



Bachelorgradsoppgave

Fedme

Pasienters erfaringer av vektreduserende kirurgi

Obesity

Patient's experiences of bariatric surgery

Nina Melhus
Astrid Vaarheim Wean

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag, Namsos
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

ABSTRAKT

Bakgrunn: I Norge, som i resten av verden, er overvekt og fedme et økende problem. Flere har behov for hjelp til vektreduksjon gjennom kirurgi og i 2013 ble omtrent 3000 fedmeoperasjoner utført i Norge. I møte med denne økende pasientgruppen skal sykepleieren kunne motivere til videre livsstilsendringer. Til tross for at hver enkelt pasient har egne erfaringer, trenger sykepleieren kunnskap om erfaringene fra en større gruppe mennesker for å kunne møte pasienten med støtte og forståelse.

Hensikt: Å belyse pasienters erfaringer etter vektreduserende kirurgi.

Metode: Litteraturstudie hvor det ble søkt etter artikler i tre ulike databaser: Cinahl, Medline og SveMed+. Etter granskning ble 11 artikler inkludert fra databasene og en artikkel ble inkludert gjennom manuelt søk. Det ble deretter gjennomført en innholdsanalyse av alle artiklene.

Resultat: Innholdsanalysen førte til fire kategorier som omhandlet pasientenes erfaringer; 1) Erfaringer av psykiske forandringer, 2) Erfaringer av utseendemessige forandringer, 3) Erfaringer av fysiske forandringer, og 4) Erfaringer av sosiale forandringer.

Konklusjon: Pasientene rapporterte om bedre livskvalitet, selvfølelse og kroppsbilde, om mer overskudd og bedring i seksuell aktivitet. Kunnskap om kosthold er viktig for å forbedre pasientenes helse, sosial støtte virker helsefremmende og stigmatisering bør unngås. Sykepleiere trenger kunnskap om pasientens erfaringer og skal forholde seg til lovverk og retningslinjer. Et viktig spørsmål er derfor om overvekt og fedme burde bli en større del av sykepleierutdanningen.

Nøkkelord: fedme – litteraturstudie – pasienterfaringer – vektreduserende kirurgi

ABSTRACT

Background: In Norway, as in the rest of the world, overweight and obesity is an increasing problem. More people need help to lose weight through surgery and in 2013 there were performed approximately 3000 bariatric surgeries in Norway. Meeting this growing group of patient's the nurse should motivate the patients to further changes in lifestyle. Even if each one has their own experiences, the nurses need knowledge of the experiences from a bigger group of people to meet the patient with support and understanding.

Purpose: To describe patient's experiences of bariatric surgery.

Method: A literature review based on searches in three different databases: Cinahl, Medline and SveMed+. Through perusal 11 articles were included from the databases and one article was included through a manual search. It was then conducted an analyze of the content in all the articles.

Results: Content analysis led to four different categories who referred to patient's experiences; 1) Experiences of psychological changes, 2) Experiences in change of appearance, 3) Experiences of physical changes, and 4) Experiences of social changes.

Conclusion: Patients have reported improvement in their quality of life, self-confidence and body image, they also reported having more energy to spare and an increase in sexual activities. Knowledge about nutrition is important to improve the patients' health; the same is social support. On the other side stigmatization should be avoided. Nurses need knowledge of the patients' experiences and should always adhere to legislation and guidelines. An important question to ask is therefore whether overweight and obesity should become a bigger part of the education program for nursing.

Keywords: bariatric surgery – patient's experiences – literature review – obesity

Innholdsfortegnelse

1.	INTRODUKSJON	1
1.1.	Bakgrunn	2
2.	METODE	4
2.1.	Søke- og utvalgsstrategi	4
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
2.3.	Inkluderte artikler	7
2.4.	Analyse	8
2.5.	Etiske overveielser	8
3.	RESULTAT	9
3.1.	Erfaringer av psykiske forandringer	9
3.2.	Erfaringer av utseendemessige forandringer	10
3.3.	Erfaringer av fysiske forandringer	11
3.4.	Erfaringer av sosiale forandringer	13
4.	DISKUSJON	14
4.1.	Resultatdiskusjon	14
4.2.	Metodediskusjon	21
5.	KONKLUSJON	22
6.	LITTERATURLISTE	24
7.	VEDLEGG	31
7.1.	Tabell 1: Søke- og utvalgsstrategi	31
7.2.	Tabell 2: Inkluderte artikler	32
7.3.	Tabell 3: Meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier	37

ANTALL ORD: 8597

1. INTRODUKSJON

Dette litteraturstudiet handler om vektreduserende kirurgi sett fra pasientperspektivet og tar utgangspunkt i flere artikler som omhandler både kvinner og menn. Overvekt og fedme er et stadig økende problem i hele verden og i følge Stensland (2005) ble det antatt at over en milliard mennesker led av dette. Det ble antatt at tallet ville økt til 1,5 milliarder fram til i dag om trenden fortsatte. De siste årene har overvekt og fedme fått større oppmerksomhet og omtale i samfunnet, både generelt, men kanskje spesielt fra helsepolitisk hold. Interessen for fett og fedme har økt dramatisk og de siste 20-30 årene er det rapportert at både nasjonen og enkeltpersoner har pådratt seg økende fedmeproblemer (Berg, 2013).

I dag passerer stadig flere voksne menn og kvinner grensen for det som defineres som overvekt og fedme. Omtrent 13 % av alle voksne i verden over 18 år led av fedme i 2014 og 39 % var overvektige (Hånes, Graff-Iversen & Meyer, 2015). I følge Midthjell og Krokstad (2011), som har skrevet kapitlet om overvekt og fedme i Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag (HUNT), ser man at forekomsten av overvekt og fedme hos både kvinner og menn i Nord-Trøndelag har økt i årene fra 1984 til 2008. Hos omtrent alle aldersgrupper var det økning i BMI i årene undersøkelsen ble gjort. Mest økning var det hos unge voksne og det var langt mer hos menn enn kvinner.

Overvekt og fedme er livsstilssykdommer. «Livsstilssykdommer kan enkelt defineres som enhver sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever» (Norsk Helseinformatikk, 2014). Sykdommene skyldes flere faktorer, blant annet at mennesker lever lengre enn tidligere og at livsstilen er endret. «Overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk» (Helsedirektoratet, 2010:8). Fysisk inaktivitet og dårlige ernæringsvaner er mer utbredt i dag enn tidligere og øker risikoen for overvekt og fedme blant den norske befolkningen. En av fem nordmenn har BMI over 30, noe som kategoriseres som fedme (Helsedirektoratet, 2010). Overskuddet av energiinntaket lagres som fett når energiforbruket ikke blir like høyt som inntaket. En slik ubalanse er sammensatt av både kroppslige, psykologiske og sosiale forhold (Berg, 2013). Kosthold og lite fysisk aktivitet er ikke de eneste årsakene til overvekt og fedme. Miljøfaktorer, hormonelle forhold og arv spiller også en stor rolle (Store norske leksikon, 2005-2007, & Olsen, 2013). Fedme fører til økt risiko for utvikling av flere sykdommer, deriblant sykdommer i sirkulasjonssystemet, kreft, diabetes, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010).

Verdens Helseorganisasjon bruker BMI (body mass index) som en enkel måling av vekt-for-høyde til å klassifisere blant annet overvekt og fedme hos voksne. Det defineres som en persons vekt i kilogram (kg) delt på personens høyde². BMI over 25 betegnes som overvekt og BMI over 30 som fedme (World Health Organization, 2015). BMI omtales som KMI (kroppsmasseindeks) i Norge, men i dette litteraturstudiet er det valgt å bruke betegnelsen BMI.

I dagens samfunnet finnes det utallige metoder for å gå ned i vekt og det er et stort fokus på slanking. Som en siste mulighet tilbys vektreduserende kirurgi (Helsedirektoratet, 2010).

1.1. Bakgrunn

I Norge blir det utført omtrent 3000 fedmeoperasjoner hvert år (Mala & Kristiansson (2013). Det er flere kriterier som skal fylles for å få innvilget operasjon. For å fylle BMI-kriteriene til vektreduserende kirurgi må man ha BMI over 35 med følgesykdom eller BMI over 40 (Norsk Helseinformatikk, 2012). Som hovedregel skal pasienten være mellom 18 og 60 år, men en individuell vurdering kan gjøre at pasienter utenfor denne aldersgruppen får innvilget en slik operasjon. Pasienten må ha hatt en varighet av fedme på over fem år og hatt utilstrekkelig effekt av annen behandling (Volvat, 2014).

Det finnes ulike metoder for å utføre vektreduserende kirurgi. Denne studien tar utgangspunkt i fire ulike metoder: gastric bypass, gastric sleeve, vertikal bånd-gastroplastikk og gastric banding. Gastric bypass er den mest brukte metoden innen vektreduserende kirurgi, men gastric sleeve er også mye brukt. Disse metodene, og vertikal bånd-gastroplastikk, endrer kroppens anatomi, noe gastric banding ikke gjør.

Ved *gastric bypass* reduseres magesekken betraktelig ved å bli en liten lomme som rommer ca. 30 milliliter. Den øverste delen av tynntarmen kobles bort, noe som fører til redusert næringsopptak og gir vektreduksjon. Ved at maten ikke passerer den øverste delen av tynntarmen vil ikke næringsstoffene bli tatt opp i like stor grad som før. Pasientene vil ha behov for tilskudd av vitaminer og mineraler, bl.a. calcigran forte og multivitamin daglig og vitamin B12-injeksjon hver 3.måned, resten av livet (Volvat).

Operasjonsmetoden *gastric sleeve* fjerner ca.85 % av magesekken og resterende magesekk ligner et rør. Da magesekken rommer et mye mindre volum enn tidligere vil pasientene få raskere metthetsfølelse og vektreduksjon oppnås ved å spise små, hyppige måltider. Det skjer ingen endringer med tynntarmen og man unngår dårligere næringsopptak. Pasientene

trenger ofte vitamin- og mineraltilskudd noen måneder etter operasjon, men vitamin B12 resten av livet (Volvat).

Både gastric bypass og gastric sleeve gir stor vektreduksjon på sikt, men studier viser at pasienter operert gastric bypass går ned noe mer i vekt enn pasienter operert gastric sleeve. Følgesykdommene blir ofte bedre eller forsvinner helt etter operasjon, og livskvaliteten blir bedre (Volvat).

Vertikal bånd-gastroplastikk er en annen type vektreduserende kirurgi der det lages et lite rundt hull i magesekken, bare noen få centimeter nedenfor spiserøret. Ved å stifte igjen magesekken fra hullet og mot spiserøret, lages en liten lomme som kun rommer 15 – 30 gram. Et bånd føres gjennom hullet og rundt utløpet på lommen, noe som hindrer at utløpet strekker seg. Tømmingen av mat fra lommen forsinkes og pasienten føler seg mett (Norsk Helseinformatikk, 2009).

Gastric banding endrer ikke kroppens anatomi. Et mykt bånd plasseres rundt den øvre delen av magesekken slik at det blir en lomme som rommer ca.30 milliliter. Magesekken formes som et timeglass med smal passasje som gjør det mulig for mat og drikke å passere sakte. Pasientene føler seg raskere mett og spiser dermed mindre. Følgesykdommer reduseres eller forsvinner etter operasjon, men motsetning til annen vektreduserende kirurgi skjer vektreduksjonen langsommere og gir mindre vekttap (Fedmeinfo).

Etter vektreduserende kirurgi er det viktig å spise næringsrik kost ettersom kroppen tar til seg mindre næringsstoffer. Magesekken blir svært liten og pasienten blir anbefalt å spise lite og ofte. Måltider med stort sukker- og/eller fettinnhold kan gi ubehag og føre til dumpingsyndrom, noe som vil si at pasienten får svette, matthet og hjerteklapp, men kan også oppleve diaré og kvalme. For å unngå dette bør pasienten spise små proteinrike måltider og drikke mellom måltidene. Pasienter som skal, og har, gjennomgått vektreduserende kirurgi bør følge en diett utarbeidet av en klinisk ernæringsfysiolog (Rønningen, 2013). I tillegg til kostholdsendringer er regelmessig fysisk aktivitet viktig (Volvat).

Pasientperspektiv betyr at pasientenes egne opplevelser og erfaringer står i fokus. Pasienter opplever situasjoner ulikt når de rammes av sykdom og har egne erfaringer knyttet til dette (Kristoffersen, 2012). Sykepleieren må møte pasienten med respekt og verdighet, da «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (...)*» (Norsk Sykepleierforbund, 2011:7). For å motivere pasienten til videre

livsstilsendringer trenger pasienten å bli møtt med støtte og forståelse fra helsepersonell (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). I møte med overvektige pasienter trenger sykepleieren kunnskap om pasientens erfaringer (Larsen, 2015).

