskursen forbundet med forhøyet risiko for sykdom, men det er også noen av metodene for vektnedgang, som pulverkur som vi ser i dette eksempelet. Ved å lese avsnittet nøye ser man at det å slanke seg kan skape et negativt bilde av kropp og mat for barn, og dette utdraget viser at det å slanke seg også kan være farlig, men dette problematiseres ikke utover at barn må skjermes. I datamaterialet representerer mat en moral, en ideologi om at «man blir hva man spiser». Spiser man «feil» er resultatet en usunn og syk kropp, men om man spiser «riktig» kan man både unngå overvekt og også kvitte seg med eventuell overvekt. Hvis jeg skal gå inn i en kampmetafor, ser man at fienden mat kan bekjempes med ekspertenes råd, og deres våpen er forskningen. Det er en gjenganger i datamaterialet, spesielt i tekstene kategorisert under *'løsninger' på overvekt på individnivå.* De inneholder kostholdsråd som ramses opp i enkle og oversiktlige lister, som nevnt i kapittelet om den biomedisinske diskursen. I tillegg til å kontrollere hvor man sitter i forhold til maten, hvilke rammer som tillater at man unner seg middager, og også kontrollerer hva man spiser ved å erstatte mat ved pulver, kan man også kontrollere hvordan man spiser:

> *«Mindful eating» – Spis langsomt og kontroller hva du putter i munnen*
> *– Kanskje spiser du for søt, fet og salt mat av gamle vaner? Det er nøkkelen til bukfedmen. Del opp maten og gjør tallerkenen vakker – og ikke stress mens du spiser. Et måltid bør ta omtrent 15–20 minutter å spise. Det tar tid for metthetssignalene å nå hjernen for å gjøre oss oppmerksomme på at vi er mette. Å legge ned bestikket mens du spiser, kan hjelpe deg med å spise saktere* (VG, 14.09.2021).

Hverdagslige gjøremål som det å spise mat og innta måltider med familien skal kontrolleres, og de blir sykeliggjort ved at mat er en faktor som øker risikoen for sykdommer. Både hva en spiser, men også hvordan man spiser er satt inn i en sykdomssammenheng, slik utdraget over viser. Her er det snakk om ikke bare å unngå for søt, fet og salt mat, men også kontrollere hva man spiser ved å spise langsomt. Det er lagt inn regler for hvordan man skal forholde seg til mat som er forbeholdt personer som ikke er på riktig ende av BMI-skalaen.

Fedmeepidemien - manglende kontroll på en sykdom som spres

Kontroll i den biomedisinske diskursen finner man også i metaforen 'fedmeepidemi' hvor beskrivelsen av økningen av personer med overvekt og fedme er medikalisert. Ved å medikalisere overvekt søker man å forklare 'problemet' gjennom biomedisinske årsaksforhold som behandles av helsevesenet (Kirkevold, 2020). Flere steder i datamaterialet blir begrepet fedmeepidemi brukt for å beskrive hvordan økt vekt i befolkningen sprer seg. Metaforen fedmeepidemi benyttes i norske aviser for å beskrive en global vektøkning. Metaforen er adoptert fra USA, og er et begrep som oppsto blant medisinske tidsskrifter på 1990-tallet (Barry, Brescoll, Brownell & Schlesinger, 2009). Metaforen skaper et bilde av en farlig sykdom som spres til mange mennesker, og som spres raskt og ukontrollerbart. Epidemien representerer en fare for alle i samfunnet, både de som er definert som overvektige, og også personer uten overvekt blir rammet av dette med tanke på de omtalte samfunnskostnadene overvekt medfører:

> *De fleste av oss er overvektige. Ferske tall fra HUNT-undersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at så mange som syv av ti er overvektige. Overvekt gir økt risiko for sykdommer som diabetes, slag og kreft. Fedme kan være vanskelig for enkeltindividet og koster i tillegg samfunnet mange penger. I en ny rapport har Menon Economics regnet ut at fedmeepidemien koster det norske helsevesenet 68 milliarder kroner årlig.* (Aftenposten, 13.06.2019)

Begrepet *epidemi* befinner innenfor en biomedisinsk diskurs da det er en vanlig betegnelse på økt forekomst av sykdom eller død, og her ser man at kontrollaspektet kommer inn. Epidemien spres, og man har ikke kontroll på spredningen da flere og flere er overvektige i følge BMI-skalaen. I tekstene blir ofte fedmeepidemi satt i sammenheng med både økt risiko for sykdom, men også i sammenheng med hvor mange som er definert som overvektige, og at dette tallet stiger. At flere er definert som overvektige skaper et bilde av at dette er en situasjon som er ute av kontroll:

> *Overvekt er et stort problem og det er ikke et eneste land i Vesten som har klart å bremse epidemien engang* (Dagbladet, 28.02.2020)

Fedmeepidemien er fremstilt som en sykdom som spres, og en sykdom man ikke har kontroll over, men som man må stoppe. Det er epidemi som påvirker både samfunnsstrukturer og individer, kuren mot epidemien er å få individer til å gå ned i vekt, og å gå ned i vekt handler om individets kontroll over sin hverdag:

> *Fedmeepidemien er en av de største truslene mot folkehelsen i vestlige land. Noe må gjøres for å unngå overbelastede helsetjenester i form av både arbeidskraft og økonomi. Hva skal vi gjøre? Vi bør alle være så aktive som mulig for å opprettholde normalt funksjonsnivå og livsglede, for å kunne være med venner, leke med barna og barnebarna, kunne gå på jobben og gjøre alle de fritidsaktiviteter som vi ønsker* (Dagens Næringsliv, 23.05.2021).

Ut fra tekstene får man inntrykk av at det å være overvektig bidrar til at fedmeepidemien spres, og den kan kun kontrolleres om personer går ned i vekt. Har man fedme eller overvekt tar også vekten over kontrollen over hverdagslige gjøremål, som vi ser i avsnittet over. Det å leke med sine barn, være med venner, gjøre fritidsaktiviteter og ha livsglede er kontrollert av ens aktivitetsnivå, det samme er hvor mye man veier. I den biomedisinske forklaringen av overvekt har vi sett at i datamaterialet enten er genetisk betinget, eller ubalanse i energiinntak vs. -forbruk. Den såkalte epidemien spres fordi personer ikke har kontroll over sin livsstil, noe som igjen medfører at man mister kontroll over epidemien. Bruken av begrepet fedmeepedemi er blitt kritisert for å være en skremmetaktikk og ikke en korrekt medisinsk terminologi (Murray, 2008, s. 16)

Kroppen som en maskin

Biomedisin bygger på underliggende ideer om helse som er blitt kalt 'den biomedisinske modellen'. Modellen er basert på antagelser om menneskekroppen, og et av elementene i den biomedisinske modellen beskriver kroppen som en maskin (Russell, 2013). Ifølge Russell var de tidlige legene innenfor biomedisin interesserte i og entusiastiske over å ha oppdaget den mekaniske måten menneskekroppen kunne fungere på. Dette skapte et grunnlag for det som blir omtalt som 'den mekaniske metafor' (Russell, 2013; Nettleton, 2013), hvor kroppen innenfor biomedisinen er ansett som en maskin hvor de ulike delene blir påvirket av hverandre og reagerer likt på ytre faktorer. Den medisinske forståelsen av overvekt handler som nevnt om teorien om at energiinntaket er høyere enn energiforbrenningen. Denne forståelsen hviler nettopp på en antagelse hvor kroppen er som en maskin (Gard & Wright, 2005, s. 38). Den maskinelle forståelsen gjør at kroppen er forutsigbar og følger lover om energibalanse som mer eller mindre er universelle over tid og rom. Et eksempel på dette ser vi i utdraget under:

> *Alt i alt handler det om å forbruke flere kalorier enn man spiser* (Dagbladet, 10.07.2021)

Utdraget over fremstiller kropp uten hensyn til individuelle, strukturelle eller kulturelle forskjeller. Forståelsen der ideen om at kroppen er styrt av vitenskapelige verifiserbare lover vil ifølge Gard & Wright (2005, s. 38) eksempelvis drive forskning i den retningen hvor man undersøker hva slags fysisk aktivitet som er best egnet til vektnedgang og generell helse. I datamaterialet ser man eksempler på dette hvor livsstilsendring i form av endring i kosthold og aktivitetsnivå er hovedfaktoren i temaet overvekt i den biomedisinske diskursen. Ifølge Gard & Wright (2005, s. 69) er forskningen som gjøres på overvekt fanget i en evigvarig loop hvor menneskekroppen er redusert til en maskin. Dette fører til at man stiller de samme spørsmålene om vekt og produserer de samme svarene med kun små variasjoner. Ved å anse kroppen som en maskin vil økt kroppsvekt hos en person eller i en populasjon kun forklares av energibalansen (Gard & Wright, 2005, s. 38). En kritikk rettet mot denne forståelsen av vekt er at den ikke etterlater rom for andre faktorer. Fordi det antas at alle kropper føyer seg etter de samme lovene, er ikke 'kroppen som en maskin' god til å inkludere menneskelige

forskjeller slik som kulturelle verdier, sosioøkonomisk status, etnisitet, kjønn, geografisk lokasjon eller alder (Gard & Wright, 2005, s. 41). Teorien om at vekt avhenger av balansen mellom energiinntak og energiforbruk kan hindre andre teorier om kroppsvekt som tar høyde for sosiale, kulturelle og politiske faktorer å påvirke forskning på vekt og helse i større grad enn de gjør nå (Gard & Wright, 2005, s. 10).

Som oppgaven har vist til nå, ser man at energiinntak i forhold til energiforbruk er et tema som er gjennomgående i den biomedisinske diskursen. Innenfor kategorien *'løsninger' på overvekt* ligger majoriteten av tekstene innenfor 'løsningen' livsstilsendring. Livsstilsendring handler stort sett om å spise mindre eller annerledes og ha et høyere aktivitetsnivå. I sortering og gjennomlesing av oppgavens datamateriale kommer det frem at i norske aviser blir menneskekroppen ofte fremstilt som en maskin. Hovedeksempelet her er energibalansen: spis mindre enn du forbruker. Tekstene bygger opp et bilde av kroppen som en maskin. I det kroppen er en maskin er mat redusert til kun å handle om energiinntak, og noe kroppen trenger for næringen:

> – *Minsk noe på matinntaket når du nærmer seg midtveis i livet* (Dagbladet, 21.09.2019)

Matinntak er i denne konteksten en metafor for å spise, og kan ifølge ordboken ha betydninger som er knyttet til institusjoner og industrier, hvor inntak er et sted noe tas inn, for eksempel vann eller elektrisitet. Inntak kan forstås som en justerbar, regulær prosess. Utdraget skaper et bilde av at å endre spisemønster er noe som enkelt kan la seg gjøre, og ved å omtale å spise som matinntak sitter man igjen med et inntrykk av at man er noe man inntar kun for næringen den gir, og noe man må gjøre riktige mengder. Det er en mekanisk prosess som styres som om kroppen er maskin som kan regulere inntaket ved å skru på en bryter. Skrur man den ene veien kan inntaket økes, den andre veien minkes. Mat er ikke noe man spiser, men noe man inntar.

5.1.3 Subjektposisjoner i den biomedisinske diskursen

I den biomedisinske diskursen har jeg identifisert fem subjektposisjoner som leseren av avistekstene må forholde seg til. Subjektposisjonene er *den syke, den kunnskapsløse, den uten viljestyrke, veiviseren* og *eksperten.*

Den syke

I denne diskursen er overvekt fremstilt som en risikofaktor for sykdommer, og personer med overvekt er sosiale subjekter som blir formet av at den biomedisinske diskursen har et patologisk syn på overvekt. Personer med overvekt er aktører som tres inn i en subjektposisjon hvor de fremstilles som syke og må ha en form for behandling. I suksesshistoriene ser vi at aktørene som tidligere var overvektige opprettholder subjektposisjonen 'den syke'. De ble friske av å gå ned i vekt, og sykdommene og plagene som kunne følge med overvekt var ikke lenger et problem.

Den kunnskapsløse

Å ha manglende kunnskap om egen helse er et nøkkelpunkt i den biomedisinske diskursen. Personer med overvekt kan opparbeide seg kunnskap ved hjelp fra eksperter, og på denne måten forstå hvordan de skal gå ned i vekt. Når man har kunnskapen på plass, kan man gå ned i vekt. Denne subjektposisjonen opprettholdes og bekreftes av aktørene i diskursen ved at de beskriver at mangel på kunnskap kunne være en av årsakene til at de ikke gikk ned i vekt. Kunnskapselementet er et gjennomgående element i det forebyggende helsearbeidet, og mangel på kunnskap om egen helse kan medføre risiko for sykdommer, i dette tilfellet overvekt. Subjektposisjonen 'den kunnskapsløse' kan opprettholde den negative stereotypen om at overvektige er dumme.

Den uten viljestyrke

Personer med overvekt fremstilles som å mangle kontroll. I denne subjektposisjonen har aktørene ikke viljestyrke til å gå ned i vekt, og det er først når de klarer å kontrollere seg i forhold til mat og trening og hverdagslige gjøremål at vektnedgang er gjennomførbart. Her opprettholdes også de sosiale subjektene subjektposisjonen 'den uten viljestyrke' i suksesshistoriene. I suksesshistoriene hadde ikke fortellerne viljestyrke da de var overvektige, noe som var en av årsakene til deres høye vekt.

Veiviseren

Den tidligere overvektige. Denne subjektposisjonens aktører formidler historien om sin vektnedgang, og fungerer som en veiviser i det kronglete terrenget av ulike teorier og forskning som finnes i den biomedisinske diskursen. Aktørene i denne subjektposisjonen er begrenset til å formidle de negative konsekvensene overvekt hadde for dem, og veien mot å gå ned i vekt. Handlingsrommet deres er begrenset av den biomedisinske diskursen, og de videreformidler at overvekt er negativt, og vektnedgang er løsningen. Veiviseren har både kunnskap, viljestyrke og motivasjon.

Eksperten

Aktørene i subjektposisjonen 'eksperten' kommer med medisinske råd basert på sin medisinske erfaring. Eksperten har en høy grad av relasjonell modalitet på grunn av sin bakgrunn, og formidler et budskap som underbygger påstandene i den biomedisinske diskursen om at overvekt er negativt fordi det kan føre til sykdom, og normal vekt på BMI-skalaen er den riktige vekten å ha. Modalitet vil diskuteres videre i kapittel 6, diskusjon.

