



Ástríður Stefánsdóttir

Hvers vegna beina lækna í auknum mæli sjónum að feitu fólk?

Um sjúkdómsvæðingu offitu

► Um höfund ► Efnisorð

Í þessari grein verður fjallað um þá spurningu hvers vegna offita er í síauknum mæli viðfang heilbrigðisstétta og hvort sú þróun sé til hagsbóta fyrir feitt fólk. Þótt Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hafi lýst því yfir að offita sé meðal alvarlegustu heilbrigðisvandamála sem mannkynið glímur nú við er ekki augljóst að nálgun læknisfræðinnar verði til þess að auka lífsgæði hjá feitu fólk. Faraldursfræðilegar rannsóknir og langtímarannsóknir á árangri meðferðar gegn offitu sýna að hún skilar litlum árangri. Í þessari grein mun ég lýsa hinni hefðbundnu raunvísindalegu orðræðu um offitu en jafnframt varpa ljósi á sjúkdómsvæðingu (e. medicalization) feits fólks. Ég mun fjalla um þau gildi og félagslegu öfl sem gætu útskýrt hvers vegna offita er í síauknum mæli viðfang lækna þrátt fyrir lítinn árangur almennra læknismeðferða. Ég byggi hér á greiningu Sadler, Jotterland, Lee og Ingrid (2009) sem hafa skilgreint hugtakið sjúkdómsvæðingu (e. medicalization) og bent á hvernig við getum lagt mat á hana innan lífssíðfræðinnar. Í lokin ræði ég holdafarsfordóma í samfélaginu og hvernig þeir hafa knúið feitt fólk til að tjá sig um líf sitt. Með því að líta til rannsókna feits fólks á eigin lífi og stöðu má varpa enn betra ljósi á sjúkdómsvæðingu offitu og fá betri sýn á það hvort hún sé til hagsbóta fyrir feitt fólk eður ei.

Why are fat people increasingly the focus of medical attention? On the medicalization of obesity: Medicalizing obesity

► About the author ► Key words

In this article the focus will be on the questions: Why are fat people increasingly subject to medical interventions? Do such interventions provide long-term health benefits? Although the World Health Organization (WHO) classifies obesity among the most serious health threats we are facing, it is not obvious that medical intervention benefits those who are labelled obese. Epidemiological and long-term treatment results suggest that the medical approach to obesity is neither improving the health of the obese in the long run nor lowering the prevalence of obesity. This begs the question why obesity is medicalized and whether medicalization is beneficial to the fat person? In this article the mainstream approach to obesity will be outlined, both what could be labelled the *clinical approach* and the *public health approach*. The latter approach has increasingly centred on the obesogenic environment. The obesogenicity of an environment has been defined in terms of the surroundings, opportunities, or conditions of life which promote obesity in individuals or populations. It can refer to the design of schools and workplaces, public transport and more general factors

such as the food industry, the culture regarding food and recreation. Both phrases, the obese patient and the obesogenic environment, are medical in nature, resting on the premise that being fat is a disease, problematic and damaging to the fat person's health. Hence, since the prevalence of obesity is rising we do have a serious health problem on our hands that has been labelled the obesity epidemic. By describing obesity as a disease, healthcare professionals and medical scientists become the specialists in handling the lives of fat people. The article draws attention to social forces that might partly explain why bodily appearance is increasingly the subject of medical attention. In doing so it draws on the works of Sadler et al. (2009) who describe forces and societal values that drive medicalization in general. By using this insight and applying it to the obesity debate it is possible to speculate on the forces that drive the medicalization of obesity. Issues discussed will include: the promise of cure, healthcare as a commodity, desire for power, eudaimonia, individualism vs. communalism, *depoliticizing politically difficult social problems*, *technological values* and finally medicalization as a drive to transcend human-existential limitations. These factors help to explain the social forces at play in the medicalization of obesity. There are reasons for rejecting the medicalization of obesity: Firstly, as already mentioned, the long-term benefits of medical treatments of obesity are poor. Secondly, fat people are stigmatized and marginalized in today's societies. Medicalization has marginalized them even further. Medicalization could, therefore, harm fat people by putting them in ever more oppressive situations in society. There are those who protest the medicalization of the fat person. Critical voices like *health at every size* and proponents of *fat studies* add new, critical perspectives on the medicalization of obesity. They claim that appearance is not problematic per se and trying to change the way people look should not be the aim of health care providers. The focus should rather be on healthy lifestyles and acceptance of people in all body sizes. When addressing BMI figures instead of people, health scientists and medical professionals are not focusing on the core of the real problem. The real problem is not the BMI of the fat person but rather societal responses to those who are fat. These critical voices harmonize with the voices of gay people, people with disability and people with mental illnesses. Like gays and the disabled, fat people increasingly reject the view that scientists are experts in their lives and that they need to be corrected to become accepted in today's society. They want their own voices to be heard and to be accepted as they are.

Inngangur

Hin almenna umræða um ofþyngd og offitu hverfist um þá sýn að hér sé um að ræða alvarlegt vandamál. Því er lýst sem heilsufarsvanda sem þarf sérþekkingu til að takast á við. Heilbrigðis-kerfið og heilbrigðisstarfsfólk hafi fyrst og fremst þá þekkingu og þá getu sem þurfi til að leysa vandann. Þeir sem þjást af honum eigi því að reiða sig á þekkingu fólks í heilbrigðisvísindum og leita til heilbrigðisstarfsfólks sem muni lækna það. Hin mikla áhersla á að hér sé um heilbrigðisvanda að ræða er fyrst og fremst tilkomin á síðustu áratugum og á þeim tíma hefur krafan um að sjá og skilgreina offitu sem sjúkdóm farið vaxandi. Til að minna á breytt viðhorf til feits fólks má benda á þekkt fólk á nítjándu öld og fyrri hluta tuttugustu aldar sem var feitt, til dæmis Viktoríu drottningu (1819–1901), Winston Churchill (1874–1965) og heimspekinginn C.K. Chesterton (1874–1936). Chesterton var einkar meðvitaður um holdafar sitt, ekki þó sem sjúkdóm eða löst heldur sem uppsprettu kímni og glaðvæðar. Sagt er að hann hafi einhvern tíma sagst vera einstaklega kurteis maður eins og sjá mætti af því að þegar hann stæði upp fyrir konum í almenningsvögnum gætu ávallt a.m.k. þrjár fengið sæti (Ahlquist, 2003). Þótt mönnum hafi orðið tíðrætt um holdafar þessa heiðursfólks var það ekki undir þeim formerkjum að það væri sjúklingar. Fremur tengdist umræðan velmegun þess, ríkidæmi og lífsgleði. Þó þessi dæmi sanni engan veginn að viðhorf okkar til líkamsútlits hafi breyst þá minna þau okkur á aðra tíma. Markmið greinarinnar er ekki heldur að sýna fram á að þessar breytingar hafi orðið, enda hafa aðrir gert það (Brown, 2015; Eknoyan, 2006; Sobal, 1995).

Í þessari umfjöllun verður gengið út frá því að hugmyndin um *offitusjúklinginn* sé dæmi um sjúkdómsvæðingu hins *feita einstaklings*. Sjúkdómsvæðing er íslensk þýðing á hugtakinu *medicalization*. Þetta hugtak kom fyrst fram í skrifum Ivans Illich í bókinni *Medical Nemesis: The Expropriation*.

ation of Health. Hugtakið vísar til þess að: „læknisfræðilegur hugsunarháttur nái fötfestu á nýjum sviðum“ (Stefán Hjörleifsson, 2004, 7). Þegar gengið er út frá því að umfjöllun um offitu sé dæmi um sjúkdómsvæðingu vísar það til þess að ástand sem áður var ekki talið sjúklegt sé nú fyrst og fremst rætt undir þeim formerkjum að það sé sjúkdómur og heilbrigðisvandi. Þetta leiðir þá líka til þess að það teljist vera hlutverk heilbrigðisstarfsfólks að vinna með vandann enda búi það yfir vísindalegri þekkingu á honum.