I møte med pasienten blir sykepleieren kjent med den enkeltes opplevelser på et individuelt nivå. Sykepleieren kan ta utgangspunkt i begrepet «livsverden». «Livsverden er den «verden» vi som enkeltmennesker lever i, den enkeltes personlige opplevde verden – en subjektiv verden» (Kristoffersen, 2012:70). Den enkelte opplever alltid verden fra eget perspektiv og alt annet er utenkelig. Sykdom kan oppleves som årsaken til tap av kontroll over eget liv, og tapet går ofte utover selvfølelse og selvspekt (Bengtsson, 2006, og Kristoffersen, 2012). Sykepleieren vil i møte med pasienten få kunnskap om deres livsverden på individnivå, mens studiens hovedresultater gir kunnskaper om pasientenes erfaringer på gruppenivå. I møte med den enkelte på individnivå kan kunnskaper på gruppenivå være til god hjelp for sykepleieren, da sykepleieren vil ha noe kunnskaper om hvordan en større gruppe mennesker har erfart vektreduserende kirurgi, både positivt og negativt. Sykepleieren må likevel lytte til den enkeltes kunnskaper, da pasienten har subjektive erfaringer som kan ha stor betydning for vedkommende.

Hensikten med oppgaven er å belyse pasienters erfaringer etter vektreduserende kirurgi.

2. METODE

Metodedelen inneholder en beskrivelse av hva som er gjort i søke- og analyseprosessen for å komme fram til artiklene og deres resultater som studien er basert på (Polit & Beck, 2012). Dette litteraturstudiet er utført så systematisk som mulig i de ukene som var til disposisjon (Forsberg og Wengström, 2013) og det ble foretatt søk i tre anerkjente databaser.

2.1. Søke- og utvalgsstrategi

Cinahl har hovedsakelig vitenskapelige artikler og «er spesielt god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer» (Kilvik & Lamøy, 2007:25). «Medline regnes som en av de viktigste medisinske artikkeldatabasene og dekker et vidt spekter av fag, blant annet medisin, biomedisin, sykepleie [...] Hoveddelen av dokumentene er artikler fra vitenskapelige tidsskrifter (...)» (Kilvik & Lamøy, 2007:28). SveMed+ er en svensk medisin- og helsedatabase som «har referanser til artikler fra ca.130 nordiske tidsskrifter innen det medisinske området (...) Dekker vitenskapelige og populærvitenskapelige tidsskrifter og fagtidsskrifter» (Kilvik & Lamøy, 2007:32). Det ble ikke foretatt noen avgrensinger i søkene og «explode» ble brukt i alle søkene.

I Cinahl ble søkeordene «patients» AND «obesity» AND «bariatric surgery» brukt, noe som gav 119 treff. 16 sammendrag ble lest og to artikler ble utvalgt til å leses i sin helhet. To artikler ble inkludert i studien.

Det ble foretatt tre ulike søk i Medline. I det første søket ble søkeordene «bariatric surgery» AND «perception» AND «adult» brukt og det gav 135 treff. Her ble 19 sammendrag lest. Ti artikler ble valgt ut til å leses i sin helhet og fem artikler med inkludert. Søkeordene «bariatric surgery» AND «adult» AND «body image» i det andre søket gav 102 treff, der 26 sammendrag ble lest og seks artikler ble valgt ut til å leses i sin helhet. En artikkel ble inkludert. I det tredje søket ble søkeordene «bariatric surgery» AND «self concept» brukt, noe som gav 137 treff. Det ble lest åtte sammendrag og fire artikler ble valgt til å leses i sin helhet. To artikler ble inkludert.

I SveMed+ ble det brukt søkeord som «bariatric surgery» AND «obesity», noe som gav 110 treff. Ni sammendrag ble lest og tre artikler ble utvalgt til å leses i sin helhet. En artikkel ble inkludert i studien.

Det ble utført et manuelt søk og en artikkel ble inkludert; «Exploring the impact of obesity surgery on patient's health status: a quantitative and qualitative study.»

I søkene som ble utført fant man artikkelen «Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study» i to ulike søk. I Cinahl brukte man søkeordene «patients» AND «obesity» AND «bariatric surgery», mens i Medline ble søkeordene «bariatric surgery» AND «body image» AND «adult» brukt. Artikkelen var allerede inkludert fra søket i Cinahl, og ble derfor ikke inkludert på nytt fra søket i Medline.

Viser til et eksempel på hvordan søk og utvalg av artikler ble gjort. Full oversikt ligger som vedlegg 7.1, tabell 1.

Tabell 1: Søke- og utvalgsstrategi, eksempel:

Database, dato	Søkeord	Antall treff og leste overskrifter	Antall leste sammen- drag	Antall utvalgte	Inkluderte
Cinahl 26.02.15	Patients AND obesity AND bariatric surgery	119	16 (14*)	2	2

*Antall forkastet

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier i studien er pasienter som har gjennomgått vektreduserende kirurgi og deres erfaringer knyttet til dette. I søkene ble det funnet artikler der pasienter hadde gått ned i vekt ved andre metoder, disse ble ekskludert. Noen artikler omhandlet vektnedgang og inneholdt stort sett bare tabeller, men ble ekskludert fordi det ikke sto noe konkret om pasientenes erfaringer.

2.3. Inkluderte artikler

Viser til eksempel på hvordan inkluderte artikler presenteres. Oversikt over inkluderte artikler ligger som vedlegg 7.2, tabell 2.

Tabell 2: Inkluderte artikler, eksempel:

Forfatter(e), tittel, tidsskrift, år og land	Studiens hensikt	Design/metode	Deltakere/bortfall	Hovedresultat
Angelica Forsberg. Åsa Engström & Siv Söderberg (2013) From reaching the end of the road to a new lighter life – people's experiences of undergoing gastric bypass surgery Intensive and critical care nursing Sverige	Å beskrive folks erfaringer etter å ha gjennomgått en gastric bypass operasjon	Retrospektiv studie Intervju	10 deltakere (Åtte kvinner og to menn) Alder 30-53 år BMI preoperativt 35-52	Et hovedfunn: Veien til et nytt og lettere liv Fem mindre funn: 1) Føler seg mindreverdig med kroppen som hindring 2) I påvente av operasjon 3) Å våkne etter operasjon – føler seg sårbar og trygg 4) Å komme i gang, forberedelse til hjemreise 5) Å komme hjem med forventninger om en endret kropp

2.4. Analyse

For å komme fram til kategoriene som er brukt som overskrifter i resultatdelen, ble meningsbærende enheter funnet først. Ved å se etter sammenhenger og likheter i de meningsbærende enhetene ble subkategoriene til. Deretter ble subkategoriene til kategorier. Hele oversikten ligger som vedlegg 7.3, tabell 3.

Tabell 3: Meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier, eksempel:

MENINGSBÆRENDE ENHET	SUBKATEGORI	KATEGORI
Store endringer i medisinske tilstander. Hypertensjon, søvnapné og diabetes mellitus redusert. Smerter redusert betraktelig.	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
Depresjon og angst redusert.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
Trøstespising redusert (mat brukt til emosjonell mestring).	Ernæring	Fysiske erfaringer
Omgivelsene viser krenkende atferd. Sosial isolasjon. Håper på brudd med den sosiale isolasjonen.	Sosial helse	Sosiale erfaringer
Håper på et forbedret seksual- og samliv.	Seksualitet	Fysiske erfaringer

2.5. Etiske overveielser

I arbeidet med litteraturstudien er det gjort etiske overveielser som blant annet poengterer at plagiat og fusk ikke skal forekomme. Det er lagt vekt på å velge artikler som er relevante med tanke på hensikten i studien og ikke bare artikler som støtter forfatterens meninger (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklene er hentet fra tidsskrifter som alle er fagfellevurdert (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og funnet gjennom søk i anerkjente databaser (Kilvik & Lamøy, 2007), noe som sikrer god kvalitet. I følge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014), Dalland (2007) og Polit & Beck (2012) er deltakernes sikkerhet viktig. Det de har gitt informasjon om skal behandles konfidensielt, noe som synliggjøres ved at deltakerne i artiklene er anonymisert. Alle resultatene som er funnet i artiklene er forsøkt oversatt til norsk så riktig som mulig. For å unngå plagiering har riktige henvisninger, kildebruk og referering stått i fokus gjennom hele studien (Erikson, 2010, og De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

3. RESULTAT

Artiklene som omhandler både kvinner og menn er omtalt som «informantene» eller «deltakerne», og artikler som kun omhandler kvinner blir omtalt som «kvinnene». Det er fem artikler som bare omhandler kvinner, men i artiklene som omhandler både kvinner og menn er det også flertall av kvinner. De utvalgte artiklene er publisert i forskjellige land. Analysen førte til fire kategorier; erfaringer av psykiske forandringer, erfaringer av utseendemessige forandringer, erfaringer av fysiske forandringer og erfaringer av sosiale forandringer.

3.1. Erfaringer av psykiske forandringer

Alle kvinnene sa at vektreduserende kirurgi var deres mulighet til å ta kontroll og ansvar over deres kropp (Jensen, Petersen, Larsen, Jørgensen, Grønbæk & Midtgaard, 2013). Kvinnene beskrev at de følte seg stigmatisert preoperativt på grunn av deres overvekt, noe som førte til at de fikk dårlig selvbilde. De hadde opplevd hvordan omgivelsene hadde utvist krenkende atferd og de følte at folk så ned på dem. Kvinnene håpet på bedre selvbilde etter vektreduserende kirurgi, noe som ble realiteten for to av fem kvinner (Esmann, Nyland & Wagner, 2013). Generelt opplevde de fleste av informantene at de fikk bedre selvtilit postoperativt (Ogden, Clementi, Aylwin & Patel, 2005).

Noen av informantene rapporterte at de hadde små endringer i livskvalitet etter vektreduserende kirurgi. De sa at måten de så på seg selv, deres kroppsbilde, ble forbedret (Van Hout, Hagendoren, Verschure & Van Heck, 2008). Andre informanter rapporterte om betydelig forbedret livskvalitet etter at kroppsbildet forandret seg (Sarwer, Wadden, Moore, Eisenberg, Raper & Williams, 2010). Flere av informantene følte seg mer opplagt og opplevde bedre livskvalitet postoperativt (Ogden et al., 2005). Kvinnene beskrev at deres tanker var annerledes fra hvordan de tidligere hadde oppfattet seg selv og hva andre tenkte om dem nå hadde ikke like stor innvirkning på dem (Jensen et al., 2013). Depresjon og angst ble også redusert postoperativt (Wolfe & Terry, 2006).

Deltakerne beskrev følelser av skam og ga seg selv skylden for å spise store mengder mat. De var redde for at andre skulle tro de var dumme og late på grunn av deres fedme, og beskrev følelsen av å være mindre verdt, og følte at de ble stirret på. Etter vektreduserende kirurgi følte deltakerne seg flaue ovenfor andre pasienter da de skulle gå fra sykehussenga til badet, fordi klærne var for små. De følte frykt og forventninger til hvordan de skulle takle den nye situasjonen hjemme og til tross for mye informasjon preoperativt var det vanskelig å forestille seg hvordan den nye situasjonen ville bli (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014).

Flere av kvinnene opplevde det som vanskelig psykisk å ikke spise i samme omfang som tidligere og hadde sug etter mat. Faren for fysisk ubehag resulterte i nye spisevaner og de fikk etter hvert en følelse av kontroll over matinntaket (Jensen et al., 2013).

Den løse og hengende huden utfordret kvinnenes selvbilde og følelsen av velbehag (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). Informantene var bekymret og redd grunnet overflødig hud og følte seg stygge. Noen av deltakerne hadde lav selvfølelse og kroppsbilde ble forverret i tiden mellom vektreduserende kirurgi og plastisk kirurgi. Deres psykiske helse ble forbedret etter plastisk kirurgi og de ble mer positive i forhold til kroppen. Selvtilliten økte og de fikk en følelse av å være normal (Klassen, Cano, Scott, Johnson & Pusic, 2012).

3.2. Erfaringer av utseendemessige forandringer

Hos 17 % av kvinnene var utseende årsaken til å utføre vektreduserende kirurgi (Kinzl, Trefalt, Fiala, Hotter, Biebl & Aigner, 2001). De fortalte at de ble mobbet for sitt utseende og hadde lavt selvbilde (Jensen et al., 2013). Etter vektreduserende kirurgi ble de slankere, noe som ga dem en ny opplevelse gjennom at samfunnet ble interessert i kroppen deres. De ble møtt med positive kommentarer fra personer som tidligere hadde oversett dem, og på arbeidsplassen ble de lyttet til og spurt om råd. Folk ble mer interessert i deres meninger og ferdigheter, og opplevde at folk ble mer hjelpsomme og imøtekommende (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). Disse forandringene førte til at deres selvtillit økte og de fikk en følelse av velbehag (Jensen, et al., 2013 og Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). For både kvinner og menn ble både kroppsbildet og livskvaliteten forbedret i tiden etter vektreduserende kirurgi. Store vekttap førte til større forbedringer i generell helse enn mindre vekttap (Sarwer et al., 2010).

