

Kirurgi – vägen till lycka?

Patienters upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet efter överviktskirurgi

FÖRFATTARE	Moa Jonsson Linn Skarpvold
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180hp OM5250 Examensarbete i omvårdnad, grundnivå
	HT 2012
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Annika Janson Fagring
EXAMINATOR	Monica Moene

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Kirurgi – vägen till lycka?
Title:	Surgery – the road to happiness?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, OM5250 Examensarbete i omvårdnad, grundnivå
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Moa Jonsson Linn Skarpvold
Handledare:	Annika Janson Fagring
Examinator:	Monika Moene

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fetma är ett globalt folkhälsoproblem. Personer som lider av fetma upplever en försämrad hälsorelaterad livskvalitet. Fetma kan innebära både fysiska och psykiska hinder för personer och viktreducering kan bidra till att personer får en upplevd ökad livskvalitet. Ett kirurgiskt ingrepp är ett allt mer vanligt förekommande behandlingsalternativ för att uppnå ett långvarigt resultat av viktreducering. Upplever patienterna förändringar i hälsorelaterad livskvalitet efter operation? Har dessa i så fall varit positiva eller negativa? Kunskap om patienters upplevelser av hälsa och sjukdom kan ge sjuksköterskor bättre förutsättningar för att främja hälsa och förhindra ohälsa.

Syfte: Att undersöka individers upplevelser vad gäller hälsorelaterad livskvalitet efter viktnedgång med hjälp av överviktskirurgi.

Metod: Arbetet är en litteraturstudie med grund i analys av kvalitativ forskning.

Artikelsökningarna gjordes i databaserna Pubmed, Cinahl, Scopus. Artiklar kvalitetsgranskades och nio valdes sedan ut för analys och sammanställning av resultat.

Resultat: Överviktskirurgi förändrade livet hos patienter betydligt. Både positiva och negativa upplevelser beskrevs. Känslor av pånyttfödelse, bättre självkänsla och kontroll stod i kontrast till skam, känslor av misslyckande och svårigheter att möta nya utmaningar i livet.

Diskussion: För att kunna ge en så god och effektiv omvårdnad som möjligt behövs ett engagemang från sjuksköterskan för att kunna urskilja patienter som är i behov av extra stöd. Kunskapen om patientens upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet kan ge en ökad

förståelse för patientens situation, vilket i sin tur kan bidra till ett förhållningssätt som gynnar både patienten och sjuksköterskan.

Nyckelord: Livskvalitet, hälsorelaterad livskvalitet, hälsa, överviktskirurgi, upplevelse, hopp, lidande, självkänsla

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Överviktskirurgi som behandlingsmetod	1
Hälsorelaterad livskvalitet	3
Hopp och lidande.....	3
Självkänsla.....	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Inklusions- och exklusionskriterier	5
Kvalitetsgranskning	5
Analys	6
Resultat	6
Upplevelser av självbild	7
<i>Självförverkligande</i>	7
<i>Självkritisk attityd</i>	7
Relationen till mat	8
<i>Emotionella band</i>	8
<i>Matvanor</i>	9
Sociala relationer.....	9
<i>Omgivningens betydelse</i>	9
<i>Fysisk hälsa/ohälsa</i>	10
Sammanfattning av resultat.....	10
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
<i>Hopp och lidande</i>	12
<i>Sjuksköterskans attityd</i>	13

<i>Framtidens behov</i>	14
Referenser	15
Bilaga 1. Sökschema	18
Bilaga 2. Artikelmatris	20
Bilaga 3. Analysschema	26

Inledning

Kirurgisk behandling av fetma talas ofta om i media och hur det har förändrat personer liv radikalt. Efter flera misslyckade försök med diverse dieter har personer äntligen lyckats gå ner i vikt och bibehålla den. I sociala medier och offentliga dagböcker på internet berättas det om antal kilo de tappat den senaste veckan och hur lyckliga de är nu, jämfört med före operationen. Vi har även upplevt personer i vår bekantskap som efter operation verkar ha utvecklat destruktiva beteenden som ett sätt att få bekräftelse av omgivningen. Vi ifrågasätter därför om övervikten egentligen rotar sig i något mycket djupare än ett för stort mat intag. Bidrar överviktskirurgi till livsglädje och upplevelse av hälsa eller finns det djupare kunskaper om dessa personers livsberättelser som sjuksköterskan kan ha användning för i sitt hälsofrämjande arbete?

Bakgrund

Ett av världens största folkhälsoproblem idag är övervikt och fetma (1). Övervikt och fetma sprider sig i en alarmerande takt och sträcker sig över alla åldersgrupper (2). År 2010 rapporterades det att 40 miljoner barn under 5 års ålder var överviktiga. Globalt sett har antalet personer som lider av fetma dubblats de senaste 30 åren. Varje år dör minst 2,8 miljoner vuxna människor i fetma. Utvecklingen av fetmarelaterade sjukdomar i låg- och medelinkomstländer har ökat. Detta har medfört att befolkningen i dessa länder inte längre bara måste hantera problem som malnutrition och infektionssjukdomar. Fetman och dess följsjukdomar ökar och en anledning till detta är att kaloririk mat tenderar att vara lägre i kostnaderna vilket gör att allt fler konsumerar dessa varor. Detta intag i samband med mindre fysisk aktivitet gör att fetman ökar samtidigt som underviktsproblematiken kvarstår.

WHO:s definition av fetma är då kroppsmassan (*Engelska*: Body Mass Index; BMI) överskrider 30 kg/m² (1). Fetma kan inte bara mätas enligt uträkning av BMI, då t.ex. muskelmassa kan ge ett ökat BMI hos en person som inte är överviktig. Andra mätvärden som påverkar hälsostatusen är midjemått, mängd bukfett, procentuell andel av fett och muskler på kroppen samt metaboliska värden (3). Det finns olika faktorer som bidrar till förekomsten av fetma även i psykosociala domäner, det kan vara beteendemässigt, kulturellt eller arvmässigt påverkade (4). Sjukdomen kan påverka livet på många sätt och kan leda till både psykiska och fysiska hinder för individen (2). Det behöver inte innebära några hälsoproblem men den kan vara en stor bidragande orsak till en mängd följsjukdomar (4). Fetma är den femte vanligaste orsaken i världen, som ökar risken för att drabbas av en dödlig följsjukdom. De vanligaste följsjukdomarna av fetma är Diabetes typ II, hjärt-/kärlsjukdom, ledbesvär, vissa cancertyper och gallbesvär (1).

Överviktskirurgi som behandlingsmetod

Viktreducering kan bidra till att individer upplever en ökad livskvalitet. Genom en viktreducering kan olika hälsoparametrar förändras positivt, exempelvis har forskning visat att glukos- och blodtrycksvärden förbättrats (4). En studie (5) visar att livskvaliteten i fysiska-, psykosociala- och sociala domäner är låg hos personer som lider av fetma. Det finns också samband mellan ett högre BMI och en lägre livskvalitet hos personer med

fetma. Icke-kirurgiska ingrepp kan vara fördelaktiga för den enskilda individen på kort sikt, men för att tappa en större procentuell kroppsvikt är överviktskirurgi ett allt mer förekommande alternativ som många personer väljer (5).

Alla individer som lider av fetma är inte automatiskt kandidater för överviktskirurgi. Indikationer för behandling varierar beroende av den enskilde patientens hälsostatus. BMI >40 är endast ett av många kriterier för att vara aktuell för kirurgisk behandling. Även patienter med ett BMI >35 kan vara aktuella om de parallellt drabbats av fetmarelaterade följsjukdomar som exempelvis diabetes eller hypertoni. Utöver BMI-värde och följsjukdomar finns mer komplexa riktlinjer att följa i den preoperativa utredningen. Patienten bör vara mentalt frisk och psykiskt stabil. Även omfattning av, samt antal tidigare vikttnedgångsförsök med hjälp av diet eller medicinering vägs in. Dessa subjektiva kriterier anses viktiga att evaluera för att kunna överväga risker och fördelar med operation för varje patient. Åldersintervallet är internationellt accepterat och bör vara mellan 18-65. Men även patienter under 18 år har opererats med framgång då det har bedömts vara gynnsamt för enskilda individer att genomgå kirurgisk behandling. En grundlig preoperativ utredning är viktig för att öka följsamheten hos patienten då denne blir införstådd med de risker som behandlingen innebär samt de förändringar den kräver vad gäller exempelvis kostvanor. Utgångspunkten i den preoperativa utredningen är sammanfattningsvis att väga risker och fördelar med en kirurgisk behandling för just den enskilde patienten. Både objektiv och subjektiv information spelar en roll för om just den patienten är aktuell för behandlingen (2, 6).