5.2 Identitetsdiskursen

5.2.1 Delvis favnet av og bryter med biomedisindiskursen

I mitt datamateriale, og som i forskning på overvekt for øvrig, er den biomedisinske diskursen dominerende i hvordan vi oppfatter overvekt, både når det kommer til risikoen for sykdom, for hvordan overvekt oppstår og for hvordan man kan unngå overvekt. På grunn av sin dominerende status er det viktig å sette spørsmålstegn til den generelle oppfatningen av hva vekt i sammenheng med god helse er. Biomedisin er kritisert for å være reduksjonistisk, og for å ignorere andre aspekter av hva det vil si å ha god helse, utenom det biologiske. Eksempler på andre aspekter ved helse er selvbevissthet, menneskelige relasjoner og verdier som er en del av menneskets natur (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). Kritikken mot biomedisin innebærer blant annet at biomedisin skaper bestemte måter å forstå helse, sykdom og lidelse på ved at sykdommer og lidelser blir redusert til fysiske, biologiske sykdommer (Rocca & Anjum, 2020, s.77). Det er kun den fysiske delen av mennesket som er gjeldende, og kroppens ulike deler behandles separat. Dette skaper et mekanisk bilde av mennesker, og skiller kroppen fra sinnet. Den dualistiske og mekaniske fremstillingen av kroppen har dype røtter i vestlig kultur (Rocca & Anjum, 2020, s.78). Den reduksjonistiske fremstillingen av mennesket i sammenheng med overvekt kan man se i det jeg vil definere som en diskurs som til en viss grad omsluttes av den biomedisindiskursen, men som har noen aspekter som skiller

seg fra den, denne diskursen har jeg identifisert som identitetsdiskursen. Identitetsdiskursen befinner seg delvis innenfor det medisinske feltet, men handler ikke om å minimere risiko for fysiske sykdommer ved hjelp av vektnedgang, men fremmer andre forståelser av overvekt enn kun konsekvensene for fysisk helse. Helse er også et spørsmål om mental velvære, dette inkluderer at man aksepterer sin identitet (Fonn, Hornmoen, Hyde-Clarke & Hågvar, 2020, s. 15).

Overvekt har to sider ved seg som skaper en motsetning i diskursen. På den ene siden ser man at overvekt kan være definerende på hvordan du oppfattes. Overvekt kan gi en identitet som forbindes med negative konnotasjoner som er påvirket av de etablerte negative stereotypene, som manglende kunnskap og latskap. På den andre siden ser man det motsatte, at overvekt ikke trenger å si noe om en person og ens personlige egenskaper. I denne sammenhengen kommer også helseaspektet inn, men her handler det om å ivareta blant annet sin mentale helse ved å akseptere sin vekt og fremme at god helse kan være noe mer eller noe annet enn 'normal' vekt. Identitet handler om «å være seg selv». «Å være seg selv» kommer til syne gjennom selvvurdering og selvobservasjon. I tillegg er identitet et organiserende prinsipp i ens personlighet, et prinsipp som innebærer ansvar for enhet og kontinuitet. Identitet er knyttet til den erfaringen av det å være menneske i en kulturell, sosial, biologisk, økologisk og eksistensiell kontekst (Hummelvoll, Jensen, Dahl & Olsen, 2004; Farstad, 2016).

Overvekt er ikke identitetsskapende

Av de 18 kategoriserte suksesshistoriene er to av de ekstremverdier i den forstand at de er avvikende fra resten av resultatet. Disse ekstremverdiene er sjeldne, men de representerer en diskurs hvor suksessen ikke ligger i å gå ned i vekt, men å akseptere sin vekt. Jeg velger å inkludere disse i oppgaven til tross for at de ikke er representative for utvalget fordi i begge tekstene ligger det en motdiskurs til den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen, og en alternativ suksesshistorie. Målet i den biomedisinske diskursen er å gå ned i vekt, og suksess ligger hos personene som oppnår det, mens målet i folkehelsediskursen er generell vektnedgang i befolkningen for å redusere helseutgifter og utjevne sosiale helseforskjeller. I identitetsdiskursen ligger suksessen i å akseptere kroppen sin med den vekten den har, det som blir ansett som et mål i identitetsdiskursen er annerledes enn den biomedisinske hvor god helse innebærer reduseringen av risiko av sykdom. Begge suksesshistoriene i identitetsdiskursen inneholder aspekter som omtaler overvekt som noe negativt, likt som i et biomedisinsk perspektiv, men identitetsdiskursen fremmer også at god helse kan innebære

ved å være bevisst sin mentale helse, og at overvekt ikke trenger å være negativt. Den at biomedisin delvis dominerer identitetsdiskursen skaper en motsetning i identitetsdiskursen. Her skal vi først se på anerkjennelsen av overvekt som helseskadelig, før oppgaven videre ser på hvordan identitetsdiskursen også kan bryte med dette bildet. Det at overvekt blir omtalt som farlig, kan vi se i den første suksesshistorien, hvor vi får vite at intervjuobjektet Aud er klar over at overvekt kan være skadelig for helsa:

> *De fleste leger vil si at Aud Jektviks vekt kan være skadelig for helsa. Det vet hun selv også* (Dagbladet, 27.09.2019)

Den biomedisinske diskursen omfavner altså delvis identitetsdiskursen i den forstand at den fremmer en forståelse at overvekt er helseskadelig, og dette er noe «alle» vet, både de fleste leger, Aud og leser. Men identitetsdiskursen bryter med den biomedisinske fordi Aud har akseptert sin kropp og sin vekt, hennes mål er ikke lenger vektnedgang. I den biomedisinske diskursen er det vektnedgang som fører til god helse, mens i identitetsdiskursen vil det å akseptere sin nåværende vekt være noe som gir bedre helse. Til tross for at Aud er klar over at overvekt kan være skadelig for helsa, har hun akseptert sin egen kropp, noe som for henne hadde positiv helsegevinst:

> *Aud Jektvik har tatt sitt valg. Hun har sluttet å kjempe mot kiloene. Hun mener alle slankekurene, de påfølgende nedturene når vekta igjen viser oppgang, gjør henne dårligere enn de ekstra kiloene* (Dagbladet, 27.09.2019)

At Jektvik har sluttet å *kjempe* mot kiloene er kamp-metafor som ikke er uvanlig å finne i tekster som handler om overvekt. At Jektvik har sluttet å kjempe kan virke som et nederlag, at hun har gitt opp, men leser man avsnittet ferdig ser man at det å slutte å kjempe gjorde henne sunnere enn å forsøkene på å gå ned i vekt. Å slutte å kjempe kan i denne sammenhengen bety at man ikke lenger er en del av kampen, man har tatt et valg om å tre ut av den, og på den måten få et bedre liv. Dette kan bety at selve kampen mot overvekt ikke behøver å være reell, den er et resultat av de føringene både den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen legger, hvor overvekt er en vekt som ikke er akseptert.

Andre helseplager enn fysiske sykdommer

I identitetsdiskursen er det her relevant å se hvordan hennes helse hadde bedre av å unngå metoder, som slanking, for å gå ned i vekt. Hennes selvvurdering av seg selv og egen helse skaper en annen identitet enn 'den syke' overvektige. I biomedisindiskursen gir overvekt som nevnt en risiko for sykdommer, og lesere av tekster som befinner seg i denne diskursen får medisinske råd fra forskere til hvordan man går ned i vekt. Disse rådene innebærer blant annet livsstilsendring i form av slanking. Men den biomedisinske diskursen rommer ikke muligheten for å *ikke* gå ned i vekt. Ut fra de to alternative suksesshistoriene får man vite at å ikke gå ned gir andre helseutfordringer enn økt risiko for fysiske sykdommer. I artikkelen får leseren ikke vite om Aud Jektvik har opplevd fysiske helsekonsekvenser på grunn av sin vekt, men det kommer frem at de negative psykiske konsekvensene av vekten kommer på grunn av kommentarer fra personer rundt henne. Hun forteller om ulike situasjoner hvor personer har kommet med kommentarer eller handlinger rettet mot henne på bakgrunn av hennes vekt:

> *Aud Jektvik er 165 centimeter høy og veier 145 kilo. Hun har slitt med vekta siden hun var liten, og er vant til at folk hun ikke kjenner kaster stygge blikk etter henne. Noen nøyer seg ikke med blikk, men slenger ufine kommentarer også. Som den gangen Jektvik handlet på Kiwi, og en kvinne snappet frossenpizzaen ut av handlevogna hennes, med ordene: «Den slags mat trenger ikke du.» Eller da hun skulle kjøpe pølse på Narvesen, og en mann i køen sa til henne: «Det der hjelper i hvert fall ikke.» For ikke å snakke om den gangen hun sto på en buss holdeplass og ventet, og ei vilt fremmed dame lagde oppstoppernese på seg selv med en finger, mens hun gikk rundt Jektvik og gryntet som en gris* (Dagbladet, 27.09.2019)

Disse opplevelsene er ifølge Aud vonde, og det er noe som har preget henne. Det ser man i sitatet under når hun forklarer at de sitter i ryggmargen:

> *– Jeg har hatt en del opplevelser som sitter i ryggmargen, sier Aud Jektvik.*
> *– Det er vondt å få så mange negative reaksjoner, når jeg bare prøver å komme meg igjennom hverdagen* (Dagbladet, 27.09.2019)

At noe sitter i ryggmargen er en metafor på at det er blitt en del av kroppen. Slår man opp i bokmålsordboka ser mat at når noe sitter i ryggmargen betyr det at er «gått en i blodet slik at en ikke behøver å tenke på den», det er noe som er blitt naturlig. Disse utdragene viser

hvordan stigmatisering og negative stereotyper preger Aud, kommentarene fra andre har blitt en del av henne. I tillegg til de negative konsekvensene i form av stigmatisering, ser man også at artikkelen rommer den biomedisinske diskursen. I artikkelen er en professor og spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi intervjuet og forklarer at det i tillegg til de psykiske konsekvensene av negative kommentarer, eksisterer det også fysiske negative helsekonsekvenser av å få negative kommentarer på sin kropp fra andre:

> *– Å leve i en kultur der ens egen kropp er «feil» og knyttet til en rekke negative beskrivelser kan utvilsomt skade selvfølelsen. Forskning viser at vektdiskriminering kan øke risikoen for angst og depresjoner. I tillegg er det bevist at det å oppleve vektdiskriminering også kan få fysiske konsekvenser, blant annet kan det øke kortisolnivået, CRP-nivået og blodtrykket* (Dagbladet, 27.09.2019)

Utdraget over viser at i tillegg til at kulturen vi lever i legger til rette for vektdiskriminering som kan skade selvfølelse, kan vektdiskriminering gi negative fysiske konsekvenser. Identitetsdiskursen åpner opp for at man kan akseptere sin kropp, uavhengig av størrelse, og skaper dermed et rom for en kultur hvor ens kropper ikke er feil, og kan dermed virke som et motmiddel mot stigmatisering. Identitetsdiskursen fremmer et syn på kropp hvor ens helse, personlighet og personlige egenskaper ikke defineres ut fra hvor mye man veier målt etter BMI-skalaen.

Selvaksept på tross av, ikke på grunn av

Et annet eksempel på hvordan identitetsdiskursen er omfavnet av den biomedisinske diskursen finner vi i utdraget under hvor intervjuobjektet i artikkelen, Sonja Iren, forteller at hun har vært overvektig hele livet, men har det bedre i sin egen kropp etter at fokuset hennes gikk fra ulike dietter for å gå ned i vekt, til å akseptere vekten sin:

> *Det siste året har Sonja Iren Ebbesen Johnsen funnet seg bedre til rette i egen kropp. Hun har droppet alt av dietter, men trener fortsatt tre ganger i uken, går over 10.000 skritt hver dag og spiser sunt. Nå tar ikke lenger fokuset på vekt over hverdagen hennes* (Aftenposten, 20.05.2021)

Det beskrives at Sonja Iren har funnet seg til rette i egen kropp. Hun har en sunn livsstil hvor hun trener og spiser sunt, men denne livsstilen er ikke et resultat av å forsøke å gå ned i vekt.

Her ser man igjen at målet i identitetsdiskursen ikke er å gå ned i vekt, det er en diskursiv konflikt her mellom det patologiske aspektet i den biomedisinske diskursen og identitetsdiskursen. Det å ikke gå ned i vekt kan man finne igjen i flere av tekstene i datamaterialet som er kategorisert under *Sunn livsstil viktig ved overvekt.* Hovedbudskapet i disse tekstene er at det er ikke gitt at personer med overvekt kan få en 'normal' vekt, og at dermed er det viktigere å fokusere på en sunn livsstil, enn det evige prosjektet som handler om å gå ned i vekt. Generelt vil ikke tekstene i denne kategorien legge frem overvekt som noe positivt eller nøytral. Overvekt er noe man rammes av, det kan ha negative konsekvenser, og selv om man kan akseptere å ikke gå ned i vekt, er fortsatt ikke overvekt noe positivt. Dette gjenspeiles i identitetsdiskursen. Her ser man også at selv om man aksepterer sin vekt og får en sunnere liv på grunn av det, vil likevel overvekt ikke ha en positiv verdi. Identitetsdiskursen fremmer et syn hvor man kan være fornøyd med kroppen sin *til tross* for overvekt, ikke på grunn av overvekt. Sonja Iren forklarer at så lenge man er sunn og frisk, trenger ikke overvekt være ille, men fortsatt ligger den en grunntanke om at overvekt fører til sykdom:

> *– Så lenge jeg tar vare på helsen min og er sunn og sprek, tenker jeg at det ikke er det verste i verden å være tykk, sier Johnsen.*
> *Dette budskapet prøver hun å spre gjennom sosiale medier* (Aftenposten, 20.05.2021)

Igjen ser man her at overvekt ikke får en nøytral eller positiv, men en negativ verdi. Det verste i verden er ikke å være tykk, forklarer Sonja Iren, men det får heller ikke en positiv verdi. Dette er enda et eksempel på at selv om man er fornøyd med egen kropp, og også har en livsstil som vil defineres som sunn, blir ikke overvekt fremstilt i et positivt lys i artikkelen.

Utdraget viser også at hun ønsker å spre sitt budskap om sin kunnskap om at det å være tjukk ikke er det verste i verden. I identitetsdiskursen finner man altså også kunnskaps- og formidlingssegmentet som man så i den biomedisinske diskursen. Kunnskap er et viktig element innenfor helsefremmende arbeid. I likhet med suksesshistoriene i de biomedisinske diskursene er opparbeiding av kunnskap og egen helse og videreformidling av kunnskapen et nøkkelpunkt. Sonja Iren vil dele sin kunnskap, sitt budskap, om å oppnå bedre helse ved å akseptere sin kropp i sosiale. I likhet med suksesshistoriene i den biomedisinske diskursen, fikk Sonja Iren også en åpenbaring som gjorde at hun til slutt fant seg til rette i sin egen kropp, og ønsker å formidle dette videre slik det kan motivere andre. Artikkelen om Sonja

Iren befinner seg hovedsakelig innenfor den biomedisinske diskursen, hvor det forklares at overvekt kan være genetisk bestemt.