Flere av kvinnene informerte om at den store kroppen før operasjonen hadde fungert som en beskyttelse mot samfunnet. Denne beskyttelsen forsvant da de gikk ned i vekt (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012 og Magdaleno Jr, Chaim, Pareja & Turato, 2008) og for enkelte medførte dette frykt og uro (Magdaleno Jr. et al., 2008). Huden ble løsere da de gikk ned i vekt, kroppsfasongen ble endret og de følte seg mindre komfortable og attraktive ettersom den overflødig huden stadig ble mer synlig (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012).

Skammen, som tidligere hadde vært forbundet med overvekten, ble nå forbundet til slapp og løs hud, hudfolder og arr. Kvinnene hadde forventninger om å få en fin, frisk og funksjonell kropp (Magdaleno Jr. et al., 2008), men fikk i stedet overflødig hud som hang foran store deler av magen og de opplevde at hudfoldene luktet vondt. Det fikk også løs hud på underarmene, lårene ble slappe og brystene hang. Den løse huden gjorde at de følte seg

mindre pen, ukomfortabel og mindre kvinnelig. Det ble store kontraster mellom det samfunnet så og det de selv så, da den overfløydige huden var mer synlig uten klær. De brukte sminke for å skjule strekkmerker og løs hud i ansiktet, og brystholdere med innlegg for å skjule hengende bryster. Noen brukte belte for å støtte opp huden rundt magen og elastiske truser for å skjule den løse huden rundt lårene og rumpeballene (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012).

Kvinnene hadde bestemt seg for å gjennomføre plastisk kirurgi så raskt som mulig etter vektreduserende kirurgi. De ønsket å få magen, brystene og armene rekonstruert for å kunne føle seg komfortabel, mer kvinnelig og attraktiv (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). Alle deltakerne i alderen < 30år, 87,5 % av deltakerne i alderen 30 – 50 år og 89,7 % av deltakerne i alderen > 50 år ønsket plastisk kirurgi. Av totalt 124 deltakere sa 81 at kosmetiske problemer var en av grunnene til at de ønsket plastisk kirurgi. Omtrent halvparten sa at de ønsket dette på grunn av fysiske problemer, mens tre fjerdedeler ønsket plastisk kirurgi grunnet psykososiale problemer (Wagenblast, Laessoe & Printzlau, 2013). Noen mente at løs og hengende hud var god nok grunn til ikke å gjennomføre vektreduserende kirurg dersom det ikke hadde vært tilbud om plastisk kirurgi i etterkant. Enkelte informanter sa at de likte kroppen bedre før vektneidgang fordi huden var stram og glatt (Klassen et al., 2012). For å få utført plastisk kirurgi måtte kvinnene gå ned viss mye i vekt og vente til den hadde vært stabil i en lengre periode, gjerne to til tre år. Flere beskrev følelsen av frustrasjon og at de ble mentalt stresset, noe som førte til redusert livskvalitet (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). Etter plastisk kirurgi opplevde deltakerne takknemlighet og tilfredsstilhet for hvordan de så ut og hvordan de følte seg. Noen beskrev utseende som glatt, velformet og stramt og de kvinnelige deltakere følte at de hadde fått en mer feminin kropp. Flertallet tenkte ikke over arrene etter plastisk kirurgi, men enkelte følte for å gjemme dem (Klassen et.al., 2012).

3.3. Erfaringer av fysiske forandringer

Flere av informantene beskrev at de ønsket et sunnere liv. Både overvekten preoperativt og den overfløydige huden postoperativt hadde vært et hinder i dagliglivet, med blant annet smerter, pustevansker og lite søvn. De uttrykte at å forflytte seg var vanskelig og at mangelen på styrke i hverdagen førte til problemer med å delta i ulike aktiviteter (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014, og Klassen et al., 2012). Noen informanter opplevde at det var vanskelig å finne passende sitteplasser, de hadde problemer med balansen og det var begrenset mulighet til å bevege seg fritt på grunn av den overfløydige huden. De fikk hudutslett og infeksjoner på grunn av svette og gnissende hudfolder. Dette var ubehagelig og

smertefullt, og krevde mye hudpleie (Klassen et al., 2012). Før vektnedgang hadde de ønsker og forventninger om å kunne bevege seg lettere og delta i ulike aktiviteter som å gå turer, løpe og gå på ski i stedet for å sitte i ro (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014).

Etter vektreduserende kirurgi erfarte flere kvinner og menn en ny og stor energi (Jensen, et al., 2013 og Ogden et al., 2005). To år etter hadde flere av informantene betydelige vekttap og de rapporterte om forbedringer i den fysiske helsen (Van Hout et al., 2008). Vekttap førte til store forbedringer i generell helse og det ble lettere å utføre dagligdagse oppgaver (Sarwer et al., 2010). Etter plastisk kirurgi fikk de større muligheter til å delta i fysiske aktiviteter (Klassen et al., 2012). Det ble store endringer i ulike medisinske tilstander etter vektreduserende kirurgi. Preoperativt hadde 51 av 93 informanter hypertensjon, 64 av 93 hadde søvnapné og 25 av 93 hadde diabetes mellitus. Postoperativt hadde 12 av 93 hypertensjon, 13 av 93 søvnapné og syv av 93 diabetes mellitus. Smerter i ankler, kne, rygg, hofter og nakke ble redusert betraktelig postoperativt (Wolfe & Terry, 2006).

Før operasjon hadde mat en sentral rolle i å regulere og lindre det emosjonelle, både følelser og kjedsomhet, hos alle kvinnene (Jensen et al., 2013). De håpet at operasjonen ville gi dem en endring i deres kostvaner og kontroll over matinntaket (Esmann, Nyland & Wagner, 2013). Noen av informantene følte ikke sult etter operasjonen og mat fikk en ny betydning da de måtte planlegge måltidene og tygge maten bedre. Flere av informantene hadde problemer med dumping, noe som ble erfart som et stort problem for enkelte. Frykten for dumping gjorde at de unngikk og spise for mye eller feil mat (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014). Noen informanter opplevde å være for mett og kvalm etter at de hadde spist, men beskrev også positive følelser som glede og tilfredshet (Ogden et al., 2005). Etter at kroppens anatomi ble endret opplevde de bedre kontroll over matinntaket (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014). Fire av fem kvinner beskrev at de spiste mindre mengde mat etter operasjonen sammenlignet med tidligere (Esmann, Nyland & Wagner, 2013). Noen informanter sa at de foretrakk annen mat enn tidligere, og de fikk en følelse av å være mett og mindre sulten (Ogden et al., 2005). Flere sluttet å trøstespise eller trøstespiste mindre enn tidligere (Esmann, Nyland & Wagner, 2013, og Wolfe & Terry, 2006).

I følge Esmann, Nyland & Wagner (2013) hadde kvinnene forventninger preoperativt om bedre sex og samliv, noe som ble realiteten for to av fem kvinner. Noen deltakere hadde et håp om at operasjonen ville øke deres seksuelle aktivitet og deres seksuelle forhold til partneren (Kinzl, Trefalt, Fiala, Hotter, Biebl & Aigner, 2001). Ved å gå ned i vekt fikk flere kvinner bedre selvtillit. Dette førte til at de ble mer selvsikre og enkelte valgte derfor å avslutte forholdet til sin partner (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). Flere av kvinnene og

deltakerne ønsket å slå av lyset og ha på t-skjorte når de var intime med deres partnere, (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012 og Klassen et al., 2012) og noen følte skam på grunn av hengende bryster, svettelukt fra hudfoldene og hud som ristet ved samleie (Groven, Råheim & Engelsrud, 2012). Enkelte deltakere beskrev at deres engasjement rundt seksuell omgang var fysisk hemmet grunnet overflødig hud (Klassen et al., 2012) og i form av smerter og irritasjoner i huden (Wagenblast, Laessoe & Printzlau, 2014).

I følge Kinzl et al. (2001) sa 44 % av kvinnene at deres seksuelle forhold til deres partner var tilfredsstillende og at seksuell aktivitet var regelmessig. De resterende sa derimot at de hadde seksuelle problemer i form av lavt seksuelt ønske og sjelden seksuell aktivitet til tross for at de hadde partner. De opplevde at det var vanskelig å engasjere seg i seksuell aktivitet grunnet fysiske problemer. Et år etter operasjonen sa 15 % av kvinnene at de var like seksuelt aktive som før. Av alle kvinnene sa 63 % at de nøt sex bedre postoperativt, mot 12 % som sa at de nøt sex bedre preoperativt (Kinzl et al., 2001). Etter plastisk kirurgi opplevde flertallet en forbedring i deres seksualliv, de følte seg mer komfortable og hadde mer glede av seksuell aktivitet (Klassen et.al., 2012).

3.4. Erfaringer av sosiale forandringer

Før vektreduserende kirurgi var utseende årsaken til at flere av kvinnene holdt seg hjemme, ofte alene, og unnlot å delta i sosiale sammenkomster (Jensen et al., 2013). De opplevde at omgivelsene utviste krenkende atferd, noe som gjorde at de ble mindre delaktig i sosiale aktiviteter, at de gradvis trakk seg tilbake og ble sosialt isolert. To av fem kvinner opplevde at den sosiale isolasjonen ble brutt etter at de hadde gjennomført vektreduserende kirurgi og gått ned i vekt (Esmann, Nyland & Wagner, 2013). Flere kvinner følte seg sårbare i sosiale sammenhenger, da de ikke kunne spise det samme som andre. Følelsen av å stå utenfor hadde forsvunnet, og de hadde ønsker om å utvide sin sosiale sirkel (Jensen et al., 2013).

Før plastisk kirurgi unnlot flere informanter å delta i sosiale sammenkomster på grunn av utseende. De følte seg sosialt isolert og ble utelatt fra sosiale arrangementer, folk unngikk øyekontakt og stilte ubehagelige spørsmål. Flere følte seg dømt av personer som ikke var enig i deres avgjørelse om gjennomføre plastisk kirurgi, og de møtte blandede reaksjoner i tiden etterpå. Flertallet av reaksjonene var positive, men av de som var negative valgte informantene å tro at det handlet om sjalusi. De beskrev at de ble mindre bekymret og at det ble lettere og sosialisere seg etter plastisk kirurgi. Flere informanter følte seg mer viktig, de fikk muligheten til å si sin mening og til å delta i ulike arrangementer og aktiviteter (Klassen et al., 2012).

4. DISKUSJON

Diskusjonsdelen er todelt, der litteraturstudiens resultater diskuteres i første del, og litteraturstudiens metode i andre del.

4.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med studien er å belyse pasientens erfaringer etter vektreduserende kirurgi. Studiens hovedresultater diskuteres opp mot annen relevant litteratur og forskning (Forsberg & Wengström, 2013). I møte med pasienten må sykepleiere være støttende og vise forståelse for å kunne motivere til videre livsstilsendringer, og trenger derfor kunnskap om deres erfaringer. Dette innebærer erfaringer knyttet til både psykiske-, utseendemessige-, fysiske- og sosiale forandringer.

Resultatet viste at noen av informantene ikke opplevde store forandringer i livskvalitet etter vektreduserende kirurgi, men at kroppsbildet ble forbedret. Andre informanter sa at de fikk bedre livskvalitet ved at kroppsbildet endret seg og av at de ble mer opplagt. Livskvalitet defineres som «Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser» (Kristoffersen, 2012:57). Et hovedmål ved kirurgisk behandling av sykkelig overvekt er bedring i helse relatert livskvalitet, da det er bevist at denne pasientgruppen har redusert helse relatert livskvalitet og at de fleste oppnår stor forbedring på dette området etter kirurgisk behandling (Aasprang, Andersen, Sletteskog, Våge, Bergsholm & Natvig, 2008). For å oppnå bedre helse relatert livskvalitet har vektreduserende kirurgi vist seg å være mer effektivt enn det store livsstilsendringer har. Dette kommer trolig av at pasientene oppnår større vekttap etter vektreduserende kirurgi enn ved livsstilsendringer (Karlsen, Lund, Røislien, Tonstad, Natvig, Sandbu & Hjelmæsæth, 2013). En studie gjort av Aasprang et al. (2008) viser at pasienter har betydelig høyere livskvalitet etter operasjonen sammenlignet med et år tidligere. De fikk bedre fysisk funksjon etter hvert som deres BMI ble redusert. Andre studier viser at pasientene føler seg mindre fet og mer «normal» etter vekttap. Pasientene blir mer tilfreds med kroppen og opplever mindre stigmatisering i samfunnet, noe som fører til bedring i selvfølelsen. Bedre selvfølelse kan knyttes til livsverden, da pasienten føler seg bedre og opplever mer kontroll og opplever å bli akseptert (Bengtsson, 2006, og Kristoffersen, 2012). Deres psykososiale status, inkludert sosiale relasjoner og jobbmuligheter, blir forbedret, og de opplever bedre psykisk helse relatert livskvalitet (Karlsen et al., 2013, og Wimmelmann, Dela & Mortensen, 2014).