Redan under 1950-talet gjordes de första operationerna inom överviktskirurgi. Metoder utvecklades då man upptäckte att patienter som fått tunntarmen förkortad pga. andra sjukdomar, snabbt gick ned i vikt efter ingreppet. Idag finns det flera olika metoder inom överviktskirurgin. De tre vanligaste är *Gastric banding* (GB), *Vertikalt bandad gastroplastik* (VBG) och *Gastric bypass* (GBP). Samtliga ingrepp kan genomföras både laparoskopiskt och med öppen kirurgi (4). Alla tre metoder bygger på att en del av magsäcken avgränsas till en volym på ca 30 ml. Vid GB och VBG sker avgränsningen med ett åtstramande band som gör att maten stannar längre i den avgränsade delen och skapar mättnadskänsla vid mindre mängd mat än tidigare. Skillnaden mellan de två metoderna är att banden placeras olika, samt att vid GB ansluts en dosa till bandet, i vilken man kan injicera vätska för att reglera passagens storlek. Vid GBP separeras istället ca 30 ml av magsäckens övre del och låter resterande del ligga vilande. Man kopplar också om tunntarmen, med en del direkt anslutande den till den avgränsade magsäcken, så att näring inte kan upptas i samma omfattning som tidigare. Vilken metod som passar den enskilde individen bäst avgörs av patientens önskemål, BMI-värde, matvanor m.m. GBP har påvisats leda till en större procentuell viktreducering än GB och VBG. GBP är också den mest använda metoden av de tre (7, 8).

Överviktskirurgi medför alltid en risk för komplikationer, beroende på kirurgisk metod kan de variera. Vanliga komplikationer/biverkningar är kräkningar, inflammation i matstrupen samt brist av vissa vitaminer och näringsämnen (4). Som följd av brist på Kalcium, kan exempelvis benskörhet vara en komplikation efter GBP (9).

Hälsorelaterad livskvalitet

Inom det humanistiska synsättet definieras inte hälsa bara som frånvaro av sjukdom utan det är viktigt att kunna se personer som en helhet, där både fysiska och psykiska delar vägs samman. Hälsa definieras som en process av upplevelser och känsla av välbefinnande i det dagliga livet (10). Livskvalitet definieras som en subjektiv upplevelse av hur en person värdesätter sin livssituation. Både det fysiska och psykiska tillståndet kan påverkas av dels kulturella, dels ekonomiska och sociala förhållanden (5).

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet (*Engelska*: Health Related Quality of Life; HRQOL) inbegriper personers subjektiva upplevelser, tro, värderingar och uppfattningar samt reaktioner på hälsa och sjukdom. Att mäta HRQOL hos personer med fetma är ett bra tillvägagångssätt för att bedöma hur de känner sig och fungerar i sitt dagliga liv efter en viss behandlingsmetod för fetma (5). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), har studier visat att HRQOL är försämrade hos personer som lider av fetma. HRQOL påverkas bland annat av personers självuppfattning och fysiska svårigheter/sjukdomar (4).

Genom att förstå patientens upplevda HRQOL och vad som kan påverka denna, kan det göras en bra individuell vårdplan. Patienter med låg HRQOL blir en utmaning för sjuksköterskor att ta sig an, då sjuksköterskornas omvårdnad är en stor bidragande faktor i patienternas upplevelse av sin situation (5). HRQOL har i kvantitativa studier mätts med frågeformulär som *Short Form-36* (SF-36) eller *World Health Organization Quality of Life - BREF* (WHOQOL- BREF) (11, 12). SF-36 är ett mätinstrument som har visat sig vara användbart då det ska jämföras olika sjukdomar och behandlingar i olika populationer. Frågeformuläret är ett mätinstrument som hjälper till att värdera personers upplevelser av fysisk och psykisk hälsa i åtta olika domäner (12). WHOQOL-BREF har visat sig vara ett användbart mätinstrument i kliniska studier där man vill mäta livskvalitet hos personer. Mätinstrumentet är utformat för att jämföra hur olika behandlingsmetoder och hur dess effekter påverkar olika personer. Livskvaliteten mäts här i fyra olika domäner (11).

Hopp och lidande

Den subjektiva upplevelsen av hälsa och livskvalitet påverkas av upplevelsen av lidande och hopp. Lidande kan upplevas trots en upplevd god hälsa, men kan även bidra till ohälsa. Lidande ses som en naturlig del i levnadslöppet. Då en person saknar mening med livet kan detta skapa ett lidande som i sin tur kan resultera i ohälsa (10). Även omgivningen kan skapa ett lidande hos en person. Personer med fetma påverkas ofta av omgivningens fördomar, uppfattningar och utformning och skuldbelägger då sig själva på grund av negativa attityder och motgångar (4). Lidande kan förknippas med att en person känner hopplöshet och en uppgivenhet över sin situation. Om en person upplever ohälsa men samtidigt kan se möjligheter i sin sjukdomssituation eller sitt lidande, kan detta inge en känsla av hopp. Hoppet kan ge motivation för personen att ta tag i sin levnadssituation och skapa drivkraft för förändringar i livet (10).

Självkänsla

Att ha en god självkänsla bygger på att man känner sig tillfreds med sitt levnadssätt och har det förtroendet för sig själv att man klarar av de utmaningar som livet kan kräva (13). Självkänsla bygger på respekt för, och värdesättande av sin egen person. Varje individs

självkänsla är således påverkad av dennes livssituation. Många personer som lider av fetma kämpar med en låg självkänsla. Självkänsla generellt byggs för många på prestige, utseende och materiella ting. Skönhetsideal med smala midjor verkar vara rådande. Stigmatiseringen i samhället har utvecklat en stereotyp bild av feta människor som lata personer med saknad av självdisciplin, som har sig själva att skuldbelägga för sin övervikt. Individer som lider av fetma kan påverkas av dessa negativa attityder och deras självkänsla försämras. Det råder dock oklarheter i forskningen om huruvida det är fetma som är en bidragande orsak till lägre självkänsla, eller låg självkänsla som är en bidragande orsak till fetma (13).

Problemformulering

Fetma är en allt mer vanligt förekommande folkhälsosjukdom och kirurgi är idag ett vanligt behandlingsalternativ för ett långvarigt resultat av viktnedgång (7). Erfarenheter av hälsorelaterad livskvalitet kopplat till överviktskirurgi är ett relativt nytt forskningsområde (5). Med tanke på den försämrade HRQOL som personer med fetma upplever (4), är denna litteraturstudie avsedd att ge fördjupad kunskap om vilka upplevelser denna patientgrupp har kring HRQOL efter genomgången överviktskirurgi. För att kunna ge en så god omvårdnad som möjligt till denna patientgrupp är det viktigt att sjuksköterskor och annan vårdpersonal får en inblick i vilka dessa upplevelser är (14). Upplever patienterna förändringar i HRQOL efter operation? Har dessa i så fall varit positiva eller negativa? Har behandlingen påverkat deras självkänsla och på vilket sätt? Genom att ha kunskap om patienters upplevelser av hälsa och sjukdom har sjuksköterskor bättre förutsättningar för att främja hälsa och förhindra ohälsa, vilket ingår i sjuksköterskans yrkeskompetens (15).

Syfte

Denna litteraturstudie syftar till att undersöka individers upplevelser vad gäller hälsorelaterad livskvalitet efter viktnedgång med hjälp av överviktskirurgi.

Metod

Arbetet är en litteraturstudie, gjord efter modellen ”att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” (16). Arbetet är baserat på en osystematisk informationssökning och en mer systematisk informationssökning. Enligt Östlundh (17) är det viktigt att använda systematisk och osystematisk sökningsmetod parallellt för att få ett brett och bra informationssökningsresultat (17).

Litteratursökning

Arbetet började med en inledande litteratursökning för att skaffa grundläggande information till arbetet. Det är ett bra sätt att få en översikt över området som ska studeras. Vid början av en litteratursökning bör informationssökandet vara brett och ge inspiration för studien. En osystematisk sökning kan i detta fall vara en bra metod att använda sig av och är avsedd att skapa en grund till den systematiska informationssökningen (17). Den osystematiska informationssökningen gjordes därför relativt fritt i databaser via Göteborgs Universitetsbiblioteks hemsida (ub.gu.se). Internetbaserade hemsidor och encyklopedier användes. Litteratur söktes även via SUMMON, där böcker hittades som kunde användas i

bakgrunden. I den systematiska informationssökningen, behövs ett kritiskt förhållningssätt då urvalet av användbar litteratur görs. För att skapa struktur kring tillvägagångssättet krävs det kontinuerlig dokumentation av hela sökningsarbetet (17). I den systematiska informationssökningen användes databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus för att samla in relevant data. De är databaser där det främst finns forskningsartiklar (16).