Í greininni skoða ég nánar hugmyndir um sjúkdómsvæðingu og hvers vegna gera má ráð fyrir að offita sé dæmi um sjúkdómsvæðingu. Ég nefni í kjölfarið ákveðna samfélagsstrauma og gildi sem líkleg eru til að leiða til sjúkdómsvæðingar og styrkja hana í sessi. Þann hluta umfjöllunar minnar byggji ég á grein Sadler, Jotterland, Lee og Ingrid (2009) sem ber heitið: *Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics*. Þegar sjúkdómsvæðing offitu er skoðuð verður sú spurning áleitin hvort hún hafi verið til góðs. Erfitt er að sýna fram á merkjanlegan árangur af baráttu heilbrigðisstétta gegn offitu síðustu áratugi. Ekki verður heldur séð að feitt fólk hafi almennt notið góðs af afskiptum heilbrigðiskerfisins af lífi þess. Í lokahluta greinarinnar mun ég rekja þær gagnrýnisraddir sem mest hafa verið áberandi í offituumræðunni og ræða hvers vegna hugsanlega væri rétt að af-sjúkdómsvæða offitu.

Hin hefðbundna sýn

Offitu er gjarnan lýst sem einum alvarlegasta heilbrigðisvanda samtímans (Dietz, Bland, Gortmaker og Molloy, 2002). Þessi fullyrðing felur það í sér að offita sé ástand sem leiði til sjúkdóma, minnki lífsgæði eða sé sjúkdómur í sjálfu sér (American Medical Association, 2013; Blackburn, 2011; World Health Organization, 1999). Þeir sem eru of þungir¹ eru því ýmist taldir vera í aukinni hættu á alvarlegum sjúkdómum eða eru jafnvel skilgreindir sem sjúklingar sem þurfi á aðstoð heilbrigðiskerfisins að halda. Á undanförunum áratugum hefur tíðni ofþyngdar og offitu í flestum vestrænum ríkjum aukist hratt, þrátt fyrir framlag læknávisindanna (Maziak, Ward og Stockton, 2008; NCD Risk Factor Collaboration, 2016; Nicholls, 2013; Ten Have, De Beaufort, Teixeira, Mackenbach og van der Heide, 2011). Langtímarannsóknir á meðferð við offitu sýna að gera má ráð fyrir að nánast allir sem greinast verði aftur komnir í sömu þyngd og áður innan nokkurra ára (Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver og Gaesser, 2006; Katan, 2009; Noël og Pugh, 2002; Sjoström og Sjoström, 2012; Wilfley o.fl., 2007; Wooley og Garner, 1994). Lyfjameðferð við offitu hefur verið reynd og er notuð en með takmörkuðum árangri (Dombrowski, Knittle, Avenell, Araújo-Soares og Sniehotta, 14 May 2014/2014). Skurðaðgerðir sem lækning við offitu hafa verið og eru enn umdeildar og eru einungis notaðar sem meðferðarúrræði hjá þröngum hópi einstaklinga þar sem aukaverkanir geta verið mjög alvarlegar (Sjoström og Sjoström, 2012).

Því miður hafa læknismeðferðir við offitu ekki skilað góðum árangri, hvort sem afdrif meðferðarþola eða tíðni offitu í samfélögum er skoðuð (Kleinert og Horton, 2015; NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Ein leið til að bregðast við þessum slaka árangri er að skoða málið í víðara samhengi. Þá er horft út fyrir sjúklinginn sjálfan og athugað hvað í umhverfi hans gæti valdið því að hann safnar á sig fitu. Þetta er byggt á þeirri sýn að orkujafnvægið í hinum feita einstaklingi raskist því hann innbyrði meiri orku en hann þurfi. Hér er vísað til þess að offita myndist þegar orkujafnvægi einstaklingsins raskist, þess vegna sé hann of feitur. Aðrir halda því fram að okkur sé eðlislægt að vera í ólíkum stærðum og því sé rangt að skilgreina offitu sem röskun á fyrirfram gefnu jafnvægi (Bacon, 2010). Ef við teljum á hinn bóginn að einungis þeir grönnu séu í eðlilegu orkujafnvægi, þá vaknar spurningin: hvers vegna innbyrða þá flestir meiri orku en þeir þurfa? Það leiðir athyglina að umhverfi okkar og hvernig við hegðum okkur í því. Með því að beina athyglinni að umhverfinu verður áherslubreyting í því hvernig lítið er á offitu sem vanda: í stað þess að beina allri athyglinni að því hvernig breyta má matarlyst og efnaskiptum hins feita einstaklings með lyfjum, skurðaðgerðum eða atferlismeðferð hverfist áherslan um þætti eins og það hvort við lifum í umhverfi þar sem við höfum góðan aðgang að hollum mat og tækifæri til að hreyfa okkur án hindrana. Hugmyndin um offituvaldandi umhverfi (e. obesogenic environment) hefur mjög víða skírskotun. Hún vísar annars vegar til *nærumhverfis* einstaklingsins. Dæmi um það væru vinnustaður, samgöngur, heimili og skóli. Hins vegar vísar hún til *opinbers umhverfis*. Dæmi um það væri iðnaðarframleiðsla, tækniþekking, stefnumörkun opinberra aðila og félagsleg gildi. Saman hafa þessir þættir mótagandi áhrif á hegðun okkar (Greener, Douglas og van Teijlingen, 2010). Þegar tengsl umhverfis og offitu eru skoðuð kemur í ljós að til að mynda opin svæði og hönnun

¹ Hugtakið *ofþyngd* er notað yfir þá sem hafa líkamsþyngdarstuðul (LBS), skilgreindur sem kg/m², á bilinu: 25–29,9 og *offita* yfir þá sem eru með LBS yfir 30.

bygginga virðast hafa móttandi áhrif á þyngd þeirra sem þar búa (Brownell o.fl., 2010; Crawford, 2002; The Lancet, 2017). Það er því talið líklegt að umhverfið tengist tíðni offitu.

Þessar tvær leiðir sem lýst er hér að ofan, annars vegar sú sýn að einstaklingurinn umgangist ekki fæðu og hreyfingu með eðlilegum hætti, hins vegar að *umhverfi* hans sé sjúkdómsvaldandi, eiga það sameiginlegt að sjá og skilgreina líf feits fólks fyrst og fremst sem vanda sem má tjá sem *lífleisfræðilegt frávik, heilsufarsvá og sjúkdómsfaraldur*.

Þessari sýn á offitu og jafnframt á líf feits fólks hefur verið mótmælt. Það gangast ekki allir við því að offita sé vandamál. Því er þá hafnað að offita sem slík sé sjúkdómur eða beinn orsakavaldur sjúkdóma. (Campos o.fl., 2006; Heshka og Allison, 2001). Verður vikið nánar að þeirri sýn síðar í greininni.

Í þessari flóknu umræðu skiptir tungutak og nálgun miklu máli. Umræða um *offitu og ofþyngd* ásamt tilvísun til *offitufaraldursins* er eignuð hinni læknisfræðilegu nálgun. Þar er sýnin á hinn feita einstakling sú að hann lifi við þjáningu og að honum þurfi að breyta. Umræða innan félagsvísinda um hinn feita einstakling snýst á hinn bóginn um stöðu hans í samfélaginu. Baráttufólk gegn fitufordómum kys að tala um feitt fólk og segist einfaldlega vera feitt. Því er hafnað að það sé vandi í sjálfu sér. Meginvandinn sem berjast þurfi gegn sé sú sýn sem samfélagið hefur á hinn feita einstakling þar sem honum sé meinaður aðgangur að gæðum samfélagsins á jafnréttisgrunni vegna holdafars síns (Rothblum, 2012).