Søvn og hvile er et grunnleggende behov og avgjørende for blant annet menneskets helse og velvære. Flere faktorer kan føre til tretthet, deriblant hardt fysisk eller psykisk arbeid, tap av styrke og energi eller mangel på søvn (Bastøe & Frantsen, 2012). Redusert oksygentilførsel i blodet som følge av søvnapné og snorking fører ofte til tretthet om dagen (Karlsen et al., 2013, og Helsenorger, 2011). Studier har vist at både søvnapné og soving på dagtid blir betraktelig redusert etter vektreduserende kirurgi. Bedre søvnkvalitet og mindre soving på dagtid fører til bedre vitalitet og til mer overskudd i jobbsammenheng eller til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter. Mindre leddsmerter, bedre fysisk utholdenhet, mindre hudirritasjoner og bedre pust gjør det lettere å gjennomføre blant annet personlig hygiene og husarbeid, noe som fører til høyere helserelatert livskvalitet (Karlsen et al., 2013).

Kroppsbilde handler om hvordan vi mennesker opplever vår egen kropp, der utseendet er en ytre del, og opplevelsene av kroppen en indre del. Overvekt kan påvirke hvordan en ser på seg selv, og overvektige har ofte en følelse av at kroppen er for stor. Holdninger til egen kropp sier noe om identiteten til en person, den man er, og kan påvirkes og endres (Solvoll, 2012). Hver enkelt ser seg selv fra eget perspektiv, og at hva andre mener ikke har noen betydning (Bengtsson, 2006, og Kristoffersen, 2012). I følge resultatene opplevde flere kvinner at samfunnet ble interessert i kroppen deres etter at de hadde gått ned i vekt, noe som var en ny opplevelse. Selv om samfunnet så på dem som slanke og attraktive etter vektnedgang, følte flere seg fortsatt mindre pene på grunn av den løse huden som ble synlig uten klær. En studie viser at overvektige kvinner tolker samfunnets holdninger om overvektige på en måte som påvirker måten de ser på seg selv, men at de etter vektreduserende kirurgi oppdaget at det ikke stemte med virkeligheten (Helseth, 2007). Å være fornøyd med egen kropp styrker personens egenverd, noe som påvirker hvilken betydning og verdi mennesket gir seg selv (Solvoll, 2012).

Utseende og kropp har stort fokus i dagens samfunn. En slank og vakker kropp blir sett på som det optimale og assosieres med blant annet lykke og suksess. Overvektige ses ofte på som lite attraktive, late og dumme med manglende viljestyrke og kroppskontroll (Solvoll, 2012, Kjensli, 2011, og Spilde, 2014). Media presenterer slankere kvinner og mer muskuløse menn enn den generelle befolkningen og er i stor grad med på å påvirke hvordan vi ønsker å se ut (Gilmartin, 2013). Kroppens oppbygging og funksjon, gener og miljø, er faktorer som påvirker utviklingen av fedme og det handler som regel ikke om latskap og dårlig moral (Spilde, 2014). I resultatet var utseende årsaken til å gjennomføre vektreduserende kirurgi hos noen av informantene. Studier viser at hovedårsaken til å søke vektreduserende kirurgi er medisinske årsaker og helseproblemer, men at utseende og forlegenhet også er en relativt stor årsak (Libeton, Dixon, Laurie, O'Brien, 2004, og Munoz, Lal, Chen, Mansour,

Fischer, Roehrig, Sanchez-Johnsen, Dymek-Valentine, Alverdy & le Grange, 2007). Etter store vekttap ble utseende sett på som mindre pent på grunn av overflødig hud og det var vanskelig å finne passende og pene klær (Gilmartin, 2013). Flere rapporterte om at det ble vanskelig å finne passende klær grunnet overflødig hud etter vektreduserende kirurgi. Selv om deltakerne hadde blitt mindre ble de nødt til å kjøpe klær som var alt for store for å skjule og få plass til den overflødig huden (Biörserud, Olbers & Olsén, 2011). Resultatene viser at noen likte kroppen bedre før vektnedgang fordi den var stram og glatt. Løs, hengende hud kunne være grunn i seg selv til ikke å gjennomføre vektreduserende kirurgi. Både resultatene og WLSHelp viser at flere ønsker plastisk kirurgi etter vekttap for å føle seg mer komfortabel og for å finne passende klær. Pasientenes selvoppfattelse av utseende økte betraktelig og de ble fornøyd med kroppen sin etter plastisk kirurgi (Song, Rubin, Thomas, Dudas, Marra & Fernstrom, 2006). Dette kan ses i sammenheng med det Bengtsson (2006) og Kristoffersen (2012) sier om livsverden.

Vår identitet kommer til uttrykk gjennom kroppen, da det er det første man ser når man møter et annet menneske. I dagens samfunn er det lav toleranse for vond kroppslukt, og det fører ofte til stigmatisering, skam og ensomhet (Bjørk & Breievne, 2012). Resultatene viste at flere føler skam rundt det å være overvektig og opplevde at omgivelsene viste krenkende atferd. «Å krenke en person innebærer å ydmyke ham, få ham til å føle seg mindre verdt som menneske» (Kristoffersen & Nortvedt, 2012:117). Krenkelse er subjektivt og kan oppleves gjennom både verbale utsagn, blick og andre menneskers handlinger. I resultatet opplevde overvektige å bli stirret på, noe de følte var krenkende. Mennesker som opplever krenkelse kan føle ubehag, sårhet, en følelse av å være liten, bli oversett og hengt ut, noe som kan føre til ensomhet og sosial isolasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Sosial støtte virker helsefremmende både psykisk og fysisk, og det har vist seg at lite sosial støtte påvirker helsen og ofte fører til ensomhet (Dalgard, 2015). «Ensomhet er en subjektiv opplevelse av savn på menneskelig kontakt» (Smebye & Helgesen, 2012:51). Mangelen på sosial støtte og ensomhet kan føre til psykiske lidelser, annen sykdom og død, og det er viktig å oppleve tilhørighet og følelsen av å være verdsatt. I følge Halvorsen (2005) kan ensomhet knyttes til skam- og skyldfølelse, der skammen er forbundet til mangler ved egen kropp. En studie gjort av Lier, Biringer, Stubhaug og Tangen (2013) viser at det er sammenheng mellom skam og psykiske lidelser. Pasienter som hadde større forekomst av skam preoperativt hadde større psykiske lidelser postoperativt enn de som hadde liten forekomst av skam. Likevel så man at de psykiske lidelsene ble redusert fra tiden før operasjon til ett år etter. Dette viste seg å ha stor innvirkning på vekttap og livskvalitet.

Etter vektreduserende kirurgi opplevde noen å bli behandlet annerledes gjennom at folk ble mer imøtekommende og andre opplevde å bli møtt med liten forståelse for deres valg om vektreduserende kirurgi (Torheim, 2013). En studie basert på diskriminering blant normal- og overvektige kvinner og menn viser at diskriminering påvirker vekten negativt og dermed menneskers helse og muligheter i livet. Overvektige er potensielle mål for å bli sett ned på og blir ofte dømt av andre de møter i samfunnet. Studien sier videre at overvektige rapporterte om langt flere tilfeller av diskriminering enn det normalvektige gjorde (Hansson, Näslund & Rasmussen, 2010). Årsaker til diskriminering i jobbsammenheng var blant annet å ikke bli ansatt, ikke få tilbud om forfremmelse og å bli oppsagt grunnet fedme (Puhl & Heuer, 2009). Det kan virke som at ensomme mennesker blir mer stigmatisert og diskriminert enn andre. Frykten for å bli avvist og ekskludert fra det sosiale er årsaker til at mennesker trekker seg tilbake og isolerer seg. Å være større enn det som betegnes som normalt gjør at overvektige ofte får et stempel som påvirker hvordan samfunnet ser på dem, noe som igjen påvirker hvordan de ser på seg selv. Ved å bli sosialt akseptert og å føle tilhørighet kan forholdet til egen kropp forandres (Halvorsen, 2005 og Finstad, 2010). Sosial støtte kan forebygge sykdom og virker dermed beskyttende på helsen (Finstad, 2010). En studie med fokus på psykososiale utfall etter vektreduserende kirurgi viser at flere ble mindre sosialt isolert postoperativt. De som gikk ned i vekt opplevde å få et bedre forhold til andre, de fikk et større sosialt nettverk og ble mer sosialt aktive enn de hadde vært preoperativt. Allerede etter 6 måneder ble deres sosiale problemer redusert betraktelig og i tillegg økte jobbmulighetene. Flere fikk fast jobb, de ble mindre stigmatisert og diskriminert. Etter å ha blitt sosialt akseptert på grunn av vekttap ble noen bitre ovenfor folk som tidligere hadde vært ufin og behandlet dem dårlig på grunn av overvekten (Bocchieri, Meana & Fisher, 2002).

Resultatene viser at deltakerne hadde et håp om at deres seksuelle aktivitet og deres seksuelle forhold til partneren ville bli bedre etter vektreduserende kirurgi. I følge Gamnes (2012) omhandler seksualitet både kyssing og samleie, men også flørting og det å kle seg sexy. Seksuell helse defineres som «[...] integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet» (Gamnes, 2012:72). Seksualitet er en del av identiteten og har ulik betydning for hvert enkelt menneske. I et samfunn med flere kulturer og religioner er synet på kropp, samliv og seksualitet ulikt. Både selvbildet, hvilke krav vi stiller til oss selv, prestasjonsangst, sykdom og skade kan påvirke seksualiteten (Gamnes, 2012).

I følge en britisk undersøkelse kom det fram at overvektige mennesker har lav selvfølelse, er lite seksuelt attraktive og har redusert helse (Puhl & Heuer, 2009). En studie viser at

overvektige kvinner og menn oppga vekten som årsak til deres seksuelle problemer som lite seksuell lyst, vanskeligheter med utførelse og mangel på nytelse. Studien viste også at kvinner hadde større problemer enn menn og at deltakere som var aktuelle for gastric bypass operasjon rapporterte om større problemer knyttet til seksualitet enn andre overvektige (Kolotkin, Binks, Crosby, Østbye, Gress & Adams, 2006). En annen studie, gjort av Sarwer, Lavery og Spitzer (2012), viste at seksuelle problemer ofte fører til dårligere sinnstemning og dårligere livskvalitet. Det er flere grunner til at overvekten kan påvirke seksuallysten og muligheten til å ha seksuell omgang, blant annet hormonforandringer, depresjon, fysisk utseende og kroppsbilde. Flere av deltakerne rapporterte om et forbedret kroppsbilde og bedre seksuell funksjon etter at de gikk ned i vekt ved hjelp av kirurgi (Sarwer, Lavery & Spitzer, 2012, og Sarwer, 2014). Et forbedret kroppsbilde kan gi bedre selvfølelse og har betydning for den enkeltes verden (Bengtsson, 2006, og Kristoffersen, 2012). I følge resultatene opplevde over halvparten bedret seksuell aktivitet, men noen opplevde også at den seksuelle aktiviteten ble dårligere eller var den samme som før operasjonen. Varney (2014) sier at kvinner som hadde blitt sett ned på grunnet deres utseende opplevde ofte at mange følelser ble satt i gang etter at de gikk ned i vekt. Selv om de var blitt mindre tenkte de på samme måte som tidligere. Psykiatere og eksperter på overvekt sier at en stor del i behandlingen av seksuell dysfunksjon hos kvinner består av å endre deres tankemønster. Resultatet viste at enkelte følte skam på grunn av hengende bryster, svettelukt fra hudfolder og hud som ristet ved samleie. En studie viser at enkelte valgte å ikke kle seg naken foran partner eller familie på grunn av utseende (Biörserud, Olbers & Olsén, 2011).

I følge resultatet fikk noen bedre selvtillit etter vektreduserende kirurgi, de ble mer selvsikker og de valgte derfor å avslutte forholdet til sin partner. I følge Varney (2014) ble noen kvinner skilt etter kirurgi, da de følte seg bedre etter å ha gått ned i vekt. Operasjonen ødela ikke gode forhold, men den fikk kvinnene til å ta bedre vare på seg selv, de fikk bedre selvfølelse og de valgte å gå ut av dårlige forhold. Kvinnene sa at de ble sammen med deres første ektemann fordi de ikke trodde de ville finne noen som behandlet dem slik de fortjente å bli behandlet, men etter at de fikk det bedre med seg selv ønsket de å finne denne mannen.

Mat og drikke er livsnødvendig og et grunnleggende behov. I dagens samfunn er det stort fokus på ernæring og hva man skal spise for å være slanke og sunne, og hva man bør spise for å få energi og overskudd. Menneskers matvaner påvirkes ikke bare av sykdom, men også av arv og miljø. Det er bedre tilgang på mat enn noen gang og mange har et høyere energiinntak enn det de har behov for. Stadig flere blir fysisk inaktive og flere utvikler overvekt og fedme, som viser seg gjennom de økte tallene på antall utførte

fedmeoperasjoner (Wangensteen, Undlien, Tonstad, & Retterstøl, 2005, og Aagaard & Bjerkreim, 2012). Etter kirurgi må kostholdet legges om for å oppnå vekt nedgang. Feil kosthold kan føre til blant annet kvalme og brekninger, diare og sure oppstøt (Smith, 2005). Pasientene oppfordres også til regelmessig fysisk aktivitet, både for vekt nedgang og for å bedre livskvaliteten, forbygge sykdom og død (Hjelmæsæth, Hofsø, Handeland, Johnson & Sandbu, 2007). For mange er mat forbundet til noe hyggelig og spiller en viktig rolle for deres sosiale liv, men for flere kan mat være med på å regulere det emosjonelle, blant annet gjennom trøstespising (Jåtun, 2014). En studie viser at et av de mest vanlige komplikasjonene etter vektreduserende kirurgi er syndromet dumping. Omtrent 60 % av de som deltok i studien rapporterte om at dumping påvirket dem (De Assis, Da Silva, De Melo & Moreira, 2013).