> *– Genene dine har skylden for mellom 40 og 70 prosent av vekten din. Dette er gener som blant annet påvirker sult- og metthetsfølelse eller funksjonen til fettcellene. [...] Men selv om genene dine kan forklare mye, kan du ikke skylde på dem alene* (Aftenposten, 20.05.2021)

Rammen rundt artikkelen hvor Sonja Iren er intervjuet er i en biomedisinsk diskurs hvor overvekt er negativt, uavhengig om man finner seg til rette i sin kropp. Det er en motsetning i teksten, og identitetsdiskursen står i en diskursiv kamp med den biomedisinske diskursen. Resultatet av dette er at selv om intervjuobjektet forteller om sin selvaksept og selvvurdering som former ens identitet, er overvekt noe negativt som både gener og enkeltpersoner har skyld i.

I Identitetsdiskursen åpnes det opp for at man som overvektig kan akseptere sin kropp og leve et godt liv uten å forsøke å gå ned i vekt, og at overvekt ikke trenger å være problematisk. Men identitetsdiskursen er både delvis omfavnet av og står i en diskursiv kamp med den biomedisinske diskursen. Resultatet av dette er at overvekt ikke får hverken en nøytral eller positiv verdi. I identitetsdiskursen er det blant annet stigmatiseringen fra andre som bekjempes, ikke ideen om at overvekt kan være helsefarlig. Dermed, i likhet med den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen kan overvekt også her være negativt. Men likevel er hovedproblemet i identitetsdiskursen de kulturelle rammene som legger til rette for stigmatisering av personer med overvekt, som igjen fører til at man risikerer å ikke finne seg til rette i egen kropp om man har en vekt som ikke tilsvarer normalvekt ifølge BMI-skalaen.

5.2.2 Kontroll i identitetsdiskursen

I identitetsdiskursen finner man også aspekter av kontroll. I denne diskursen finner jeg tre kontrollaspekter. Det handler det om å kontrollere sin livsstil slik at det er greit å være overvektig så lenge man er sunn og frisk, at man blir kontrollert av andre, og samtidig bryte ut av den kontrollen personer med overvekt forventes å ha over seg selv.

Det ene kontrollaspektet handler om kontrollen man finner i den biomedisinske diskursen, hvor man skal spise sunt og trene, som overlapper over i identitetsdiskursen. Man aksepterer sin vekt, men fremmer likevel at man skal trene og ha en sunn livsstil, slik som man så i utdraget om Sonja Iren. Ved å være aktiv og spise sunt er det greit å være overvektig. Det å spise og trene et visst antall dager i uka kan være med på å skape et bilde av 'den riktige' overvektige. Dette så man eksempler på i den biomedisinske diskursen også, hvor gode måltider var noe man måtte gjøre seg fortjent til.

Det andre kontrollaspektet skiller seg fra kontrollen biomedisindiskursen. I identitetsdiskursen ser man at kontrollen også kan komme utenfra. Dette så man eksempel på i utdraget om Aud som opplevde kommentarer og fysiske handlinger rettet mot seg når hun kjøpte mat som ikke var ansett som akseptabelt av henne å spise på grunn av hennes vekt. Det er forventet av henne som overvektig at hun ikke skal spise usunn mat, som frossenpizza og pølser. Hun blir kontrollert av andre som skal sørge for at hun kontrollerer seg.

Det tredje kontrollaspektet handler om å bryte ut av kontrollen som legger føringer for hvordan man skal leve sitt liv. Slik som vi så i den biomedisinske diskursen ser man at målet for personer med overvekt er å gå ned i vekt, og det kan gjøres ved å kontrollere livsstilen sin. Ved å akseptere sin vekt og hvor målet ikke er å gå ned i vekt trenger ikke kontrollaspektet lenger ha en betydning. Selv om negative kommentarer og handlinger rundt ens spisevaner skaper stigmatisering og dermed kan være skadelig for helsen, åpner identitetsdiskursen opp for at det går an å akseptere vekten sin til tross for kontrollen andre personer forsøker å legge på en. Å slutte å gå på slankekurer ble omtalt som å 'slutte å kjempe mot kiloene', men det kan også ses på som å bryte ut av de andre kontrollaspektene, og dermed ta kontroll over egen hverdag uavhengig av vekt.

Kontroll er altså noe som både kan eksistere og ikke trenger å eksistere i identitetsdiskursen. Ved å akseptere sin vekt kan man «være seg selv», og ikke defineres ut fra sin kropp. Selvvurderingen av seg selv som menneske som ikke måler seg selv i forhold til hvor man er på BMI-skalaen skaper en identitet og personlighet uavhengig av hva man veier. Tidligere i dette kapittelet om identitet så vi at det ble blant annet knyttet opp mot erfaringen av det å være menneske blant annet i en kulturell og sosial kontekst (Hummelvoll et al., 2004). Ved å bryte med de kulturelle og sosiale normene rundt overvekt kan man skape en identitet som ikke defineres ut fra et patologisk syn.

5.2.3 Subjektposisjoner i identitetsdiskursen

I identitetsdiskursen finner jeg to subjektposisjoner, *den riktige overvektige* og *formidleren*.

Den riktige overvektige

I artikkelen hvor Sonja Iren er intervjuet, skapes det et bilde av at hun, og andre personer med overvekt, ikke nødvendigvis har 'skyld' i egen vekt, da dette som nevnt er en artikkel som omhandler hvordan genetikk påvirker vekt. I tillegg til at Sonja Iren kan ha et genetisk grunnlag for høy vekt, får vi også vite at hennes livsstil ikke påvirker vekten

> *Sonja Iren Ebbesen Johnsen har alltid vært overvektig. Som barn spiste hun det samme som venninnene. Av og til mindre, til og med. Hun var også fysisk aktiv* (Aftenposten, 20.05.2021)

Til tross for at hun spiste det samme som venninnene, og av og til mindre, og var fysisk aktiv forble hun overvektig. Hennes minner om barndommen forteller at hun hadde riktig livsstil. Hennes overvekt er ikke et resultat av hennes handlinger. Her skapes det en subjektposisjon som jeg vil definere som *den riktige overvektige.* Personer i identitetsdiskursen må forholde seg til denne subjektposisjonen fordi den biomedisinske diskursen dominerer deler av identitetsdiskursen. Ved å forholde seg til den *riktige overvektige* må Sonja Iren vise at hun aksepterer sin kropp, men ved nærlesing av teksten ser man at aksepten kommer med begrensninger. Den riktige overvektige skaper et rom for personer med overvekt til å akseptere sin kropp, men setter begrensninger med tanke på at aksepten må skje innenfor visse kriterier. Kriteriene her er at hun ikke har hatt skyld i egen vekt. Dette forklares med at hun har alltid hatt en livsstil som ikke har lagt opp til høy vekt, og at hun nå trener hun og spiser sunt flere ganger i uken. Artikkelen handler om at noen er genetisk anlagt for høy vekt, og Sonja Iren har tidligere gjort alt 'riktig' i form av sunn livsstil, men er likevel overvektig. Vi får vite i artikkelen at hun ikke lenger går aktivt inn for å gå ned i vekt, fordi dietter har hatt negative konsekvenser for henne:

> *Hun har prøvd en rekke dietter de siste årene. Men i stedet for å gå ned i vekt, har hun endt opp med å overspise* (Aftenposten, 20.05.2021)

Her får leseren vite at dietter ikke var sunt for henne, og leseren aksepterer at hun ikke kan gjennomføre en livsstilsendring da dette førte til videre vektøkning. I den biomedisinske diskursen ligger det 'løsninger' på overvekt, og hovedløsningen er livsstilsendring, men det at Sonja Iren ble syk av dette gjør at man får en forståelse for hvorfor hun må akseptere sin egen vekt. Hun har forsøkt å gjennomføre livsstilsendringer i form av dietter, men disse gjorde henne syke. Sonja Iren gjorde et forsøk på å følge de allmenne medisinske rådene som eksisterer rundt vektnedgang, derfor kan man forstå og samtidig akseptere at hun ikke lenger går ned i vekt. Det samme ser vi i intervjuet med Aud, som også forklarer at hun har gått på dietter som har hatt negative konsekvenser for henne:

> *Hun mener alle slankekurene, de påfølgende nedturene når vekta igjen viser oppgang, gjør henne dårligere enn de ekstra kiloene* (Dagbladet, 27.09.2019)

Dette er igjen et eksempel å at aksept av vekt skjer i en bestemt rekkefølge, hvor ulike livsstilsendringer i form av dietter og slankekurer er utprøvd før selvaksepten. Leseren kan akseptere at Sonja Iren og Aud aksepterer sine kropper, fordi de forteller at de har forsøkt å gå ned i vekt.

Formidleren

I likhet med den biomedisinske diskursen, finnes det også i identitetsdiskursen en type subjektposisjon som leder vei. Denne subjektposisjonen har jeg her valgt å kalle *formidleren*. Formidleren skaper et rom for å ta en annen vei enn subjektposisjonen *veiviseren* som befinner seg i den biomedisinske diskursen. Der hvor veiviseren former en form for kart i et stort, uoversiktlig medisinsk terreng, vil subjektposisjonen formidleren fortelle en ny historie som bryter med diskursene i biomedisinske kartet. Formidleren åpner opp for at målet ikke behøver å være vektnedgang, men aksept av kropp. I denne subjektposisjonen er subjektet aktivt når det bidrar til å endre fremstillingen av personer med overvekt. Overvekt behøver ikke være en negativ faktor i enkeltpersoners liv, det kan være nøytralt. Formidleren formidler både viktigheten av å ivareta egen helse, men bryter også med etablerte stereotyper om at personer med overvekt er kunnskapsløse og uten viljestyrke. Når subjektene i identitetsdiskursen forholder seg til subjektposisjonen formidleren, inntar de en posisjon som trekker på tidligere erfaringer med høy vekt, og formidler sin kunnskap om hvordan det ikke er den høye vekten som for dem er helsefarlig, men stigmatiseringen som medfører høy vekt.

Formidleren bidrar til å styrke identitetsdiskursen i dens diskursive kamp mot den biomedisinske diskursen med sin kunnskapsformidling og erfaringer.

5.3 Folkehelsediskursen

5.3.1 Samfunnsproblemet og samfunnsansvaret overvekt

Som vist i tabell 4. befinner til sammen 38 av tekstene av det totale datamaterialet seg innenfor de to kategoriene som ligger innenfor det strukturelle aspektet: *strukturelle årsaker til overvekt* og *'løsninger' på strukturelt nivå*. Der hvor biomedisinske diskursen fremstiller en oppmerksomhet på medisinske fremskritt og tiltak som rettes mot individer, vil andre understreke sammenhengen mellom det totale miljøet man lever i og helsen (Lloyd, 2019). I denne konteksten hever man fokuset fra årsakene og konsekvensene opp fra individnivå over på samfunnsnivå. I datamaterialet har jeg identifisert en *folkehelsediskurs* hvor både årsaker til og konsekvenser av overvekt kan ligge på et samfunnsnivå. I den biomedisinske diskursen i datamaterialet fant jeg det som kan identifiseres som to hovedårsaker til overvekt: det genetiske aspektet og ubalanse i energiinntak og energiforbruk. Folkehelsediskursen omfavnes at den biomedisinske diskursen i den grad at konsekvensene av overvekt er sykdom, og at genetikk og energiubalanse kan føre til overvekt. I folkehelsediskursen aksepteres det at personers genetiske tilbøyelighet for overvekt og forholdet mellom energiinntak og -forbruk kan være årsak til høy vekt i befolkningen, men det er de strukturelle rammene som avgjør om ens genetiske sammensetning eller energiinntak resulterer i høy vekt:

> *Nordmenn er blitt tyngre de siste tiårene. Men folk med fedmegener har gått opp mye mer enn andre. Vi kan ikke endre genene våre, men vi kan gjøre noe med miljøet. Vi vet at noen er genetisk mer tilbøyelig til å legge på seg enn andre. Endringer de siste 50 årene påvirker vekten til dem som ikke er særlig disponert for å legge på seg, men de genetisk disponerte har økt enda mer i vekt. Dagens miljø forsterker altså vektforskjellene mellom mer og mindre genetisk disponerte mennesker* (Aftenposten, 07.07.2019)

I utdraget over ser man begge årsakssammenhengene, ubalanse i energiinntak og -forbruk, og genetikk er de samme årsakssammenhengene oppgaven registrerte i den biomedisinske diskursen, men i folkehelsediskursen er det miljøet som er variabelen som påvirker både

gener og energiinntak, som igjen kan gi høyere vekt. I denne sammenhengen ser man at overvekt er et resultat av at samfunnet har endret seg siden 70-tallet, og her i hovedsak maten man har tilgang på. Gener, mat og aktivitetsnivå påvirker ens vekt, men det er samfunnets endring som er katalysatoren som får fart på vektoppgangen i befolkningen. Der hvor løsningen på 'problemet' overvekt i den biomedisinske diskursen er å gå ned i vekt ved å holde det som blir definert som en sunn livsstil hos hver enkelt, er det i folkehelsediskursen samfunnets ansvar ved å innføre tiltak i befolkningen:

> *Selv om vi ikke kan endre hvilke gener vi har, så kan vi påvirke miljøet vi lever i. Forskere, helsemyndigheter og politikere bør sammen vurdere tiltak som gjør det lettere å gjøre sunne valg i hvert enkelt samfunn* (Aftenposten, 07.07.2019)

Personers helse er et offentlig anliggende, og overvekt er en ansett som en utfordring i samfunnet. Dette fører til at både personer og statlige organer blir ansvarliggjort. Slik som det står i tekstutdraget over er blant annet politikere en del av løsningen, og at politikere ser overvekt som et samfunnsproblem hvor staten kan rette tiltak, ser man i et intervju med daværende folkehelseminister Terje Søviknes:

> *Søviknes erkjenner at «vi har fortsatt utfordringer, blant annet når det gjelder psykisk helse, overvekt og fedme», og understreker at «forebygging er et prioritert område for oss».*
> *– Barns kosthold er først og fremst foreldrenes ansvar, men vi oppfordrer skolene til å legge godt til rette for skolemåltidene. Staten støtter opp under kommunenes ansvar både med retningslinjer, verktøy, kommunikasjons- og kompetansetiltak, sier Søviknes også* (Dagsavisen, 13.01.2020).

Søviknes legger frem ulike tiltak og bruker blant annet skolemåltid som eksempel på konkrete tiltak staten kan gjennomføre. Kosthold er, ifølge folkehelseministeren, «først og fremst foreldrenes ansvar», dette så man også i den biomedisinske diskursen, hvor ansvaret lå hos den enkelte, men her har i tillegg staten en rolle som pådriver til å sørge for skolemåltid til den enkelte. Igjen ser man at også her er mat brukt som et middel mot overvekt.