Sjúkdómsvæðing offitunnar

Að tala um *sjúklinga sem þjáast af offitu* og um *offituvaldandi umhverfi* er ofureinföldun á lífi og reynslu feits fólks. Í fyrsta lagi er margt feitt fólk hraust og getur ómögulega litið á sig sem þjáða sjúklinga þrátt fyrir holdafar sitt. Í öðru lagi væri það einföldun að telja að allir feitir einstaklingar hafi orðið það vegna áhrifa umhverfisins á líf þeirra. Engu að síður hverfist nánast öll umræða, og einkum vísindaleg umræða, um þessa sýn á feitt fólk. Þær raddir sem gagnrýna hana eru gerðar tortryggilegar og ekki taldar eiga heima í hinni eiginlegu fræðilegu umræðu. En hvers vegna er hin læknisfræðilega sýn og þörfin fyrir að sjá hinn feita einstakling sem sjúkling eða afurð offituvaldandi umhverfis svona rík? Feitt fólk hefur ávallt verið til og skoðanir fjöldans á holdafari fólks hafa verið með ýmsum hætti (Eknoyan, 2006). Fyrir á tímum þótti það að vera feitur merki um velmegun og farsæld. Síðar bar það að vera grannur vott um heilbrigði og fegurð. Samfara því voru þeir sem voru feitir sakaðir um að vera veikgeðja og latir (Grogan, 2007). Það var og er jafnvel álitnið siðferðilega ámælisvert að vera feitur. Þetta útlit og hið líkamlega ástand varð að sök og á ábyrgð hins feita einstaklings (Sobal, 1995).

Í aldaðir hafa lækna tengt offitu við óheilbrigðan lífsstíl, og jafnvel hafa þeir lagt til ýmsar meðferðir til að vinna bug á offitunni. Það var þó ekki fyrir en á síðari helmingi síðustu aldar að það að vera feitur varð að offituvanda sem flestir voru sammála um að best væri að fela heilbrigðisstarfsfólki að fást við. Lækna töldu það verkefni sitt að breyta því ástandi með læknisfræðilegum aðferðum. Þar með var búið að sjúkdómsvæða offituna (Sobal, 1995; Stefán Hjörleifsson, 2004). Staðfesting þess að offita sé vandi sem heilbrigðisstarfsfólk eigi að leysa birtist í dag meðal annars í yfirlýsingu Bandaríska læknafélagsins (American Medical Association, 2013), umfjöllun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um offitu (World Health Organization, 1999) og fjölda greina í læknatímaritum, hjá læknum sem sérhæfa sig í þessum vanda og meðferðarstofnunum sem hafa það markmið að lækna offitu (Sobal, 1995).

Einhverjir kynnu að ætla að það að breyta hinum feita einstaklingi í sjúkling sem þjáist af offitu myndi draga úr þeirri skömm sem fylgir því að vera feitur. Í stað þess að saka manneskjuna um leti og kæruleysi gagnvart eigin heilsu sé viðurkennt að þetta ástand sé sjúkdómur sem feitt fólk ráði ekki við. Hinn feiti einstaklingur ætti þar með að vera leystur undan skömm offitunnar. Að líta á hinn feita sem sjúkling geti sem sagt dregið úr fordómum gegn feitu fólki og kúgun þess. Að líta á offitu sem sjúkdóm hefur á hinn bóginn reynst hafa þveröfug áhrif. Offitufordómar hafa aldrei verið meiri og eru, þrátt fyrir þetta, ríkjandi á mörgum sviðum samfélagsins. Rannsóknir sýna að fordómarnir eru einkar slæmir meðal heilbrigðisstarfsfólks. Puhl og Heuer, (2009) vísa til rannsókna þar sem rætt var við 620 heimilislækna og þeir spurðir um afstöðu til feits fólks. Yfir helmingur talaði um að sjúklingarnir væru sérkennilegir, óaðlaðandi og ljótir og taldi þá ekki standa sig í meðferðinni. Einn þriðji taldi feita sjúklinga viljalausa, sóðalega og lata. Læknarnir töldu ennfremur að

offita væri fyrst og fremst hegðunarvandi sem stafaði af hreyfingarleysi og ofáti (Puhl og Heuer, 2009). Sambærilegar rannsóknir hafa verið gerðar á holdafarsfordómum hér á Íslandi og benda niðurstöður til þess að viðhorfið hér sé svipað og lýst hefur verið í öðrum löndum (Sigrún Daníelsdóttir og Stefán Hrafn Jónsson, 2015).

Þetta styrkir þá skoðun að lækna kenni ennþá feitu fólki um slæga útkomu meðferðar við offitu og það hversu erfiðlega gengur að lækna hana (Wooley og Garner, 1994). Gagnsemi þess að offitan var sjúkdómsvædd er, eins og áður sagði, með engu móti augljós. Sjúklingarnir sjálfir (þ.e. hinir feitu einstaklingar) virðast ekki í betri stöðu, ásökunin og skömmin er enn til staðar. Frá 1950 hefur tíðni offitu aukist jafnt og þétt þrátt fyrir afskipti heilbrigðiskerfisins af ástandinu. Hefur hún færst svo í aukana að nú er rætt um offitufaraldur. Þrátt fyrir úrræðaleyfi heilbrigðiskerfisins til að breyta ástandinu er feitt fólk enn kallað *sjúklingar* og því er haldið fram af sífellt meiri ákefð að afskipti heilbrigðisstarfsfólks af lífi þess séu mjög mikilvæg.

Áhrifavaldar sjúkdómsvæðingar

Til að reyna að skilja betur hvers vegna lækna beina í vaxandi mæli sjónum að feitu fólki er gagnlegt að skoða greiningu Sadler, Jotterand, Lee og Inrig, (2009) á því hvað það er sem ýtir undir sjúkdómsvæðingu í samfélögum. Í umfjöllun þeirra er sjúkdómsvæðingu lýst þannig að hún sé ferli þar sem vandamál eru skilgreind og meðhöndluð sem læknisfræðilegur vandi eða sjúkdómur (Sadler o.fl., 2009; Stefán Hjörleifsson, 2004). Höfundar nefna í greiningu sinni dæmi um sterk samfélagsleg öfl sem geta ýtt undir sjúkdómsvæðingu. Þau eru: skylda heilbrigðisstarfsfólks til að líkna og lækna, markaðsvæðing heilbrigðisþjónustu, þrá lækna eftir auði og völdum, hugmyndin um hið fullkomna samfélag, vaxandi einstaklingshyggja og krafa um ábyrgð einstaklinga á eigin lífi, afneitun félagslegra vandamála, trú á tæknina, og þráin eftir að sigrast á mannlegum takmörkunum. Ég mun hér nýta mér hugmyndir þeirra til að varpa ljósi á það hvernig þessi samfélagslegu öfl og gildi geta styrkt sjúkdómsvæðingu feits fólks.

Fyrst ber að nefna þá grunnskyldu heilbrigðisstétta að *lækna* og *líkna*. Sannarlega búa margir feitir einstaklingar við erfiðleika sem hugsanlega má tengja þyngd þeirra. Leit að betra lífi hvetur þá til að leita til heilbrigðisþjónustunnar og ganga inn í sjúklingshlutverkið. Þeir sem eru þjáðir og leita eftir lækniástoð ganga út frá því að heilbrigðiskerfið hafi hag þeirra að leiðarljósi og hjálpi þeim að ná bata. Í samræmi við það yfirlýsta heilbrigðismarkmið að draga úr þunga feits fólks telur lækna stéttin sig þrátt fyrir allt geta lagt feitu fólki lið. Sjúklingurinn telur sig jafnframt geta vænst þess að fá ástoð, bót eða linun þeirra þjáninga sem hann rekur til offitunnar. Hér virðist ekki skipta máli að langtíma árangur lækni meðferða og lækni afskipta af lífi feits fólks hafi ekki skilað árangri. Bæði lækna og feitt fólk telja upp til hópa eðlilegt að viðhalda þessu meðferðarsambandi og lækna leitast jafnvel við að styrkja það í viðleitni til að fyrirbyggja frekari sjúkdóma og ná betri tókum á offitufaraldrinum.