Resultatet viser at syndromet dumping ble et stort problem for enkelte deltakere, noe som førte til at de unngikk å spise for mye eller feil mat. I følge Mala, Hewitt, Høgestøl, Kjellevoid, Kristinsson og Risstad (2015) oppstår dumping i forbindelse med og etter inntak av mat, og inndeles i tidlig- og sent dumpingsyndrom. Tidlig dumpingsyndrom oppstår oftest under eller innen 15 minutter etter måltidet og kjennetegnes ved blant annet kvalme, smerter, svimmelhet og hjertebank, mens kjennetegn på sent dumpingsyndrom er blant annet skjelvinger, kaldsvette, forvirring, besvimelse og kramper som ofte ikke kommer før en til tre timer etter inntatt måltid (Smith, 2005, og Mala et al., 2015). I følge resultatet rapporterte enkelte deltakere om overmetthet og kvalme, men også om glede og tilfredshet. Videre sier Mala et al. (2015) at dumping er relativt vanlig og at de fleste merker bedring en stund etter operasjonen. Det finnes ulike tiltak pasientene kan gjøre for å unngå eller redusere tilfellene av dumping, deriblant å tygge maten godt, små og hyppige måltid, spise grovt og mye grønnsaker, og å vente en halvtimes tid etter måltidet før inntak av drikke. Pasientene bør få informasjon om dette før operasjon for å kunne gjenkjenne symptomene og gjøre noe med det, da dumping i verste fall kan føre til feilernæring og uønsket vekttap. Andre problemer med dumping kan føre til at personer heller vil spise hjemme, og at det dermed påvirker deres sosiale omgang med andre. To andre studier viser at personer som hadde gjennomgått vektreduserende kirurgi endret sine spisevaner gjennom at størrelsen på måltidene ble redusert og at antall måltid per dag økte (Mathes & Spector, 2012, og Laurenus, Larsson, Bueter, Melanson, Bosaeus, Forslund, Lönroth, Fändriks & Olbers, 2012). Noen sa derimot at de spiste færre måltider per dag (Mathes & Spector, 2012), og at selv om noen fortsatte å trøstespise, ble tilfellene langt færre enn tidligere (Laurenus et al., 2012). Ved å bedre sine matvaner kan det bli lettere å opprettholde en ønsket vekt (Laurenus et al., 2012).

Deltakerne fikk ifølge resultatene, mulighet til å delta i fysiske aktiviteter etter vektreduserende kirurgi. Det ble lettere og bevege seg og de fikk mer energi. I følge en studie gjort av Groven, Råheim og Engelsrud (2010) sa flere av kvinnene at deres form for fysiske aktivitet preoperativt var jobbing utenfor hjemmet, å ta vare på barna, frivillighetsarbeid og ta del i barnas aktiviteter. Selv om de hadde det de omtalte som et normalt liv, var de bekymret for framtiden med tanke på alvorlig sykdom eller begrensninger knyttet til overvekten. Postoperativt følte kvinnene seg mer attraktive, de jobbet fulltid og var mer sosiale enn tidligere. Samtidig, noen måneder etter operasjonen, følte de seg mer trøtt og sliten. De fikk uventede smerter i hele kroppen og mistet energien. Lange turer eller andre former for fysisk aktivitet gjorde smertene verre og de ble mer trøtt. Kvinnene sammenlignet livene sine før og etter operasjon. Noen sa at selv om de hadde gått ned i vekt hadde de et bedre liv med mer energi preoperativt. En annen studie viser derimot at et år etter vektreduserende kirurgi var både fysisk funksjon, kroppslige smerter og generell helse forbedret fra tiden før (Aasprang et al., 2008), noe også resultatet viser. En studie viser at av totalt 100 pasienter sa bare 20 % at de utførte noen form for fysisk aktivitet preoperativt, hovedsakelig gange, tre til fire ganger pr. uke. Postoperativt rapporterte 55 % om at de var fysisk aktive, der nesten 47 % var i fysisk aktivitet mer enn fem ganger i uken og omtrent 40 % tre til fire ganger i uken. For 80 % var gange fremdeles den mest utførte aktiviteten (Freire, Borges, Alvarez-Leite & Correia, 2012). Begge kvinnene beskrev hvordan store vekttap hadde forandret deres mulighet til å bevege seg, og erfarte å få nye og framtidrettede muligheter i livet. Den ene kvinnen beskrev hvordan hun nå kunne delta i aktiviteter hun tidligere ikke kunne deltatt i og at hun kunne gjøre dagligdagse oppgaver som tidligere var umulige eller vanskelige (Warholm, Øien & Råheim, 2014). Resultatet viser også at det ble lettere å utføre dagligdagse oppgaver postoperativt.

Sykepleiere, og annet helsepersonell, må være bevisste på egne holdninger og unngå stigmatisering av overvektige. Noen studier viser at helsepersonell dømmer denne pasientgruppen og at kultur spiller en betydelig rolle på hvordan overvektige blir sett på. Å bli stigmatisert kan føre til at folk unngår å ta kontakt med helsevesenet, noe som kan gi dårligere helse. Mørkhudede amerikanere ser på overvekt som attraktivt, mens i den vestlige kulturen skal idealkvinnen være slank. Kulturforskjellene kan utgjøre en risiko for hvordan forholdet blir mellom sykepleieren og pasienten (Hughes & Farrow, 2007). Som sykepleiere lærer man å ikke dømme andre, men behandle alle mennesker med respekt (Hughes & Farrow, 2007, og Norsk Sykepleierforbund, 2011).

En studie gjort blant leger og sykepleiere i primærhelsetjenesten i Finland viste at flertallet av legene og sykepleierne opplevde et dilemma i behandlingen av livsstilsrelaterte sykdommer.

Pasientene spiller en sentral rolle for å kunne få til livsstilsendringer, men ses også på som et potensielt hinder. Legene og sykepleierne var enige om at pasientene selv måtte ta ansvar for å gjøre endringer, blant annet i behandlingen av hypertensjon og diabetes type 2. De mente også at pasienter som er lite interessert i å gjøre endringer stort sett alltid blir til et hinder i behandlingen. Av alle legene og sykepleierne mente de fleste at informasjon og støtte til livsstilsendringer hos pasientene er en del av deres oppgave. Halvparten mente at de hadde nok kunnskaper til å gi råd om livsstilsendringer og to tredjedeler mente at de var i stand til å hjelpe mange pasienter til en sunnere livsstil. To tredjedeler sa også at de hadde en hektisk hverdag, noe som gjorde at de valgte å ikke gå inn i pasientenes livssituasjon (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007).

Gjennom samarbeid med pasienten er sykepleierne i en unik posisjon til å støtte, ta vare på, undervise og veilede pasienten gjennom livsforandringer. Sykepleiere kan ha positiv innvirkning på pasientene og hjelpe dem å nå deres mål om forandringer i vekt og helse. For å oppnå best mulig resultat postoperativt er pasientene avhengig av flere faktorer. Dette inkluderer deriblant pasientenes egen motivasjon, kunnskap om fordeler og begrensninger knyttet til operasjon, ernæringsveiledning, regelmessig trening og sosial støtte. Pasienten må endre sine holdninger om mat og trening, noe som er like viktig som psykologisk veiledning og støtte (Sheipe, 2006). Følelsesmessig respons er viktig for både barn og voksne. Sykepleieren har ikke alltid den rette holdningen til pasienter selv om yrkesetiske retningslinjer og lover ligger til grunn. Pasienten har behov for bekreftelse og det å kunne sette seg inn i pasientens situasjon og prøve å forstå virkeligheten fra deres ståsted både bevisst og gjennom følelser er viktig for å kunne utøve god sykepleie (Thollin, 2005).

4.2. Metodediskusjon

Databasene og søkeordene som ble brukt i forbindelse med artikkelsøk anses å være relevante med tanke på hensikten. Det ble forsøkt å bruke de samme søkeordene i flere søk og å bruke MeSH-ord, men ikke alle ordene lot det seg søke etter i de ulike databasene. Ved å søke etter kvalitetslitteratur kan MeSH (Medical Subject Headings) være et hjelpemiddel. I følge Aasen (2010) er MeSH «[...] en samling definerte emneord som inkluderer synonymer og nærliggende termer innen medisin, helsefag og relaterte fagområder». Ikke alle søkeordene kunne kombineres med «AND», da det ga få treff. Der det ble for mange treff ble det tilføyd noen ord for å redusere antallet. Et begrenset antall artikler kan ha påvirket resultatet, da relevante artikler kan ha kommet bort ved å legge til flere ord.

Artiklene som er brukt i resultatdelen er hentet fra ulike land i Europa og Sør- og Nord-Amerika. De ulike artiklene og deres resultater kan ha påvirket studien gjennom landenes ulike kulturer og helsesystemer. Likevel viser resultatene flere av de samme pasienterfaringene. Den eldste artikkelen i resultatet er fra 2001, mens de resterende er publisert de siste 10 årene. Det ble antatt at pasientens erfaringer knyttet til psykiske-, utseendemessige-, fysiske- og sosiale forandringer ikke har forandret seg mye og at artiklene derfor er relevante.

Noen artikler er oppgitt i referanselisten til flere av de artiklene som er inkludert. Enkelte forfattere har vært med på å utgi andre artikler som omhandler overvekt og fedme. Dette tolkes som en fordel, da de virker interessert og ønsker å forske ytterligere om temaet. Det har vært utfordrende å plassere resultatene i kategorier, da de passer inn i flere av kategoriene og påvirker hverandre. Artikkelen «Changes in quality of life and body image following gastric bypass surgery» er lite brukt. Det var lite i artikkelens resultat som hadde betydning for studien enn først antatt, men det som ble funnet var relevant. Dersom det hadde vært mer tid til disposisjon kunne det vært valgt å søke etter en annen artikkel som hadde gitt større utbytte til studien.

5. KONKLUSJON

Hensikten med studien er å belyse pasienters erfaringer etter vektreduserende kirurgi. Konklusjonen er basert på funn i resultatdel og resultatdiskusjon, og det viser seg at:

- De fleste pasientene opplever bedring i livskvalitet, selvtillit og kroppsbilde etter vektreduserende kirurgi.
- Det blir færre problemer knyttet til seksualitet.
- Mer energi og overskudd gjør det lettere å delta i fysiske aktiviteter og til å utføre dagligdagse oppgaver.
- Pasientene trenger kunnskap om kosthold etter vektreduserende kirurgi og må kjenne til problemer som kan oppstå i forbindelse med feil kosthold.
- Stigmatisering og skam fører til ensomhet og sosial isolasjon.
- Sosial støtte virker helsefremmende både fysisk og psykisk.

Ut i fra disse funnene må sykepleieren:

- Være bevisst på egne holdninger og unngå stigmatisering av overvektige.
- Ha kunnskap om pasientenes erfaringer for å forstå deres situasjon og for å hjelpe dem til videre livsstilsendringer.
- Handle ut i fra lovverk og de etiske retningslinjer, og være profesjonelle i møte med pasienter.

I dagens sykepleierutdanning er det lite fokus på overvekt og fedme. Med stadig flere overvektige i samfunnet er det behov for økt kunnskap. Sykepleieren har mulighet til å få kunnskap om denne pasientgruppens erfaringer gjennom denne litteraturstudien og bruke kunnskapen i praksis. Det vil derfor være naturlig å tenke på om temaet burde vært mer inkludert i sykepleierutdanningen.