Studier med kvalitativ forskningsmetod var målet med sökningarna och sökord valdes som ansågs infria syftet. Subjektiva upplevelser kring överviktskirurgi var centralt för studien och sökorden anpassades därefter. För att få en bra översättning på de valda sökorden, från svenska till engelska, användes databasen Svensk MeSH. Sökord som användes var: Gastric bypass, quality of life, experience, psychosocial, health related quality of life, roux-en-y, bariatric surgery, qualitativ*, qualitative. Sökordet "Roux-en-Y" valdes då det framkom ur bibliografiska poster att detta är en vanlig benämning av Gastric bypass operation. En bred sökning gjordes i början med ett sökord i taget men då träffarna blev för många lades det till fler sökord. Sökorden kombinerades på olika sätt och det noterades vilka kombinationer som gav bra sökträffar, se bilaga 1. För att få fram relevant data gjordes begränsningar i sökningen. Det var viktigt att få med aktuell forskning och därför att begränsades sökningar med; "Article", "free full text available", "10 years", "peer reviewed", "research article", "nursing", "english", se bilaga 1. En del sökningar begränsades med tio års intervall då antalet träffar var stort. De sökningar som inte begränsades till 10 års intervall var i Cinahl och Scopus eftersom databaserna visade träfflistans tidsram. Då tidsramen föll inom intervallet år 2000-2012 och antalet träffar inte var för stort, var det inte nödvändigt att begränsa ytterligare. År 2000 sattes som en nedre gräns då arbetet skulle inkludera aktuell forskning men samtidigt inte begränsas för hårt.

Inklusions- och exklusionskriterier

Då sökningarna ansågs mättade inleddes datainsamling med att samla in de abstrakt som den systematiska sökningen fått fram. Artiklar som ansågs vara väsentliga för syftet valdes ut. Antalet kvalitativa artiklar var inte tillräckligt på grund av begränsad befintlig forskning inom området, därför inkluderade datainsamlingen även kvantitativa artiklar som belyste syftet. Både män och kvinnor inkluderades och alla varianter av överviktskirurgiska ingrepp. De artiklar som exkluderades, var de med en åldersgrupp under 18 år, då ett av grundkraven för överviktskirurgi är 18 år, även om operation har utförts på yngre individer (2). Exklusion-/inklusionskriterier vad gällde tid efter operationsdatum valdes bort då arbetet syftade till patienters upplevelse ur ett helhetsperspektiv. En artikel exkluderades då den inte stämde överrens med kriterierna. Därefter gjordes en sekundärsökning då antalet kvalitativa artiklar var för litet och kompletterande data behövdes (18). Sekundärsökningen visade att en av de inkluderade artiklarna som innehöll en kvantitativ och en kvalitativ studie (19) refererade till en utökad version av den ursprungliga kvalitativa artikeln. Denna utökade version (20) återfinns således inte i sökschemat, men den ersatte den tidigare i valet av artiklar.

Kvalitetsgranskning

För att få en ökad förståelse av subjektiva upplevelser, som är centralt i arbetet, är det av vikt att ha en grund i analys av kvalitativ forskning. En utgångspunkt är att varje studie har ett kunskapsvärde och att sammanställningen av flera studier ger ett större kunskapsvärde

(16). 15 artiklar från litteratursökningen valdes och sammanställdes i en artikelmatris, se bilaga 2, detta för att få en överblick om vad de handlade om. Efter sammanställningen av artiklarna gjordes en kvalitetsgranskning, även denna redovisas i artikelmatrisen.

Granskningarnas syfte var att bedöma artiklarnas kvalitet och om de svarade på syftet. Till detta användes två protokoll, ett för kvalitativa artiklar och ett för kvantitativa artiklar. Båda protokollen hade olika frågor som kunde besvaras med ”ja” eller ”nej” svar. För varje ”ja” som artikeln fick på frågorna gavs ett poäng. Dessa poäng sammanställdes sedan och med hjälp av ett poängintervall kunde artiklarna delas in i låg-, medel-, eller hög kvalitetspoäng (21). Detta tillvägagångssätt gjorde det enklare att kvalitetssäkra artiklarna och i första hand inkluderades de artiklar med medel och hög kvalitetspoäng till arbetet. Resultatet består av sju kvalitativa samt två kvantitativa artiklar. Trots låga kvalitetspoäng ansågs en av de kvantitativa artiklarna styrka resultatet och därför valdes den att inkluderas ändå. Under kvalitetsgranskningen utvärderades även studiernas etiska aspekter. Samtliga studier, utom två, har godkänts av en etisk kommitté eller beskriver utförligt i metoden om information som getts till deltagarna och fått deras samtycke. De övriga två nämner inget specifikt om etiska aspekter men bedömdes ändå beskriva ett hänsynsfullt förhållningssätt gentemot deltagarna.

Analys

Efter granskning och bedömning av artiklars kvalitet sammanställs resultaten, som i sin tur kan bilda en ny kunskap som kan vara till hjälp för framtida omvårdnadsarbete (16). Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger och sammanfattades. Sedan jämfördes artiklarnas likheter och skillnader mellan deras resultat. Därefter analyserades och diskuterades dessa för att hitta nyckelord som kunde kopplas samman. Detta för att hitta en röd tråd genom artiklarnas resultat som svarade på syftet. Analysen gav nya teman och subteman som skapade en struktur för resultatet, se bilaga 3.

Resultat

Resultat presenteras här under de nya teman och subteman som skapades i analysen. En förkortad modell av analysens schemat, bilaga 3, ses nedan, figur 1.1. Teman är valda så att de belyser de centrala delar som framkommit från artiklarnas resultat och inbegriper patienters både positiva och negativa upplevelser av HRQOL efter en genomgången överviktskirurgi.

Figur 1.1

Tema	Upplevelser av självbild	Relationen till mat	Sociala relationer
Subtema	<i>Självförverkligande</i>	<i>Emotionella band</i>	<i>Omgivningens betydelse</i>
	<i>Självkritisk attityd</i>	<i>Matvanor</i>	<i>Fysisk hälsa/ohälsa</i>

Upplevelser av självbild

Självförverkligande

Studier (22, 23) har visat att patienter efter operation beskrev sig själva som pånyttfödda och att deras liv hade transformerats i jämförelse med livet före operation. Operationen beskrevs som ett landmärke i det psykosociala mellan deras gamla och nya liv. Patienterna beskrev att de hade fått en känsla av frihet jämfört med tiden då de led av fetma, då de känt sig som fångar i sina egna kroppar. Efter operationen kände de sig inte längre osynliga i sin omgivning och kände även att de fått en ny chans i livet (22, 23). Positiva förändringar i självkänsla upplevdes i takt med att BMI minskade (24). Vidare berättade patienter att innan operationen kände de sig olyckliga då de inte kunde utföra saker som de ville i vardagen på grund av sin fetma. Att försöka hitta balans efter operationen var en kontinuerlig och utvecklande process som patienterna kände var både energigivande och positiv, samtidigt som den var fysiskt och känslomässigt dränerande. De ville göra sig av med en del av sitt gamla jag, samtidigt som de ville förbättra självkänsla och självförtroende (22, 25). De patienter som kände att de kunde handskas med sina nya utmaningar som de möttes av efter operationen upplevde en ökad livskvalitet i proportion till den minskade vikten. Samtidigt kände sig andra patienter hämmande av livsstilsförändringarna efter operation och upplevde istället en minskad livskvalitet (22). Studier (22, 26) visade att patienter upplevde sina första postoperativa månader som en positiv livsförändring. De kände sig finare, smalare och tack vare ett ökat självförtroende kände sig mer positiva till sociala aktiviteter. Patienterna beskrev den första tiden efter operation som en ”smekmånad”, men denna ”smekmånad” bleknades med tiden, vilket kunde kopplas samman med komplikationer. Vidare upplevde en del patienter att de hade lägre livskvalitet efter operation än innan då de förväntningar de hade på livet efter operationen visade sig ha varit för höga (22, 26). Patienter trodde inför operation att de skulle vara oerhört lyckliga efteråt, men de flesta avslöjade att de var totalt oförberedda på de känslomässiga missförhållanden som det inneburit. De ifrågasatte vad de gjort och var oroliga över hur det skulle klara av förändringen. Patienterna upplevde också denna period som depressiv och en tid då de var mycket ensamma (27, 28). En patient uttryckte sin besvikelse och negativa upplevelse efter operation med orden: *”Roux-en-Y gastric bypass surgery is not the end all to be all. Those who believe that it will fix everything are truly deluded”* (27, s. 63).

