

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

”Bara jag blir smal så blir jag lycklig”
Livstillfredsställelse, kroppsuppfattning och självkänsla
efter Gastric Bypassoperation

Jeanette Byhlin

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
Höstterminen 2014

Handledare: Magnus Lindwall
Sandra Weineland

”Bara jag blir smal så blir jag lycklig”

Livstillfredsställelse, kroppsuppfattning och självkänsla efter Gastric Bypassoperation

Jeanette Byhlin

Sammanfattning. I denna studie undersöktes hur 291 individer som genomgått en Gastric Bypass för mer än två år sedan skattade sin psykosociala hälsa. Syftet med studien var att undersöka samband mellan den psykosociala hälsan och hur länge respondenterna hade varit opererade, eventuell viktuppgång samt hur länge i livet respondenterna haft obesitas. Mätinstrumenten som användes var Satisfaction With Life Scale (livstillfredsställelse), Social Physique Anxiety Scale (social kroppsångest) samt Rosenberg Self- Esteem Scale (självkänsla). Resultaten visade att ju längre tid det var sedan patienterna opererades samt ju mer patienterna ökade i vikt, desto lägre skattades den psykosociala hälsan. Vidare skattade de patienter som varit obesa hela livet, högre social kroppsångest jämfört med patienter som rapporterade att de haft perioder i livet som normalviktiga.

Övervikt och obesitas är något som ökar kraftigt i dagens västerländska samhälle (WHO, 2011). Larmrapporter om obesitasepidemier uppmärksammas i media och ofta görs reklam för nya bantningsmetoder för att lyckas med sin viktminskning. I takt med att antalet individer med obesitas ökar, så har forskarna försökt utveckla olika metoder för att få individer med övervikt och obesitas att minska i vikt för att reducera de risker och kostnader för de obesitasrelaterade följsjukdomarna som oftast följer. De traditionella viktminskningsmetoderna tycks inte ha önskad effekt utan de allra flesta patienter är tillbaka på ursprungsvikt inom fem år efter avslutad behandling (Andrén, Flodmark & Torgerson, 2009-2010; SBU, 2002)

De senaste åren har viktkirurgi blivit mer vanligt och den mest förekommande metoden idag är Gastric Bypass, GBP (Scandinavian Obesity Surgery registry, SOReg, 2012). Metoden innebär att det görs ett ingrepp i mag- och tarmkanalen och den är både restriktiv och malabsorptiv vilket innebär att matintaget är begränsat samt att näringsupptaget minskar. Detta i sin tur leder till att patienter minskar i vikt (Elder & Wolfe, 2007)

En GBP innebär ofta drastiska förändringar i kropp och själ. Patienterna skall både förhålla sig till en ny livsstil med nya kost- och motionsvanor samt att de även skall försöka förhålla sig till att självbild, identitet, självkänsla, självförtroende m.m. kanske förändras. Många som går igenom en GBP har eller har haft stora förväntningar på resultatet och det är inte ovanligt med uttryck som *”bara jag blir smal så blir jag lycklig”* bland både opererade och de som ska göra en operation (Kruseman, Leimgruber, Zumbach & Golay, 2010; Neff, Olbers, & Leroux, 2013).

Majoriteten av de studier som genomförts, har varit inom två år efter genomgången GBP. Dessa år kallas internt bland patienter som varit opererade sedan flera år, för *”smekmånadsår”*. Innebörden av detta uttryck är att mycket av själva viktminskningen sköter sig självt och den viktopererade blir ofta euforisk över alla förlorade kilon (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Sigrist, & Buddeberg, 2004). Det har

också visat sig att patienterna förbättrar sin livskvalitet markant de första två åren jämfört med tiden före operationen (SOReg, 2013; Karlsson, Sjöström & Sullivan, 1998; Socialstyrelsen, 2007). När "smekmånadsåren" är förbi följer en ny period där patienterna internt kallas för "långtidsopererade". Patienterna skall nu "landa" i sin nya kropp och det är vanligt att patienter upplever att det blir svårare att hålla vikten och att gå ner mer i vikt. Komplimanger tystnar och operationen blir oftast inte patientens största fokus längre. Detta kan för en del individer te sig som en ganska enkel övergång medan det för andra innebär en svårare tid (Kruseman m.fl., 2010).

GBP betraktas av de flesta kirurger och forskare inom medicin, som det absolut mest framgångsrika sättet för bevarad viktminskning (Karlsson m. fl., 1998) jämfört med andra behandlingsmetoder (Andrén m.fl., 2009-2010; SOReg, 2013). Ingreppet är relativt nytt i Sverige och majoriteten av studier gällande GBP har bedrivits främst inom den medicinska fakulteten men på senare år har dock fler omfattande långtidsstudier som även innefattar den psykosociala hälsan, presenterats (SOReg, 2013).

För att patienterna skall få optimalt stöd angående livet efter en GBP så är studier där man undersöker långtidseffekterna av den psykosociala hälsan viktig. Då denna patientgrupp ökar i frekvens är ökad kunskap inom området både nödvändigt och relevant för både dem som står inför en operation och för dem som är viktopererade. Det verkar också finnas en stor efterfrågan och intresse gällande dessa aspekter bland läkare, psykologer och andra yrkesgrupper inom vård och omsorg, som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med dessa patienter.

Livskvalitet, subjektivt välbefinnande och livstillfredsställelse

Begreppet *livskvalitet* är inte enkelt att definiera utifrån ett vetenskapligt perspektiv trots att det är ett vedertaget uttryck. En allmängiltig definition saknas men forskare inom flera vetenskapsfakulteter har accepterat den holistiska begreppsförklaringen som WHO utformat och som lyder:

Individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment (WHO, 1995)

Livskvalitet som begrepp är således *inte* ett objektiva sätt att mäta en individs hälsa, relationer och olika situationer. Det är istället individens subjektiva, både positiva och negativa uppfattning gällande bl.a. sin fysiska och psykiska hälsa och sin sociala situation som påverkar hur livskvaliteten upplevs. Livskvalitet är alltså ett mångtydigt begrepp som är kopplat till begreppet *subjektivt välbefinnande*, vilket innefattar en kognitiv- och en emotionskomponent. *Livstillfredsställelse* är den kognitiva komponenten av subjektivt välbefinnande och innebär att individen gör en subjektiv kognitiv bedömning av i vilken grad individen har uppnått sina behov, mål och önskningar i livet såsom t.ex. relationer, kärlek och arbete m.m. (Campbell, 1976). Ju mer diskrepans man upplever mellan sina mål, önskningar och behov jämfört med hur livet ser ut i dagsläget, ju sämre livstillfredsställelse har individen (Diener, 1984). Den emotionella komponenten består av tillfälliga positiva eller negativa känslor såsom t.ex. lycka och glädje eller t.ex. ångest, nedstämdhet och skuld. Att det är tillfälliga känslor

medför att en individs känsloupplevelse kan variera snabbt mellan olika känslor, både negativa och positiva. Livstillfredsställelse handlar således mer om huruvida individen känner en tillfredsställelse i livet över en längre period. Begreppet lycka och livstillfredsställelse är alltså nära relaterade till varandra men bör studeras var för sig (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Självkänsla

Begreppet *självkänsla* är ett uttryck som även det ofta används på ett naturligt och självklart sätt för de allra flesta i vardagslivet. Skall ordet definieras inom forskning finns det dock ingen gemensam syn på vad självkänsla är och innefattar, däremot finns det många teorier. Det är dock ett utvärderande begrepp om vad en individ anser och tycker om sig själv. Hög självkänsla innebär då en positiv självkänsla medan låg självkänsla innebär att man har en negativ självkänsla (Campbell, 1984).