Folkehelsediskursen er også omfavnet av den biomedisinske diskursen i det som handler om konsekvensene av overvekt. I en kronikk i Aftenposten, som argumenterer for at veiing av barn i helseundersøkelser er et viktig middel for å blant annet avdekke risiko for overvekt, er det sykdommer som blir trukket frem som konsekvenser av overvekt. Utdraget under er fra denne kronikken som inneholder både en biomedisinsk diskurs, men også en folkehelsediskurs. Det er to konsekvenser av overvekt, den første ligger som nevnt på et medisinsk nivå hvor personer med overvekt har økt risiko for sykdommer. Den andre konsekvensen av økt vekt i befolkningen ligger på et strukturelt nivå. Om personer med overvekt eller foreldre med barn med overvekt selv ikke oppsøker hjelp og dermed ikke får tilbud om oppfølgning, kan det føre til at de sosiale helseforskjellene i Norge øker:

> *Nærmere én av fem unge i Norge har enten overvekt eller fedme. Tilstanden kan påvirke barns psykiske helse og trivsel, gi problemer med ben og ledd samt øke risikoen for tidlige tegn på hjerte- og karsykdommer og utvikling av type 2-diabetes. Forekomsten er sterkt assosiert med sosioøkonomiske forhold. Å oppdage overvekt uten å veie er vanskelig, enten man er helsesykepleier eller forelder. Uten en befolkningstilnærming, hvor alle barn blir veid og målt, vil færre barn få tilbud om oppfølging. Noen foreldre vil på eget initiativ oppsøke hjelp til sine barn. Men dersom vi baserer hjelpen kun på dette, kan de sosiale helseforskjellene i Norge øke*
> (Aftenposten, 01.07.2021)

I kronikkutdraget beskrives det at «noen foreldre vil på eget initiativ oppsøke hjelp til sine barn», og at om hjelpen kun baseres på at noen ber om det, kan helseforskjellene i Norge øke. Det man kan lese ut fra dette utdraget er at ikke alle ber om hjelp. Det står ingen forklaring på hvorfor noen ber om hjelp, og ikke andre. Det man får vite ut fra dette er at her er det igjen snakk om kunnskapselementet i forhold til vekt og helse. De som ber om hjelp ber om økt kunnskap, de hadde ikke nok kunnskap om overvekt, men de visste nok til å be om hjelp. De som ikke ber om hjelp, får ikke kunnskapen kronikkforfatterne ønsker at de skal ha, og har heller ikke kunnskap til å be om hjelp. Mellom linjene kan man se at ved å ikke be om hjelp ikke vet man ikke at man skal be om hjelp, og dermed risikere de at barna deres får høyere risiko for sykdommer. Der foreldres kunnskap svikter vil helseundersøkelsene kunne gi hjelpen foreldrene ikke kunne be om. Kunnskap er dermed også i denne diskursen et

nøkkelelement for å gå ned i vekt. I den biomedisinske diskursen så man også at kunnskap var et nødvendig element for personer med overvekt som skulle ned i normal vekt.

I likhet med den biomedisinske diskursen finnes det også i folkehelsediskursen klare og konsise råd, gjerne oppramset i punktlister. Innholdet i rådene i de to diskursene er relativt like, det er snakk om endring av kosthold, sunn mat, være aktiv og unngå usunn mat og drikke. Forskjellen er hvor ansvaret ligger:

> *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber helsefremmende og forebyggende og har en viktig rolle i å forebygge overvekt. Men først og fremst forebygges overvekt på helt andre arenaer – i hjemmet, butikkene, mediene og skolene. Dette er samfunnets og de voksnes ansvar [...] Mange virkemidler er tilgjengelige. De bør tas i bruk i større grad:*
>
> - *Tilrettelegging for sunne måltider og fysisk aktivitet i barnehage, skole og SFO.*
> - *God opplæring i mat- og helsefaget i skolen.*
> - *Tiltak for aktiv skolevei og fysisk aktiv læring.*
> - *Mindre markedsføring av usunn mat og drikke.*
>
> (Aftenposten, 01.07.2021)

Virkemidlene finnes på et makronivå som får konsekvenser på mikronivå, og dermed påvirker makronivået ved å utjevne sosiale helseforskjeller. Selv om tiltak innføres på samfunnsnivå, er det fortsatt individet som må endres. I folkehelsediskursen er også overvekt en midlertidig vekt. Individer mangler kunnskap når det kommer til å be om hjelp, men også til å ta sunne valg i hverdagen. Derfor er det i denne diskursen samfunnets ansvar å blant annet bidra til mindre markedsføring av usunn mat og drikke, slik at det skal bli vanskeligere å ta usunne valg. Enda et eksempel på at samfunnet må påvirke personers valg finner vi artikkelen hvor eksperter slå «fedmealarm». I denne forbindelsen er leder ved Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i og professor ved Universitetet i Oslo, Jøran Hjelmesæth, intervjuet. Med sin stillingstittel er han intervjuet ut fra et medisinsk ståsted, men snakker i dette tilfellet innenfor folkehelsediskursen:

> *Han mener spesialisthelsetjenesten nå må forberede seg på økt antall henvisninger av barn og unge med alvorlig fedme som trenger spesialisert behandling og oppfølging.*
> *– Dette bør være en «wake-up call» for norske politikere, og jeg vil gjerne utfordre Støres nye regjering til å utnytte muligheten den har til å iverksette strengere strukturelle tiltak for å begrense skadevirkningene av covid-19, sier Hjelmesæth. Han ser for seg økte avgifter på usunne sukker- og kaloririke matvarer og reduserte avgifter på sunne matvarer som frukt, grønt og grove kornprodukter som mulige tiltak. Han ser også gjerne at myndighetene, ved lov, sørger for full stans av markedsføring av usunn mat til barn og unge* (Dagbladet, 27.09.2021)

Skadevirkningene av covid-19 er her snakk om potensielt økt vekt i befolkningen etter at koronapandemien førte til stengte skoler og hjemmekontor. Strukturelle tiltak påvirker både samfunnsforskjeller og individers helse. Å legge ansvaret over på myndighetene fjerner noe av det individualistiske synet på helse som finnes i den biomedisinske diskursen, men fortsatt er det individet til slutt som skal endre seg, med eller uten å ha bedt opp hjelp. Å blant annet forby markedsføring på visse næringsmidler og legge opp til at personer med overvekt blir kartlagt i helseundersøkelser handler om å innføre kontroll der hvor personer selv ikke har nok av det. Både folkehelsediskursen og den biomedisinske diskursen inneholder et kontrollaspekt som handler om at mennesker må kontrolleres på ulike nivåer for å enten gå ned i vekt eller unngå overvekt til å begynne med.

5.3.2 Kontroll i folkehelsediskursen

Som nevnt har jeg identifisert ulike typer kontroll i datamaterialet, og i folkehelsediskursen er både samfunnets kontroll og enkeltpersoners kontroll over sin viljestyrke relevant. Tidligere i oppgaven viste jeg et utdrag fra en artikkel hvor påstanden om at vi lever i et samfunn hvor man er omringet av fristelser man bør motstå er et eksempel på hvordan samfunnsstrukturer kan ha en medvirkende årsak til overvekt. I utdraget er både genetikk, samfunn og viljestyrke aspekter som kan påvirke vekt. Utdraget beskrev at gener ikke har endret seg, men det har tilgangen til fristelser:

> *Det som har forandret seg, er imidlertid tilgangen til fristelser som vi genetisk er disponert for. Det er imidlertid viktig ikke å glemme at gener kun gir en sårbarhet for*

> *overvekt. En sunn livsstil kan motvirke den genetiske sårbarheten* (Aftenposten, 13.06.2019).

Påstanden om samfunnet rundt oss er en medvirkende årsak til overvekt finner man igjen flere steder i datamaterialet. I kategoriseringen av datamaterialet kan man se at den ene underkategorien «årsaker til overvekt» er 22 tekster sortert inn under «strukturelle årsaker». Som nevnt i metodekapittelet vil tekstene inneholde flere mulige kategoriseringer, men argumentene eller temaet som er mest fremtredende i teksten vil være avgjørende for hvilken kategori teksten havner i. Det vil si at selv om 22 av tekstene ligger under «strukturelle årsaker» kan det være flere faktorer som blir nevnt i tekstene. Hovedbudskapet i disse tekstene er at det finnes forskning som viser at samfunnsstrukturer som påvirker ens vekt og helse og argumenterer for at samfunnet har et ansvar når det kommer til personers helse. I likhet med de genetiske årsaksforklaringene på overvekt, gir også samfunnsstrukturelle forklaringer en moralsk forklaring av årsaker til vekt. Å ha en høy vekt er moralsk negativt, men skyld skal bort fra individet:

> *Om du skulle være i tvil: Du blir ikke kvitt fedme ved å skjerpe deg. Ifølge Hjelmeseth* [professor i medisin] *viser absolutt all forskning at det ikke dreier seg om manglende viljestyrke. Årsakene til at noen utvikler fedme er komplekse, men det skyldes i hovedsak en kombinasjon av to ting. De er arvelig disponert, noe som gjør at det tar lengre tid før de blir mette og kortere tid før de blir sultne igjen. I tillegg lever vi i et fedmefremmende samfunn som «pusher boller og brus på oss», som fedmeprofessoren sier. Og her kommer grunnen til at flere har fedme nå enn før: De som uheldigvis er arvelig disponert for fedme, tåler helt enkelt ikke dette fedmefremmende samfunnet* (Dagbladet, 27.09.2019).

Her får både samfunnet, som blir beskrevet som fedmefremmende, og gener skylden for økt vekt. At et samfunn er *fedmefremmende* skaper et bilde av at vi lever i et samfunn med egenskaper som gjør at vi legger på oss, disse egenskapene består blant annet av at vi får boller og brus *pushet* på oss. Personene som lever i dette samfunnet, blir påtvunget brus og boller. Her kan man stille seg spørsmål om hvem teksten henvender seg til. Hva med de personene som ikke spiser boller eller drikker brus? Har de en selvkontroll som gjør at de behersker seg selv om samfunnet tvinger disse, ifølge artikkelen, fedmefremmende

produktene på dem? Personer som legger på seg har ikke kontroll på omgivelsene rundt seg, og på grunn av at de ikke på egen hånd kan ta sunne valg er samfunnet nødt til å endres.

Personer som fra før tar sunne valg og klarer å kontrollere seg i det fedmefremmende samfunnet skiller seg fra personene som ikke klarer å kontrollere seg. Det skapes to grupper, hvor den ene, de med 'normal' vekt har kontroll og de andre med 'høy' vekt ikke har det. I utdraget under er det spesifisert mer at enkeltindivider kan påvirke sin vekt til tross for at miljøet vi lever gjør at man har lett tilgang til kaloririk mat:

> *Man kan dermed se for seg at lett tilgang til kaloririk mat vil føre til større vektøkning hos dem som er disponert for å legge på seg. Samtidig er det viktig å påpeke at dette er sammenhenger på gruppenivå. Det er mulig å holde normal vekt selv om du er genetisk disponert for å legge på deg og omvendt. Selv om vi ikke kan endre hvilke gener vi har, så kan vi påvirke miljøet vi lever i. Forskere, helsemyndigheter og politikere bør sammen vurdere tiltak som gjør det lettere å gjøre sunne valg i hvert enkelt samfunn* (Aftenposten, 07.07.2019).

Det er mulig å holde det som teksten kaller normal vekt selv om man er genetisk disponert for å legge på seg, om man tar sunne valg. De sunne valgene finnes i dag, men de er vanskelige å ta og samfunnet må legge opp til at det skal være lettere. Når man leser disse utdragene får man inntrykk av at årsakene til overvekt kan ligge utenfor individet. Ved første øyekast ser det ut som det er både gener og samfunnsstrukturer som påvirker ens vekt, men ser man nøye etter vil man også her se at ansvaret til slutt faller på enkeltpersoners valg. Setningen «forskere, helsemyndigheter og politikere skal vurdere tiltak som gjør det lettere å ta sunne valg» starter med å legge årsaker til og løsninger på overvekt på et strukturelt nivå, men drar det ned på et individnivå når valgene som skal tas gjøres av enkeltpersoner. Vår kontroll er avhengig av at vi blir kontrollert, noen har lav kontroll og trenger regler til å blant annet få hjelp til å drikke mindre alkohol, og disse reglene påvirker resten av individene i samfunnet ved at Vinmonopolet begrenser tilgangen på alkohol. Det samme foreslås å gjelde varer som fører til økt vekt. Personer som ikke klarer å kontrollere seg trenger hjelp fra ulike folkehelsetiltak:

> *Vi styres av tilgjengelighet, og dermed er endring av tilgjengelighet muligens det mest effektive folkehelsetiltaket som finnes. Røykeloven begrenser tilgjengeligheten av*

> *tobakk, alkoholloven og Vinmonopolet begrenser tilgangen på alkohol. Kanskje ligger nøkkelen til vektøkning i politikk om tilgjengelighet. Bør man begrense tilgjengeligheten av energitett mat, merke usunne varer eller ha en aggressiv prispolitikk, slik at det blir vanskeligere å gjøre dårlige valg, og lettere å gjøre gode valg? (Dagens næringsliv, 23.05.2021).*

Som oppgaven har vist til nå ser man at det er et tydelig aspekt av kontroll når det kommer til overvekt. Kontroll er et viktig stikkord, fordi mangel på kontroll er en av flere negative stereotyper som eksisterer om personer med høy vekt. Å fremstille personer som om de mangler kontroll og viljestyrke er stigmatiserende, og gir negative konsekvenser for enkeltpersoner og grupper. Som nevnt tidligere i oppgaven er personer med overvekt stigmatisert blant annet i helsevesenet, i arbeidslivet, privatlivet og ellers i samfunnet. Forskning skal være nøytralt og ikke moraliserende, men når forskning blir gjenfortalt og satt i en kommersiell kontekst går det gjennom flere filtre, blant annet både på journalistisk nivå og redaksjonelt nivå. Både genetikk og miljøet vi lever i, samfunnet, blir trukket frem av forskere som årsaker til høy vekt i befolkningen, dessuten befinner flesteparten av tekstene som handler om overvekt seg innen den biomedisinske diskursen, hvor høyere energiinntak enn energiforbruk er hovedårsaken til høy vekt. Men datamaterialet har vist at selv om disse årsakene utenom energiforbruk blir trukket frem, og som også kan brukes som en form for moralsk beskyttelse for at enkeltpersoner skal unngå stigmatiserende stereotyper som manglende selvkontroll, faller 'skylden' tilbake på individet. Det er individet som kan kontrollere både gener og velge i hvilken grad omgivelsene skal påvirke ens vekt. Tekstutdragene som handler om kontroll har vært eksempler på formidling av forskning hvor årsaksforklaringer på høy vekt kan ligge både på genetisk- og samfunnsnivå, men nærlesing av tekstene har vist at tekstene fremlegger at enkeltpersoners kontroll kan være avgjørende for hvordan både genetikk og samfunn påvirker ens vekt.