Vidare upplevde patienter den första tiden efter operation som chockerande då de kände att de fått för lite information angående bieffekter. Operationen var för dem en sista utväg för ett hälsosammare liv. De var arga och besvikna över att de inte var beredda på att de skulle må så dåligt som de gjorde (25).

Självkritisk attityd

De förändringar som följde efter operationen kunde generera oro och spänningar hos patienter (22, 26). Spänningarna som de kände kunde vara inför nya utmaningar. Utmaningar i den bemärkelsen att de fått ett nytt uppdrag att hitta sig själva igen och bli deltagare till en ny ”komplex värld” med nya krav. Vissa patienter upplevde dessa spänningar som negativa då de kände att utmaningarna krävde ny kompetens vilket de upplevde att de inte hade. Samtidigt som de positiva förändringarna var bekräftade visade

det sig att i de snabba förändringarna, både psykiska och fysiska, upplevdes oro över att misslyckas i den ”nya världen”. Detta var något som patienterna kämpade med (22, 26). De var bekymrade över att inte gå ned i vikt tillräckligt snabbt och kände oro för att gå upp den vikt de tappat de första månaderna. Tanken på viktuppgång genererade en upplevelse av lägre självkänsla. Patienterna upplevde en förbättrad livskvalitet som de inte ville förlora och kände att de nu var tvungna att kämpa för att gå ned i vikt och hade ett stort kontrollbehov över att inte falla tillbaka (25).

Vidare berättade några patienter att omgivningens uppfattningar om deras yttre var motsägelsefullt till deras egen uppfattning. Patienterna såg sig fortfarande som feta, trots att de blivit smala och upplevde därför att de hade en förvrängd syn av sig själva. Samtidigt som de var stolta och glada över viktnedgången, hade de en inre konflikt med sig själva över om de gjort rätt eller fel i att opereras. De var besvikna över att förändringen inte enbart var deras egen förtjänst (25). Patienterna kände att operationen kunde ses som ett misslyckande av andra då de i tidigare försök försökt att gå ned i vikt men inte lyckats. De kände sig skamsna och generade över sin operation. Dessa känslor fanns hos dem även fast de visste om att det krävdes en motivation och vilja att gå igenom de provningar som väntade efter operationen (22). En stor utmaning som patienterna fick jobba med var att de problem som de hade innan operation hade de även kvar efter operation (22, 25). Efter operation kunde inte patienterna längre skylla på sin vikt när det exempelvis gällde att fullfölja vissa mål. Nu hade de gått ned markant i vikt och kunde inte längre skylla på de fysiska hindren, då de inte längre fanns. De insåg att de inte kunde ”gömma” sig bakom sin vikt och kände sig därför svaga och osäkra inför att möta nya utmaningar i livet (22). Trots att patienterna ändå kände sig generellt nöjda med operationen var all den slappa hud som fanns kvar efter viktreduceringen ett problem för många och försämrade självförtroendet. Många patienter kände sig mer obekväma med den överflödiga huden än sin tidigare övervikt. De kände sig oattraktiva då huden gjorde dem smala men utseendemässigt äldre. Detta skapade spänning och inre konflikt hos en del då de övervägde att genomgå ännu en operation för att få bort den överflödiga huden (22, 26).

Relationen till mat

Emotionella band

Patienter beskrev hur deras relation till mat förändrades drastiskt efter operation. Innan operationen hade de haft känslomässiga band till mat som för många fyllde en sorts terapeutisk funktion. De beskrev en besatthet kring mat som upptog en stor del av deras vardag. Den tidigare relationen sågs tillbaka på som självdestruktiv (20, 27). En del patienter upplevde att de efter operationen utvecklat en mer realistisk relation till mat (20, 25). Andra patienter upplevde också en förändrad relation men kämpade nu med att hantera sina känslor på andra sätt än genom att äta (27, 28). En måltid kunde tidigare lugna nerverna, lindra smärta och dämpa känslan av ensamhet. Då de nu åt väsentligt mindre portioner och många följde en ny diet, upplevde de en stark känsla av tomhet. Den tidigare stora mängd mat som de konsumerat hade nu lämnat efter sig vad som upplevdes som ett känslomässigt tomrum. Trots att de nu blev mätta av mindre portioner, var de fortfarande hungriga i sinnet (27). En patient beskrev det som en upplevelse av att ha ”mist sin bästa vän” och därför sörjde maten under en period (28). Dessa upplevelser av förlust drev

patienterna till att hitta ett substitut. Det upplevdes som en utmaning att handskas med negativa känslor då tröstätandet nu var uteslutet (22). En patient sa: ”*We did not get to the core issue of why I was eating myself to death*” (27, s. 60). Matens tidigare plats hade av vissa patienter ersatts med droger, alkohol, ätstörningar, tatueringar eller shopping. Dessa nya vanor hade påverkat deras liv, relationer och självkänsla negativt (27).

Andra patienter beskrev istället hur de nu tack vare den förändrade relationen till mat inte längre hade någon lust till att äta några stora mängder (20). De var nöjda med att äta små portioner och såg på mat som en nödvändighet för att leva. I denna upplevelse av en ny relation till mat fanns också en känsla av kontroll över sitt matintag. Känslan av kontroll var en upplevelse av en starkare mental förmåga i att kontrollera sitt matintag. Några patienter kände tvärtom en konstant hunger och upplevde inte att varken deras kropp eller hjärna hade anpassat sig efter deras nya diet (20). Patienter relaterade också en känsla av kontroll till magsäckens nya storlek och patienterna beskrev då känslan av att magsäcken kontrollerade hjärnan. De visste att magsäcken inte kunde hantera en större mängd mat och åt därför inte mer (25). Denna nya känsla av kontroll, oavsett drivkraft, upplevdes som en positiv förtjänst av operationen (20, 25).

Matvanor

I en studie (25) beskrev patienter många fördelar med den nya struktur som behövdes kring valet av mat efter operationen. De hade inte längre valet att äta vad/hur mycket de ville och lärde sig att äta mindre och mer hälsosam mat för att kroppen krävde det (25). Vidare berättade andra patienter hur de kände sig tvingade att ändra sina matvanor och testa sig fram till vad de kunde äta, hur mycket och hur ofta. Som en sorts vaneperiod då de på nytt fick lära sig hur deras kropp fungerade (22). Detta innebar negativa upplevelser vid måltid så som illamående, kräkningar, smärta och halsbränna vilket medförde att de åt mindre och mer hälsosamt för att undvika dessa negativa bieffekter. För några upphörde med tiden dessa bieffekter och de började gå upp i vikt igen (20). Vidare beskrev patienter hur de efter operation kände mindre hungerskänslor samt att de fick vänja sig vid att inte vara hungriga. Viktnedgången motiverade dem till att leva efter sina nya matvanor (28).

Sociala relationer

Omgivningens betydelse

Patienter hade en känsla av lättnad då de kände att det fanns en större acceptans i omgivningen när de inte längre led av fetma. De fick en känsla av att alla problem var lösta (20, 23). En kvantitativ studie (29), där SF-36 användes som mätinstrument, indikerade att det skett signifikanta förbättringar i patienternas sociala funktion under tiden 3 veckor till 6 månader efter operation ($p < 0,05$) (29). Ytterligare en kvantitativ studie (24), som använde sig av mätinstrumentet WHOQOL-BREF, visade att upplevelser i sociala domäner förbättrades ett år efter operation ($p = 0,025$) (24). Patienter kände vidare att det fanns förändringar i deras beteende mot andra och även att omgivningen såg på dem annorlunda, detta gjorde att de undrade vem de själva var. Patienterna kunde uppleva förändringar i relationer, detta kunde vara på både gott och ont. Relationer kunde förbättras genom att patienterna blev på bättre humör, hade energi till att utöva fysiska aktiviteter och hade en

mer positiv inställning till livet (22). Men relationerna kunde även försämrats då patienterna inte längre var i sin ”gamla roll” utan kunde efter operation kliva in i en mer framträdande roll i sociala sammanhang. Detta kunde utmana vänner/partners till att känna sig hotade eller avundsjuka (22, 23). Patienterna berättade att de kunde känna att omgivningen behandlade dem bättre efter operation än vad de gjort innan, vilket gjorde dem arga. De tänkte ofta på om människor de inte kände hade behandlat dem lika väl om de hade varit feta (22).

Fysisk hälsa/ohälsa

I en studie (22) berättade patienterna att det största positiva resultatet efter deras operation var möjligheten till en ökad fysisk aktivitet. De kunde efter operationen vara mer fysiskt aktiva än innan operationen tack var viktneidgången. Efter all förlorad vikt hade de också en ökad sexuell aktivitet. Patienternas ökade mobilitet och energi, gjorde det lättare för dem att vara sexuellt aktiva (22). Även kvantitativa studier visade att fysisk aktivitet och mobilitet ökade för patienterna efter operation (24, 29). Däremot var det några patienter som kände minskad sexlust. Den överflödiga hud som fanns kvar efter viktneidgången gjorde att en del patienter kände sig oattraktiva och andra kände att deras relationer var förändrade, vilket gjorde att sexlusten minskade (20, 22).