En modell som presenterats på senare tid är att självkänslan bl.a. påverkas av på vilket sätt individer strävar efter självkänsla och avgör en individs beteende mer än om individen har en låg eller hög självkänsla. Självkänslan påverkas således av huruvida en individ upplever framgång eller motgång i de områden som individen anser vara viktiga i livet. Den skadligaste typen av självkänslobetingsområden är när en individ värderar sig själv efter utseende eller efter hur mycket bekräftelse de får av andra människor (Crocker, 2002).

Kroppsuppfattning, social kroppsångest och kroppsmisnöje

En individs *kroppsuppfattning* innebär vilken inre bild individen har av sin kropp (Schilder, 1935). Begreppet innefattar i vissa teorier flera olika komponenter såsom perceptuella, kognitiva, affektiva och beteendemässiga komponenter. Den perceptuella delen handlar om hur korrekt en individ uppfattar sin storlek och sin kroppsform. Den kognitiva komponenten berör tankar gällande kroppen samt hur tillfreds man är med den. Vidare innefattar den affektiva komponenten hur en individ upplever affekter berörande hur den egna kroppen framställs utåt och den beteendemässiga beror på vilka beteenden som kopplas till den egna kroppsuppfattningen t.ex. kost- och motionsbeteenden (Bane & McAuley, 1998).

Social kroppsångest hör till den affektiva komponenten av begreppet kroppsuppfattning och grundar sig i det mer kända begreppet social ångest (Hart, Leary & Rejeski, 1989). Vid social ångest upplever individen att denne inte är och beter sig så som förväntas och är rädd att bli negativt bedömd av andra. Vid social kroppsångest är oron och nervositeten mer knuten till kroppen och att denna bedöms negativt av omgivningen (Schlenker & Leary, 1982). Både social kroppsångest och negativ kroppsuppfattning dvs. kroppsmisnöje har i studier visat sig ha ett samband med varandra och båda dessa begrepp är kopplade till utveckling av ätstörningar hos flickor och kvinnor (Martin Ginis, Lindwall & Prapavessis, 2007) samt övervikt och obesitas (Levine & Piran, 2004; Schwartz & Brownell, 2004).

Faktorer som påverkar utvecklandet av kroppsmisnöje är att individen blir medveten om och internaliserar samhällets smala kroppsideal. När då individer upplever en press av att följa dessa ideal blir detta en del av individens självbild, vilket i sin tur starkt påverkar utvecklandet av misnöje över sin kropp (Cafri, Yamamiya, Brannick & Thomson, 2005).

Gastric Bypass och obesitas

Viktkirurgi (bariatrik kirurgi) genomfördes redan på 50- talet och begreppet innefattar alla de olika kirurgiska metoder som används för att behandla obesitas. GBP är den metod som under de sista 10 åren har ökat explosionsartat och står nu för 95 % av alla viktoperationer som utförs i Sverige och 75 % av patienterna är kvinnor. År 2004 genomfördes 955 kirurgiska ingrepp (Socialstyrelsen, 2007) och 2011 var siffran över 8000 (SOREg, 2012).

GBP metoden innebär att en liten magficka på ca 20-25 ml skapas och som sedan kopplas direkt till tunntarmens mellersta del. Då magfickan fylls snabbt signaleras mättnadssignaler till hjärnan och patienten upplever mättnad trots att endast en liten del av magsäcken är full. Operationen innebär även att tunntarmen kortas och detta leder till att upptagningsförmågan av näringsämnen minskar. I genomsnitt förlorar en patient som genomgått en GBP ca 80 % av sin övervikt och viktminskningen brukar pågå ca 1.5 – 2 år efter ingreppet (Elder & Wolfe, 2007). GBP är dock endast ett verktyg för att minska i vikt och för att få goda resultat ur ett längre perspektiv krävs att man förändrar sin livsstil annars riskerar man återigen viktuppgång (Socialstyrelsen, 2007).

Enligt WHO definieras övervikt och obesitas (medicinsk term för fetma) genom att beräkna Body Mass Index, BMI. Detta beräknas genom att individens kroppsvikt i kg divideras med längden i kvadratmeter (kg/m²). Ett BMI över 35 räknas som extrem obesitas (Socialstyrelsen, 2009). För att få genomgå en GBP krävs vanligtvis ett BMI över 35 (på vissa sjukhus över BMI 40) samt att patienten haft obesitas under en längre tid. Patienten måste ha gjort allvarliga försök att minska i vikt på egen hand. Patienten måste också vara i ett stabilt fysisk och psykiskt tillstånd så patienten har förutsättningar att hantera eventuella svårigheter som kan uppstå efter en genomgången GBP (Elder & Wolfe, 2007).

Psykosocial hälsa hos individer med obesitas

Trots att övervikt och obesitas har ökat kraftigt så finns det många fördomar kring tillståndet (Latner & Stunkard, 2003). Samhället ser ofta obesitas som något självförvållat och något som lätt går att göra något åt samt att obesa patienter ofta betraktas som lata och mindre intelligenta (Wang, Brownell & Wadden, 2004). Det har även visat sig i flera studier att vårdpersonal, även de som arbetar med denna patientgrupp, har en negativ syn gentemot obesa individer (Rössner, 2002; Schwartz & Brownell, 2004). Redan från unga år har barn internaliserat att smal kroppsbyggnad är samhällets ideal och obesa barn blir ofta utsatta för mobbing, fördomar och diskriminering (Annis, Cash & Hrabosky, 2004; Schwartz & Brownell, 2004). Detta medför att många obesa individer själva anammar dessa stereotypa föreställningar och föraktar både sig själv och andra med obesitas i samma utsträckning som normalviktiga individer gör (Wang m. fl., 2004). Detta i sin tur ökar risken att som vuxen utveckla en negativ kroppsuppfattning, bli utseende- och viktfixerad samt få sämre livskvalitet (Annis m. fl., 2004; Latner, Wilson, Jackson, & Stunkard, 2009).