5.3.3 Subjektposisjoner i folkehelsediskursen

I likhet med den biomedisinske diskursen har jeg også her identifisert subjektposisjonen *eksperten.* I tillegg finner jeg *den passive borger* i denne diskursen

Eksperten

Subjektposisjonen *eksperten* kan i denne sammenhengen både ha medisinsk og politisk ekspertise. I de tilfellene *eksperten* har medisinsk bakgrunn stiller den krav til politikere og institusjoner for å innføre tiltak for å bedre folkehelsen med tanke på overvekt. Den politiske eksperten snakker også fra et folkehelseperspektiv, hvor målet også her er å få befolkningen ned i vekt. Subjektposisjonen *eksperten* påvirkes av de sosiale subjektene som trer inn i subjektposisjonen ved at de kan ha ulike politiske ståsted, og dermed kreve eller innføre ulike tiltak.

Den passive borger

Subjektposisjonen *den passive borger* kan sammenlignes med subjektposisjonen *den kunnskapsløse* i den biomedisinske diskursen. Forskjellen på disse subjektposisjonene er der *den kunnskapsløse* kan opparbeide seg kunnskap gjennom å lese andres historier eller følge medisinske råd som blir gitt i avistekstene, vil *den passive borger* være avhengig av at det innføres strukturelle tiltak før endring kan skje. Tiltakene har vi sett tidligere i oppgaven at eksempelvis kan være veiing av barn, innføring av skolemat eller økte avgifter på usunn mat. *Den passive borger* er selv ansvarlig for å gå ned i vekt, men trenger en form for kontroll for å ta de rette valgene. Ifølge Fairclough (2003) er det, som nevnt i metodekapittelet, av sosiologisk interesse å undersøke om sosiale aktører fremstilles som passive eller aktive. Om en aktør blir fremstilt som passiv kan implikasjonen være at de ifølge Fairclough (2003) fremstår som uten handlekraft. Subjektposisjonen *Den passive borger* kan argumenteres for å fremstå som uten handlekraft, da den på egenhånd uten strukturelle rammer ikke går ned i vekt.

6 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene i resultatene og analysen opp mot det oppgavens innledende kapitler og opp mot oppgavens teori og til dels de analytiske verktøyene. Først vil jeg diskutere funnene i lys av elementene av kritisk diskursanalytisk teori som har vært relevant for denne oppgaven, deretter går jeg videre med en diskusjon av hvordan kunnskapselementet innenfor forebyggende helsearbeid kan sies å reflekteres i oppgavens resultater, før jeg så til slutt i kapittelet diskuterer mine funn opp mot tidligere forskning.

6.1 Diskursenes påvirkning på individnivå og strukturelt nivå

I min undersøkelse av hvilke diskurser som finnes i avistekster som omhandler forskning på overvekt tar jeg utgangspunkt i, som nevnt i oppgavens teorikapittel, Faircloughs (2015) forståelse av diskurs hvor språk og diskurs er en del av sosial praksis som er bestemt av sosiale strukturer, men som i tillegg påvirker sosiale strukturer og bidrar til å opprettholdelse eller endring av strukturene. I dette underkapittelet vil jeg diskutere diskursenes sosiale effekter på individnivå og på et strukturelt nivå. På individnivå vil de sosiale effektene kunne påvirke subjektene som trer inn i de ulike subjektposisjonene sin selvoppfattelse, mens på det strukturelle nivået vil diskursenes sosiale effekter kunne påvirke strukturelle tiltak og stigmatisering i samfunnet.

Som det står beskrevet tidligere i oppgaven om sosiale effekter, kan tekster ha kausaleffekter på hvordan vi oppfatter oss selv i den sosiale verden. Ifølge Fairclough (2003) kan slike kausaleffekter oppstå ved at tekster i lang tid har ført en diskurs som har skapt nye identiteter. Fra datamaterialet i denne oppgaven har jeg vist at det skapes ulike identiteter i diskursene, disse har jeg blant annet funnet i de ulike subjektposisjonene. Jeg vil argumentere for at noen av subjektposisjonene i diskursene kan ha negative sosiale effekter fordi de kan bygge opp under de eksisterende fordommene rundt personer med overvekt, noe som kan medføre negativ selvoppfattelse. Subjektposisjonene i biomedisindiskursen *den uten viljestyrke, den passive borger, den kunnskapsløse* og *den syke* kan både ha negativ innvirkning på hvordan man oppfatter seg selv og på hvordan andre oppfatter de som går inn i de ulike subjektposisjonene. Ved å for eksempel gå inn i subjektposisjonen *den uten viljestyrke* har oppgavens resultater vist at det legges begrensninger på personers hverdagslige gjøremål. Et eksempel på dette ser vi i et av tekstutdragene i biomedisindiskurskapittelet, hvor det ene avisintervjuobjektet satte seg lengst unna koldtbord i festlige sammenkomster.

Å styrke sin viljestyrke er en del patologiseringen av hverdagslige gjøremål, og kontrollen man pålegger seg selv skjer på bakgrunn av kontrollaspektet i diskursen. Denne kontrollhandlingen kan altså ses på som et resultat av at denne personen oppfattet seg selv som uten viljestyrke. Ser man på subjektposisjonen *den passive borger* vil subjektene kunne ha en selvoppfattelse hvor man selv ikke tar de valgene som er best for en, noe som kan sammenlignes med *den kunnskapsløse*, hvor dårlig helse på grunn av vekt er resultat av sin manglende kunnskap. *Den syke* kan skape en selvoppfattelse hvor ens høye vekt er noe som

gjør en syk, og må dermed endres. Denne selvoppfattelsen kan føre til at man ikke aksepterer sin kropp med mindre man går ned i vekt, og en overvektig kropp kan oppleves som en syk kropp. I identitetsdiskursen vil subjektposisjonene *den riktige overvektige* og *formidleren* også kunne påvirke ens selvoppfattelse, men denne selvoppfattelsen kan ha en mer nøytral enn negativ verdi. *Den riktige overvektige* kan skape en selvoppfattelse hvor man kan være sunn og overvektig, mens personer som forholder subjektposisjonen *formidleren* kan ha en forståelse av at kroppsvekt er et uttrykk for kroppslige ulikheter, ikke sykdom eller mangel på viljestyrke.

Subjektposisjonene og diskursene jeg har identifisert i oppgavens datamateriale kan ha strukturelle sosiale effekter på to nivåer: på stigmatisering av personer med overvekt og på strukturelle tiltak som utformes for å sørge for at befolkningen går ned i vekt. Undersøkelser har som nevnt vist at personer er utsatt for negative generaliseringer og stigmatisering. Diskursene i datamaterialet kan argumenteres for å bidra til å opprettholde en forståelse av overvektige som kan medføre stigmatisering. De nevnte subjektposisjonene i biomedisindiskursen og folkehelsediskursen bygger opp under de eksisterende negative generaliseringene og stereotypene rundt overvekt og personer med overvekt, som kan blant annet ha påvirkning på det sosiale livet, på jobbsammenheng og i helsevesenet. En slik stigmatisering av personer med overvekt kan altså få konsekvenser på gruppe- og samfunnsnivå. Subjektposisjonen *formidleren* og *den riktige overvektige* i identitetsdiskursen kan bidra endring i de sosiale effektene ved at befolkningens virkelighetsoppfatning av personer med overvekt går vekk fra de typiske negative oppfatningene, mot en nøytral oppfatning hvor høy vekt ikke behøver å være synonymt med for eksempel å ikke ha kunnskap eller viljestyrke. Identitetsdiskursen er dermed en viktig diskurs, og kampen den tar opp mot de eksisterende oppfatningene av personer med overvekt kan ha positive konsekvenser. Det understrekes i oppgaven at identitetsdiskursen kun baserer seg på to av tekstene i datamaterialet, og dermed er en liten, men betydningsfull, diskurs.

I tillegg til stigmatisering kan diskursene i tekstene ha kausaleffekter på faktiske tiltak som blir innført. Eksempler på slike tiltak så vi i folkehelsediskursen hvor overvekt er fremstilt som et problem som må løses blant annet på et strukturelt nivå. I denne diskursen kommer det blant annet forslag fra både politikere og medisinske eksperter på å innføre tiltak i for eksempel institusjoner ved å gi gratis skolemat, eller tiltak i form av avgifter som for eksempel avgifter på fett- og sukkerholdige næringsmidler.

6.1.2 Ideologi i diskursene

I oppgavens datamateriale er det den biomedisinske diskursen som er den dominerende diskursen. For det første fordi majoriteten av tekstene i den totale datainnsamlingen har en tydelig biomedisinsk diskurs, men også fordi den biomedisinske forståelsen av overvekt adopteres av folkehelsediskursen og til en viss grad i identitetsdiskursen. Kun en av tekstene jeg har kategorisert eller nærlest har omtalt synet på overvekt som noe negativt som sosialt konstruert. Denne teksten tok for seg forskning på hvordan man oppfatter skjønnhet, og viste til at man blir påvirket av det man blir eksponert for. Overvekt er i den biomedisinske diskursen et problem som nevnt fordi det øker risikoen for sykdom, og dette er også bakgrunnen for problemet overvekt i folkehelsediskursen hvor økt risiko for sykdom i en bestemt gruppe kan føre til helseforskjeller og økte samfunnskostnader. I identitetsdiskursen åpnes det opp for at overvekt kan aksepteres, men som nevnt i analysen kun om vektnedgang ikke lar seg gjennomføre.

Med bakgrunn i dette vil jeg argumentere for at ideologien i den biomedisinske diskursen kan oppfattes som en del av vår naturlige praksis. Ideologien i den biomedisinske diskursen er at normal vekt gir lavere risiko for sykdom, og derfor verdsettes normal vekt i samfunnet. Det denne ideologien kan skjule er at det er ens vekt som verdsettes, ikke nødvendigvis en sunn kropp. Hva man veier blir et symbol på om man er definert som sunn eller syk. Identitetsdiskursen kan betegnes som å kjempe mot den biomedisinske diskursen da det i den åpnes for at overvekt ikke behøver å definere en person, verken ens personlige egenskaper eller ens helse. Likevel dominerer den biomedisinske diskursen over definisjonsretten på fenomenet overvekt. Dermed kan man argumentere for at selv om det i identitetsdiskursen åpnes opp for å akseptere sin kropp, fremmes det først og fremst kanskje et alternativ når vektnedgang ikke er mulig. Det er den biomedisinske løsningen som er hovedløsningen, men for de som ikke går ned i vekt vil vektaksept være et alternativ. Ifølge Fairclough (2015) mister ideologier sine trekk når de er dominerende, og det blir vanskelig å stille spørsmålstegn rundt det som er skjult og oppfattes som naturlig i ideologien. Identitetsdiskursen kan være et bidrag i å synliggjøre de skjulte elementene i ideologien, og dermed gjøre det lettere å stille spørsmålstegn til det samfunnet oppfatter som naturlig.

6.1.3 Overvektige som en homogen eller heterogen gruppe

I identitetsdiskursen fremmes det andre egenskaper ved en person enn dens vekt, å ha høy vekt definerer ikke ens identitet. I denne diskursen dannes det et annet bilde på personer med overvekt enn det gjør i den biomedisinske diskursen. Hvor i den biomedisinske diskursen der overvektige er midlertidig overvektig, og ved hjelp av livsstilsendring, kunnskap og motivasjon kan endre sin vekt, ser man i identitetsdiskursen at overvekt ikke nødvendigvis er en midlertidig vekt. Det å veie mer enn det BMI-skalaen tilsier er normalt er ikke det som definerer en person som hverken syk eller med en kropp som skal endres. Ved å få et innblikk i personenes liv gjennom suksesshistoriene som befinner seg i identitetsdiskursen ser man at personene sprenger grenser i form av at de representerer mer enn overvekt. Begge intervjuobjektene i suksesshistoriene har tidligere forholdt seg, og forholder seg i en viss grad fortsatt, til det biomedisinske aspektet ved vekt, men de viser også at å ha høy vekt ikke er ensbetydende med god helse. De forklarer at de lever et liv som i den biomedisinske diskursen er forbeholdt personer med 'normal' vekt, ved at de for eksempel ikke lenger slanker seg. Aud og Sonja Iren har til felles at de er overvektige, men utover det skiller de seg. Om man skulle satt dem i en gruppe, er de i en heterogen gruppe fordi det eneste som binder dem sammen er aksept av kropp, men den er ikke noe som definerer dem som personer.

I den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen fremstilles personer med overvekt som en homogen gruppe. Dette kan blant annet komme av hvilke pronomen ekspertene i den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen bruker i omtalelsen av personer med overvekt. I et tekstutdrag i punkt 5.3.1 i oppgaven, ser man et eksempel på bruk av pronomenet 'dem': *Man kan dermed se for seg at lett tilgang til kaloririk mat vil føre til større vektøkning hos dem som er disponert for å legge på seg.* Ved å bruke pronomen slik som 'dem' eller 'de' kan man få inntrykk av at gruppen med personer med overvekt har like egenskaper, og dermed fremstilles som en homogen gruppe. I dette tilfellet er det snakk om 'dem' som er genetisk disponert for å legge på seg. I dette utdraget kan det se ut som at de som er genetisk disponible er overvektig av samme grunn, og man fjerner individuelle forskjeller. Ved å komme med universelle årsaker og universelle tiltak som skal fungere likt på alle, slik som livsstilsendring og for eksempel avgifter på usunn mat, skapes det et bilde av at personer med overvekt er overvektige av samme grunn, og kan gå ned i vekt ved å følge de samme rådene og tiltakene. Dette forsterkes også av å anse kroppen som en maskin. Når det er snakk om *vektnedgang* i datamaterialet skjuler dette ordet at det ligger en prosess som

personer er nødt til å utføre for å gå ned i vekt. Den forenkler prosessen og fjerner de individuelle forskjellene som kan påvirke om en kan gå ned i vekt eller ikke. Å omgjøre en prosess til et substantiv er som nevnt i metodekapittelet nominalisering, og dette kan bidra til å forme et bilde av at å gå ned i vekt er en upersonlig handling som ikke tar hensyn til individuelle forskjeller.

6.1.4 Det *kan* hende ekspertene har rett

I den biomedisinske diskursen er det en høy grad av relasjonell modalitet. Som nevnt i kapittel 4 representerer relasjonell modalitet autoriteten hos avsender over publikummet teksten henvender seg til, mens ekspressiv modalitet handler om graden av sikkerhet i det som blir sagt. En av grunnene til at jeg har valgt tekster som enten referer til forskning eller intervjuer forskere er som nevnt fordi den norske befolkningen har høy tiltro til forskning, dermed kan man argumentere for at tekstene i datamaterialet har høy grad av relasjonell modalitet, spesielt der hvor fagpersoner enten forfatter teksten eller er intervjuet i teksten.

Et eksempel på både relasjonell og ekpressiv modalitet ser vi i tekstutraget under, som handler om hvilke konsekvenser overvekt kan gi, og hva som kan påvirke ens vekt. Avsender er fungerende direktør i bioteknologirådet, og har dermed en form for makt over hvordan leser oppfatter hva som er sant. I tillegg refererer hun til forskning, og henviser til artikler som leseren selv kan lese. Disse artiklene er tunge fagartikler, så de er nok for den spesielt interesserte. Når hun gjengir innholdet i forskningsartiklene, uttrykker hun både sterk og svak modalitet.