Parallellt som patienterna gick ned i vikt, blev även deras medicinska tillstånd bättre, vilket i sin tur gjorde att patienterna kände mer entusiasm kring framtiden och kunde föreställa sig en mer hälsosam levnadsstil. När alla dessa faktorer förbättrades kände de patienter som hade barn ett förbättrat föräldraskap. De kunde nu vara med i fysiska aktiviteter med dem och kände att den tid de spenderade med barnen fick mer kvalitet då de kände att de hade mer energi. De patienter som studerade kunde återvända till skolan och fullfölja sina karriärer inom olika områden, och de som jobbade kunde återvända till sina gamla jobb (20, 22).

Smärta var ett begrepp som patienterna talade om då de kände en smärta kring området runt magen (26). De kunde även känna smärta som spred sig över hela kroppen. Detta begränsade dem i livet på flera sätt. De som tränade effektivt efter operation kände att den låga energinivån som de hade fått av smärtan, hade gjort att de knappt orkade gå kortare sträckor längre. Detta gjorde att de hade det svårare att delta i sociala sammanhang. De orkade inte arbeta eller studera i samma tempo som innan och dessa symptom gick inte över. Den fysiska träningen gjorde bara smärtan och tröttheten värre. Detta gjorde att de kände sig instängda i en svår situation. Denna period var en överväldigande upplevelse för patienterna då de tidigare hade känt att de hade mycket energi (26). I motsats till dessa upplevelser hade patienter i en kvantitativ studie (29) mindre smärtor 6 månader efter operation ($p < 0.05$) (29). Andra upplevelser av smärta förekom också, men detta direkt postoperativt upp till några veckor efter operation, som sedan successivt försvann (20, 28).

Sammanfattning av resultat

Överviktskirurgi förändrade livet hos patienter betydligt. Både positiva och negativa upplevelser av HRQOL beskrevs genomgående i de kvalitativa artiklarna (20, 22, 23, 25-28). En del patienter uttryckte att om de led av fetma i nuläget hade de inte tvekat på att genomgå en överviktskirurgi igen. Oavsett utmaningar och bieffekter efter operation

upplevde de att deras livskvalitet nu var högre (25). Dock upplevde vissa patienter att bieffekter och negativa psykosociala förändringar vägde tyngre än de fördelar som operationen medförde i form av exempelvis vikttnedgång och ökad fysisk mobilitet (26, 27).

Diskussion

Metoddiskussion

Arbetets metod har sitt ursprung i analysmetoden ”metasyntes” där motivet för analysen är att sammanställa forskningsresultat och utifrån detta generera ny kunskap kring ett fenomen. Då detta är en kandidatuppsats var det inte aktuellt att genomföra en hel metasyntes med tanke på tidsramen, samt författarnas kunskaper (16). Metoden var lämplig för problemområdet och hjälpte till att lyfta fram en fördjupad förståelse av patienters upplevelser av HRQOL efter överviktskirurgi. Utbudet av kvalitativa artiklar var relativt litet i de vetenskapliga databaserna. Därför kompletterades resultatet med kvantitativa artiklar. Tanken nu i efterhand är att arbetet istället kunde gjorts med grund i patientberättelser eller biografier, en så kallad narrativ analys. De kvalitativa artiklarna hade då blivit ett komplement (30). Alla artiklar i resultatet är publicerade efter år 2000, liksom det mesta av annan forskning kring ämnet. De representerar också forskning från olika delar i världen. Detta tolkar vi som att forskningsområdet är relativt nytt men ändå globalt omtalat.

I kvalitetsgranskningen användes särskilda formulär för poängsättning av artiklarna (21). Kvalitetsgranskningen uppfyllde inte riktigt våra förväntningar. Formuläret för de kvalitativa artiklarna var väl anpassat då frågorna kunde besvaras av artiklarna. I det kvantitativa formuläret var frågorna mer inriktade till randomiserade studier även om formuläret i sig var menat för både randomiserade och icke randomiserade studier. En del frågor handlade exempelvis om kontrollgrupper och blindning. Av de kvantitativa artiklar som valdes ut för resultatet var det inte många som var randomiserade då patienterna var sin egen kontrollgrupp. Detta gjorde att kvalitetspoängen blev låga. Trots låga poäng valdes ändå en av dessa artiklar (29) som infriade syftet. En randomiserad kontrollerad studie är egentligen den mest tillförlitliga forskningsansatsen inom kvantitativa studier. Ibland finns dock praktiska hinder som kräver anpassning i forskningsförfarandet. Istället för att använda en kontrollgrupp kan då istället patienterna bli sin egen kontroll genom att data samlas in före och efter en viss intervention (31). I den valda icke randomiserade studien (29), var denna intervention överviktskirurgi.

Den kvalitativa analysen gav mycket information och det var svårt att strukturera upp den. Positivt med att stärka resultatet med kvantitativa artiklar var att de gav ett mer överskådligt perspektiv och underlättade för att strukturera upp det kvalitativa resultatet. Utmaningen var att överskådliggöra patienternas såväl positiva som negativa upplevelser i nya teman. Det var svårt att skapa en helhetsbild av patienternas upplevelser med de nya temana. Begrepp som användes i artiklarna upprepades lätt och det var därför tidsödande innan egna benämningar på de centrala delar som utgjorde grunden för resultatet hade vuxit fram.

Resultatdiskussion

Patienters upplevda HRQOL innefattade upplevelser av flera olika dimensioner. Uppfattningar om fysiska, psykiska och sociala förhållanden var framträdande (4). Efter en överviktskirurgi skedde förändringar i dessa dimensioner som påverkade patienterna både positivt och negativt. Denna litteraturstudie belyste hur dessa förändringar upplevdes och påverkade HRQOL på olika sätt. Vissa patienter upplevde en frihetskänsla och att de fått en ny chans i livet, medan andra var osäkra på hur de skulle klara av förändringarna som operationen krävde (22, 23, 25, 27, 28). Som sjuksköterska är det viktigt att kunna identifiera de patienter som är i behov av stöd och vägledning efter operation (15). Det kan behövas omvårdnadsåtgärder som hjälper patienterna att finna en balans mellan egna resurser och utmaningar i det dagliga livet. Genom att vara lyhörd för patienters förmåga att ta hand om sig själva kan sjuksköterskan vid behov motivera och stödja i syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa. I en öppen dialog med patienten ges möjlighet att uppmärksamma subjektiva upplevelser, vilket är viktig kunskap för sjuksköterskan i planeringen av omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskans värdering av sådan kunskap som kan påverka patientens upplevelse av hälsa, kräver ett kritiskt förhållningssätt (15, 32). Att genomgå en överviktskirurgi verkar vara en stor livsförändring för patienterna, men upplevelsen av HRQOL efter operation tycks vara långt ifrån förutbestämd. Ett kritiskt förhållningssätt kanske är en bra egenskap just för att se variationer i upplevelsen hos varje patient, så att personliga omvårdnadsåtgärder kan tillämpas.

Hopp och lidande

En betydande del i en persons upplevelse av hälsa är om denne har funnit en mening med livet eller inte. Om personer saknar mening med livet kan detta skapa ett lidande som i sin tur kan resultera i ohälsa (10). Patienterna beskrev att maten hade haft en betydande mening i deras liv innan operationen. De upplevde efter operationen ett stort tomrum som skapade psykiskt lidande. En del patienter försökte hitta substitut att fylla ut detta tomrum med. Det fanns ett djupare problem till varför de blivit feta som påverkade deras HRQOL, inte bara det stora matintaget (22, 27). Med den vetskapen kan sjuksköterskan på den postoperativa enheten vara uppmärksam på patienters vårdbehov och hjälpa dem vidare till instanser, där de kan bearbeta andra problem än sin fetma (15). Patienters fysiska och psykiska hälsostatus kan ändras markant efter en överviktskirurgi och för att kunna ge en så god och effektiv omvårdnad som möjligt behövs ett engagemang från sjuksköterskan (14). Det ligger i sjuksköterskans ansvar att hantera förändringar i patienters fysiska och psykiska hälsostatus (15). Författarna menar att ett sätt att ta sitt ansvar och hantera förändringar som ligger utanför sin egen kompetens, kan vara att hjälpa patienten vidare i vårdkedjan. HRQOL är ett stort begrepp och det kan nog vara svårt att täcka vårdbehovet hos patienter som genomgått överviktskirurgi ifrån en vårdenhets.