I de flesta studier som undersökt sambandet mellan kroppsuppfattning och BMI visar att ju högre BMI en individ har, ju mer missnöje över kroppen (Annis m. fl., 2004; Schwartz & Brownell, 2004). Det har också visat sig att ju mer individen har försökt att

banta i livet, ju högre grad av det smala idealet har internaliserats (Annis m.fl., 2004; Wang m. fl., 2004).

När det gäller den hälsorelaterade livskvaliteten bland obesa patienter som vill genomgå en GBP, skattar de sin livskvalitet som mycket låg jämfört med normalpopulation. Deras skattningar ligger lägre än t.ex patientgrupper med allvarliga sjukdomar såsom t.ex. cancer (Karlsson m. fl., 1998; Socialstyrelsen, 2007).

Flera studier har även visat att självkänsla och livstillfredsställelse påverkas negativt under lång tid efter, om individen haft erfarenheter av mobbing på grund av obesitas i unga år och det är vanligt att denna lägre självkänsla består även i vuxen ålder (French, Story & Perry, 1995). Andra områden som också påverkas negativt av att vara obese är utvecklande av social ångest, social kroppsångest samt ätstörningar (Annis m.fl., 2004; Latner & Stunkard, 2003). Studier har även visat att viktminskningsbehandling medför att självkänslan ökar när det gäller ungdomar men påverkas inte när det gäller vuxna. Vidare har det visat sig att ju yngre man är när man utvecklar obesitas, ju längre tid man haft obesitas samt ju större man är, desto mer påverkas självkänslan negativt (French m.fl., 1995).

När det gäller psykisk hälsa bland obesa individer visar studier på att den psykiska hälsan försämras ju högre BMI individen har. En studie av Carpenter, Hasin, Allison och Faith (2000) visade att det var 37 % vanligare att kvinnor med ett BMI över 30 hade depression jämfört med kvinnor som vägde mindre. Även suicidtankar och suicidförsök var 22 % vanligare bland dem som hade BMI över 30 jämfört med en kontrollgrupp och suicidrisken korrelerade positivt med BMI. Dock verkade inte risken öka bland obesa män (Carpenter, Hasin, Allison & Faith, 2000).

Det har också visat sig att individer med obesitas och som vill genomgå en GBP inte sällan har en historia av missbruk, affektiv- och ångeststörningar samt personlighets- och ätstörningar (Van Hout & Van Heck, 2009; Gatineau & Dent, 2011). Ju högre BMI individerna har, ju vanligare är förekomsten av dessa diagnoser (Tindle, Omalu, Courcoulas, Marcus, Hammers & Kuller, 2010). Hetsätningstörning/Binge Eating Syndrome, BED är också vanlig förekommande i denna patientgrupp och ofta finns en samsjuklighet mellan patienter med BED och andra psykiska svårigheter och/ eller diagnoser (Hsu, Benotti, Dwyer, Roberts, Salzman, Shikora, Rolls & Rand, 1998; Van Hout & Van Heck, 2009) så som lägre självkänsla, sämre självförtroende, sämre självbild och högre grad av depression och ångest jämfört med obesa individer utan BED (Hsu m.fl., 1998).

Psykosocial hälsa efter GBP, ur ett långtidsperspektiv

Flera större studier visar att det sker stora förbättringar gällande viktminskning och den fysiska hälsan, de första två åren efter operation. Även den psykiska hälsan tenderar att bli bättre och depression, kroppsuppfattning och ätbeteende förbättras radikalt. Även livskvaliteten ökar markant och ligger efter viktminskningen på samma nivå som normalpopulationen (Karlsson m.fl., 1998; Socialstyrelsen, 2007; SOReg, 2013). På senare år har det dock kommit studier gjorda efter de två ”smekmånadsåren” och dessa studier visar inte på entydiga svar utan det är spretigt och det är svårt att dra några egentliga slutsatser i nuläget.

De allra flesta patienter som genomgått en GBP verkar vara nöjda med sin viktminskning och långtidseffekterna av viktoperationen (Kruseman m.fl., 2010; Sarwer m.fl., 2010; Van Hout & Van Heck, 2009). Dock betyder detta inte att alla patienter inte

upplever svårigheter med operationen på längre sikt. I en studie visade det sig att ca 20 % av patienterna upplevde att de var missnöjda över att ha genomgått en GBP, trots en framgångsrik viktminskning. Ofta var detta kopplat till psykosociala problem och fysiska komplikationer av operationen (Van Hout & Van Heck, 2009). I flertal studier har det visat sig att livskvaliteten påverkas av hur stor viktminskning individen haft (Karlsson m.fl., 1998; SOReg, 2013; Socialstyrelsen, 2007; Van Hout & Van Heck, 2009) samt hur väl patienterna klarar av att bibehålla den nya vikten. Ju mer viktökning desto sämre livskvalitet upplevs (Socialstyrelsen, 2007; SOReg, 2013).

När det gäller de områden som förbättrades de första åren efter operationen dvs ätbeteende, depression, livskvalitet och kroppsuppfattning så visar flera studier på att det sker en försämring med tiden i alla de positiva effekter som sågs direkt efter operationen (Hsu m.fl., 1998; Karlsson m.fl., 1998; Socialstyrelsen, 2007; Van Hout & Van Heck, 2009)

Det har också visat sig att patienter ofta har orealistiska förväntningar gällande viktminskning efter sin GBP. Dessa orealistiska förväntningar kan leda till sämre resultat samt en upplevelse av att patienten aldrig når sitt mål (Kaly m. fl., 2007). Förväntningarna är så höga att när patienter börjar närma sig sin uppsatta målvikt så upplevs den inte så ”magisk” som tidigare, vilket gör att patienterna sänker sin målvikt ytterligare. På så sätt går de miste om känslan att nå målet och operationen blir istället en besvikelse (Wee, Jones, Davis, Bourland & Hamel, 2006). Patienter uppger också i långtidsuppföljningar att de känner skuld och upplever en känsla av misslyckande angående att inte gå ner tillräckligt i vikt eller om vikten ökar. Många upplever även brist på stöd från familj samt att de inte får hjälp av vården efter operationen utan de känner sig lämnade på egen hand utan medicinskt stöd (Kruseman m.fl., 2010).