6. LITTERATURLISTE

- Bastøe, L. K. H. & Frantsen, A. M. (2012). Søvn og hvile. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bengtsson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: Bengtsson, J. (red.) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Biörserud, C., Olbers, T. & Olsén, M. F. (2011). Patients' experience of surplus skin after laparoscopic gastric bypass. *Obesity surgery*, 21, 273-277.
- Bjørk, I. T. & Breievne, G. (2012). Kropp og velvære. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bocchieri, L. E., Meana, M. & Fisher, B. L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of psychosomatic research*, 52 (3), 155-165.
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning*, 7(1), 14-20
- Dalgard, O. S. (2015). *Sosial støtte og ensomhet – faktaark*. Hentet fra <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/sosial-stotte-og-ensomhet> [Lesedato 05.05.15]
- Dalland, O. (2007). Etske overveielser og personvern. I: Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2007). Hva karakteriserer en metode? I: Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- De Assis, P. P., Da Silva, S. A., De Melo, C. Y. S. V. & Moreira, M. d. A. (2013). Eating habits, nutritional status and quality of life of patients in late postoperative gastric bypass Roux-Y. *Nutrición hospitalaria*, 28 (3), 637-642.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> [Lesedato 12.05.15]
- Erikson, M. G. (2010). *Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Esmann, L. B., Nyland, A. H. & Wagner, L. (2013). Forventninger til livet etter en fedmeoperation. *Sygeplejersken*, 8, 70-76.
- Fedmeinfo. *Gastric banding*. Hentet fra <http://www.fedmeinfo.no/slankeoperasjon/gastric-banding> [Lesedato 24.03.15]
- Finstad, N. (2010). Overvekt og utvikling av kroppsbilde: Betydningen av politisk ideologi og sosial støtte som beskyttelsesfaktorer. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/17957> [Lesedato 05.05.15]

- Forsberg, A., Engström, Å. & Söderberg, S. (2014). From reaching the end of the road to a new lighter life – people's experiences of undergoing gastric bypass surgery. *Intensive and critical care nursing*, 30, 93-100.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Olika typer av litteraturstudier. I: *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utg. Stockholm: Natur og Kultur, s.26-27.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Vetenskapens kännetecken. I: *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utg. Stockholm: Natur og Kultur, s.26-27.
- Freire, R. H., Borges, M. C., Alvarez-Leite, J. I. & Correia, M. I. T. D. (2012). Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, 28, 53-58.
- Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1299–1309.
- Groven, K. S., Råheim, M. & Engelsrud, G. (2013). Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 507-523.
- Groven, K. S., Råheim, M. & Engelsrud, G. (2010). «My quality of life is worse compared to my earlier life». *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5.
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hansson, L. M., Näslund, E. & Rasmussen, F. (2010). Perceived-discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 38, 587-596.
- Helsedirektoratet (2010). *Utredning, forebygging og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale faglige retningslinjer*.
- Helsenorge (2011). *Overvekt og fedme*. Hentet fra <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/overvekt-og-fedme> [Lesedato 23.04.15]
- Helseth, A. E. (2007). *Kvinner i store kropp*. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15737/Helseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Lesedato 24.04.15]
- Hjelmesæth, J., Hofsø, D., Handeland, M., Johnson, L. K. & Sandbu, R. (2007). Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 2410-2412.
- Hughes, M. & Farrow, T. (2007). Caring for obese patients in a culturally safe way. *Kai Tiaki nursing New Zealand*, 13(4), 14-15.
- Hånes, H., Graff-Iversen, S., Meyer, H. (2015). *Overvekt og fedme hos voksne - faktaark med statistikk*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-voksne> [Lesedato 24.03.15]

- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.
- Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Grønbæk, H. N. & Midtgaard, J. (2013). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149.
- Jåtun, B. M. (2014). Årsaker til overvekt og fedme. Hentet fra <http://sunnframtid.no/artikkel/arsaker-til-overvekt-og-fedme-0> [Lesedato 10.05.15]
- Karlsen, T. I., Lund, R. S., Røislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R. & Hjelmesæth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and quality of life outcomes*, 11:17
- Kilvik, A. & Lamøy, L. I. (2007). Artikkeldatabaser innen medisin og helsefag. I: *Litteratursøking i medisin og helsefag*. 2.utg. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag, s.25-32
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W. & Aigner, F. (2001). Partnership, sexuality and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity surgery*, 11, 455-458.
- Kjensli, B. (2011). *Kloden med fedme*. Hentet fra <http://forskning.no/overvekt/2011/04/kloden-mot-fedme> [Lesedato 23.04.15]
- Klassen, A. F., Cano, S. J., Scott, A., Johnson, J. & Pusic, A. L. (2012). Satisfaction and quality of life-of-life issues in body contouring surgery patients: a qualitative study. *Obesity surgery*, 22, 1527-1534.
- Kolotkin, R. L., Binks, M., Crosby, R. D., Østbye, T., Gress, R. E. & Adams, T. D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14, 472-479.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Larsen, A. B. (2015). *Livsstilsendring krever motivasjon*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2012/04/livsstilsendring-krever-motivasjon> [Lesedato 25.03.15]
- Laurenius, A., Larsson, I., Bueter, M., Melanson, K. J., Boseaus, I., Forslund, H. B., Lönroth, H., Fändriks, L. & Olbers, T. (2012). Changes in eating behaviour and meal pattern following Roux-en-Y gastric bypass. *International journal of obesity*, 36, 348-355.
- Libeton, M., Dixon, J. B., Laurie & O'Brien, P. E. (2004). Patient Motivation for Bariatric Surgery: Characteristics and Impact on Outcomes. *Obesity surgery*, 14, 392-398.
- Lier, H. Ø., Biringer, E., Stubhaug, B. & Tangen, T. (2013). Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: The role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nordic journal of psychiatry*, 67, 89-96.

Magdaleno Jr., R., Chaim, E. A., Pareja, J. C. & Turato, E. R. (2011). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity surgery*, 21, 336-339.

Mala, T., Hewitt, S., Høgestøl, I. K. D., Kjellevoid, K., Kristinsson, J. A. & Risstad, H. (2015). Dumpingsyndrom etter kirurgi på magesekken. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2, 137-141.

Mala, T. & Kristiansson, J. (2013). Akutt innklammering av tarm etter gastrisk bypass for sykkelig fedme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6, 640-644

Mathes, C. M. & Spector, A. C. (2012). Food selection and taste changes in humans after Roux-en-Y gastric bypass surgery: A direct-measures approach. *Psychology and behavior*, 107, 476-483.

Midthjell, K. & Krokstad, S. (2011). Somatisk helse. Overvekt og fedme. I: Krokstad, S. & Knudtsen, M. S. *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag*. Levanger: HUNT forskningssenter. Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.

Munoz, D. J., Lal, M., Chen, E. Y., Mansour, M., Fischer, S., Roehrig, M., Sanchez-Johnsen, L., Dymek-Valentine, M., Alverdy, J. & le Grange, D. (2007). Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obesity surgery*, 17, 1487-1491.

Norsk Helseinformatikk (2014). *Livsstilssykdommer*. Hentet fra <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html> [Lesedato 25.03.15]

Norsk Helseinformatikk (2012). *Slankeoperasjoner, fedmekirurgi*. Hentet fra <http://nhi.no/livsstil/kosthold/overvekt/slankeoperasjoner-13578.html?page=2> [Lesedato 24.03.15]

Norsk Helseinformatikk (2009). *Vertikal gastroplastikk*. Hentet fra <http://nhi.no/forside/animasjoner/mage-tarm/vertikal-gastroplastikk-32128.html> [Lesedato 24.03.15]

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. *Database for statistikk om høgre utdanning. Publiseringsskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> [Lesedato 12.05.15]

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> [Lesedato 25.03.15]

Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. & Patel, A. (2005). Exploring the impact of obesity surgery on patient's health status: a quantitative and qualitative study. *Obesity surgery*, 15, 266-272.

Pettersen, Roar C. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC. Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). Building an evidence base for nursing practice. Disseminating evidence: reporting research findings. I: *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). Conceptualizing and planning a study to generate evidence for nursing. Ethics in Nursing Research. I: *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17, 941-964.

Rønningen, T. (2013). *Pasientforløp fedmekirurgi*. Hentet fra http://www.hnt.no/ftp/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_10739/index.html [Lesedato 25.03.15]

Sarwer, D. B. (2014). *Sexual function in women after bariatric surgery*. Hentet fra <http://www.physiciansweekly.com/sexual-function-women-bariatric-surgery/> [Lesedato 06.05.15]

Sarwer, D. B., Lavery, M. & Spitzer, J. C. (2012). A review of relationship between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity surgery*, 22, 668-675.

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E. & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image following gastric bypass surgery. *Surgery for obesity & related diseases*, 6(6), 608-614.

Sheipe, M. (2006). Breaking through obesity with gastric bypass surgery. *The nurse practitioner*, 31(10), 13-21.

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2012). Kontakt med andre. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Smith, B. L. (2005). *Bariatric surgery. It's no easy fix*. Hentet fra <http://www.modernmedicine.com/modern-medicine/content/bariatric-surgery-its-no-easy-fix> [Lesedato 10.05.15]

Solvoll, B. A. (2012). Identitet og egenverd. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Song, A. Y., Rubin, J. P., Thomas, V., Dudas, J. R., Marra, K. G. & Fernstrom, M. H. (2006). Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity*, 14, 1626-1636.

Spilde, I. (2014). *Tjukke mennesker er late og dumme*. Hentet fra <http://www.nrk.no/viten/-tjukke-mennesker-er-late-og-dumme-1.11822083> [Lesedato 23.04.15]

Stensland, H. (2005). *Over en milliard overvektige i verden*. Oslo: FN-sambandet. Hentet fra <http://www.fn.no/Aktuelt/Nyheter/Over-en-milliard-overvektige-i-verden> [Lesedato 07.01.15]

Store norske leksikon (2005-2007) & Olsen, T. K. (2013). *Fedme*. Hentet fra <https://snl.no/fedme> [Lesedato 25.03.15]

Thollin, K. R. (2005). Samspillet mellom sykepleier og pasient. *Sykepleien*, 93(19), 64-65.

Torheim, M. G. (2013). *Stigmatisert av slankeoperasjoner*. Hentet fra <http://gemini.no/2013/10/stigmatisert-av-slankeoperasjoner/> [Lesedato 29.04.15]

Van Hout, G. C. M., Hagendoren, C. A. J. M., Verschure, S. K. M. & Van Heck, G. L. (2008). Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obesity surgery*, 19, 701-707.

Varner, S. (2014). *What really happens to your sex life when you lose weight*. Hentet fra <http://www.rodalenews.com/sex-life-weight-loss> [Lesedato 07.05.15]

Volvat. *Din nye livsstil*. Hentet fra <http://www.overvektskirurgi.no/slankeoperasjon/slankeoperasjonstyper/din-nye-livsstil.html> [Lesedato 24.03.15]

Volvat. *Gastric bypass operasjon*. Hentet fra <http://www.overvektskirurgi.no/slankeoperasjon/slankeoperasjonstyper/gastric-bypass.html> [Lesedato 24.03.15]

Volvat. *Gastric sleeve operasjon*. Hentet fra <http://www.overvektskirurgi.no/slankeoperasjon/slankeoperasjonstyper/gastric-sleeve.html> [Lesedato 24.03.15]

Volvat. *Hva oppnår du med slankeoperasjon?* Hentet fra <http://www.overvektskirurgi.no/slankeoperasjon/slankeoperasjonstyper/hva-oppnar-du-ved-slankeoperasjon.html> [Lesedato 24.03.15]

Volvat (2014). *Spørsmål og svar om overvektskirurgi*. Hentet fra <https://www.volvat.no/helse-og-behandling/sporsmal-og-svar-om-overvektskirurgi/> [Lesedato 10.04.15]

Wagenblast, A. L., Laessoe, L. & Printzlau, A. (2014). Self-reported problems and wishes for plastic surgery after bariatric surgery. *Informa healthcare: Journal of plastic surgery and hand surgery*, 48, 115-121.

Wangensteen, T., Undlien, D., Tonstad, S. & Retterstøl, L. (2005). Genetiske årsaker til fedme. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 22, 3090-3093.

Warholm, C., Øien, A. M. & Råheim, M. (2014). The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9.

Wimmelmann, C. L., Dela, F. & Mortensen, E. L. (2014). Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: A review of recent research. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8, 314-324.

WLShelp. *Bariatric plastic surgery*. Hentet fra <http://www.wlshelp.com/plastic-surgery.html> [Lesedato 24.04.15]

Wolfe, B. L. & Terry, M. L. (2006). Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. *Obesity surgery*, 16, 1622-1629.

World Health Organization (2015). *Obesity and overweight*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [Lesedato 24.03.15]

Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2012). *Væske og ernæring*. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Aasen, S. E. (2010). *Medical Subject Headings (MeSH) oversettes til norsk*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/for-forskere/medical-subject-headings-mesh-oversettes-til-norsk> [Lesedato 13.05.15]

Aasprang, A., Andersen, J. R., Sletteskog, N., Våge, V., Bergsholm, P. & Natvig, G. K. (2008). Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukeleg overvekt. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 5, 559-562.