För att uppleva hälsa behövs en känsla av hopp. En stor del av sjuksköterskans hälsofrämjande arbete är att hjälpa patienterna se möjligheter i sin situation, vilket kan inge en känsla av hopp (10). Patienter beskrev att de innan operation kände hopp inför framtiden och om en förbättrad hälsa. Operationen sågs som en sista utväg. Efteråt var de chockerade över bieffekterna som medföljde och missnöjda över den bristande information de fått angående detta. Förväntningarna patienterna hade innan operationen resulterade i missnöje, vilket gjorde att de kände en hopplöshet inför framtiden (20, 27, 28). Vid bristande

kommunikation mellan sjuksköterska och patient/närstående uppstår lätt ett missnöje hos patient/närstående, då krav och förväntningar på vården inte uppfylls. Tillfredsställande information kan skapa trygghet och tillit i vårdrelationer, vilket kan främja resultatet av sjukvården och leda till förbättrad hälsa och livskvalitet (33). Om patienter som ska genomgå överviktskirurgi ges utförlig information om bieffekter och komplikationer, kan det kanske generera en högre upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet efter operation? De är då mer förberedda och har större förutsättningar att hantera negativa upplevelser som kan förekomma efter operation. En möjlighet skapas då för att hoppet om en bättre framtid kan bibehållas även efter operation genom att de kan få förståelse för att negativa konsekvenser kan förekomma, men att de långsiktiga fördelarna med behandlingen trots detta finns kvar. Detta kan i sin tur bidra till en högre upplevd hälsorelaterad livskvalitet.

Sjuksköterskans attityd

Omgivningen har visat sig ha betydelse för hur patienterna upplever sig själva. Patienterna uttryckte hur de kände oro över att operationen skulle uppfattas som ett misslyckande av omgivningen. Efter att de gått ned markant i vikt upplevde de dock en positiv förändring i omgivningens bemötande i form av en större acceptans. Vissa blev upprörda över detta och tänkte nu ofta på om bemötandet endast berodde på viktnedgången (22). Forskning visar att samhället har fördomar mot feta personer. Stigmatiseringen har visat sig förekomma i många forum i samhället, exempelvis i skolor, på arbetsplatser och i massmedia. Även inom hälso- och sjukvården förekommer stigmatisering. Den uttrycker sig i vårdpersonalens attityder mot feta patienter. Feta patienter upplevs som irriterande, ointelligenta, lata och icke följsamma för behandling. Vårdpersonal upplever att de ger mindre tid och har ett sämre engagemang gentemot feta patienter jämfört med smala (34). Patienters funktion i samhället och deras sätt att vara får inte påverka kvaliteten på vården. Men, det kan vara svårt att leva upp till alla patienters individuella behov då resurserna ofta är begränsade och därför kan vården ibland uppfattas som diskriminerande (15). Det är enligt lag (35) fastställt att personal inom hälso- och sjukvården ska bedriva en vård på lika villkor för alla patienter med respekt för individens värdighet (35). Inom alla enheter i vårdkedjan ska sjuksköterskans arbete präglas av ett etiskt förhållningssätt (15). Med tanke på den stigmatisering som finns gentemot personer med fetma och sjuksköterskans uppgift att främja hälsa, är det inte då givet att ett etiskt förhållningssätt genomsyrar bemötandet av alla patienter för att eliminera fördomar och negativa attityder? Den kunskap som resultatet av detta arbete har genererat, kanske kan bidra till att uppnå ett etiskt förhållningssätt genom att sjuksköterskan kan byta ut sina förutfattade meningar mot kunskap.

Kunskapen om patientens upplevelse av omgivningen och hur den påverkar patientens självbild är värdefull för sjuksköterskan. Denna kunskap kan ge en ökad förståelse för patientens situation, vilket i sin tur kan bidra till ett förhållningssätt som gynnar både patienten och sjuksköterskan (36). Sjuksköterskan behöver specifik information om varje patient för att skapa en helhetsbild av dennes hälsostatus. Grundlig information behövs för att genomföra riktiga kliniska bedömningar och ta lämpliga beslut i vårdprocessen (15).

Framtidens behov

Kvalitativa studier belyser livsberättelser och syftar till att öka förståelsen för patienters upplevelser och erfarenheter samt förväntningar och behov. Forskningen bör generera i praktisk tillämpningsbara kunskaper som möjliggör ett bra bemötande för patienters specifika behov (16). Det kvalitativa forskningsutbudet som idag finns att tillgå om upplevelser efter överviktskirurgi är begränsat. Det behövs mer forskning om patienters upplevelser av hälsorelaterad livskvalitet efter överviktskirurgi. Detta för att skapa verktyg åt vårdpersonal så att de på bästa möjliga sätt kan bidra till att öka denna patientgrupps upplevda HRQOL efter operation (14). De positiva effekter som överviktskirurgi visat sig ha på HRQOL behöver jämföras med förändringar i HRQOL hos tidigare feta patienter som gått ned i vikt med andra metoder än överviktskirurgi (5). Finns det några skillnader? Har någon metod bättre resultat? Kirurgen Torsten Olbers (Göteborg, personlig kommunikation 111012) arbetar kontinuerligt med Gastric bypass patienter och menar att det finns genetiska och fysiologiska faktorer som bidrar till den ökade förekomsten av fetma. Dessa faktorer i samband med den exponering av mat som vi utsätts för i dag gör att en del personer har svårare att motstå ett för högt kaloriintag. *”De som har en genetisk benägenhet för att utveckla svår övervikt behöver ofta en justering av mag-tarmkanalen för att kunna fungera normalt i det moderna samhället”* (Torsten Olbers, Göteborg, personlig kommunikation 111012).

Referenser

1. Organization WH. Obesity and overweight: World Health Organization; 2012 [cited 2012 09-20]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
2. Wirén M. Obesitaskirurgi. Södertälje: AstraZeneca Sverige; 2009.
3. Lindroos A-K, Rössner S. Fetma : från gen- till samhällspåverkan. Lund: Studentlitteratur; 2007.
4. Asp N-G. Fetma - problem och åtgärder : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU, 2002 91-87890-78-X.
5. Huang C-Y, Hsu M-C, Pan K-C, Huang C-K, Chi S-C. Early Health Status and Health-Related Quality of Life after Laparoscopic Gastric Bypass Surgery in Morbidly Obese Patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2011;6(4):193-200.
6. SAGE Publications I. Qualifications for Gastric Surgery. SAGE Publications, Inc. *Encyclopedia of Obesity*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
7. Lundell L. Ventrikel och duodenum. In: Jeppsson B, Naredi P, Nordenström J, Risberg B, editors. *Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 369-84.
8. Näslund E, Granström L. Kirurgisk behandling. In: Lindroos A-K, Rössner S, editors. *Fetma : från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 303-11.
9. Berarducci A, Haines K, Murr MM. Incidence of bone loss, falls, and fractures after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Applied nursing research : ANR*. 2009 Feb;22(1):35-41. PubMed PMID: 19171293. Epub 2009/01/28. eng.
10. Willman A. Hälsa och välbefinnande. In: Edberg A-K, Wijk H, Castoriano M, editors. *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 28-43.
11. Group. TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998;28(3):551-8.
12. Ware JJE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25(24):3130-9.
13. SAGE Publications I. Self-Esteem and Obesity. . *Encyclopedia of Obesity*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
14. Hager C. Quality of Life After Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery. *AORN Journal*. 2007 4//;85(4):768-78.
15. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska2005 [cited 2012 09-24]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
16. Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 105-14.
17. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 45-70.
18. Friberg F. Att utforma ett examensarbete. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 71-82.
19. Ogden J, Clementi C, Aylwin S, Patel A. Exploring the Impact of Obesity Surgery on Patients' Health Status: a Quantitative and Qualitative Study. *Obesity Surgery*. 2005;15(2):266-72.