Í öðru lagi má nefna áhrif *markaðsvæðingar á heilbrigðisþjónustu*. Hún hefur haft þau áhrif að sjúkdómsvæðing innan samfélaga eykst. Sjúkdómar og lækning þeirra verða í auknum mæli að markaðstækifæri og að söluvöru. Þar með er farið að lýsa góðri heilbrigðisþjónustu þannig að hún eigi að vera skilvirk og hagkvæm, og við eigum að sjá fjárhagslegan ágóða tengdan velíðan og heilsu. Þessi sýn leggur áherslu á að bæta heilsu á eins skömmum tíma og hægt er og á eins einfaldan hátt og hægt er með aðferðum vísinda og tækni (Sadler o.fl., 2009). Í samræmi við þetta býður heilbrigðisþjónustan upp á fljótvirkar og hagkvæmar lausnir fyrir feitt fólk, eins og lyf og skurðaðgerðir. Hvoru tveggja á að skila árangri hratt og örugglega. Settir hafa verið á fót einkaspítalar sem hafa fjárhagslegan hagnað sem markmið og sjá hópa feits fólks sem markaðstækifæri. Lækniáðgerðir gegn offitu verða þannig hluti af hinni vestrænu kapitalísku vél sem knýr sjúkdómsvæðinguna (Sadler o.fl., 2009). Annað dæmi um að feitt fólk birtist sem markaðstækifæri fyrir heilbrigðisþjónustu er megrunariðnaðurinn. Þar er vísað til ýmiss konar náttúruylfja, bóka um heilbrigði í kjörþyngd og alls konar þjónustu líkamsræktarstöðva. Oft er boðið upp á skyndilausnir sem eiga að leysa vanda feits fólks. Þessi iðnaður veltir gríðarlegum fjárhæðum (Eknoyan, 2006; Kwan, 2009) og er byggður á þeirri sýn að það að vera feitur sé alvarlegur sjúkdómur sem beri að lækna með öllum tiltækum ráðum.

Þriðji þátturinn sem stuðlar mögulega að sjúkdómsvæðingu feitra er *þrá lækna eftir auði og völdum*. Hér er athyglinni beint að eiginhagsmunum lækna stéttarinnar og því hvernig þeir hvetja til sjúkdómsvæðingar. Höfundar á borð við Illich og Foucault hafa haldið því fram að lækna hafi

tilhneingingu til að lengja lista yfir sjúkdóma í því augnamiði að auka völd sín og áhrif (Sadler o.fl., 2009). Þó hér verði ekki reynt að færa sönnur á þessa fullyrðingu, þá er hún umhugsunarverð. Í þessu sambandi má til dæmis nefna að greinar hafa birst í læknatímaritum þar sem settar eru fram hugmyndir um að meðhöndla eigi með læknisfræðilegum aðferðum alla með líkamsþyngdarstuðul sem vísar til ofþyngdar eða offitu. Það getur með öðrum orðum þýtt að yfir helmingur íbúa á Vesturlöndum (NCD Risk Factor Collaboration, 2016) þurfi á meðferð heilbrigðisstarfsfólks að halda vegna líkamsþyngdar sinnar. Meðhöndlun fólksins er enn fremur hugsuð til langs tíma, ekki daga eða vikna heldur fremur mánaða og ára (Lau o.fl., 2007; Wechsler og Leopold, 2003). Í mínum huga² er þessi sýn ógnvekjandi og fyrir marga feita einstaklinga gæti það verið ákjósanlegra að búa frjálst í ríki hinna heilbrigðu en að lúta aga og eftirliti lækna í ríki hinna sjúku (Sontag, 1978).

Í fjórða lagi má benda á að skoðanir okkar á sjúkdómsvæðingu mótast að einhverju leyti af skilningi okkar á því hvað felist í *hinu farsæla lífi*. Sýn á hið farsæla líf sem hampar tæknivæðingu og einblínir á mikilvægi þess að lengja líf og útrýma sársauka getur hvatt til sjúkdómsvæðingar. Hið sama má segja um heilbrigðisþjónustu sem miðar að því að tryggja heilbrigði sem ekki einungis felst í því að vera ekki veikur heldur einnig lífa í *fullkominni andlegri, líkamlegri og félagslegri vellíðan* (Constitution of the World Health Organization, 1948) og fellir þar með nánast allt líf einstaklingsins undir sitt áhrifasvið. Þessi sýn á heilbrigði hefur verið gagnrýnd fyrir að byggjast á þeirri villu að slá saman heilbrigði og hamingju (Vilhjálmur Árnason, 2003). Ef hún er lögð til grundvallar bera læknavísindin ekki einungis ábyrgð á því að tryggja heilbrigði okkar heldur einnig á því að tryggja hamingju okkar. Við þetta bætist að í almennri umræðu virðist iðulega gengið út frá því að bein orsakatengsl séu á milli þess að vera feitur og að vera heilsulaus, þótt það sé umdeilt (Bacon, 2010; Berrigan, Troiano og Graubard, 2016; Campos o.fl., 2006). Þegar þetta tvennt er dregið saman, annars vegar sú hugmynd að það að vera feitur sé merki um heilsuleysi og hins vegar sú hugmynd að heilbrigði og hamingja sé sami hluturinn, þá blasir sú ályktun við að feitur maður sé ekki hamingjusamur maður. Af þessu leiðir að líf hins feita manns getur ekki verið farsælt líf og að samfélag feita fólksins getur ekki verið gott samfélag. Hið góða samfélag er því samfélag hinna grönnu. Vitanlega er sú túlkun sem hér er lýst gagnrýniverð. Hún er sett fram til að sýna hvernig hugtökum er oft slegið saman og hvernig ógagnrýnin nálgun á merkingu þeirra getur mótað jafnvel ómeðvitaða afstöðu okkar og sjálfsmýnd.

Í fimmta lagi má nefna vaxandi áherslu á réttindi og frelsi einstaklingsins og að sama skapi dvínandi áherslu á ábyrgð samfélags og stjórnvalda á almennri velferð. Þessi tilhneiging hefur styrkt sjúkdómsvæðingu í sessi. Þótt nú séu vissulega uppi sterkar raddir sem kalla eftir því að til að mynda matvælaíðnaðurinn og stjórnvöld axli aukna ábyrgð á þáttum í umhverfinu sem auka tíðni offitu, þá eru einnig sterk öfl sem leitast við að gera lítið úr þessari ábyrgð. Þau hafa það sem baráttumál sitt að auka frelsi einstaklingsins og þá einnig ábyrgð hans á eigin lífi. Á meðal þeirra sem boða þessi viðhorf eru samtök eins og *Centre for Consumer Freedom*. Þau eru fulltrúar matvælaíðnaðarins í Bandaríkjunum og hafa tekið þátt í almennri umræðu um offitu í bandarísku samfélagi (Kwan, 2009). Raddir af svipuðum toga hér á landi væru *Samtök iðnaðarins*, sem hafa niðurfellingu tolla og gjalda ásamt andstöðu við sykurskatt sem eitt af sínum mikilvægustu stefnumálum (Samtök iðnaðarins). Eins og vænta má standa hvor tveggja þessi samtök vörð um frelsi neytandans og jafnframt frelsi framleiðenda til að auglýsa og selja vörur sínar. Það er í anda þessarar afstöðu að líta svo á að hver og einn beri fyrst og fremst sjálfur ábyrgðina á eigin offitu. Þetta viðhorf er alls ekki einskorðað við matvælaíðnaðinn. Almenn lýðheilsuumræða í Bandaríkjunum og Vestur-Evrópu ber þessa einnig merki. Þar er iðulega vísað til þess að einstaklingurinn sjálfur beri fyrst og fremst ábyrgð á eigin heilsu og ekki eigi að stýra neyslu fólks með almennum aðgerðum heldur eigi hann að hafa frelsi til að velja og hafna án afskipta hins opinbera. Þótt vissulega taki ekki allir lýðheilsufræðingar undir þessi sjónarmið þá eru þau engu að síður áberandi meðal þeirra sem taka stefnumarkandi ákvarðanir í heilbrigðismálum (Callahan og Wasunna, 2006). Í anda þessa hika stjórnámálamenn við að beita aðgerðum sem draga úr frelsi einstaklingsins til að velja í þáttum er snúa að lífsstíl og heilbrigði. Jafnframt sjá valdhafar í þessu tækifæri til að spara opinber útgjöld með því að úthýsa lýðheilsuaðgerðum frá hinu opinbera til einkarekinna stofnana og gera einstaklingana sjálfa í auknum mæli ábyrga fyrir vali sínu og heilsu (Callahan og Wasunna, 2006). Þessi tilfærsla ábyrgðar dregur taum sjúkdómsvæðingar. Helgast það af því að almennt eru sjúkdómar og lækning þeirra álitin vera persónuleg mál sem snúi að einstaklingnum sjálfum fremur en að hér sé um að ræða einhvers konar vanda sem samfélagið í heild á að taka á. Í slíkum heimi er hinn feiti einstaklingur sjálfur ábyrgur fyrir fitu sinni og vanda sínum, og það sem meira er, hann verður vandinn holdi klæddur.