7. VEDLEGG

7.1. Tabell 1: Søke- og utvalgsstrategi

Database, dato	Søkeord	Antall treff og leste overskrifter	Antall leste sammen- drag	Antall utvalgte	Inkluderte
Cinahl 26.02.15	Patients AND obesity AND bariatric surgery	119	16 (14*)	2	2
Medline 27.02.15	Bariatric surgery AND perception AND adult	135	19 (9*)	10 (5*)	5
Medline 05.03.15	Bariatric surgery AND adult AND body image	102	26 (20*)	6 (5*)	1
Medline 09.03.15	Bariatric surgery AND self concept	137	8 (4*)	4 (2*)	2
SveMed+ 27.02.15	Bariatric surgery AND obesity	110	9 (6*)	3 (2*)	1

*Antall forkastet

7.2. Tabell 2: Inkluderte artikler

Forfatter(e), tittel, tidsskrift, år og land	Studiens hensikt	Design/ metode	Deltakere / bortfall	Hovedresultat
<p>Angelica Forsberg, Åsa Engström & Siv Söderberg (2014)</p> <p>From reaching the end of the road to a new lighter life – people's experiences of undergoing gastric bypass surgery</p> <p>Intensive and critical care nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Å beskrive folks erfaringer etter å ha gjennomgått en gastric bypass operasjon</p>	<p>Retrospektiv studie</p> <p>Intervju</p>	<p>10 deltakere (Åtte kvinner og to menn)</p> <p>Alder 30-53 år</p> <p>BMI preoperativt 35-52</p>	<p>Et hovedfunn: Veien til et nytt og lettere liv</p> <p>Fem mindre funn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Føler seg mindreverdig med kroppen som hindring 2) I påvente av operasjon 3) Å våkne etter operasjon – føler seg sårbar og trygg 4) Å komme i gang, forberedelse til hjemreise 5) Å komme hjem med forventninger om en endret kropp
<p>Anne F. Klassen, Stefan J. Cano, Amie Scott, Jessica Johnson & Andrea L. Pusic (2012)</p> <p>Satisfaction and quality-of-life issues in body contouring surgery patients: a qualitative study</p> <p>Obesity surgery</p> <p>Canada</p>	<p>Å identifisere helse og estetiske bekymringer hos pasienter som har vært gjennom plastisk kirurgi etter et stort vekttap som følge av slankeoperasjon.</p>	<p>Kvalitativ studie, intervju</p>	<p>43 deltakere (40 kvinner og 3 menn)</p> <p>Alder 23-71 år</p> <p>BMI pre-operativt 30- >40</p> <p>BMI post-operativt (og etter plastisk kirurgi) 29- >40</p>	<p>Fem hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bekymringer relatert til utseende 2) Bekymringer rundt fysisk helse 3) Bekymringer rundt seksuell helse 4) Bekymringer rundt psykisk helse 5) Bekymringer rundt sosial helse <p>Plastisk kirurgi spilte en viktig rolle i avslutningen i prosessen rundt vekt nedgang.</p>
<p>Anne Lene Wagenblast, Line Laessoe & Andreas Printzlau (2014)</p> <p>Self-reported problems and wishes for plastic surgery after bariatric surgery</p> <p>Journal of plastic surgery and hand surgery</p> <p>Danmark</p>	<p>Å undersøke i hvilken grad gastric bypass pasientene vurderer plastisk kirurgi for fjerning av overflødig hud – deres årsaker og motivasjon for dette</p>	<p>Spørreundersøkelse</p>	<p>150 spørreundersøkelser ble sendt ut, 138 pasienter svarte og ble inkludert</p> <p>Tre aldersgrupper: <30 år, 30-50 år og >50 år</p>	<p>Hovedfunn – ønske om plastisk kirurgi pga.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysiske årsaker - Psykiske årsaker - Kosmetiske årsaker - Tilleggs-sykdommer

<p>Brenda L. Wolfe & Maria L. Terry (2006)</p> <p>Expectations and outcomes with gastric bypass surgery</p> <p>Obesity Surgery</p> <p>New Mexico</p>	<p>Å se på forventninger hos personer som vil oppnå gode resultater postoperativt, den psykososiale påvirkningen og hvilket vekttap de vil oppnå</p>	<p>Spørreundersøkelse</p>	<p>204 personer, der 93 svarte og ble inkludert (81 kvinner og 12 menn)</p> <p>Gjennomsnittsalder kvinner 43,3 år +/- 9,7 år</p> <p>Gjennomsnittsalder menn 50,9 år +/- 6,9 år</p> <p>Gjennomsnitt-BMI preoperativt 52,5 +/- 10,1</p> <p>Halvparten, 50,5%, hadde postoperativ BMI på <30</p>	<p>Store forbedringer i den psykiske helsen, den emosjonelle status og rundt matvaner etter gastric bypass operasjon.</p> <p>Slankeoperasjon ser ut til å ha effekt uansett hvilke preoperative forskjeller som er tilstede.</p>
<p>David B. Sarwer, Thomas A. Wadden, Reneé H. Moore, Miriam H. Eisenberg, Steven E. Raper & Noel N. Williams (2010)</p> <p>Changes in quality of life and body image following gastric bypass surgery</p> <p>Surgery for obesity & related diseases</p> <p>USA</p>	<p>Å vurdere forandringer i livskvalitet og kroppsbilde etter gastric bypass operasjon</p>	<p>Spørreundersøkelse</p>	<p>200 deltakere (164 kvinner, 36 menn)</p> <p>Gjennomsnittsalder preoperativt 42,6 år +/- 9,9 år</p> <p>Gjennomsnitt-BMI preoperativt 51,4 +/- 9,0</p>	<p>Store forbedringer på flere områder av helse- og vektrelatert livskvalitet og endringer i kroppsbilde etter operasjon.</p>
<p>Gerbrand C. M. van Hout, Christine A. J. M. Hagendoren, Saskia K. M. Verschure & Guus L. van Heck (2008)</p> <p>Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty</p> <p>Obesity surgery</p> <p>Nederland</p>	<p>Å se på hvordan psykososiale og atferdsmessige faktorer kan bidra til vellykkede postoperative utfall</p>	<p>Spørreundersøkelse og intervju</p>	<p>112 deltakere (98 kvinner og 14 menn)</p> <p>Gjennomsnittsalder 38,8 år +/- 8,3 år</p> <p>Gjennomsnitt-BMI preoperativt 45,4 +/- 5,1</p> <p>Gjennomsnitt-BMI 2 år postoperativt 31,9 +/- 5,9</p>	<p>To år etter vertikal gastric banding hadde pasientene hatt et betydelig vekttap og fikk bedre fysisk livskvalitet, bedre psykososial fungering, et bedre kroppsbilde og en forbedret spiseatferd.</p> <p>Preoperativ psykologisk vurdering trenger ikke ha betydning for vekttap postoperativt.</p>

<p>Jane Ogden, Cecilia Clementi, Simon Aylwin & Ameet Patel (2005)</p> <p>Exploring the impact of obesity surgery on patient's health status: a quantitative and qualitative study</p> <p>Obesity surgery</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Å utforske mekanismene bak suksessen av kirurgi og å undersøke hvordan det kan forandre pasienters helse</p>	<p>Kvantitativ spørreundersøkelse og kvalitativt intervju</p>	<p>Kvantitativ: 131 pasienter som var blitt slankeoperert eller sto på venteliste ble invitert til å delta. 22 opererte pasienter og 39 venteliste-pasienter deltok.</p> <p>Kvalitativ: 17 personer ble invitert til å delta. 2 flyttet og ble ekskludert. Totalt 15 pasienter ble inkludert.</p> <p>Gjennomsnittsvikt opererte pasienter 95,54kg. og gjennomsnittsbmi 37,52 +/- 9,4</p> <p>Gjennomsnittsvikt pasienter på venteliste 137,23kg. og gjennomsnittsbmi 49,75 +/- 8,91.</p> <p>Gjennomsnittsbmi hadde falt fra 47,94 til 37,92 for de opererte</p>	<p>Kvantitativ: de som var blitt operert veide mindre, hadde mer negative erfaringer rundt mat, men likevel rapporterte de bedre subjektiv helse.</p> <p>Kvalitativ: Noe bedre subjektiv helse. De opererte uttrykte bedre energi og selvfølelse, en endring i deres forhold til mat (erfarte en følelse av metthet og mindre sult, mat fikk en mindre rolle i deres liv). Følelse av mer kontroll over matinntaket.</p>
<p>Janet F. Jensen, Mette H. Petersen, Tine B. Larsen, Dorthe G. Jørgensen, Helle N. Grønbæk & Julie Midtgaard (2013)</p> <p>Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>Danmark</p>	<p>Å forstå erfaringene rundt et endret kroppsbygge hos unge kvinner etter en slankeoperasjon</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv fenomenologisk studie</p> <p>Intervju</p>	<p>Fem kvinner</p> <p>Alder 20-25 år</p> <p>Gjennomgått en slankeoperasjon i løpet av de 12 siste mnd.</p> <p>Bmi preoperativt 40,8 – 49,3</p> <p>Bmi postoperativt 20,8 – 35,1</p>	<p>Tre hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Løsning på et uutholdelig problem 2) Å lære grensesetting 3) Håp om et normalt liv <p>Kvinnenes følelse av å være på grensen mellom kontroll og ikke kontroll</p>
<p>Johann F. Kinzl,</p>	<p>Å undersøke</p>	<p>Semi-</p>	<p>116 kvinner var</p>	<p>Postoperativt:</p>

<p>Ernestine Trefalt, Michaela Fiala, Alexandra Hotter, Wilfried Biebl & Franz Aigner (2001)</p> <p>Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding</p> <p>Obesity surgery</p> <p>Østerrike</p>	<p>hvilke konsekvenser vektreduserende kirurgi har for seksuelle holdninger og forhold hos overvektige kvinner</p>	<p>strukturerte intervju</p>	<p>med preoperativt, men 34 kvinner møtte ikke postoperativt og ble derfor ekskludert. 82 kvinner ble inkludert</p> <p>Alder 19-58 år</p> <p>BMI preoperativt 33,3 – 64,5</p> <p>BMI postoperativt 21,3 – 33,1</p>	<p>halvparten var fornøyd med deres fysiske utseende, den andre halvparten ikke.</p> <p>Preoperativt: 44% tilfreds med seksualitet med deres partnere og hyppighet av seksuell omgang var regelmessig. Postoperativt: 63% sa at de nøt sex mer, 12% nøt sex mindre.</p> <p>Postoperativt: 20% sa at deres forhold hadde forandret seg positivt, 10% negativt.</p>
<p>Karen Synne Groven, Målfrid Råheim & Gunn Engelsrud (2013)</p> <p>Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery</p> <p>Medicine, Health Care, and Philosophy</p> <p>Norge</p>	<p>Å utforske kroppslige endringer etter slankeoperasjon</p>	<p>Empirisk studie, intervju</p>	<p>22 norske kvinner</p> <p>Alder 24-54 år</p> <p>Gjennomgått en slankeoperasjon i løpet av de siste 5-6 årene</p> <p>BMI pre-operativt 40-55</p> <p>BMI post-operativt 26-35</p>	<p>To hovedfunn:</p> <p>1) Den usynlige indre kroppen vs. den synlige utsiden av kroppen</p> <p>2) Den gamle kroppen vs. den nye kroppen</p>
<p>Lene B. Esmann, Anne H. Nyland & Lis Wagner (2013)</p> <p>Forventninger til livet etter en fedmeoperation</p> <p>Sygeplejersken</p> <p>Danmark</p>	<p>Å få innsikt i kvinnenes forventninger til gastric banding pre- og postoperativt</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk studie</p> <p>Intervju</p>	<p>Seks kvinner, der en ble ekskludert pga. annen type operasjon</p> <p>Alder 28-46 år</p> <p>Vekt preoperativt 102,3 – 138 kg</p> <p>Vekt 1 år postoperativt 84,4 – 130 kg</p>	<p>Fire hovedfunn:</p> <p>1 og 2 var funn preoperativt, 3 og 4 var funn postoperativt.</p> <p>1) Et liv preget av stigmatisering</p> <p>2) Forventninger rommer mer enn håpet om et konkret mål om vektnedgang</p> <p>3) Skuffelse</p> <p>4) Innfrielse av forventninger</p>
<p>Ronis Magdaleno Jr, Elinton Adami</p>	<p>Å forstå viktigheten av en</p>	<p>Kvalitativ, intervju</p>	<p>7 kvinner</p>	<p>Vektreduserende kirurgi gir raskt</p>

<p>Chaim, José Carlos Pareja & Egberto Ribeiro Turato (2011)</p> <p>The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women</p> <p>Obesity surgery</p> <p>Brasil</p>	<p>slankeoperasjon postoperativt for kvinner som lider av sykelig overvekt – hvordan faktorene påvirker resultatene. Hovedvekt på kroppsbilde og på de mulige psykologiske komplikasjonene som kan påvirke operasjonens utfall.</p>		<p>Alder 28-49 år</p> <p>Gjennomgått slankeoperasjon for 1,5 – 3 år siden</p>	<p>fysiske, sosiale og emosjonelle forandringer. Blir av pasientene sett på som en mulighet til å bli akseptert.</p> <p>To hovedfunn: 1) Forbedret kroppsbilde: akseptasjon og forsvarsløshet. 2) Problemer med slapp, løs og dvask hud, hudfolder og arr.</p>
--	---	--	---	--