20. Ogden J, Clementi C, Aylwin S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychology & health*. 2006;21(2):273-93.
21. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011.
22. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obes Surg*. 2002 Dec;12(6):781-8. Epub 2003/02/06. eng.
23. Magdaleno R, Chaim EA, Turato ER. Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. *Obesity Surgery*. 2010;20(8):1086-9.
24. Chang CY, Huang CK, Chang YY, Tai CM, Lin JT, Wang JD. Prospective study of health-related quality of life after Roux-en-Y bypass surgery for morbid obesity. *The British journal of surgery*. 2010;97(10):1541-6.
25. Wysoker A. The Lived Experience of Choosing Bariatric Surgery to Lose Weight. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2005;11(1):26-34.
26. Groven KS, Råheim M, Engelsrud G. "My quality of life is worse compared to my earlier life": Living with chronic problems after weight loss surgery. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2010;5(4).
27. Carolyn Therese L. The Lived Experience of Individuals following Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: A Phenomenological Study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2010;5(1):57-64.
28. Douglas HS, Natalie M, Deborah AR. Transformation: The "Life-Changing" Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. 2009;4(4):299-306.
29. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg*. 2001 Feb;11(1):32-9. PubMed PMID: 11361166. Epub 2001/05/22. eng.
30. Segesten K. Att välja modell för sitt examensarbete. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 85-8.
31. Segesten K. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 97-104.
32. Florin J. Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik. In: Ehrenberg A, Wallin L, Edberg A-K, Castoriano M, editors. *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 83-119.
33. Klang Söderkvist B. Information- undervisning- lärande. In: Fossum B, editor. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 41-60.
34. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*. 2010;100(6):1019-28.
35. Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763 2§ (2012).
36. N. Kajermo KW, Lars. Kunskap och kunskapsanvändning i omvårdnadsarbete. In: Ehrenberg A, Wallin L, Edberg A-K, Castoriano M, editors. *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 301-33.

Bilaga 1. Sökschema

Sökningarna utfördes mellan den 3e september och den 28 september 2012.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal valda artiklar
Pubmed	Gastric bypass, health related quality of life	free full text available, 10 years, English	15	3
	Gastric bypass, experience	free full text available, 10 years, English	50	0
	Gastric bypass, quality of life	free full text available, 10 years	46	0
	Gastric bypass, quality of life, psychosocial	free full text available, 10 years	4	0
	Gastric bypass, quality of life, psychosocial	10 years	24	1
	Gastric bypass, qualitative	10 years	11	2
	Bariatric surgery, health related quality of life	free full text available, 10 years, English	31	0
	Roux-en-y, health related quality of life	free full text available, 10 years, English	7	0
Scopus	Gastric bypass, health related quality of life	article	43	0
	Gastric bypass, health related quality of life, Roux-en-y	article	16	2
	Gastric bypass, quality of life	article	318	0

	Gastric bypass, quality of life, psychosocial	article	23	1
	Bariatric surgery, experience	article	531	0
	Bariatric surgery, experience, qualitat*	article	17	2
	Roux-en-y, experience	article	626	0
	Roux-en-y, experience, qualitat*	article	7	0
	Roux-en-y, quality of life	article, 10 years	223	0
	Roux-en-y, quality of life	article, 10 years, nursing	31	1
Cinahl	Gastric bypass, health related quality of life	peer rewied, research article	5	1
	Gastric bypass, quality of life	peer rewied, research article	21	0
	Gastric bypass, experience	peer rewied, research article	24	1
	Gastric bypass, qualitat*	peer rewied, research article	2	0
	Bariatric surgery, qualitat*	peer rewied, research article	12	1
	Roux-en-y, health related quality of life	peer rewied, research article	0	0
	Roux-en-y, quality of life	peer rewied, research article	9	0
	Roux-en-y, experience	peer rewied, research article	18	1
	Roux-en-y, qualitat*	peer rewied, research article	1	0

Bilaga 2. Artikelmatris

År Författare Land	Titel Tidsskrift	Syfte	Metod	Resultat	Antal kvalitets- /kvantitetspoängs	Tid sedan op.
2002, USA, L. E. Bocchieri, M. Meana & B. L. Fisher	Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: A qualitative study Obesity Surgery	Syftet med studien var att konstruera en teori som klargör de psykosociala fenomen som associeras med Gastric bypass, samtidigt som man värdesatte varje enskild individu upplevelse.	Kvalitativ studie. Användning av strukturerade och ostrukturerade intervjuer. 31 deltagare.	Patienterna kände sig pånyttfödda och beskrev operationen som en brytpunkt mellan deras gamla och nya liv. Många nya utmaningar och förändringar i deras liv utlöste en spänning, både positiv och negativ.	Kvalitet 11p (Medel)	6 mån- 11 år
2011, USA, M. Malone, S. Alger- Mayer & J. M. Polimeni	Health related quality of life after Gastric bypass surgery Applied research Quality Life	Syftet var att bedöma den rapporterade hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter efter en Gastric bypass operation.	Kvantitativ studie. Deltagarna fick fylla i formuläret av modellen SF-36 innan och efter operation. 308 deltagare.	Baserat på resultat av SF-36 var poängen högre hos patienterna efter operation jämfört med innan. Både den mentala och fysiska hälsan var bättre efter operation.	Kvantitet 8p (Låg)	0-4 år
2010, USA, C. LePage	The lived experience of individuals following Roux- en-y Gastric bypass surgery: A phenomenological	Syftet var att utforska individuers erfarenheter efter Gastric bypass operation.	Kvalitativ studie. Djupgående intervjuer kring den upplevda erfarenheten av Roux- en-y gastric bypass.	Deltagarna beskrev upplevelsen som en snabb transformation med förnyat hopp om livet. Kraftfulla beskrivningar av humör, känslor och	Kvalitet 10p (Medel)	2-9 år

	study Bariatric Nursing and Surgical Patient Care		12 deltagare.	självbild stod i centrum för deltagarnas svar.		
2010, Brasilien, R. Magdaleno Jr., E. Adami Chaim & E. Ribeiro-Turaro	Understanding the Life Experience of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative study. Obesity surgery	Att förstå innebörden/betydelsen av kirurgisk behandling vid övervikt hos kvinnor i en övergripande-tolkande ansats. Vad är terapeutisk framgång/nedgång?	Kvalitativ studie Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Deltagande var opererade på samma sjukhus. 7 kvinnor.	En första känsla av lättnad efter operation var känslan av att accepteras och få en social pånyttfödelse. Också nya livserfarenheter så som svartsjuka, misstro, rädsla, avundsjuka från anhöriga och vänner.	Kvalitet 12p (Hög)	18 mån-3år
2009, USA, D. H. Sutton, N. Murphy & D. A. Raines	Transformation: The "Life-Changing" Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention Bariatric Nursing and Surgical Patient Care	Kvalitativ studie av kvinnors erfarenheter av överviktskirurgi (Roux-en-Y) 18-24 månader efter operation. Framförallt subjektiva erfarenheter.	Personcentrerad ansats (fenomenologisk). Man använde telefonintervju som datainsamlingsmetod. Semistrukturerade intervjuer. 14 kvinnor.	En konsekvent erfarenhet var att de skulle göra om operationen igen med den kunskap de nu fått. Deltagarna beskriver 4 tidsepoker efter operation, positivt och negativt.	Kvalitet 10p (Medel)	18-24 mån
2010, USA, D. B. Sarwer, T. A. Wadden, R. H. Moore	Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery	Syftet var att undersöka förändringar i livskvalité och kroppsföreställning de första 92 veckorna efter	4 veckor före operation fick deltagarna genomgå en undersökning av sitt psykosociala	Signifikanta förbättringar i både hälsorelaterad- och vikt-nedgångsrelaterad livskvalité samt	Kvantitativ 9p (Låg)	92 veckor

et.al.	Sugery for Obesity and Related Diseases	Gastric bypass operation (Roux-en-Y).	beteende. De fick fylla i frågeformulär: SF-36, IWQOL, BIQOLI, BSQ. Frågeformulären fylldes i igen 20, 40 och 92 veckor efter operation. 200 deltagare.	självbild. (p<.0001) Ingen signifikant skillnad på SF-36 efter operation. Korrelationer finns mellan viktning och livskvalitet.		
2010, Norge, K. S. Groven, M. Råheim & G. Engelsrud	“My quality of life is worse compared to my earlier life”, Living with chronic problems after weight loss surgery International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Att belysa sämre livserfarenheter efter överviktskirurgi.	Kvalitativa djupgående intervjuer. 5 kvinnor.	Upplevelser av energibrist och kronisk trötthet, smärtor, hopplöshet efter operation. Komplexa bieffekter påminde dem alla om att livskvaliteten var bättre innan operationen. De var inte alls förberedda på dessa komplikationer.	Kvalitet 13p (Hög)	8 mån-3 år
2005, USA, L. M. Velcu, R. Adolphine, R. Mourelo et.al.	Weight loss, quality of life and employment status after Roux-en-Y gastric bypass: 5-year analysis	Syftet var att sätta patienters preoperativa jobbstatus i relation till deras långsiktiga viktning, förändringar i livskvalité och	Datainsamling från patientjournaler (41 st). SF-36 och BDI-II användes som instrument för att mäta livskvalité.	Skillnaden i SF-36 var signifikant preoperativt i jämförelse med USA-normer. Skillnaden fanns ej kvar 5 år efter operation då en	Kvantitativ 9p (låg)	1-5 år