² Rétt er að geta þess að ef sjónarmið af þessu tagi yrðu ofan á myndi höfundur þessarar greinar falla í hóp þeirra sem þyrftu langvarandi meðhöndlun heilbrigðisþjónustunnar vegna þyngdar sinnar.

Þetta dregur athyglina að sjötta þættinum sem nefndur var en það er hvernig sjúkdómsvæðing hvetur til þess að vandi sem er í eðli sínu *félagslegur* og þá á ábyrgð samfélagsins að *leysa* er *gerður persónulegur* og þar með að vanda einstaklingsins (Sadler o.fl., 2009). Margar rannsóknir hafa dregið fram ýmislegt í daglegu lífi okkar sem við sem einstaklingar höfum litla sem enga stjórn á en á líklega mikinn þátt í aukinni tíðni offitu. Má hér nefna rannsóknir sem sýna jákvæða fylgni á milli samfélagsstöðu og offitu, en þeir sem búa við fátækt og menntunarskort eru líklegri til að vera feitir. Hefur það verið tengt við aðstæður sem markast af því að fólk hefur ekki aðgang að hollum mat og á jafnframt í erfiðleikum með að fá næga hreyfingu (Maziak o.fl., 2008). Þegar vandamál sem tengjast lífsstíl þeirra sem búa við fátækt og atvinnuleysi eru sjúkdómsvædd, þá er byrðinni af vandanum fyrst hnikað af sviði stjórn mála yfir á hið læknisfræðilega svið og loks er einstaklingurinn gerður ábyrgur fyrir vandanum. Sjúkdómsvæðing offitu getur leitt til þess að mögulegar lausnir á vanda sem á sér efnahagslegar og félagslegar rætur komi ekki til umræðu vegna þess að einblínt er á að lækna sjúklinginn fremur en að leiðrétta samfélagslegt misrétti. Rannsóknir hafa einnig sýnt að samfélög þar sem mikill ójöfnuður ríkir hafa háa tíðni offitu (Wilkinson og Pickett, 2009). Með því að sjúkdómsvæða offitu og horfa á hana fyrst og fremst sem sjúkdóm einstaklingsins er augunum lokað fyrir þeim samfélagsmeinum sem tengjast ástandinu beint. Ef niðurstöður þessara rannsókna væru teknar alvarlega er líklegt að bæta mætti lífsgæði fólks með breytingum á samfélaginu sem myndu leiða til betri lífsstíls og þá lægri tíðni offitu. Niðurstöður þessara rannsókna benda til þess að aðgerðir eins og að draga úr fátækt og ójöfnuði væru líklegri til að lækka tíðni offitu en að fara leið sjúkdómsvæðingarinnar með tilheyrandi fjölda einkasjúkrahúsa og meðferðarstöðva sem ætlað væri að lækna offitusjúklinginn.

Þegar sjúkdómsvæðing og áhersla á einstaklingsábyrgð eru grundvöllur lýðheilsuáðgerða líta þeir sem sinna lýðheilsu málum gjarnan svo á að þeir eigi fyrst og fremst að efla heilsu sérhvers einstaklings með fræðslu (Brownell o.fl., 2010). Almennar samfélagslegar aðgerðir sem hafa það að markmiði að efla almannahag eru ekki lengur í forgangi. Þessi áhersla á einstaklinginn birtir ákveðna þversögn. Til að standa vörð um frelsi einstaklingsins er áherslan fremur á fræðslu til einstaklinga. Ekki er lengur leyfilegt að stýra neyslu, t.d. með skattlagningu. Lýðheilsuáðgerðir birtast því í vaxandi mæli sem áróður og auglýsingar gegn offitu. Þetta hefur mikil áhrif á líf og upplifanir feits fólks. Aðgerðirnar leiða til aukinna fordóma gegn feitu fólki og stýra viðbrögðum þess og almennings með ásökunum og með því að ala á skömm. Dæmi um hvernig þetta getur birst er til að mynda persóna Sigga sæta í barnaefninu um Latabæ (Siggí sæti). Hann er feitur, gráðugur og latur og lifir á karamellum. Markmið þáttanna er að auka vitund barna um hollan mat og mikilvægi hreyfingar en jafnframt tala þættirnir niður til feitra barna og gefa tilefni til að álykta að þau séu feit vegna leti sinnar og græðgi. Lýsingar sem þessar grafa undan sjálfsvirðingu feits fólks (feitra barna í þessu tilvikum). Sjálfsvirðing er mikilvægur grundvöllur persónulegs sjálffræðis. Aðgerðir sem grafa undan sjálfsvirðingu geta þar með dregið úr persónulegu sjálffræði t.a.m. feitra barna og jafnvel frelsi þeirra (Feinberg, 1973; Willett, Anderson og Meyers, 2016). Það er því hægt að rökstyðja að aðgerðir í nafni frelsis geti grafið undan raunverulegu frelsi einstaklingsins á meðan öðrum leiðum, eins og neyslusköttum sem gætu hjálpað einstaklingnum að ná betri stjórn á lífi sínu, er hafnað.

Næst ber að nefna *trú á tæknina* sem áhrifavald sjúkdómsvæðingar (Sadler o.fl., 2009). Bent er á að mikil eftirspurn sé eftir „töfralausnum“ og því geti skapast þrýstingur á að sjúkdómsvæða ákveðin vandamál til að hægt sé að lækna þau með skilvirkum og markaðsvæddum lausnum (Sadler o.fl., 2009). Margar lausnir sem boðið er upp á við offituvandanum bera keim af þessari nálgun. Lyf, skurðaðgerðir og nú síðast magaslöngur (Klinikkin Ármúla, meðferð við offitu) eru góð dæmi um tæknilegar lausnir á offitu sem vanda. Margar þessara leiða eru umdeildar og hafa miklar aukaverkanir sem gjarnan er þó ekki lýst. Ef skurðaðgerðir eru til að mynda skoðaðar, þá hafa inngrip í líkamann sem eiga að draga úr neyslu eða hindra upptöku fæðunnar verið reynd með misjöfnum árangri í marga áratugi. Jafnvel nýjustu útfærslur skurðaðgerða gegn offitu eru umdeildar og hafa alvarlegar og í sumum tilvikum lífshótandi aukaverkanir (Gletsu-Miller og Wright, 2013; Sjöstrom og Sjöstrom, 2012).