Den förbättring av kroppsuppfattning som ofta kan ses kort efter operationen har även det ett starkt samband med hur stor viktminskning patienterna har efter operation (Karlsson m. fl., 1998; SOReg, 2012). Trots att patienter oftast har mindre kroppsmisnöje jämfört med innan, så verkar den inre bilden av kroppen finnas kvar och vara relativt stabil sedan patientens obesitasperiod och många patienter identifierar sig känslomässigt med att fortfarande vara obesa (Adami, Meneghelli, Bressani & Scopinaro, 1999; Annis m. fl., 2003). Detta fenomen kallas ”phantom fat” och medför också att dessa patienter upplever en kraftig vikt- och kroppsångest (Annis m.fl., 2003). Då GBP-opererade patienter i stort sett alltid har erfarenheter av olika former av dieter och bantningsmetoder så kan detta vara en förklaring till varför upp emot hälften av patienterna har kraftig rädsla över att öka i vikt, något som även kan ses hos anorektiska patienter (Kinzl, Traweger, Trefalt & Biebl, 2003). Många upplever också att de inte hinner med att anpassa sig till den drastiska förändring som sker under viktminskningen och att det blir en stor diskrepans mellan den egna självbilden och verkligheten (Kruseman m.fl., 2010).

Många patienter har också orealistiska förväntningar gällande hur kroppen kommer att se ut. Upp emot 50 % av patienterna har rapporterat att de upplever kroppsmisnöje på grund av mycket överskottshud, något som ofta ställer till besvär både fysiskt och psykiskt (Kinzl m. fl., 2003; Kruseman m.fl., 2010; Van Hout & Van Heck, 2009). Då kommer nästa steg för många i viktminskningens process, att genomgå plastikoperationer för att reducera överskottshud. Studier har visat att patienter som genomgått plastikoperationer blir nöjda med resultatet, missnöjet med kroppen tycks minska och livskvaliteten öka. Vissa patienter tycks dock flytta fokus från en redigerad

kroppsdel till att finna defekter och uppleva ökat missnöje över en annan kroppsdel (Song m. fl., 2006).

Patienter som har historik av psykisk ohälsa minskar generellt mindre i vikt än de som före viktoperation har haft en stabil psykisk hälsa. Det är inte diagnoserna i sig som avgör utfallet utan *graden* av den psykiska ohälsan är det som påverkar. Patienter med personlighetsstörningar och vissa andra psykiska sjukdomar såsom ätstörningar m.m. har således sämre resultat viktminskningssmässigt och/eller sämre psykisk- och psykosocial hälsa efter sin operation jämfört med dem som inte har psykiska svårigheter. Det kan bero på att denna subgrupp har svårare att anpassa sig till det levnadssätt med ändrad kost och motion som krävs efter att man genomgått en viktoperation (Greenberg, Sogg & Perna, 2009; Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrand & Senf, 2004; Van Hout, Verschure & Van Heck., 2005). Flera studier har också visat att suicidrisken efter en GBP är sex gånger högre bland män och två gånger högre bland kvinnor, jämfört med normalpopulation. Anledning till denna förhöjda risk är inte helt utrett men olika förklaringar har angivits såsom t.ex. hur svårt patienten har för att anpassa sig till de nya förutsättningarna, orealistiska förväntningar samt psykisk ohälsa innan GBP (Adams m.fl., 2007; Tindle m.fl., 2010).

En del patienter börjar experimentera med sina kost- och matbeteenden ju mer tid som förflutit sedan genomgången operation. Det är inte ovanligt att de patienter som tidigare har haft ätstörning återgår till sitt tidigare ätbeteende. Vissa patienter börjar "känslöata" för att minska ångest (Adams m.fl., 2007; Hsu m.fl., 1998) och patienter som genomgått en GBP har visat sig löpa en dubbelt så hög risk att utveckla alkoholism och andra missbruk jämfört med icke opererade (Backman m.fl., 2013; Greenberg m.fl., 2009). Dessa beteenden i försök att minska ångest med mat och droger resulterar ofta i att vikten med tiden ökar och leder på sikt till sämre psykosocial hälsa och resultat (Adams m.fl., 2007; Greenberg m.fl., 2009; Hsu m.fl., 1998)

De patienter som lyckas byta livsstil samt klarar av att vara viktstabla, är de som oftast klarar av en GBP bäst ur ett långtidsperspektiv och leder oftast till att livskvaliteten blir högre (Hsu m.fl., 1998). Vissa studier har även visat att åldern på patienten då operationen genomförs är en prediktor för utgången. Ju yngre patienten är, desto större chans är det till att patienten klarar av de livsstilsförändringarna som krävs och att bibehålla vikten på lång sikt. Det har också visat sig att ju mer psykologisk konsultation patienterna haft under viktminskningssprocessen ju högre chans är det till bättre bevarad viktminskning och bättre mående på lång sikt (Kruseman m.fl., 2010).

Det är också viktigt att ett team bestående av dietist, läkare, sjuksköterska, psykolog är kopplade till patienten både pre- och postoperativt. Då studier visat att den psykiska hälsan/ ohälsan påverkar utgången av en GBP både viktminskning- och psykosocialt så är det viktigt att det görs en noggrann individuell bedömning och anpassar uppföljning efter individens behov (Greenberg, Perna, Kaplan, Sullivan, 2005; Kruseman m.fl., 2010). Det är även viktigt att det inte endast är hur stor viktminskning en patient har, som avgör om operationen ses som framgångsrik, utan andra faktorer som t.ex. psykosocial hälsa bör vägas in. Fler och fler forskare och kirurger anser också att enbart GBP inte är tillräckligt för att bibehålla de önskade effekterna och god livskvalitet efter operationen utan menar att någon form av beteendeterapi i kombination med GBP är nödvändig (Kruseman m.fl., 2010). Detta är också något som en stor andel av viktopererade patienter eftersöker som en del i behandlingen (Van Hout & Van Heck, 2009).

Syfte & frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur individer som gjort en GBP för mer än två år sen upplever graden av livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla efter sin operation. Frågeställningarna är:

1. Finns det något samband mellan hur länge sedan det var som man opererades och upplevelse av livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla?
2. Finns det någon skillnad mellan de som behållit vikten efter viktnedskningen jämfört med dem som ökat i vikt, när det gäller upplevelse av livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla?
3. Finns det någon skillnad mellan de som varit överviktiga/ varit obesa hela livet jämfört med dem som utvecklat obesitas som vuxen, när det gäller upplevelse av livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla?

Metod

Respondenter

Respondenterna rekryterades från medlemsforum på *Facebook* och från *Lev ditt liv*, en hemsida som en kostrådgivare för viktopererade driver. Kriterier för att medverka i studien var att man skulle ha varit opererad med GBP sedan minst två år sedan. Det var 301 som svarade på enkäten men 10 individer uppföljde inte urvalskriterierna och plockades således bort. Beräkningarna genomfördes på 291 respondenter där åldern var mellan 22 och 70 år ($M = 41.7$, $SD = 9.2$). Bland respondenterna fanns 20 män och 271 kvinnor.