	Surgery for Obesity and Related Diseases	jobbstatus postoperativt.	41 deltagare.	förbättring i SF-36s sågs jämfört med preoperativa poäng. Även BDI-II bättre.		
2001, USA, M. P. Dymek, D. Le Grange, K. Neven et.al.	Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-y gastric bypass: A brief report Obesity Surgery	Syftet var att undersöka livskvaliteten och den psykosociala statusen efter en Roux-en-y operation	Kvantitativ studie SF-36 användes för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. 32 deltagare.	Deltagarna gick ned i vikt efter operationen och fick därefter bättre självförtroende, minskad depression, förbättrad hälsorelaterad livskvalitet som signifikant förbättrade deltagarnas ätvanor.	Kvantitet 10p (Låg)	6 mån
2010, USA, T. D. Adams, R. C. Pendelton, M. B. Strong et.al.	Health outcomes of Gastric bypass patients compared to nonsurgical, nonintervented severely obese Obesity	Syftet var att mäta effektiviteten av en Gastric bypass operation hos patienter med fetma jämfört med patienter som inte genomgått någon typ av viktminskningsprogram.	Kvantitativ studie Frågeformulär användes för att jämföra livskvaliteten mellan 3 grupper. 1156 deltagare	Operationen visade sig vara effektiv och minskade vikten hos deltagarna. Deltagarnas livskvalitet förbättrades och de kände att viktreduceringen gjorde att problemen kring deras fetma löste sig.	Kvantitet 9p (Låg)	2 år
2005, USA, A. Wysoker	The Lived Experience of Choosing Bariatric Surgery	Att studera hur individer som genomgått någon typ av överviktskirurgi	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats.	Resultatet visade på fyra teman. Individerna var eniga om att kirurgin var	9p (Medel)	1 år>

	to Lose Weight Journal of the American Psychiatric Nurses Association	upplever och förstår sin värld. Vad är deras erfarenheter? Menat deras levda erfarenheter, före och efter kirurgi.	Intervjuteknik med öppna frågor. "Kedjeurval" 8 deltagare	deras sista utväg att rädda sin hälsa. Rädda för viktuppgång och vill hålla kvar vid den nya livskvaliteten.		
2005, England, J. Ogden, C. Clementi & S. Alwyn	The Impact of Obesity and the Paradox of Control: A qualitative study Psychology and Health	Syftet var att utforska patienters erfarenhet av överviktskirurgi med fokus på livskvalitet och matvanor.	Kvalitativ studie. 15 Djupgående intervjuer. 15 deltagare	Patienterna beskrev hur deras relation till mat blev mer realistisk och mindre känslomässig. Många upplevde en större kontroll. Vissa kämpade fortfarande med mycket smärta, illamående och sin självbild.	14 p (Hög)	4 år
2010, Taiwan, C-Y. Chang, C-K. Huang, Y-Y. Chang et.al.	Prospective study of health-related quality of life after Roux-en-Y surgery for morbid obesity British Journal of Surgery Society	Syftet var att utvärdera hur HRQOL påverkades efter en Roux-en-Y Gastric bypass för sjukligt överviktiga under första året efter operation.	Kvantitativ studie. Randomiseringsstudie. WHOQOL-BREF frågeformulär användes. 300 deltagare.	Både fysiska och psykiska domäner blev förbättrade hos deltagarna. 3-6 månader efter operation var det en "dipp" i de båda domänerna, relaterade till komplikationer.	12 p (Medel)	0-1 år
2011, Taiwan, C-Y. Huang, M-C. Hsu, K-C. Pan	Early health status and health-related quality of life laparoscopic gastric bypass	Syftet var att undersöka HRQOL innan och efter en laparoskopisk Gastric bypass operation. Förklara	Kvantitativ studie. Frågeformuläret SF-36 användes.	Resultat från SF-36 visade att deltagarna förbättrades i QOL om man jämförde med innan och efter	10p (Låg)	3 mån

et.al.	surgery in morbidly obese patients Bariatric Nursing and Surgical Patient Care	HRQOL i samband med viktne d gång.	40 deltagare.	operation.		
2010, USA, V. H. Myers, C. E. Adams, B. L. Barbera et.al.	Medical and Psychosocial Outcomes of Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Cross-sectional Findings at 4-Year Follow-up Obesity Surgery	Syftet var att observera effektiviteten av överviktskirurgi efter 4 år i en population av patienter med extrem fetma. I tillägg undersökte man genomförbarheten i att rekrytera och stå för kirurgiska kostnader via ett statligt vårdprogram.	Kvantitativ studie. Mätinstrument som användes var bland annat MOS-36 samt BDI-II. 40 deltagare	Patienterna rapporterade en förbättrad fysisk hälsa. De rapporterade också en låg förekomst av depression, god livskvalitet samt att de var nöjda med operationen	8p (Låg)	4 år

Bilaga 3. Analysschema

Bärande meningar			Subtema	Tema
Patienterna beskrev en känsla av transformation och pånyttfödelse efter operation. Upplevde frihet efter operation och inte längre att de var fångar i sina egna kroppar.	Operation ingav en känsla av transformation och pånyttfödelse	Förändrad upplevelse av sig själv	<i>Självförverkligande</i>	Upplevelser av självbild
Operationen ledde till utmaningar i att bearbeta sitt gamla jag, samtidigt som de upplevde sig själv i en ny värld. Tidigare hade många använt sin vikt som ursäkt till varför de inte uppnådde vissa mål i livet. Kände nu större krav på sig som person.	Utmaningar i att hitta balansen i sin nya situation	Att hitta sig själv		
En tid efter operation avtog viktreduceringen och patienterna var tvungna att kämpa mer för att gå ned i vikt. Upplevde en lägre självkänsla och oro vid tanken på att gå upp i vikt igen.	Upplevde stress över att upprätthålla självdisciplin	Tvivel på sig själv	<i>Självkritisk attityd</i>	
Slapp hud efter viktreduceringen gjorde att vissa upplevde en sämre livskvalitet än då de var feta. De tyckte att huden fick dem att se äldre ut. Detta skapade också oro över behovet av framtida kirurgiska ingrepp.	Upplevde en sämre livskvalitet på grund av utseende	Missnöje med utseende		

Deltagarna hade innan känt en känslomässig relation till mat, nu fanns det bara ett tomrum kvar. De letade efter substitut för att ersätta matens betydelse.	Upplevde ett behov av att hitta substitut till matintag	Känslomässigt tomrum	<i>Emotionella band</i>	Relationen till mat
Operationen krävde struktur i matvanorna vilket upplevdes positivt. Patienterna upplevde att de hade kontroll över matintaget efter operation. Vissa tack vare den nya, mindre magsäcken och vissa upplevde en större mental kontroll över matintaget. De kände sig inte längre upptagna av mat, saknade hungerskänsla.	Maten hade inte längre en dominerande roll i patienternas liv, de kände kontroll över matintaget	Upplevelse av kontroll	<i>Matvanor</i>	
Patienterna hade negativa upplevelser kring måltider såsom illamående och kräkningar. En mättnadskänsla upplevdes men de kände sig inte mentalt tillfredsställda av de nya minimala portioner mat de nu var begränsade till.	Negativa upplevelser kring måltider och saknad av mental tillfredsställelse	Förändrad attityd kring måltid		

<p>Upplevde starka känslor av social acceptans från omgivningen. Samtidigt uppstod en förvirring hos patienterna då de klev in i en mer framträdande social roll som kunde uppfattas negativt av närstående. De upplevde svartsjuka från vänner/partners då de fick mer uppmärksamhet i sociala sammanhang.</p>	<p>Att utveckla en ny roll i sociala nätverk och uppleva svartsjuka från närstående</p>	<p>Förvirring kring nya upplevelser i sociala sammanhang</p>	<p><i>Omgivningens betydelse</i></p>	<p>Sociala relationer</p>
<p>Behovet av ett substitut till maten påverkade relationer negativt. Närstående kände sig åsidosatta samtidigt som patienterna kände behov av att försonas med sig själva. En patient förlorade både jobb och familj.</p>	<p>Att kämpa parallellt med att anpassa sig till sitt nya liv och samtidigt ta hänsyn till sina närstående</p>	<p>Leva upp till förväntningar</p>		
<p>Efter operation kände de att de hade mer energi och klarade av mer fysiska aktiviteter. Detta bidrog till bättre sociala relationer. Andra patienter upplevde smärta och trötthet som hindrade dem från att delta i social aktivitet.</p>	<p>Sociala relationer påverkades av mängden fysisk aktivitet samt smärt/energinivåer.</p>	<p>Upplevelse av fysisk hälsa påverkade sociala relationer</p>	<p><i>Fysisk hälsa</i></p>	