Að lokum má nefna þrá mannsins eftir því að *sigrast á mannlegum takmörkunum*. Með því að sjúkdómsvæða tiltekið mannlegt ástand má hugsanlega sigrast á hindrunum mannglegrar náttúru (Sadler o.fl., 2009). Þessi sýn virðist gefa læknisfræðinni takmarkalaust vald til að auka mannlega getu. Augljós dæmi í þessa veru eru til að mynda leiðir þar sem konum sem komnar eru úr barneign er gert kleift að eiga og ganga með barn með læknisfræðilegum aðgerðum. Ef við heimfærum þessa tilhneingingu yfir á hugmyndir um offitu má sjá fyrir sér að útlitsdýrkun og hugmyndir

um feгурð verði markmið læknisfræðinnar og hún taki að líta á það sem hlutverk sitt að gera manninn grannan og þar með fullkomnari. Hugmyndir af þessum toga eru andsnúnar þeirri sýn að hvert og eitt okkar hafi óendanlegt gildi sem sé óháð útliti og þar með þyngd.

Ég hef hér rakið í stuttu máli og gagnrýnt þau öfl sem bent hefur verið á að einkenni sjúkdómsvæðingu í samfélögum (Sadler o.fl., 2009). Ég hef lýst því hvernig má sjá fyrir sér að þau drífi áfram sjúkdómsvæðingu offitunnar. Aukinn þungi hinnar læknisfræðilegu umræðu bendir til þess að ákefð sjúkdómsvæðingarinnar fari vaxandi. Samfara því heyrast þó gagnrýnisraddir sem draga í efa gagnsemi sjúkdómsvæðingar fyrir feitt fólk. Ég sný mér að þeirri gagnrýni í næsta hluta greinarinnar.

Andóf gegn sjúkdómsvæðingu

Fram til þessa hef ég fyrst og fremst rætt og gagnrýnt umræðuna um offitu frá sjónarhóli læknisfræðinnar og lýðheilsuvísinda ásamt því að skoða hvaða gildi og öfl í samfélaginu geta hvatt til þess að við skilgreinum það að vera feit(ur) sem sjúkdóm. Í allri þessari umræðu er litið á hinn feita einstakling sem sjúkling sem þjáist af offitu. Sá útgangspunktur er þó engan veginn óumdeildur. Þó ýmsir lækna hafi fært fyrir því rök að offita sé sjúkdómsástand (American Medical Association, 2013; Blackburn, 2011) 2013; Blackburn, 2011 hafa margir einnig bent á að sjúkdómshugtakið sé flókið og ekki ljóst að offita rúmist innan þeirrar skilgreiningar (Hofmann, 2016). Þeir eru einnig til sem ganga lengra og hafna alfarið sjúkdómsvæðingu feits fólks á þeim forsendum að hún geri feitu fólki meira ógagn en gagn. Þeir sem halda þessu fram telja að meginvandinn sem tengist holdafari endurspeglar í þeim fordómum sem feitt fólk mætir í samfélaginu. Fordómarnir jaðarsetji feitt fólk og hindri það í að njóta fullra lífsgæða og ná markmiðum sínum í lífinu (Puhl og Heuer, 2009). Með því að sjúkdómsvæða jaðarsettan hóp megi búast við því að hann þurfi að þola enn meiri kúgun og í kjölfar hennar aukið heilsuleysi (Garry, 2001; Hofmann, 2016; Matthíasdóttir, Jonsson og Kristjánsson, 2012). Heilbrigðiskerfið auki því vanda feits fólks í stað þess að leysa hann. Þessar raddir líkja hinum meinta offitufaraldri við ofstæki gegn feitu fólki fremur en sjúkdómsfaraldur sem ógni velferð mannkyns (Campos o.fl., 2006; Nicholls, 2013; Patterson og Johnston, 2012). Þeir sem tala fyrir þessari sýn leggja áherslu á að offita sem sjúkdómshugtak hafi orðið til í félagslegu samhengi. Það sé leið til að stimpla fólk og ásaka það fyrir að vera latt, siðferðilega veikgeða og þar með minni manneskjur en fólk í kjörþyngd. Hafa þessar raddir vakið athygli á þeim fitufordómum sem þrífast í samfélaginu og hvernig sú mynd sem dregin er upp af offitu sem sjúkdómi hefur ýtt undir þá fordóma (Puhl og Heuer, 2009; Rothblum, 2012; Throsby, 2007).

Nú þegar hafa nokkrir háskólar sett á stofn námslínur og rannsóknarsetur í fitufræðum sem beina sjónum að þeim samfélagsöflum sem stýra fitufordómum. Uppruna þessarar umræðu má rekja til hreyfinga feitra kvenna sem spruttu uppá árunum 1960 til 1970. Upphaflega beindu þær sjónum sínum einkum að lækna stéttinni og að kúgun hennar á feitu fólki (Rothblum, 2012). Rannsóknir í fitufræðum á árunum 1980–1990 beindust að því að láta rödd feits fólks heyrast innan heilbrigðiskerfisins. Sýndu þær einnig fram á takmarkanir ýmiss konar megrunarkúra og fæðuaðhaldsmeðferða gegn offitu. Í dag eru fitufræði þverfagleg fræðigrein þar sem áherslan er ekki síður á líf og upplifanir feits fólks. Lögð er áhersla á að smætta feitt fólk ekki niður í feita líkama heldur er líf þess skoðað í félagslegu, andlegu og menningarlegu tilliti (Rothblum, 2012). Þessar rannsóknir eru meðal annars grunnurinn að samtökum sem kennd eru við *heilsu óháð holdafari* (Health at every size), og hér á Íslandi að vettvangi um *líkamsvirðingu* sem beinir sjónum að almennu heilbrigði allra óháð líkamsstærð. Áherslan er hér á heilbrigðan lífsstíl fremur en að léttast. Þó því verði ekki neitað að tölfræðilegt samband sé á milli offitu og sjúkdóma og hugsanlega orsakasamband í einhverjum tilvikum, þá er því hafnað að þyngdartap sé gagnlegt markmið í heilsuefingu. Beina eigi sjónum að öðrum þáttum, eins og mikilvægi þess að vera sáttur í eigin líkama og áherslu á gott og heilsusamlegt mataræði og jákvæða hreyfingu. Lagt er upp úr heilbrigðu sambandi við mat og hreyfingu í stað þess að leggja ofuráherslu á sérstakt mataræði og ákveðin hreyfiprógrömm (Bacon, 2010; Bacon, Stern, Van Loan og Keim, 2005). Félagslegar áherslur, eins og að berjast gegn fitufordómum, eru kjarninn í hugmyndum bæði þeirra sem leggja stund á fitufræði og þeirra sem aðhyllast nálgun gegnum *heilsu óháð holdafari* og *líkamsvirðingu*.

Þessar hugmyndir um feitt fólk draga athyglina að þeirri staðreynd að við erum öll fyrst og fremst manneskjur. Lífi okkar verður ekki lýst á þann veg að við séum orkuvélar sem einkennast af

orkuinntöku annars vegar og orkueyðslu hins vegar. Því síður verður okkur lýst sem *umhverfislíkómum* sem mótast fyrst og fremst af því umhverfi sem við búum í (Rich og Evans, 2005). Allar slíkar tilraunir til að smætta líf manneskjunnar gefa ranga mynd af lífi okkar. Við viljum öll vera samþykkt sem þær manneskjur sem við erum, óháð þyngd og útliti. Þær raddir sem ég lýsti hér gagnrýna sjúkdómsvæðingu hinnar feitu manneskju. Erfitt er að líta alfarið fram hjá þessari gagnrýni þar sem læknum hefur enn ekki tekist að sýna á sannfærandi hátt fram á ótvíræð orsakatengsl milli þess að vera feitur og ótímabærs dauða (Berrigan o.fl., 2016). Þá hefur sú meðferð sem boðið hefur verið upp til að vinna bug á offitu hvorki gagnast feittum einstaklingum til langs tíma né hefur tekist með aðferðum læknávisinda að lækka tíðni offitu í samfélögum (Dombrowski o.fl., 14 May 2014/2014; NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Auk þessa er umhugsunarverð sú gagnrýni að læknisfræðilegar rannsóknir séu ekki hlutlausar heldur sé í þeim innbyggð neikvæðni gagnvart því ástandi að vera feitur (Patterson og Johnston, 2012). Það er einnig áhyggjuefni fyrir lækna að feitt fólk skuli hafa fundið hjá sér þörf til að mynda samtök á borð við *National Association to Advance Fat Acceptance* (Naafa, 2016) í Bandaríkjunum. Á Íslandi má nefna sem hliðstæðu vettvanginn Líkamsvirðingu sem hefur það að markmiði að: „vilja breytt samfélagsviðhorf varðandi útlit, heilsu og holdafar“ (Líkamsvirðing). Hvor tveggja hafa það að markmiði að bregðast við samfélagslegum fordómum sem iðulega eru studdir orðræðu lækna og vísunum til læknisfræðilegra rannsókna. Heilbrigðisstéttir þurfa því að íhuga alvarlega hvort þær séu að nálgast feitt fólk á rangan og jafnvel skaðlegan hátt.