Material

Datansamlingen bestod av en webbenkät som innehöll tre delar. Del ett innehöll ett informationsbrev som presenterade vem som utförde studien och vem den riktade sig till. Del två innehöll en egenkomponerad enkät som bestod av tre standardiserade mätinstrument, livstillfredsställelse, SWLS (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) social kroppsångest, SPAS (Hart m.fl., 1989) samt självkänsla, RSES (Rosenberg, 1965). Dessa tre mätinstrument bestod av sammanlagt 27 påståenden med olika svarsalternativ. Enkätens avslutande del bestod av ytterligare 12 bakgrundsfrågor och psykosociala frågor som var specifika för studiens undersökningspopulation.

Satisfaction With Life Scale, SWLS. Detta mätinstrument avses att bedöma livstillfredsställelse och är det mest använda instrumentet vid mätning av livskvalitet (se bilaga). Detta mätinstrument används generellt för att mäta livstillfredsställelse och innehåller inte specifika frågor kopplade till något specifikt område i livet. Detta innebär att den kan användas på olika grupper och kulturer. Det är en självskattningsskala och instrumentet består av 5 frågor och har en 7- gradig Likertskala från ”instämmer inte alls” till ”instämmer helt” där svaren poängsätts från 1 poäng till 7 poäng. Alla poäng

summeras med poäng mellan 5- 35 och ju högre poäng en individ får, ju högre livstillfredsställelse antas individen ha. Cut off- värdet för normalpopulation är för SWLS 19 (Diener m.fl., 1985).

Social Physique Anxiety Scale, SPAS. Social Physique Anxiety Scale är ett mätinstrument som mäter social kroppsångest genom en skala som består av 12 frågor och skalan finns även validerad på svenska (se bilaga). Mätinstrumentet används flitigt inom idrotts- och hälsopsykologin. Svartalternativen är på en 5- gradig Likertskala från ”stämmer inte alls” till ”stämmer extremt bra” och poängsätts från 1- 5 poäng. Desto högre poäng en individ får indikerar att individen har högre social kroppsångest (Hart m. fl., 1989). För Social Physique Anxiety Scale finns inget cut off- värde.

Rosenberg Self- Esteem Scale, RSES. Rosenberg Self-Esteem Scale är ett mätinstrument med 10 frågor som avser att mäta global/ generell självkänsla och som fångar upp både positiva och negativa känslor om sig själv (se bilaga). Instrumentet finns också i en validerad svensk version. Alla frågor har en 4- gradig Likertskala från ”instämmer helt” till ”instämmer inte alls”. Svaren poängsätts från 1 poäng till 4 poäng och alla poäng summeras. Ju högre sammanlagd poäng en individ får ju mer indikerar det att individen har en mer positiv självkänsla (Rosenberg, 1965). För Rosenberg Self-Esteem Scale finns inget cut off- värde.

Bakgrundsfrågorna som var specifika för urvalet bestod av vikt före operationen och vikt idag samt längd (detta för att kunna räkna ut respondenternas BMI). Även ålder och kön fick respondenterna fylla i. Vidare följde flertal frågor kopplat till obesitas och operationen (se bilaga) och dessa presenteras i tabell 2 under ”Resultat”.

Tillvägagångssätt

Då denna uppsats hade kvantitativ ansats användes tre standardinstrument för att kunna utföra undersökningen. För att anpassa dessa instrument till ämnet och undersökningen så utökades dessa med kompletterande psykosociala frågor samt bakgrundsfrågor.

Den sammanställda enkäten utformades som en webbenkät i programmet Survey Monkey och en pilotstudie genomfördes. Till denna förstudie medverkade 19 respondenter och dessa var medlemmar i en befintlig grupp på *Facebook* och var en grupp för personer som genomgått en GBP för mer än två år sedan.

Efter några justeringar gällande bakgrundsfrågorna i webbenkäten så publicerades den, den 24 oktober 2013 i sex olika grupper för GBP- opererade på *Facebook* samt hemsidan *Lev ditt liv*. Enkäten låg ute i grupperna i tio dagar och en påminnelse om enkäten publicerades efter fem dagar.

Enkäten lades ut i grupper som riktar sig till viktopererade, antingen de som ska göra eller de som har genomgått en. De tre mätinstrumenten innehåller generella frågor om livstillfredsställelse, social kroppsångest och självkänsla och har inga specifika frågor angående viktoperation utan endast bakgrundsfrågorna var specifika. Webbenkäten som tog i genomsnitt sju min att genomföra var konstruerad på så sätt att det endast gick att skicka in enkätsvaren en gång per IP- adress. Detta för att minimera risken att individer svarar på enkäten flera gånger.

Instruktionerna som gavs i enkäten var att det var en studie på psykologprogrammet som riktade sig till dem som varit GBP- opererade längre än två år och att den handlade om hur de uppfattar sig själva. Vidare beskrivning om att det var livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla som enkäten avsåg att mäta

uppgavs inte eftersom det skulle kunna påverka respondenternas svar. Det gavs även upplysning gällande de etiska aspekterna om att underlaget till studien var anonymt och att svaren inte skulle komma att användas till något annat sammanhang än i denna studie.

Statistiska analyser

De insamlade svaren från enkäten konverterades från enkätprogrammet Survey Monkey till Excel 2007 för att sedan föras över till SPSS. Först beräknades respondenternas BMI före och efter sin GBP-operation och hur många månader de har varit opererade. Därefter beräknades deskriptiv data såsom exempelvis medelålder m.m. från bakgrundsfrågorna samt medelvärde på de tre skalorna. Normalitetstestning samt Kurtosis och Skewness utfördes gällande de tre variablerna som skulle mätas, för att kontrollera huruvida data var normalfördelad, vilket den var (Skewness mellan -2 och 2 och Kurtosis mellan -1 och 1). Cronbach's Alpha användes för att undersöka den interna reliabiliteten på de tre skalorna. Vidare beräknades korrelationen mellan de tre skalorna.

För frågeställning 1 användes korrelationsberäkning med Pearsons produkt-korrelationskoefficient för att undersöka huruvida det fanns ett samband mellan de tre beroende variablerna och tiden för hur länge sedan det var man opererades.

För frågeställning 2 delades respondenterna in i fem stycken grupper efter hur många kilon de hade gått upp i vikt från lägsta vikten efter operation. Dels var det viktigt att inte få alltför snedfördelade antal i de olika grupperna men hänsyn togs också till det faktum att det statistiskt sett är vanligt att viktopererade går upp ca 10 % av sin lägsta vikt efter några år som opererad. På grund av detta skapades grupp 1 som inte gått upp något alls och grupp 2 hade gått upp 1-5 kg. Grupp 3 hade gått upp 5-10 kg och grupp 4, 10-20 kg. Sista och femte gruppen hade gått upp mer än 20 kg. En envägs oberoende ANOVA användes för att undersöka skillnad mellan de tre beroende variablerna och eventuell viktökning.