> *Overvekt gir økt risiko for sykdommer som diabetes, slag og kreft. Fedme kan være vanskelig for enkeltindividet og koster i tillegg samfunnet mange penger[...] Gener kan bestemme alt fra hvor fort du blir mett, til om du har en forkjærlighet til fritert mat [...]Genene kan påvirke appetitt, hva slags mat du liker å spise og hvor mye du spiser. Gener kan også ha innvirkning på hvordan du forbrenner karbohydrater og fett* (Aftenposten, 13.06.2019)

At gener *kan* ha innvirkning på ens vekt er en svak påstand. Isolert sett vil hjelpeverbet *kan* ikke skape et bastant bilde av at gener påvirker vekt. Likevel er hennes relasjonelle modalitet så sterk at man sitter igjen med et inntrykk av at overvekt er farlig, gener styrer overvekt,

personer kan ta aktive valg for å kontrollere genene sine og dermed unngå overvekt eller gå ned i vekt. Artikkelens budskap er tydelig, og den relasjonelle modaliteten forsterkes ytterligere ved at den er publisert i aftenpostens viten-serie. Jeg vil dermed argumentere for at til tross for at ekspertene som intervjues i eller skriver avistekstene bruker hjelpeverb som uttrykker en svak ekpressiv modalitet, vil deres relasjonelle modalitet være såpass sterk at budskapet i avistekstene kan oppfattes som sannhet.

6.2 Kunnskap som fører til god helse

Tidligere i oppgaven gjorde jeg rede for hvordan dagens moderne forebyggende helsearbeid bygger på biomedisin hvor risikoreduksjon for sykdommer står sentralt. En del av risikoreduksjonen er den individuelle pasientens økte forståelse av egen helse eller sykdom, og økt forståelse og kunnskap om egen helse hos befolkningen eller grupper kan man oppnå gjennom helseopplysning. Helseopplysning står sentralt folkehelsearbeidet, og kunnskap om egen helse er et viktig element i tekstene som omhandler forskning på vekt og helse. I den biomedisinske diskursen er aktørene aktive subjekter som selv har ansvar for egen helse, og vektnedgang drives av individers motivasjon og kunnskap. I folkehelsediskursen er ikke kunnskapsformidling nok til å skape endring, her er de sosiale aktørene passive subjekter som blir påvirket av ulike tiltak som skal gjøre det enklere å ta bedre valg, og dermed føre til mer aktive handlinger. I identitetsdiskursen oppnås kunnskap om hvordan man får bedre mental helse av selvaksept.

Ansvar for egen helse står sentralt i det forebyggende helsearbeidet, og som nevnt innledningsvis i oppgaven knyttes dette opp mot empowerment. Som nevnt bygger empowerment på at individet og fellesskapet får større innflytelse og kontroll på forhold som påvirker helsen, og når en person eller en gruppe trekkes med i helsearbeidet skaper det sosiale prosesser som gir økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland, 2021, s. 81). Økt kunnskap om egen helse er et ledd i empowerment, og avistekstene som befinner seg i den biomedisinske diskursen sprer kunnskap om vekt og helse via medisinske eksperter og de som tidligere har vært overvektige og deler sine erfaringer. Det kan være relevant å spørre seg om den kunnskapen man innhenter om egen helse gjennom avisartikler som formidler forskning på overvekt bidrar til å skape økt selvfølelse, identitet og tilhørighet. I min oppgave har identifiserte jeg blant annet subjektposisjonene *den kunnskapsløse* og *den uten viljestyrke*. Når leseren forholder seg til disse subjektposisjonene trer man inn i en posisjon som ikke

bidrar til å skape økt selvfølelse. Å forsøke å gå ned i vekt uten å lykkes kan i den biomedisinske diskursen handle om at man er uten kunnskap eller uten viljestyrke, man er ikke smart eller viljesterk nok til å gå ned i vekt. Jeg vil argumentere for at den biomedisinske diskursen ikke fremmer økt selvfølelse for personer med overvekt som leser disse avistekstene, men heller fremmer negative stereotypiske trekk som kan ha negativ innvirkning på ens selvfølelse og identitet. Jeg vil også argumentere for at folkehelsediskursen ikke fremmer tilhørighet. Tilhørighet er også en positiv sideeffekt av empowerment, men i folkehelsediskursen er tilhørighet forbeholdt personer med normal vekt. I folkehelsediskursen står subjektposisjonen *den passive borger* på sidelinjen og er avhengig av strukturelle tiltak for å ta valg som fremmer egen helse og som er positive som samfunnet. Personer med overvekt er i folkehelsediskursen definert som et samfunnsproblem, og deres 'private valg' får konsekvenser for andre. En slik fremstilling skaper ikke tilhørighet, men bygger opp under inn- og utgrupper, hvor de med høy vekt er en del av utgruppen helt til de går ned i vekt.

I likhet med den biomedisinske diskursen, spres også kunnskap i identitetsdiskursen av personer med egne erfaringer omkring overvekt. Kunnskap er i begge disse diskursene et element i veien mot bedre helse, eller risikoreduksjon for sykdommer. God helse, ligger som nevnt, i identitetsdiskursen utenfor vekt. Her er vekt uttrykk for iboende menneskelige forskjeller, ikke sykdom. Kunnskapen som formidles handler her om hvordan man får bedre mental helse av å akseptere den man er. På denne måten kan man tenke seg at empowerment er mer gjeldende i identitetsdiskursen da det i denne diskursen åpnes det opp for at man kan «være seg selv» uansett hva man veier. Empowerment vil være mer relevant i identitetsdiskursen enn i den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen, da kunnskapen som gis i de diskursene handler om å gå ned i vekt. Å gå ned i vekt er det eneste riktige alternativet, og man det skapes lite rom for selvaksept om man er overvektig da man har en kropp som er definert som feil. I identitetsdiskursen finner man et rom for at man tar kontroll over den kontrollen samfunnet og det innbyggere forsøker å ha over en. Man bryter med denne kontrollen og står dermed fritt for å leve slik en selv ønsker, og på denne måten ta selvstendige valg uten ekstern kontroll.

6.2.1 Kontrollerende kunnskap

Kunnskapen som blir formidlet i alle diskursene gir føringer for hvordan man kan leve sitt liv. I den biomedisinske diskursen er det snakk om føringer som legger begrensninger på ens hverdagslige gjøremål, slik hvordan man skal forholde seg til ulike typer mat og mengden av det, og hvordan man bruke tiden sin på aktivitet. I folkehelsediskursen er mangel på kunnskap hos individene brukt som et argument for å innføre tiltak som gjør at personer kan ta sunne valg. Disse tiltakene kan legge begrensninger på personers handlingsmuligheter, og benyttes som en skjult kontroll over individer. Kunnskapselementene i biomedisindiskursen og folkehelsediskursen legger føringer og begrensninger på individers liv, både indirekte gjennom informasjon som legger normative føringer for ens livsstil, men også mer direkte ved at tiltak som innføres påvirker enkeltpersoners valgmuligheter. Det eksisterer normer for hvordan man skal oppføre seg, spise sunt og trene, og eksistensen av disse normene gir et inntrykk av at personer med overvekt mangler selvkontroll. Dette er et gjennomgående funn i tekstene, og dette bygger opp under den eksisterende negative stereotypen at personer med overvekt mangler selvkontroll. Konsekvensen av dette funnet vil diskuteres videre under avsnittet om mine funn i forhold til tidligere forskning.

Kunnskapselementet finnes også i identitetsdiskursen, hvor den handler om å ta kontroll over eget liv ved å ikke blir kontrollert av eksterne omgivelser. Subjektposisjonen *formidleren* i identitetsdiskursen sprer kunnskap, og åpner opp for at personer med overvekt har andre subjektposisjoner enn for eksempel *den kunnskapsløse* i den biomedisinske diskursen må forholde seg til. *Formidleren* skaper først og fremst et rom hvor subjektene personer med overvekt kan få andre identiteter enn de som medfører stigmatisering, men åpner også opp for en bredere forståelse blant befolkningen. Leseren kan forholde seg til denne subjektposisjonen og få kunnskap om at personer med overvekt er individer som er mer enn sin vekt, og at vekt ikke definerer noen som person. Kontrollen kan eies av personen med overvekt, både kontrollen over hvordan man lever eget liv, men også hvordan omgivelsenes forsøkt på kontroll endres ved at befolkningen får kunnskap utover den som eksisterer i den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen.

6.3 Mine funn og tidligere forskning

Mine funn i denne oppgaven har både likheter og ulikheter med den tidligere forskningen jeg har trukket frem som relevant for dette temaet. Som nevnt finnes det ikke veldig mye

tidligere norsk forskning som benytter kritisk diskursanalyse i fremstillingen av overvekt og personer med overvekt i norske media, og min oppgave skiller seg ut ved at jeg har valgt å bruke avistekster som refererer til forskning. I Malterud og Ulriksens (2009) undersøkelse av norske massemediers normative beskjeder angående kroppsvekt fant de to normative diskurser, hvor den ene handlet om et estetisk perspektiv, og den andre refererte til at personer med overvekt og fedme manglet selvkontroll. I min oppgave finner jeg ikke et moralsk aspekt som omhandler skjønnhet og vekt, men mangel på selvkontroll peker seg ut. I likhet med Malterud og Ulriksens funn, viser min oppgave at personer med overvekt fremstilles med manglende selvkontroll, og det finnes klare retningslinjer for hvordan man bør oppføre seg når man er overvektig.

I diskursanalysen gjennomført av Sølsnes (2015) konkluderte hun med at nettavisers objektivering av personer med overvekt og fedme undergraver at mennesker er subjekter med egen vilje, og denne fremstillingen bidrar ifølge Sølsnes til å umyndiggjøre personer med overvekt. Mine funn har både likheter og ulikheter her. I identitetsdiskursen er mennesker subjekter med egen vilje, som bryter med normene rundt å ha en normalvekt. I den biomedisinske diskursen kan man si at personene både er passive og aktive. De er aktive i den forstand at de er ansvarlig for egen helse, og det er personers handlinger som fører til vektnedgang. Men de fremstilles også som passive i forhold til at det eneste riktige de kan gjøre er å gå ned i vekt. De gjør aktive handlinger for å nå et mål de blir fortalt er det eneste riktige. Det genetiske aspektet i biomedisindiskursen medfører en viss grad at personer også er passive i forhold til sin kropps genetiske sammensetning, men det legges tydelige føringer i diskursen hvor personer kan gjennomføre handlinger som kan motvirke utfall påvirket av gener. I folkehelsediskursen blir personene fremstilt som passive subjekter som er avhengig av tiltak og reguleringer for å kunne ta det som defineres som sunne valg, men valgene som tas er i bunn og grunn aktive handlinger.

I forhold til den amerikanske forskningen jeg gjorde rede for i kapittel 3, er det flere aspekter fra tidligere forskning som jeg finner igjen min oppgave. Som nevnt fant amerikanske sosiologer at årsakene til overvekt blir fremstilt som medisinske, genetiske eller samfunnsstrukturelle, men også som noe individer kan påvirke (Saguy & Almeling, 2008; Shugart, 2011). Dette er også et av hovedfunnet mitt. I den biomedisinske diskursen legges det frem at gener kan påvirke ens vekt, og i folkehelsediskursen ligger årsaker til overvekt på

et strukturelt nivå. Selv om begge diskursene inneholder årsaksforklaringer som i utgangspunktet ligger utenfor individer, faller ansvaret til syvende og sist på individet. Shugart (2011) fant at til tross for at overvekt ofte ble fremstilt som noe uunngåelig førte ikke fremstillingen til redusering av stigmatisering av personer med overvekt. Dette vil jeg argumentere for at også kan være gjeldende for mine funn. Negative stereotyper som følger med høy vekt er, som nevnt i kapittel to, blant annet at personer med overvekt er dumme, late uten viljestyrke og usunne.

Både i folkehelsediskursen og den biomedisinske diskursen fremstilles personer med overvekt som uten kunnskap. Denne fremstillingen kan bygge opp under stereotypen dum. At å oppnå kunnskap om egen helse gjennom ekspertråd i avisen eller ved å lese personer som tidligere var overvektig sine erfaringer og råd, kan skape et bilde av at personer med overvekt ikke har kunnskap nok om egen helse og virkemidlene som man må ta i bruk for å gå ned i vekt. Å gi råd som går ut på å spise sunt og trene mer er råd jeg fant flere av i den biomedisinske diskursen. Gjengivelse i avisene av disse enkle metodene for vektnedgang kan fremstille personer som ikke går ned i vekt som late, da de legger opp til at vektnedgang kan betegnes som et mattestykke. I både den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen er det endelige målet vektnedgang. Som jeg viste i resultatene mine er overvekt en midlertidig vekt i disse diskursene fordi overvekt her medfører økt risiko for sykdom. Diskursene gir ikke rom for at å være overvektig er et alternativ, derfor kan man sitte igjen med en oppfatning av overvekt utelukkende er usunt når man leser tekster som befinner seg i disse diskursene. Dette kan bygge opp under stereotypen at overvektige er usunne.

Boero (2013) fant i sine tre hovedrammer i sin undersøkelse av samfunnsvitenskapelige tekster som undersøkte medias fremstilling av overvekt. Som nevnt var disse rammene den medisinske rammen, rammen som handlet om omgivelser og rammen som omhandlet de individuelle trekkene som fører til høy vekt. Overvekt som et resultat av individers handlinger var mest fremtredende fremstillingen i amerikanske medier. Som jeg har vist tilsier også mine funn at media fremstiller overvekt som en biomedisinsk, genetisk årsak, og samfunnsstrukturell og individuell årsak. I mine funn er også overvekt fremstilt som et resultat av individers handlinger mest fremtredende. Det som skiller seg er at jeg også fant en identitetsdiskurs hvor overvekt er et uttrykk for menneskelige forskjeller, og der hvor god helse ikke trenger å være forbundet med en normalvektig kropp. Det skal likevel igjen

understrekes at denne diskursen er mindre representert enn de to andre diskursene i datamaterialet.

7 Avslutning

7.1 Konklusjon

Da jeg startet denne oppgaven var jeg interessert i å undersøke hvordan overvekt fremstilles i norske avistekster som bygger på forskning. Min motivasjon for oppgaven kommer fra sitatet oppgaven innleder med. Dette sitatet gjorde at jeg satt igjen med en følelse av at personer med overvekt kan fremstilles med egenskaper som kanskje andre grupper i samfunnet i dag ikke opplever. Dette motiverte meg til å formulere problemstillingen: Hvilke diskurser finnes i forskningsbaserte avisartikler i riksdekkende media som omhandler overvekt, og hva slags subjektposisjoner konstrueres i diskursene? Ved å sortere og kategorisere 268 tekster, og ved nærlesing av 15 tekster har jeg utformet en kritisk analyse av hvordan overvekt og personer med overvekt representeres i norske riksdekkende aviser. I min oppgave fant jeg tre hoveddiskurser som jeg valgte å gjøre rede for og diskutere. Innenfor disse eksisterer det ulike subjektposisjoner.