Einn alvarlegur vandi við sjúkdómsvæðingu er að með henni eykst áherslan á manneskjuna sem viðfang vísinda og tækni. Manneskjan hættir að vera sjálf sérfræðingur í eigin lífi og þar með að hafa fullt vald yfir lífi sínu. Í viðbrögðum feits fólks við sjúkdómsvæðingu offitunnar má sjá hliðstæðu við baráttu samkynhneigðra sem höfnuðu algerlega þeirri fullyrðingu að samkynhneigð væri sjúkdómur. Sama má segja um fatlað fólk. Það hefur barist gegn því að vera fyrst og fremst skilgreint á forsendum skerðingar sem heilbrigðiskerfið á að breyta. Fötlunin sjálf sé ekki síður vegna aðstæðna í umhverfinu sem geri ekki ráð fyrir fötluðu fólki. Einnig má nefna vakningu þeirra sem greinst hafa með geðsjúkdóma og kalla eftir því að hlustað sé á þeirra eigin rödd um eigið líf (LeFrançois, Menzies og Reaume, 2013). Allir þessir hópar eiga það sameiginlegt að hafa þörf fyrir að tjá sig sjálfir um ástand sitt og berjast gegn þeirri mynd sem dregin er upp af lífi þeirra í fræðigreinum sem lýsa veruleika þeirra ávallt í þriðju persónu. Þeirra eigin upplifanir og lífssýn virðast ekki rúmast innan fræðilegrar umræðu og eru því í einhverjum skilningi minni sannleikur og minni veruleiki en hin fræðilega greining vísindamannsins.

Kjarni læknisstarfsins felst í hlutverkinu að líkna og lækna. Mikilvægur þáttur þess er að sýna samúð og skilning á þjáningu. Þessi orð byggjast á siðferðilegum grunni. Svo notuð séu orð Irish Murdoch um kjarna siðfræðinnar, þá felst hún í því að „skilja í raun og veru að annað fólk er til“ (Murdoch, 1999). Þar skiptir máli að hlusta á og meta að verðleikum það sem fólk segir um líf sitt. Læknar ættu öðrum fremur að vera meðvitaðir um þá staðreynd að þótt hægt sé að vita margt um feita líkama þá færir sú þekking þá ekki endilega nær því að skilja líf feitrar manneskju. Þessi meðvitund um mennsku annarra er grunnur þeirrar skyldu að draga úr sársauka og þjáningu þegar það er mögulegt, en jafnframt að vita hvenær beri að halda að sér höndum.

Niðurstaða

Í þessari grein hef ég tekist á við spurningarnar: hvers vegna eru ofþyngd og offita í vaxandi mæli viðföng heilbrigðiskerfisins og er sú tilhneiging til hagsbóta fyrir feitt fólk? Til að svara þessu hef ég lýst hinni hefðbundnu nálgun í umræðu um offitu og skoðað hvaða þættir í samfélagi okkar eru líklegir til að yta undir sjúkdómsvæðingu á feitu fólki. Ég hef einnig dregið fram þær staðreyndir að lækning við offitu og geta lækna til að lækka tíðni offitu með úrræðum heilbrigðisvísinda er í besta falli takmörkuð og í versta falli skaðleg. Jafnframt eru háar raddir á meðal feits fólks sem hafa mótmælt þeirri þróun að líta á offitu sem sjúkdóm og neita að láta skilgreina sig sem sjúklinga vegna þyngdar sinnar. Þessi sjónarmið grafa undan þeirri sýn að offita sé í verkahring heilbrigðiskerfisins og á verksviði heilbrigðisstarfsfólks. Þau vekja jafnframt efasemdir um að heilbrigðisvísindin hafi réttan skilning á hinum raunverulega vanda: Hann felist ekki í hinum feita einstaklingi heldur í viðbrögðum umhverfisins við honum. Þessar raddir benda til þess að sjúkdómsvæðing offitu gagnist ekki feitu fólki.

Heimildir:

Ahlquist, D. (2003). *G. K. Chesterton: Apostle of Common Sense*. San Francisco: Ignatius Press.

American Medical Association. (2013). Obesity as a Disease. Sótt af <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page>

Bacon, L. (2010). *Health at every size: the surprising truth about your weight*. Dallas, TX: Benbella Books.

Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D. og Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc*, 105(6), 929-936.

Berrigan, D., Troiano, R. P. og Graubard, B. I. (2016). BMI and mortality: the limits of epidemiological evidence. *The Lancet*, 388(10046), 734-736. doi:10.1016/S0140-6736(16)30949-7

Blackburn, G. L. (2011). Medicalizing obesity: individual, economic, and medical consequences. *Virtual Mentor*, 13(12), 890.

Brown, H. (2015). How Obesity Became a Disease and, as a consequence, how weight loss became an industry. Sótt af <http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/03/how-obesity-became-a-disease/388300/>

Brownell, K. D., Kersh, R., Ludwig, D. S., Post, R. C., Puhl, R. M., Schwartz, M. B. og Willett, W. C. (2010). Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Aff (Millwood)*, 29(3), 379-387. doi:10.1377/hlthaff.2009.0739

Callahan, D. og Wasunna, A. A. (2006). *Medicine and the Market: Equity vs. Choice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E. og Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of epidemiology*, 35(1), 55-60. Sótt af <http://ije.oxfordjournals.org/content/35/1/55.full.pdf>

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. (1948). Sótt af <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Crawford, D. (2002). Population strategies to prevent obesity. *BMJ*, 325(7367), 728-729.

Dietz, W. H., Bland, M. G., Gortmaker, S. L. og Molloy, M. (2002). Policy tools for the childhood obesity epidemic. *JL Med. & Ethics*, 30, 83.

Dombrowski, S. U., Knittle, K., Avenell, A., Araújo-Soares, V. og Sniehotta, F. F. (2014). Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 348(g2646), 1-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g2646>

Eknoyan, G. (2006). A History of Obesity, or How What Was Good Became Ugly and Then Bad. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 13(4), 421-427. doi:10.1053/j.ackd.2006.07.002

Feinberg, J. (1973). *Social Philosophy*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.,

Garry, A. (2001). *Medicine and medicalization: A response to Purdy*. *Bioethics*, 15(3), 262-269.

Gletsu-Miller, N. og Wright, B. N. (2013). Mineral malnutrition following bariatric surgery. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 4(5), 506.