Vid frågeställning 3 kategoriserades respondenterna in i tre grupper efter huruvida de haft överviktig/ varit obese hela livet, haft erfarenheter av att både vara normalviktig och obese som vuxen samt endast haft erfarenheter av obesitas som vuxen. En envägs oberoende ANOVA användes för att undersöka de tre beroende variablerna.

Vid beräkning av envägs oberoende ANOVA i frågeställning 2 och 3 användes post hoc-testet Bonferroni.

Resultat

Deskriptiv statistik

Först beräknades Cronbach's Alpha för de tre mätvariablerna och var för SWLS .90, för SPAS .92 och för RSES .92 vilket innebär att de tre standardiserade skalorna hade hög tillförlitlighet då samtliga $\alpha > 0,7$. Skewness på samtliga delskalor var mellan -2 och 2 och Kurtosis var mellan -1 och 1 vilket medförde att parametriska tester kunde användas då svaren på delskalorna var normalfördelade. Se tabell 1.

Respondenternas genomsnittliga BMI före operationen var 44 kg/m² och efter operationen var BMI 28 kg/m². Medelvärdet på livstillfredsställelse var 22.8, på social kroppsångest 37.2 och på självkänsla 29.5. I genomsnitt hade respondenterna varit opererade i 4.8 år. Se tabell 1.

De tre mätskalorna korrelerade signifikant med varandra. Livstillfredsställelse och social kroppsångest samt social kroppsångest och självkänsla korrelerade negativt och livstillfredsställelse och självkänsla korrelerade positivt. Ju högre livstillfredsställelse individerna skattat, desto högre självkänsla och lägre social kroppsångest rapporterade de. Se tabell 2.

Deskriptiv statistik avseende bakgrundsinformation och undersökningsvariabler följer i tabell 1:

Tabell 1

Medelvärden gällande livstillfredsställelse, social kroppsångest, självkänsla samt bakgrundsvariabler för respondenterna i studien.

	<i>M (SD)</i>	Min- Max	Skewness	Kurtosis
Ålder	41.7 (9.2)	22- 70		
Opålder	57.8 (39.6)	24- 271		
BMI före GBP	44.4 (6.2)	33.5- 74.9		
BMI aktuellt	28.2 (4.8)	17.8- 46.5		
SWLS	22.8 (7.1)	5- 35	- .63	- .18
SPAS	37.2 (11.8)	15- 60	.14	- .99
RSES	29.5 (7.3)	10- 40	- .36	- .67

Ålder: Patienternas ålder mätt i år

Opålder: Hur länge sedan det var man genomgick sin GBP, mätt i månader

BMI =Body Mass Index

GBP= Gastric Bypass

SWLS, Satisfaction With Life Scale, ett instrument för att skatta livstillfredsställelse

SPAS, Social Physical Anxiety Scale, ett instrument för att mäta Social kroppsångest

RSES, Rosenbergs Self- Esteem Scale, ett instrument för att mäta självkänsla

Tabell 2

Interkorrelation mellan delskalorna samt korrelation mellan opålder och BMI_{aktuellt}

	SWLS	SPAS	RSES	Opålder	BMI _{aktuellt}
SWLS	---	-.47***	.66***	-.14*	-.38**
SPAS	-.47***	---	-.70***	.12*	.39**
RSES	.66***	-.70***	---	-.06	-.33**
Opålder	-.14*	.12*	-.06	---	.32**
BMI _{aktuellt}	-.38**	.39**	-.33**	.32**	----

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Opålder: Hur länge sedan det var man genomgick sin GBP, mätt i månader

BMI = Body Mass Index

SWLS, Satisfaction With Life Scale, ett instrument för att skatta livstillfredsställelse

SPAS, Social Physical Anxiety Scale, ett instrument för att mäta Social kroppsångest

RSES, Rosenbergs Self- Esteem Scale, ett instrument för att mäta självkänsla

Genom undersökningen framkom även att över hälften av respondenterna haft obesitas sen barnsben eller ungdom. Vidare hade nästan hälften av respondenterna efter operationen, haft behov av psykologhjälp pga. operationen. På frågan om dokumenterad psykisk ohälsa innan operationen uppgav ungefär 40 % av respondenterna att de inte hade haft psykisk ohälsa innan operationen. Det var ungefär 40 % av respondenterna som uppgav att de hade haft depression och ungefär 20 % hade innan operation haft ångest. Vidare uppgav cirka 10 % av respondenterna att de hade haft dokumenterad ätstörning innan genomförd operation.

På frågan om respondenterna genomgått någon form av plastikoperation pga. viktminskningen efter sin GBP uppgav cirka 40 % att de inte genomgått men hade önskemål om att genomgå ett sådant ingrepp. Nästan 10 % uppgav att de hade fått avslag om att få genomgå plastikoperation och cirka 30 % av respondenterna hade genomgått plastikoperation.

Det var endast 4.5 % som ångrade att de genomgått operationen och över 80 % av respondenterna uppgav att de aldrig ångrat sin GBP. Se tabell 3.

Tabell 3

Frekvens gällande bakgrundsvariabler för respondenterna i studien

		n (%)
Kön	Man	20 (6.9%)
	Kvinna	279 (93.1 %)
Har du haft övervikt/ varit obese hela livet?	Ja, sen jag var barn/ ungdom	199 (68.4%)
	Ja, men jag har också varit normalviktig i långa perioder som vuxen	24 (8.2%)
	Jag har utvecklat obesitas i vuxen ålder	68 (23.4 %)
	Nej, jag har aldrig varit överviktig	78 (27.5 %)
Har du upplevt ett behov av psykologhjälp pga. din GBP?	Ja, men det har inte funnits möjlighet	80 (27.5 %)
	Ja, det har jag haft behov av	48 (16.5 %)
	Nej, det har jag inte haft behov av	163 (56.0 %)
Har du haft en dokumenterad psykisk ohälsa innan du GBP- opererades?	Nej det har jag inte haft	126 (43.3 %)
	Ja, depression	120 (41.2 %)
	Ja, ångest	63 (21.6 %)
	Ja, ätstörning	26 (8.9 %)
Har du velat eller genomgått plastik- operation pga. din GBP?	Ja och jag blev nöjd	70 (24.1 %)
	Ja men jag blev inte alls nöjd	22 (7.6 %)
	Nej, men jag skulle vilja	123 (42.3 %)
	Nej, men har fått avslag	26 (8.9 %)
	Nej jag har inget behov av det	50 (17.2 %)
Har du haft en vikt- uppgång sen din lägsta vikt efter GBP	0 kg	51 (17.5 %)
	1-5 kg	113 (38.8 %)
	5-10 kg	65 (22.3 %)
	10-20 kg	34 (11.7 %)
	Över 20 kg	28 (9.6 %)
Ångrar du din GBP?	Ja	13 (4.5 %)
	Ibland	38 (13.1 %)
	Nej	240 (82.5 %)

Frågeställning 1: Tid efter operation och den psykosociala hälsan

En av frågeställningarna var att undersöka om det finns ett samband mellan tiden som gått efter operationen och de tre mätvariablerna, livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla. Genom att beräkna Pearsons korrelationskoefficient, visade det sig att operationsålder (opålder) korrelerar negativt med livstillfredsställelse ($r(285) = -.14, p < .05$) och positivt med social kroppsångest ($r(283) = .12, p < .05$), vilket innebär att ju mer tid som gått sedan patienten genomgick sin GBP, desto lägre livstillfredsställelse och ju högre social kroppsångest skattar patienterna. Detta är ett svagt

men signifikant samband. Det fanns inget samband mellan hur länge sedan det var patienten genomgick operationen och självkänsla. Se tabell 2.