Diskursene som gjør seg gjeldende i mitt datamateriale er den biomedisinske diskursen, folkehelsediskursen og identitetsdiskursen. Diskursene har ulik størrelse, det vil si at majoriteten av tekstene befinner seg innenfor den biomedisinske diskursen, og nest flest i folkehelsediskursen. I identitetsdiskursen befinner kun to av tekstene i datamaterialet seg, men til tross for at tekstene ikke kan sies å være representative for utvalget, valgte jeg å undersøke denne diskursen fordi den representerer en motdiskurs og står i en diskursiv kamp mot elementer av den dominerende biomedisindiskursen og folkehelsediskursen. Etter å ha analysert og diskutert resultatene ser jeg at diskursene jeg fant kan ha negative konsekvenser for hvordan befolkningen oppfatter overvekt i dag. Det er sentralt i kritisk diskursanalyse å se på hva som verdsettes i samfunnet, og hvordan dette påvirker våre sosiale forhold. Dette aspektet ved kritisk diskursanalyse er et aspekt som jeg har brukt da jeg diskuterte mine funn, og som har bidratt til å se hvordan diskursene jeg fant kan ha konsekvenser for sosial praksis. I denne oppgaven har jeg sett at diskursene inneholder elementer som kan bygge opp under negative stereotypiske forestillinger rundt overvekt og personer med overvekt.

Den biomedisinske diskursen

I den biomedisinske diskursen ligger hovedfokuset på at overvekt er problem fordi det medfører økt risiko for sykdom. Her er overvekt et resultat av usunn livsstil eller genetikk. Det genetiske aspektet av den biomedisinske diskursen legger moralske føringer i form av at leseren får forståelse for at overvekt ikke trenger å være enkeltindividets skyld. Likevel får man også vite at det som blir definert som genetisk sårbarhet for overvekt kan bekjempes med riktig livsstil. Moralen er til syvende og sist at hver enkelt har ansvar for egen helse, og alle kan gå ned i vekt ved å følge medisinske eksperters råd, eller gjennom å få kunnskap om vektnedgang fra personer som tidligere har vært overvektig sine erfaringer. Mat er et gjennomgående moment i diskursen og blir behandlet som medisin. Mat mister andre betydninger enn medisin, men kun for personer med overvekt. Det åpnes opp for at mat kan være kos, et sosialt aspekt, noe som hører med høytider og andre spesielle anledninger, men disse sidene av mat er forbeholdt personer som ikke er overvektige. Personer med overvekt må forholde seg til mat som et middel for å gjøre en 'frisk', det ligger tydelige føringer i den biomedisinske diskursen for hvordan man skal oppføre seg når man er overvektig.

Flere av subjektposisjonene i den biomedisinske diskursen bygger opp under negative stereotyper av personer med overvekt. Disse identifiserte jeg som *den syke, den kunnskapsløse* og *den uten viljestyrke*. I tillegg identifiserte jeg *veiviseren* som er tidligere overvektige som deler sin kunnskap om vektnedgang, og *eksperten* som er de medisinske ekspertene som både deler kunnskap om hvordan man skal gå ned i vekt, men også de helserelaterte farene overvekt kan medføre. Subjektposisjonene i den biomedisinske diskursen påvirkes av og påvirker de sosiale subjektene ved at de opprettholder forestillingen om at overvekt er utelukkende negativt, og er noe som individet selv kan kontrollere om det får kunnskap om egen helse.

Folkehelsediskursen

I likhet med den biomedisinske diskursen er overvekt også i folkehelsediskursen noe som gir økt risiko for sykdom. Overvekt er her problematisk fordi økt risiko for sykdom blant en gruppe i befolkningen kan føre til sosiale helseforskjeller og også store samfunnskostnader. I folkehelsediskursen er også løsningen på overvekt vektnedgang ved endring av livsstil, men i tillegg eksisterer et fokus på å innføre tiltak på strukturelt nivå. I folkehelsediskursen er årsaken til overvekt blant annet at samfunnet er i endring, og det er vanskeligere for enkeltindivider å ta det som i tekstene defineres sunne valg. De strukturelle tiltakene som

foreslås skal hjelpe å ta sunne valg, men ansvaret ligger også her til syvende og sist hos den enkelte. I folkehelsediskursen har jeg identifisert subjektposisjonene *eksperten* og *den passive borger*. *Eksperten* kan i denne diskursen kan også være en medisinsk ekspert, men og politiske eksperter. Felles for ekspertene er at de uttaler seg om strukturelle løsninger på 'problemet' overvekt. Subjektposisjonen *eksperten* kan påvirkes av de sosiale subjektenes politiske ståsted. *Den passive borger* har vansker med å ta sunne valg for seg selv og sin familie. Her mangler subjektposisjonen kunnskap på tre nivåer, for det første vet man ikke hvordan man går ned i vekt, for det andre vet man ikke hvor eller hvordan man skal be om denne kunnskapen, og for det tredje at man i det hele tatt må be om hjelp. *Den passive borger* er avhengig av strukturelle tiltak for å kunne gjennomføre handlinger som fører til vektnedgang. Denne subjektposisjonen kan også forsterke de eksisterende negative stereotypiske trekkene av personer med overvekt som kunnskapsløse og uten kontroll. Subjektposisjonene opprettholder her en idé om at overvekt er et problem for samfunnet, og som kan løses av samfunnet. Moralen i folkehelsediskursen er at individet skal kontrollere seg i forhold til eksterne omgivelser, og denne kontrollen gjennomføres av individet på grunnlag strukturelle tiltak som kan begrense ens valg.

Identitetsdiskursen

Overvekt som et problem står sentralt i den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen. Det stilles ikke spørsmål i diskursene om overvekt trenger å være et problem. Det at overvekt er et problem fremstår som noe naturlig, og den eneste løsningen på overvekt i disse diskursene er vektnedgang. Dette er en ideologi som utfordres av identitetsdiskursen. I identitetsdiskursen er problemet at personer med overvekt er utsatt for stigmatisering og blir behandlet dårlig av andre, og at denne behandlingen og stigmatiseringen er trusler mot ens psykiske helse. Identitetsdiskursen utfordrer de andre diskursene i datamaterialet fordi det eneste alternativet til overvekt i de andre diskursene er vektnedgang. I identitetsdiskursen åpnes det opp for at man kan akseptere kroppsvekten sin, og at man kan leve sunne liv uavhengig av hva man veier. I de to første diskursene er overvekt ansett som noe negativt, og til tross for at identitetsdiskursen utfordrer problematiseringen av overvekt, får ikke høy vekt positiv verdi i identitetsdiskursen. Det åpnes ikke opp for at høy vekt kan være positivt i noen av diskursene, men i identitetsdiskursen kan overvekt aksepteres. Aksept av kropp kommer i en bestemt rekkefølge, man må først ha forsøkt å gå ned i vekt, før man kan akseptere sin vekt. Identitetsdiskursen åpner opp for et alternativ, men dette alternativet fremstår som en plan B om plan A, vektnedgang, ikke fungerer.

I denne diskursen har jeg identifisert subjektposisjonene *den riktige overvektige* og *formidleren. Den riktige overvektige* er en subjektposisjon hvor subjektet må forholde seg til visse begrensninger for å kunne være overvektig. Disse begrensningene handler blant annet om at man må spise sunt og trene, og også om at man må ha forsøkt å gå ned i vekt før det er akseptabelt å være overvektig. *Formidleren* er den subjektposisjonen i datamaterialet mitt som i størst grad representerer et aktivt subjekt som kan få ting til å skje i form av at den utfordrer den dominerende forståelsen av at det er de fysiske helseplagene høy vekt medfører som er skadelige. *Formidleren* forteller om sin erfaring med høy vekt, og at det er samfunnets holdninger til overvekt som er skadelige for den, ikke selve vekten. Denne subjektposisjonen åpner opp for et nytt syn hvor overvekt er et uttrykk for iboende menneskelige forskjeller, ikke et helseproblem eller et samfunnsproblem. I den biomedisinske diskursen og folkehelsediskursen er personer med overvekt fremstilt som en homogen gruppe, men *formidleren* skaper et rom for at dette er en gruppe med heterogene deltakere. Denne subjektposisjonen utfordrer subjektposisjonene i biomedisindiskursen og folkehelsediskursen som har stigmatiserende egenskaper. Men likevel formes denne subjektposisjonen av kriterier. Å akseptere sin kropp er akseptabelt om vektnedgang ikke er mulig, og aksepten blir fremstilt som et virkemiddel for å beskytte sin psykiske helse og identitet mot stigmatiseringen som eksisterer mot personer med overvekt

Denne oppgaven har vist seg å kunne være et bidrag i å belyse hvordan avistekster som man oppfatter som nøytrale og faktabaserte, siden de referer til eller baserer seg på forskning, kan bidra til å opprettholde sosiale strukturer eller skape endring. I denne sammenhengen har jeg vist at diskursene har noen elementer som kan opprettholde og føre til stigmatisering av personer med overvekt, men også at det skjer en endring hvor høy vekt kan aksepteres.

7.2 Oppgavens begrensninger og videre forskning

Som nevnt er det ikke blitt gjennomført mange kritiske diskursanalytiske undersøkelser av overvekt og media i Norge, men det er et viktig tema å undersøke siden personer med overvekt opplever stigmatisering på ulike nivåer i samfunnet. Å gjennomføre en kritisk analyse på hvilke diskurser og subjektposisjoner som eksisterer i disse avistekstene kan gi et innblikk i hvordan den dominerende biomedisinske diskursen, hvor overvekt er et problem som kan løses med livsstilsendringer, snevrer inn andre mulige virkelighetsforståelser rundt

vekt og helse. Det kan hende identitetsdiskursen er mer representert i norske riksdekkende media enn denne oppgaven gir uttrykk for, siden denne oppgaven undersøker hvordan forskning på vekt fremstilles i media. Tar man utgangspunkt i artikler som ikke refererer til forskning kan man nok finne flere tekster som problematiserer hvordan overvekt og personer med overvekt representeres i media, men den biomedisinske diskursen man finner i forskningsbaserte artikler er en dominerende forståelse av overvekt, og det kan være fordelaktig å undersøke forskningsbaserte tekster kritisk.

Et av de funnene jeg fant mest interessant i denne oppgaven var hvordan aksept av kropp i identitetsdiskursen skjer under visse kriterier. For videre undersøkelser kunne det vært relevant å ta denne oppgaven ett steg videre, og utforske videre om aksept av kropp kommer med de kriteriene jeg gjorde rede for i identitetsdiskrusen, der aksept først kommer etter forsøkt vektnedgang. Denne oppgaven har kun basert seg på avistekster, men mye av den diskursive kampen rundt overvekt skjer på andre arenaer enn det som blir formulert av journalister og bidragsytere i avisene. Derfor kunne det vært interessant å undersøke omtalen av overvekt på andre nivåer i samfunnet, for eksempel sosiale medier, og forske videre på om elementer fra den biomedisinske diskursen skaper kriterier for selvaksept og identitet blant personer som er definert med overvekt.

Litteraturliste

Barry, C, L., Brescoll, L, V., Brownell, K, D. & Schlesinger, M. (2009). Obesity Metaphors: How Beliefs about the Causes of Obesity Affect Support for Public Policy. *The Milbank Quarterly, 87*(1), 7-47. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00546.x

Blackburn, H. & Jacobs, Jr, D. (2014). Commentary: Origins and evolution of body mass index (BMI): continuing saga. *International Journal of Epidemiology, 43*(3), 665-669. https://doi.org/10.1093/ije/dyu061

Boero, N. (2013). Obesity in the media: social science weighs in. *Critical Public Health, 23*(3), 371-380. https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1080/09581596.2013.783686

Brandkvits, M., Bjørngaard, J. H., Ødegård, R, A., Åsvold, B, O., Sund, E, R. & Vie, G. Å. (2019). Quantifying the impact of genes on body mass index during the obesity epidemic: longitudinal findings from the HUNT Study. *BMJ, 366.* https://doi.org/10.1136/bmj.l4067

Bratberg, Ø. (2019). *Tekstanalyse for samfunnsvitere.* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Briggs, C, L. & Hallin, D, C. (2016). *Making Health Public: How News Coverage Is Remaking Media, Medicine, and Contemporary Life.* London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315658049

Burkhauser, R. V. & Cawley, J. (2005). Beyond BMI: The value of more accurate measures of fatness and obesity in social science research. *Journal of Health Economics 27*(2), 519-529. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.005

Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International journal of epidemiology, 35*(1), 55-60. https://doi.org/10.1093/ije/dyi254

Cossrow, N. H., Jeffery, R. W., & McGuire, M. T. (2001). Understanding weight stigmatization: a focus group study. *Journal Of Nutrition Education, 33*(4), 208-214. https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60033-XGet

De Dobbelear, R., Van Leuven, S., & Raeymaeckers, K. (2018). The human face of health news: A multi-method analysis of sourcing practices in health-related news in Belgian magazines. *Health Communication, 33*(5), 611–619. https://doi.org/10.1080/10410 236.2017.1287237

De Giorgio, S. (2022, 24, februar). Obesity – the last acceptable stigma? Hentet fra https://www.nbmedical.com/blog/obesity-the-last-acceptable-stigma

Eia, H. (Programdeltaker). (2022). Noe bombete [Episode fra TV-serie]. I B.H Mittet (Produsent). *Kongen Befaler*. Hentet fra https://www.discoveryplus.com/no/video/kongen-befaler/noe-bombete

Eide, Martin (2011). *Hva er journalistikk?* Oslo: Universitetsforlaget.

Eknoyan, G. (2008). Adolphe Quetelet (1796-1874)-the average man and indices of obesity. *Nephrology, dialysis, transplantation, 23*(1). 47-51 https://doi.org/10.1093/ndt/gfm517

Eriksen, T. H. (2010) *Små steder –store spørsmål: Innføring i sosialantropologi* (3 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Ewing E. (2019). Weight bias and stigmatisation: what is it and what can we do about it? *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 69*(684), 349. https://doi.org/10.3399/bjgp19X704405

Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambrigde: Polity Press.

Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. London: Routledge.

Fairclough, N. (2010). *Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language* (2. utg). New York: Routledge.

Fairclough, N. (2015). *Language and Power* (3. utg.). Oxford: Routledge.

Farstad, M. (2016). SKAM. Eksistens-Relasjon-Profesjon. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Fjerde statsmakt. (2020). *Store norske leksikon*. Hentet 20. september fra https://snl.no/fjerde_statsmakt

Folkehelseinstituttet (2015, 1. mars). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Hentet fra https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/

Folkehelseinstituttet (2017, 4. oktober). Overvekt og fedme i Norge. Hentet fra https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/#om-overvekt og-fedme

Fonn, B.K., Hornmoen, H., Hyde-Clarke, N. & Hågvar Y.B. (2020). Media Health: An Introduction to the Collection. I H. Hornmoen, B. K. Fonn, N. Hyde-Clarke & Y. B. Hågvar (Red.), *Media Health: The Personal in Public Stories* (s.11-18). Oslo: Universitetsforlaget. https://doi.org/10.18261/9788215040844-2020-2

Forskningsrådet. (2021). Befolkningens tillit til og syn på forskning. Forskning for innovasjon og bærekraft. Hentet fra https://www.forskningsradet.no/

Gard, M. & Wright, J. (2005). *The Obesity Epidemic: Science, morality and ideology*. Oxford: Routledge.