7.3. Tabell 3: Meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier

NAVN ARTIKKEL	MENINGSBÆRENDE ENHET	SUBKATEGORI	KATEGORI
Self-reported problems and wishes for plastic surgery after bariatric surgery	100 % av deltakerne i alderen <30år, 87,5 % av deltakerne i alderen 30-50 år og 89,7 % av deltakerne i alderen >50 år ønsket plastisk kirurgi	Plastisk kirurgi	Utseendemessige erfaringer
	61 av 124 pasienter ønsket plastisk kirurgi pga. fysiske problemer	Plastisk kirurgi	Utseendemessige erfaringer
	76 av 124 pasienter ønsket plastisk kirurgi pga. psykososiale problemer	Plastisk kirurgi	Utseendemessige erfaringer
	81 av 124 pasienter ønsket plastisk kirurgi pga. kosmetiske problemer	Plastisk kirurgi	Utseendemessige erfaringer
	82 av pasientene sa at problemene førte til nedsatt seksuell lyst. I 33 av tilfellene var dette pga. fysiske problemer som smerte og hudirritasjon, mens de resterende rapporterte at de følte seg seksuelt svekket pga. psykososiale årsaker.	Seksualitet	Fysiske erfaringer
Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty	Pasienter rapporterte betydelige forbedringer i fysisk livskvalitet to år etter slankeoperasjon	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
	Det ble ikke funnet noen store forskjeller i mental livskvalitet	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Kroppsbilde ble bedret postoperativt (hvordan de så på seg selv)	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery	Kvinnene ble slanke, ga dem en ny opplevelse - samfunnet ble interessert i kroppen deres. Positive kommentarer fra personer som tidligere hadde oversett dem, på arbeidsplassen ble de lyttet til, spurt om råd. Folk ble mer interessert i deres meninger og ferdigheter, fant ut at folk ble mer hjelpsomme og imøtekommende, f.eks. ved å åpne dører og å tilby hjelp med tung bagasje. Selvtillit bedret seg.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	I relasjoner med sine	Seksualitet	Fysiske erfaringer

	partnere ble kvinnene etter hvert mer opptatt av å hevde seg selv på nye måter, og noen av dem bestemte seg for å bryte forholdet til sin partner fordi denne endringen var gjenstand for mye konflikter og uenighet.		
	Seksuell omgang – ønske om å slå av lys og ha på t-skjorte	Seksualitet	Fysiske erfaringer
	Den store kroppen hadde fungert som en viktig beskyttelse eller grense mot andre mennesker. Følelsen av å plutselig «miste» den beskyttende mekanismen. Opplevs som utrygt og ubehagelig.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Illeluktende hudfolder, hud som hang/dinglet, «flaggermusarmer», tykke pløsete lår og hengende bryster – etter vekttapet	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Den løse og hengende huden utfordret kvinnenes selvfølelse/selvbilde.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Sminke ble brukt for å dekke strekkmerker og løs hud i ansiktet, pushup-bh ble brukt for å skjule huden og de hengende brystene, magebelte ble brukt for å stramme inn foldene som hang over magen, og elastiske truser ble brukt for å skjule løs hud som hang ned på innsiden av lårene og på rumpeballene.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Kvinnene framhevet deres avgjørelse om å gjennomføre plastisk kirurgi så raskt som mulig for å få deres mage, bryst og armer rekonstruert for å føle seg komfortable, mer kvinnelig og attraktive	Plastisk kirurgi	Utseendemessige erfaringer
	For å få plastisk kirurgi måtte de vente 2-3 år, gå ned viss mye i vekt og vente til vekten hadde vært stabil i en lengre periode. Flere beskrev følelsen av frustrasjon og ble mentalt stresset. Dette førte til redusert livskvalitet	Plastisk kirurgi	Utseendemessige erfaringer
Changes in quality of life and body image	Pasientene rapporterte betydelige forskjeller (til	Psykisk helse	Psykiske erfaringer

following gastric bypass surgery	det bedre) i livskvalitet etter at kroppsbildet forandret seg		
	Vekttap utgjorde betydelige forbedringer i generell helse	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
From reaching the end of the road to a new lighter life – people`s experiences of undergoing gastric bypass surgery	Deltakerne beskrev at de ønsket et sunnere liv og at overvekten hadde vært et hinder for dagliglivet med smerter, pustevansker og lite søvn. Deltakerne uttrykte at det var vanskelig å forflytte seg og hadde mangel på styrke i hverdagen, noe som førte til problemer med å ta del i aktiviteter.	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
	Rett etter operasjon (før vekttap) - forventninger om å kunne bevege seg bedre – gå på tur, løping, ski. Ytterligere vekttap.	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
	De beskrev følelser av skam og ga seg selv skylden for å spise store mengder.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Deltakerne var redde for at andre skulle tro de var dumme, lat og manglende karakter i forhold til sin fedme.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Deltakerne beskrev følelsen av å være mindre verdt og de uttrykte følelser av å bli stirret på pga. deres vekt.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Etter operasjonen følte pasientene seg flau ovenfor andre pasienter da de skulle gå fra senga til badet fordi klærne/t-skjortene var for små	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Deltakerne følte frykt og forventninger om hvordan de skulle takle den nye situasjonen da de kom hjem.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Noen av deltakerne følte ikke sulten lengre, men maten fikk en ny vending da man måtte planlegge måltidene	Ernæring	Fysiske erfaringer
	Dumpingsyndrom – frykt. Riktig mat, riktig porsjon.	Ernæring	Fysiske erfaringer

Satisfaction and quality-of-life issues in body contouring surgery patients: a qualitative study	Løs, hengende hud etter vektnedgang – grunn i seg selv til ikke å ta slankeoperasjon dersom det ikke hadde vært tilbud om plastisk kirurgi.	Utseende	Utseendemessig erfaringer
	Noen sa de foretrakk utseende av kroppen bedre før slankeoperasjon.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Etter plastisk kirurgi opplevde pasientene takknemlighet og tilfredsstillelse med hvordan de så ut og følte seg. Beskrev utseende som glatt, velformet og stramt. Kvinnelige deltakere sa de hadde fått en mer feminin eller kvinnelig kropp. Noen tenkte ikke over arrene etter plastisk kirurgi, noen skjulte dem.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Overflødig hud påvirket den fysiske helsen på flere måter: Begrenset mulighet til å delta i ulike aktiviteter, hemmet bevegelse, smerte og ubehag. Vanskelig å finne passende stoler å sitte i. Problemer med balanse. Problemer med å bøye seg. Ikke ha mulighet til å bevege seg fritt omkring.	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
	Løs hud ga hudutslett og gnissing. Ubehagelig og smertefullt. Svette og hvordan de luktet. Hudinfeksjoner og mye hudpleie.	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
	Etter plastisk kirurgi – mulighet til å delta i fysiske aktiviteter pga. fjerning av overflødig hud. Økt energi. Følte seg fri til å delta. Bedre livskvalitet.	Plastisk kirurgi	Fysiske erfaringer
	Overflødig hud – en negativ innvirkning på intime forhold. Engasjement rundt seksuell omgang fysisk hemmet pga. løs, hengende hud. Usikker på utseende, følte nødvendighet for å skjule overflødig hud (slå av lys,	Seksualitet	Fysiske erfaringer

	ha klær på)		
	Forbedring i seksualliv etter plastisk kirurgi. Mer komfortabel og mindre usikker. Mer glede omkring seksuelle forhold.	Seksualitet	Fysiske erfaringer
	Bekymret og redd pga. overflødig hud. Lav selvfølelse. Kroppsbilde forverret i tiden mellom slankeoperasjon (vekttap) og plastisk kirurgi. Fikk dem til å føle seg stygge.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Plastisk kirurgi gjorde en stor forskjell i deres psykiske helse – mer positive omkring deres kropp, selvtilliten økte. Følelse av å være normal.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Før plastisk kirurgi unnlot flere å delta i noe sosialt, følte seg sosialt isolert. Følte seg utelatt fra sosiale arrangementer, folk unnlot å få øyekontakt med dem og stilte ubehagelige/uvesentlige spørsmål. Følte seg dømt.	Sosial helse	Sosiale erfaringer
	Blandete reaksjoner fra folk etter plastisk kirurgi – flesteparten fikk positive, noen negative (sjalusi?). Det sosiale forandret seg – mer ute blant folk, følte seg mer viktig, fikk si sin mening.	Sosial helse	Sosiale erfaringer
Forventninger til livet etter en fedmeoperation	Stigmatisering dominerende før operasjon. Dårlig selvtillit og selvbilde. Føler seg utstilt. Håper på et bedre selvbilde og endret kroppoppfattelse, en ny personlighet.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
	Omgivelsene viser krenkende atferd. Sosial isolasjon. Håper på brudd med den sosiale isolasjonen.	Sosial helse	Sosiale erfaringer
	Håper på et forbedret seksual- og samliv	Seksualitet	Fysiske erfaringer
	Håper på kontroll over matinntak. Endring i kostvaner.	Ernæring	Fysiske erfaringer
	4 av 5 beskriver at mengden mat er begrenset etter operasjon. 3 av 5 sluttet å trøstespise.	Ernæring	Fysiske erfaringer

	2 av 5 hadde fått selvbildet styrket	Psykisk helse	Psykiske erfaringer	
	2 av 5 hadde oppnådd bedre seksual- og samliv	Seksualitet	Fysiske erfaringer	
	2 av 5 oppnådd brudd med sosial isolasjon	Sosial helse	Sosiale erfaringer	
Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study	Før slankeoperasjon – negativt/lavt selvbilde. Frykten om hva andre tenkte om dem. Mobbet og ertet for sitt fysiske utseende. Beskjeden og utrygg.	Utseende	Utseendemessige erfaringer	
	Ofte alene, sosialt tilbaketrukket.	Sosial helse	Sosiale erfaringer	
	Mat – en sentral rolle for å regulere og lindre det emosjonelle. Følelser og kjedsomhet regulert av maten.	Ernæring	Fysiske erfaringer	
	Vanskelig psykisk å ikke spise i samme omfang som tidligere. Sug etter mat, men faren for fysisk ubehag resulterte i nytt atferdsmønster.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer	
	Sårbar i sosiale sammenhenger, da man ikke kunne spise det samme som andre	Sosial helse	Sosiale erfaringer	
	Følelse av kontroll over matinntak	Psykisk helse	Psykiske erfaringer	
	Ny og stor energi, frihet	Fysisk helse	Fysiske erfaringer	
	Ble tynn – lyttet til, samfunnet interessert. Følelse av velbehag og et høyere selvbilde	Utseende	Utseendemessige erfaringer	
	Følelsen av å ikke lenger stå utenfor. Ønske og mot til å utvide sin sosiale sirkel	Sosial helse	Sosiale erfaringer	
	Hva andre tenkte om dem hadde mistet mening. Annerledes tanker om seg selv, følte seg uovervinnelig.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer	
	Slankeoperasjon – en mulighet til å ta kontroll og ansvar over deres kropp	Psykisk helse	Psykiske erfaringer	
	Expectations and outcomes with gastric bypass surgery	Store endringer i medisinske tilstander. Hypertensjon, søvnapné og diabetes mellitus redusert. Smerter redusert betraktelig.	Fysisk helse	Fysiske erfaringer
		Depresjon og angst redusert.	Psykisk helse	Psykiske erfaringer
		Trøstespising redusert (mat brukt til emosjonell mestring)	Ernæring	Fysiske erfaringer

The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women	Overvekten gjorde at de følte at de var i en beskyttet posisjon. Å være synlig medførte frykt og uro, et tap av beskyttelse.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Noen var fortsatt misfornøyde med kroppen sin – slapp, løs og dvask hud, hudfolder og arr. Forventninger om å få en frisk, fin og funksjonell kropp.	Utseende	Utseendemessige erfaringer
Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences if weight loss after gastric banding	Hos 17 % var utseende hovedgrunnen til å gjennomgå slankeoperasjon	Utseende	Utseendemessige erfaringer
	Før: 44 % av kvinnene var tilfredse med deres seksuelle forhold til deres partner og sa at seksuell omgang var regelmessig. Resten sa de hadde seksuelle problemer (lavt seksuelt ønske, seksuell unngåelse, veldig sjelden seksuell omgang og problemer med å engasjere seg seksuelt pga. fysiske problemer)	Seksualitet	Fysiske erfaringer
	Håp om at operasjon ville øke seksuell aktivitet og seksuelt forhold til partneren	Samliv og seksualitet	Fysiske erfaringer
	1 år etter sa 15 % at seksuell omgang var like tilfredsstillende som før operasjonen. 63 % sa de nøt sex bedre etter operasjonen, 12 % sa de nøt sex bedre før operasjonen.	Seksualitet etter slankeoperasjon	Fysiske erfaringer
Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status: a quantitative and qualitative study	(Kvalitativ studie) Etter: følelse av mer energi	Fysisk helse etter slankeoperasjon	Fysiske erfaringer
	(Kvalitativ studie) Etter: bedre selvtillit	Psykisk helse etter slankeoperasjon	Psykiske erfaringer
	(Kvalitativ studie) Etter: spiste mindre porsjoner, endring i foretrukket mat, ny følelse av å være mett og mindre sulten.	Ernæring etter slankeoperasjon	Fysiske erfaringer
	(Kvantitativ studie) De opererte rapporterte om mer negative erfaringer av mat enn de som sto på venteliste - overmetthet og kvalme. Begge gruppene like i forhold til positive erfaringer av mat – glede og tilfredshet.	Ernæring	Fysiske erfaringer
	(Kvantitativ studie) De	Psykisk helse	Psykiske erfaringer

	opererte var mindre trette og hadde bedre livskvalitet enn de som sto på venteliste. Lik i forhold til angst og depresjon.		
--	--	--	--