Frågeställning 2: Påverkar BMI och viktökning den psykosociala hälsan?

Det framkom också att BMI_{aktuellt} korrelerade positivt med operationsålder ($r(289) = .32, p < .01$) vilket innebär att ju mer tid som förflutit sedan operation desto högre BMI har patienten. Se tabell 3.

Pearsons korrelationskoefficient, r användes för att beräkna ett eventuellt samband mellan BMI_{aktuellt} och samtliga mätvariabler. BMI_{aktuellt} korrelerade negativt med livstillfredsställelse ($r(285) = -.38, p < .01$) och självkänsla ($r(274) = -.33, p > .01$) samt korrelerade positivt med social kroppsångest ($r(283) = .39, p < .01$). Detta innebär att ju högre BMI respondenterna uppgav, desto sämre livstillfredsställelse, självkänsla och högre social kroppsångest skattade de. Det var signifikant på samtliga mätvariabler. Se tabell 2

För att besvara den andra frågeställningen, om det fanns en skillnad gällande de tre mätvariablerna mellan patienter som ökat i vikt efter operationen jämfört med de som varit mer viktstabla, användes en envägs oberoende ANOVA.

Post-hoc test visade att det fanns en signifikant och stark skillnad i livstillfredsställelse mellan patienter som hade ökat i vikt sedan patientens lägsta vikt jämfört med patienter som varit mer viktstabla ($F(282, 4) = 11.62, p < .001, \eta^2 = 0.14$). De som hade ökat 20 kg eller mer hade signifikant lägre livstillfredsställelse jämfört med de övriga grupperna som hade gått upp mindre än 20 kg. De som hade ökat 5-10 kg hade signifikant lägre livstillfredsställelse jämfört med dem som hade ökat mindre i vikt. Se tabell 4.

Det visade sig även att det fanns en signifikant och stark skillnad i social kroppsångest mellan patienter som hade ökat i vikt sedan patientens lägsta vikt jämfört med patienter som varit mer viktstabla ($F(280, 4) = 9.93, p < .005, \eta^2 = 0.12$). De som hade ökat 20 kg eller mer hade signifikant högre social kroppsångest jämfört med dem som gått upp 10 kg eller mindre. De som hade ökat 5-10 kg hade signifikant högre social kroppsångest jämfört med dem som hade ökat mindre i vikt. Se tabell 4.

Resultaten visade även på en signifikant och stark skillnad i självkänsla mellan patienter som hade ökat i vikt sedan patientens lägsta vikt jämfört med patienter som varit mer viktstabla ($F(271, 4) = 10.39, p < .001, \eta^2 = 0.13$). De som hade ökat 20 kg eller mer hade signifikant lägre självkänsla jämfört med dem som gått upp mindre än 20 kg. De som hade ökat 5-10 kg hade signifikant lägre självkänsla jämfört med dem som hade ökat mindre i vikt. Se tabell 4.

Frågeställning 3: Påverkas den psykosociala hälsan efter en GBP av när i livet patienten utvecklar obesitas?

Den sista frågeställningen var huruvida det fanns en skillnad, gällande de tre mätvariablerna och när de utvecklade obesitas i livet. En envägs oberoende ANOVA visade en signifikant och liten skillnad gällande social kroppsångest mellan de som varit stora sedan barn/ungdom och de två övriga grupperna som har haft längre period i livet som normalviktiga ($F(2, 282) = 6.46, p < .05, \eta^2 = 0.04$). Se tabell 4.

Det fanns ingen signifikant skillnad angående social kroppsångest och de andra två grupperna där patienterna hade haft perioder av att även vara normalviktiga. Det fanns

inga signifikanta skillnader gällande livstillfredsställelse och självkänsla mellan när patienterna utvecklade obesitas eller hur länge man haft obesitas. Se tabell 4.

Tabell 4

Medelvärden gällande livstillfredsställelse, social kroppsångest och självkänsla för "Viktuppgång" samt "Obesitas i livet"

	SWLS	SPAS	RSES
Viktuppgång (kg)	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Gr 1: 0 kg	23.8 (7.5)	34.6 (12.5)	31.6 (7.0)
Gr 2: 1-5 kg	25.1 (5.5)	33.8 (11.4)	31.6 (6.8)
Gr 3: 5-10 kg	21.1 (7.6)	39.0 (10.9)	27.8 (6.8)
Gr 4: 10-20 kg	22.4 (6.0)	40.5 (9.9)	27.9 (6.4)
Gr 5: >20 kg	16.0 (7.3)	47.3 (9.1)	23.1 (7.4)
Obesitas i livet			
Grupp 1 (Varit obese sen barn/ ungdom)	22.5 (7.3)	38.7 (11.8)	28.9 (7.2)
Grupp 2 (Både varit obese och varit normalviktig)	24.0 (7.1)	30.9 (11.5)	32.3 (6.6)
Grupp 3 (Endast varit obese som vuxen)	23.2 (6.8)	34.8 (11.1)	30.3 (7.6)

SWLS, Satisfaction With Life Scale, ett instrument för att skatta livstillfredsställelse
 SPAS, Social Physical Anxiety Scale, ett instrument för att mäta Social kroppsångest
 RSES, Rosenbergs Self- Esteem Scale, ett instrument för att mäta självkänsla

Diskussion

Denna studies syfte var att undersöka hur individer som gjort en GBP för mer än två år sen, upplever graden av livstillfredsställelse, social kroppsångest samt självkänsla. Dessa tre mätvariabler korrelerar med varandra och verkar ge en bra bild av psykosocial hälsa ur ett långtidsperspektiv efter en GBP. Flertal studier har visat att en patients fysiska och psykiska hälsa blir markant förbättrad de första s.k. "smekmånadsåren" efter genomgången GBP (Buddeberg- Fischer m.fl., 2004; Karlsson m.fl., 1998; Sarwer m.fl., 2010; SOReg, 2013) men hur den psykosociala hälsan upplevs ur ett långtidsperspektiv är ännu inte lika undersökt och klarlagt.