Gard, M (2011). *The End of the Obesity Epidemic.* Oxford: Routledge.

Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskriftet den Norske Legeforening, 131*, 683–687. https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874

Gilman, S. L. (2010). *Obesity: The Biography.* Oxford: Oxford University Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.

Grue, J. (2011a). Kritisk diskursanalyse. I T. R Hitching, A. B. Nilsen & A. Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse* (s.111-115). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Haavet, I. E. (1996). *Maten på bordet: 50 år med statens ernæringsråd.* Norge: Master Trykk og Kopi, Statens ernæringsråd.

Halle, M. (2010). *En kvalitativ studie av kvinners tanker om endring av helseatferd* (Masteroppgave). Høgskolen i Akershus, Oslo.

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne* (15-1735). Os Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken* (St.meld. nr. 16. 2002-2003). Hentet fra https://www.regjeringen.no/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Verdens helseorganisasjon*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. (St.meld. nr. 19. 2018-2019). Hentet fra https://www.regjeringen.no/

Hem, E. (2021). Biomedisin. *Store norske leksikon*. Hentet 3. april 2022 fra https://sml.snl.no/biomedisin

Hitching, T. R & Veum, A. (2011). Introduksjon. I T. R. Hitching, A. B. Nilsen & A. Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse* (s.11-36). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Hjelmesæth, J. (2015). Overvektig eller fet – du er ikke din lidelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening 135*(16),1473-1473 https://www.10.4045/tidsskr.15.0543

Holck, P. (2021). Humoralpatologi. *Store norske leksikon*. Hentet 4 mars 2022 fra https://sml.snl.no/humoralpatologi

Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E. & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jenull, B., Mayer, C., Knobel, P. & Birnbacher, R. (2021). Weight-Stigma and Body Satisfaction among Preschool Children. *Journal of Pediatrics, Perinatology and Child Health 5,* 112-125. https://doi.org/10.26502/jppch.74050069

Johannessen, L. E. F., Rafoss T. W. & Rasmussen, E. B. (2005), *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Jäger, S. & Maier, F. (2015). Analysing Discourses and Dispositives: A Foucauldian Approach to Theory and Methodology. I R. Wodak & M. Meyer (Red.), *Methods of Critical Discourse Studies* (3.utg.). London: SAGE

Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*, Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

Kim, S-H. & Willis, A. L. (2007). Talking about Obesity: News Framing of Who Is Responsible for Causing and Fixing the Problem. *Journal of Health Communication, 12*(4), 359-376. https://doi.org/10.1080/10810730701326051

Kirkevold, M. (2020). Medikalisering. *Store norske leksikon*. Hentet 29. april 2022 fra https://sml.snl.no/medikalisering

Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Hverdagslivets metaforer*. Chicago: The University of Chicago.

Lawrence, R. G. (2004). Framing Obesity: The evolution of news discourse on a public health issue. *Press and Politics, 9,* 56–75. doi:10.1177/1081180X04266581

Leistikow, G. (1949, 16. juli). Bør vi alle spise mindre? *Verdens Gang,* s. 9.

Lloyd, C. (2019, 30. august). What is biomedicine? Hentet fra https://www.open.edu/openlearn/body-mind/health/health-studies/what-biomedicine

Locke, A.E., Kahali, B., Berndt, S.I., Justice, A.E., Pers, T.H., Day, F.R., Powell, C., Vedantam, S., Buchkovich, M.L., Yang, J. et al. (2015) Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature, 518,* 197–206. https://doi org.ezproxy.uio.no/10.1038/nature14177

Lupton, D. (2012*). Medicine as culture. Illness, Disease and The body* (3. utg.). London: Sage Publication.

Lydecker, J. A., Cotter, E. W., Palmberg, A. A., Simpson, C., Kwitowski, M., White, K. & Mazzeo, S. E. (2016). Does this Tweet make me look fat? A content analysis of weight stigma on Twitter. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(2), 229-235. https://doi.org/10.1007/s40519-016-0272-x

Malterud, K. & Ulriksen, K. (2010). "Norwegians fear fatness more than anything else"—a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient*

education and counseling, 81(1), 47–52. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.022

McCall, A.S. (1998). *The No 1 Ladies' Detective Agency*. Edinburgh: Polygon.

Meadows, A. & Daníelsdóttir, S. (2016). What's in a Word? On Weight Stigma and Terminology. *Froniters in Psychology 7*, 1527. Hentet fr https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2016.01527

Medietilsynet (2019). *Kritisk medieforståelse i den norske befolkningen.* (Delrapport 4). Hentet fra https://www.medietilsynet.no/

Menon (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskonstnader*. Menon-publikasjon nr. 9/2019. Oslo: Menon.

Murray, S. (2008). *The 'Fat' Female Body*. London: Palgrave Macmillan.

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis* (5.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nettleton, S. (2013). *Sociology of Health and Illness.* (3. utg.). Cambridge: Polity Press.

Neumann, I. B. (2021). *Innføring i diskursanalyse: Mening, materialitet og makt*. (2. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke.

O'Halloran, K. (2007). Critical Discourse Analysis and the Corpus-informed Interpretation of Metaphor at the Register Level. *Applied linguistics, 28*, 1-24. https://doi.org/10.1093/applin/aml046

Olsvik, E. H (2021). Positivisme. *Store norske leksikon.* Hentet 3. april fra https://snl.no/positivisme

Patterson, M., & Johnston, J. (2012). Theorizing the obesity epidemic: Health crisis, moral panic and emerging hybrids. *Social Theory & Health, 10*(3), 265-291. http://dx.doi.org/10.1057/sth.2012.4

Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research, 23*(2), 347-358. https://doi.org/10.1093/her/cym052

Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2012). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity Silver Spring, Md., 17*(5), 941–964. https://doi.org/10.1038/oby.2008.636

Robstad, A. N. (2020). *Intensive care nurses' attitudes and behavioural intentions toward obese intensive care patients* [Doktoravhandling, universitetet i Agder]. Hent Aura Vitenarkiv. https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2655168

Rocca, E. & Anjum, R, L. (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. I Anjum, R. L., Copeland, S. & Rocca, E (Red.), *Rethinking Causality, Complexity and*

Evidence for the Unique Patient: A CauseHealth Resource for Healthcare Professionals and the Clinical Encounter (s. 75-95). Cham: The Springer

Rugseth, G. & Engelsrud, G. H. (2020). Aktiv på egne premisser: En diskursanalyse av faglige retningslinjer. *Fysioterapeuten, 87*(8), 38-43.

Russell, L. (2013). *Sociology for Health Professionals*. London: Sage Publications.

Rønold, I. T. (2020). – Veldig mange stempler tjukke mennesker som dumme. *Tidsskriftet den Norske Legeforening, 16.* https:// doi: 10.4045/tidsskr.20.0856

Saguy, A. & Almeling, R (2008). Fat in the Fire? Science, the News Media, and the 'Obesity Epidemic'. *Sociological Forum, 23*(1), 53–83. https://doi org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1573-7861.2007.00046.x

Scheffler, R. W. & Strasser, B. J. (2015). Biomedical Sciences, History and Sociology of. I Wright, J. D (Red.)*, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences,* (2.utg.) (s.663-669). Oxford: Elsevier.

Shapiro, J. R. & Neuberg, S. L. (2007). From stereotype threat to stereotype threats: implications of a multi-threat framework for causes, moderators, mediators, consequences, and interventions. *Personality and Social Psychology Review 11*(2)*,* 107-130. https://doi.org/10.1177/1088868306294790

Shugart, H. (2011). Heavy Viewing: Emergent Frames in Contemporary News Coverage of Obesity. *Health Communication, 26*(7), 635–648. https://doi org.ezproxy.uio.no/10.1080/10410236.2011.561833

Skarpeid, R (2005). Metaforer som naturlig baserte erfaringer og kulturelle kjennetegn. *Norskrift: tidsskrift for nordisk språk og litteratur, 108,* 5-18. http://urn.nb.no/URN:NBN:no-39900

Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Stiftelsen Tinius (2020). *Oppdatert digitalt: Informasjonsvaner blant generasjon Z.* Hentet fra https://tinius.com/wp-content/uploads/2020/09/oppdatert-digitalt-web.pdf

Stoll, L. C. & Egner, J. (2021). We Must Do Better: Fatphobia and Ableism in Sociology. *Sociology Compass*, *15*. https://doi.org/10.1111/soc4.12869

Strelau, J. (2005). *Science and Media: Biennial Yearbook ALLEA 2004.* Amsterdam: Knaw/Allea.

Strings, S. (2019). *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia.* New York: New York University Press.

Sumińska, M., Podgórski, R., Bogusz-Górna, K., Skowrońska, B Mazur, A. & Fichna, A. (2022) Historical and cultural aspects of obesity: From a symbol of wealth and

prosperity to the epidemic of the 21st century. *Obesity reviews, 23*(6). https://doi.org/10.1111/obr.13440

Sund, E, R., Rangul, V. & Krogstad, S. (2019). *Folkehelseutfordringer i Trøndelag. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19)*. Levanger: HUNT forskningssenter.

Svennevig, J., Sandvik, M. & Vagle, W. (1995). *Tilnærminger til tekst: modeller for språklig tekstanalyse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Svennevig, J. (2020). *Språklig samhandling: Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Sølsnes, A. M. (2015). *Medisin, moral og mentalitet. En diskursanalyse av fedmekirurgi*. [Masteroppgave, Høgskulen i Volda]. Høgskolen i Volda. https://bravo.hivolda.no/hivolda-xmlui/handle/11250/2358959

Sølvberg, L. M. B. (2017). *Den klassedelte kroppen. Smak og avsmak i den norske overklassen.* [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Vitenarkiv. https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/16050?locale-attribute=no

Sølvberg, L. M. B & Jarness, V. (2018). Klasse, kropp og kultur. Fysisk aktivitet og symbolske grenser i overklassen. *Tidsskrift for samfunnsforskning, 59,* 5-25. https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2018-01-01

Vandebroeck, D. (2014). Classifying Bodies, Classified Bodies, Class Bodies. A Carnal Critique of the Judgment of Taste. I Coulangeon, P. & Duval, J. (Red.), *The Routledge Companion to Bourdieu's Distinction*. London: Routledge, s. 227-254.

Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A, M., Biertho, L., Campell-Scherer, D., ... Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal, 192*(31), 875-891. https://doi.org/10.1503/cmaj.191707

Wodak, R. & Meyer, M. (2015). *Methods of Critical Discourse Studies*. London: Sage Publication.

World Health Organization. (2021, 9. juni). Obesity and overweight. Hentet fra https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Alle kilder brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 34440

Vedlegg

Kildemateriale: Avistekstene som utgjorde analysen i oppgaven

Av praktiske hensyn legger jeg ved linker og ikke nedlastede versjoner av tekstene brukt i analysen. Alle de trykte tekstene jeg har analysert har også vært tilgjengelig på nett.

Aftenposten. (07.07.2019). Vi har en fedmeepidemi. De med fedmegener rammes hardest. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/qLV411/vi-har-en fedmeepidemi de-med-fedmegener-rammes-hardest-maria-brandkvist-og-gunnhil aaberge-vie

Aftenposten. (13.06.2019). Har du genene for overvekt? Hentet fra https://www.aftenposten.no/viten/i/naMzld/har-du-genene-for-overvekt

Aftenposten. (20.05.2021). Sonja Iren (21) har alltid vært overvektig. Men hvor mye påvirker egentlig genene vekten vår? Hentet fra https://www.aftenposten.no/sport/sprek/i/2dQ5gv/sonja-iren-21-har-alltid-vaert overvektig-men-hvor-mye-paavirker-egentlig-genene-vekten-vaar

Aftenposten. (01.07.2021). Veiing av alle barn er viktig for å kunne hjelpe dem som trenger det. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/0Keb1G/veiing-av alle-barn-er-viktig-for-aa-kunne-hjelpe-dem-som-trenger-det

Dagbladet. (21.09.2019). Slik unngår du midtlivsovervekt. Hentet fra https://www.dagbladet.no/tema/eksperter-slik-unngar-du-midtlivs overvekt/71598095

Dagbladet. (27.09.2019). Får blikk, kommentarer - og sextilbud. Hentet fra https://www.dagbladet.no/magasinet/far-blikk-kommentarer---og-sextilbud/71628633

Dagbladet (28.02.2020). Legen gikk ned 14 kilo på fire månederHentet fra https://www.dagbladet.no/tema/legen-gikk-ned-14-kilo-pa-fire-maneder/72157864

Dagbladet. (14.03.2020). Kickstart: Ned 10 kilo med pulverkur. Hentet fra https://www.dagbladet.no/tema/kickstart-ned-10-kilo-med-pulverkur/72141028

Dagbladet. (24.05.2020). Fedmeprofessor: Disse slankepillene virker. Hentet fra https://www.dagbladet.no/tema/fedmeprofessor-disse-slankepillenevirker/72422757

Dagbladet. (11.05.2021). Suksessmetoden: Gikk ned 60 kilo. Hentet fra https://www.dagbladet.no/tema/suksessmetoden-gikk-ned-60-kilo/73722372

Dagbladet. (10.07.21). Håvard (50): Ned 31 kilo på 120 dager. Hentet fra https://www.dagbladet.no/tema/havard-50-ned-31-kilo-pa-120-dager/73977309

Dagbladet. (18.08.2021). Slår alarm om folkesykdom. Hentet fra https://www.dagbladet.no/tema/slar-alarm-om-folkesykdom/74112664

Dagbladet. (27.09.21). Slår fedmealarm. Hentet fra https://www.dagbladet.no/nyheter/slar fedmealarm/74265336

Dagens Næringsliv. (23.05.2021). Du går ikke opp i vekt fordi du er inaktiv. Du blir inaktiv fordi du går opp i vekt. Hentet fra https://www.dn.no/innlegg/helse/trening/forskning/innlegg-du-gar-ikke-opp-i-vekt fordi-du-er-inaktiv-du-blir-inaktiv-fordi-du-gar-opp-i-vekt/2-1-1013890

Dagsavisen. (13.01.2020). Slik skal vår nye minister gjøre oss sunnere og friskere. Hentet fra https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2020/01/13/slik-skal-var-nye-minister gjore-oss-sunnere-og-friskere/

VG. (14.09.2021). Slik forbrenner du det livsfarlige bukfettet. Hentet fra https://www.vg.no/forbruker/i/dm951J/slik-forbrenner-du-det-livsfarlige-bukfettet