Greener, J., Douglas, F. og van Teijlingen, E. (2010). More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social science & medicine*, 70(7), 1042-1049. Sótt af http://ac.els-cdn.com/S0277953609008120/1-s2.0-S0277953609008120-main.pdf?_tid=0f24475e-4ee8-11e4-9f2f-00000aab0f6c&acdnat=1412772112_428297c190ebf34be2c60d1ff342a4e1

- Grogan, S. (2007). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. New York: Routledge.
- Heshka, S. og Allison, D. B. (2001). Is obesity a disease? *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(10), 1401-1404. Sótt af <http://www.nature.com/ijo/journal/v25/n10/pdf/0801790a.pdf>
- Hofmann, B. (2016). Obesity as a Socially Defined Disease: Philosophical Considerations and Implications for Policy and Care. *Health Care Analysis*, 24(1), 86-100. Sótt af <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10728-015-0291-1>
- Katan, M. B. (2009). Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 923-925. Sótt af <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe0810291>
- Kleinert, S. og Horton, R. (2015). Rethinking and reframing obesity. *The Lancet*, 385(9985), 2326-2328. doi:10.1016/S0140-6736(15)60163-5
- Klinikin Ármúla, meðferð við offitu. Sótt af <http://www.klinikin.is/magaslanga/>
- Kwan, S. (2009). Framing the Fat Body: Contested Meanings between Government, Activists, and Industry*. *Sociological Inquiry*, 79(1), 25-50.
- Lau, D. C., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M. og Ur, E. (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *Canadian Medical Association Journal*, 176(8), S1-S13. Sótt af <http://www.cmaj.ca/content/176/8/S1.full.pdf>
- LeFrançois, B. A., Menzies, R. og Reaume, G. (2013). *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press.
- Pressan. Líkamsvirðing. Sótt af <http://blog.pressan.is/likamsvirðing/>
- Matthiasdóttir, E., Jonsson, S. H. og Kristjánsson, A. L. (2012). Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent? *Eur J Public Health*, 22(1), 116-121. doi:10.1093/eurpub/ckq178
- Maziak, W., Ward, K. og Stockton, M. (2008). Childhood obesity: are we missing the big picture? *Obesity Reviews*, 9(1), 35-42.
- Murdoch, I. (1999). The Sublime and the Beautiful Revisited. Í *Existentialists and Mystics*. New York: Penguin Books.
- Naafa. (2016). Sótt af <http://www.naafaonline.com/dev2/>
- NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants. *The Lancet*, 387(10026), 1377-1396. doi:10.1016/S0140-6736(16)30054-X
- Nicholls, S. G. (2013). Standards and classification: A perspective on the 'obesity epidemic'. *Social Science & Medicine*, 87, 9-15.
- Noël, P. H. og Pugh, J. A. (2002). Management of overweight and obese adults. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7367), 757-761. Sótt af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124275/>
- Patterson, M. og Johnston, J. (2012). Theorizing the obesity epidemic: Health crisis, moral panic and emerging hybrids. *Social Theory & Health*, 10(3), 265-291. doi:<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2012.4>
- Puhl, R. M. og Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Rich, E. og Evans, J. (2005). 'Fat ethics'—the obesity discourse and body politics. *Social Theory & Health*, 3(4), 341-358. Sótt af <http://www.palgrave-journals.com/sth/journal/v3/n4/pdf/8700057a.pdf>

Rothblum, E. D. (2012). Why a Journal on Fat Studies? *Fat Studies*, 1(1), 3-5. doi:10.1080/21604851.2012.633469

Sadler, J. Z., Jotterand, F., Lee, S. C. og Inrig, S. (2009). Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theor Med Bioeth*, 30(6), 411-425. doi:10.1007/s11017-009-9122-4

Samtök iðnaðarins. Sótt af <http://www.si.is/frettasafn/alyktun-idnthings-2016>

YouTube. Siggi sæti. Sótt af <https://www.youtube.com/watch?v=Pzy4luWP5Nw>

Sigrún Daníelsdóttir og Stefán Hrafn Jónsson. (2015). *Fordómar á grundvelli holdafars í íslensku samfélagi* (pp. 17). Reykjavík: Embætti landlæknis.

Sjostrom, L. og Sjostrom, L. (2012). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine*, 273(3), 219-234.

Sobal, J. (1995). The medicalization and demedicalization of obesity. Í J. S. Donna Maurer (ritstj.), *Eating agendas: Food and nutrition as social problems* (bls. 67-90). New York: Walter de Gruyter, Inc.,

Sontag, S. (1978). *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. New York: Anchor Books Doubleday.

Stefán Hjörleifsson. (2004). Inngangur. Í Ólafur Páll Jónsson og Andrea Ósk Jónsdóttir (ritstj.), *Sjúkdómsvæðing*. Reykjavík: Fræðslunet Suðurlands, Siðfræðistofnun, Háskólaútgáfan.

Ten Have, M., De Beaufort, I., Teixeira, P., Mackenbach, J. og van der Heide, A. (2011). Ethics and prevention of overweight and obesity: an inventory. *Obesity Reviews*, 12(9), 669-679.

The Lancet. (2017). Obesity and diabetes in 2017: a new year. *The Lancet*, 389(10064), 1. doi:10.1016/S0140-6736(17)30004-1

Throsby, K. (2007). "How could you let yourself get like that?": Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1561-1571.

Vilhjálmur Árnason. (2003). *Siðfræði lífs og dauða; Erfiðar ákvarðanir í heilbrigðisþjónustu* (2 útgáfa). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Wechsler, J. G. og Leopold, K. (2003). *Medical management of obesity*. *Langenbecks Arch Surg*, 388(6), 369-374.

Wilfley, D. E., Stein, R. I., Saelens, B. E., Mockus, D. S., Matt, G. E., Hayden-Wade, H. A., . . . Epstein, L. H. (2007). Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(14), 1661-1673. Sótt af http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/5234/joc70104_1661_1673.pdf

Wilkinson, R. og Pickett, K. (2009). *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London, England: Penguin UK.

Willett, C., Anderson, E. og Meyers, D. (2016). Feminist perspectives on the self. Í E. N. Zalta (ritstj.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 útgáfa). Sótt af <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/feminism-self/>

Wooley, C. og Garner, D. M. (1994). Controversies in management: Dietary treatments for obesity are ineffective. *Bmj*, 309(6955), 655-656.

World Health Organization. (1999). Obesity: preventing and managing the global epidemic; report of a WHO consultation (nr. 9241208945). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Sótt af http://www.google.is/books?id=AvnqOsqv9doC&pg=PP4&lpg=PP1&focus=viewport&hl=is&output=html_text

Um höfund

Ástríður Stefánsdóttir (astef@hi.is) er dósent við Íþróttá- tómsunda og þroska- þjálfadeild Menntavísindasviðs Háskóla Íslands. Hún lauk prófi í læknisfræði frá Háskóla Íslands 1987, B.A.-gráðu í heimspeki frá sama skóla 1992 og meistara- gráðu í heimspeki frá Dalhousy-háskóla í Halifax í Kanada 1993. Háskólakennari frá 1993. Aðalkennslufag er hagnýtt siðfræði. Meginsvið í rannsóknum hafa verið lífssiðfræði, siðfræði og lýðheilsa, siðfræði læknisfræðinnar, sjálfræði og minni- hlutahópar, samskipti og túlkun, fagmennska, siðfræði og fötunarrannsóknir og vísindasiðfræði.

Efnisorð

Offita – sjúkdómsvæðing – lýðheilsa – fitufordómar – líkamsvirðing.

About the author

Ástríður Stefánsdóttir (astef@hi.is) Associate Professor of The Faculty of Sport, Leisure Studies and Social Education, School of Education, University of Iceland. Finished medicine from the University of Iceland 1987. B.A.degree in Philosophy 1992 from the same school and M.A degree in Philosophy from Dalhousy Univer- sity in Halifax, Canada 1993. University teacher since 1990. Main subject is Applied Ethics. Fields of reasearch are bioethics, ethics and public health, medical ethics, autonomy and minority groups, communication and interpretation, professional- ism, ethics and disability studies and ethics of science.

Key words

Obesity – medicalization – public health – fat stigma – fat acceptance.



Ástríður Stefánsdóttir. (2016).

Hvers vegna hafa læknar áhuga á feitu fólki?: Um sjúkdómsvæðingur offitu.

Netla – Veftímarit um uppeldi og menntun: Sérrit 2016 – Menntun, mannvit og margbreytileiki. Greinar frá Menntakviku.

Menntavísindasvið Háskóla Íslands.

Sótt af http://netla.hi.is/serrit/2016/menntun_mannvit_og_margbreytileiki_greinar_fra_menntakviku/001.pdf