Psykosocial hälsa efter en GBP, ur ett långtidsperspektiv

I denna studie undersöktes inte patienters livstillfredsställelse innan operation men i studien framkom att respondenterna skattat sin livstillfredsställelse klart över normalpopulation två år efter operation (Diener m. fl 1985). Detta kan ses som en indikation på att deras livstillfredsställelse har förbättrats markant jämfört med före

operationen, vilket i så fall överensstämmer med tidigare studier som visat på liknande resultat (Karlsson m.fl., 1998; Sarwer m.fl., 2010; SOReg, 2013). I denna studie visade det sig också att ju längre tid det var sedan patienterna genomgick operationen, ju lägre livstillfredsställelse och ju högre social kroppsångest skattade de. Dessa resultat överensstämmer med tidigare studier som har visat på att den förbättring som ses inom både fysiska och psykiska domäner det första och andra året efter operation, tenderar att klinga av och närma sig tidigare skattade nivåer (Hsu m.fl., 1998; Karlsson m.fl., 1998; SOReg, Van Hout & Van Heck, 2009).

Varför patienterna mår sämre med tiden efter en GBP finns det olika förklaringar och teorier kring men obesitas är ett komplext fenomen. Ofta är obesitas ett symptom på en annan bakomliggande orsak. Flera studier har t.ex. visat att många obesa patienter har en historik av övergrepp av olika slag och risken att utveckla obesitas efter övergrepp är dubbelt så stor jämfört med dem som inte har denna erfarenhet (Bentely & Widom, 2009; Rohde m.fl., 2008; Socialstyrelsen, 2010).

Något som har visat sig är att många som genomgår denna form av kirurgi ofta har orealistiska förväntningar på vad operationen kan åstadkomma. Patienterna, som ofta mått mycket psykiskt dåligt innan operation (Karlsson m.fl., 1998) upplever ofta efter genomförd GBP, en intensiv, omvälvande och euforisk period under framförallt ”smekmånadsåren” där viktnedgången tycks sköta sig självt utan större insats från patienten (Buddeberg-Fischer m.fl., 2004). Viktnedgången är ofta snabb och det finns patienter som förlorar över 100 kg på mindre än ett år, vilket är en fingervisning om den drastiska förändring som många patienter genomgår. Patienter som varit obesa under lång tid har ofta haft viktnedgång och att bli smal som ett livsmål och vissa patienter kopplar troligtvis ihop ”smalhet” och lycka med tankar som ”*bara jag blir smal för då blir jag lycklig*”. Detta skapar en drivkraft hos många patienter att vilja förlora så många kilon som möjligt under så kort tid som möjligt och vissa patienter sätter upp en nästintill orealistisk låg målvikt (Wee m.fl., 2006). En del patienter upplever t.ex. inte hunger den första tiden efter operationen vilket ökar risken att hoppa över måltider och istället börja småäta. Detta beteende i kombination med en kraftfull viktnedgång medför att patienter riskerar att vaggas in i en falsk trygghet om att det går att äta på samma sätt som innan operation men ändå förlora kraftigt i vikt. Utmaningen och det paradoxala i denna fas är således att patienter kan utveckla mindre bra matbeteende men ändå gå ner lika mycket eller mer än de patienter som försöker att lära sig långsiktiga och goda vanor samt följa de direktiv som det opererande sjukhuset har angivit.

Efter smekmånadsåren som ofta varit fyllda med komplimanger, positiv uppmärksamhet samt viktnedgång är det vanligt att patienterna landar och en del patienter kan uppleva en känsla av tomhet och brist på nya mål (Kaly m.fl., 2007). Med tiden kommer patienterna att behöva lära sig nya copingstrategier för att hantera nya svårigheter som uppkommer, utan att ta till mat och andra destruktiva beteenden. De patienter som inte insett att det krävs en livsstilsförändring utan istället sett operationen som en universallösning på alla problem, riskerar att efter denna smekmånadstid både att börja gå upp i vikt igen samt att bli besviken över sin GBP, med minskad livstillfredsställelse som följd (Pataky, Carrard, & Golay, 2011; Van Hout m. fl., 2005).

En anledning till varför dessa orealistiska förväntningar uppkommer kan bero på samhällets syn på obesitas och utseende samt de stereotypa föreställningar som finns kring hur en kropp ”bör se ut”. Obesa patienter har inte sällan fått höra från omgivningen om hur attraktiva och framgångsrika de skulle bli om de blev smala och omgivningens lösning på många av patienternas problem är viktnedgång. Tyvärr är det dock så att de

flesta patienter som har denna föreställning om att lycka hör ihop med vikten samt har förväntan om att få en, efter samhället skapad, idealisk kropp, med tiden troligtvis kommer att bli besvikna. Då viktminskningen ofta varit drastisk och huden ej hunnit med att dra ihop sig så finns det patienter som har extrema mängder överskottshud på kroppen och många tvingas ”stoppa in huden” innanför byxlinningen. För att komma vidare och förstå att kroppen blivit mindre är det viktigt att få operera bort överskottshud om behovet anses finnas. Studier visar att de patienter som vill genomgå plastikoperationer efter sin GBP tenderar att bli mer tillfreds med sin kropp och operationen efteråt (Song m. fl., 2006). En del GBP- patienter verkar dock ha svårt att acceptera sin förändrande kropp och får en önskan om att få göra plastikoperationer men detta verkar inte hjälpa utan missnöjet över en annan kroppsdel ökar istället och patienten blir inte tillfreds trots allt (Song m.fl., 2006).

Många patienter har varit överviktiga eller obesa under en lång tid och en del patienter upplever fenomenet ”phantom fat”. Detta innebär att den inre känslan av sig själv fortfarande identifierar sig som obese trots att kroppen har förändrats kraftigt (Annis m.fl., 2004; Schwartz & Brownell, 2004). Dessa patienter har visat sig vara extremt vikt- och utseendefixerade och värderar sig mer efter hur mycket de väger och vilken form de har på kroppen, jämfört med normalpopulation. De verkar även ha svårare att anpassa sig till sitt ”nya jag” jämfört med patienter som snabbare ser sin förändring och som lyckats minska diskrepansen mellan sin ofta obesa inre upplevelse gällande den egna kroppen och realiteten (Annis m.fl., 2004).

Enligt tidigare studier är det medvetenhet om samhällets kroppsideal och att individen internaliserat denna bild som bidrar till utvecklade av kroppsmissnöje och om individen även känner en press över att försöka uppfylla dessa ideal så leder detta till att det blir en del av patientens självbild (Cafri m.fl., 2005). Livstillfredsställelsen har visat sig bli lägre om det finns en diskrepans mellan individen mål, önskningar och behov jämfört med hur livet ser ut i dagsläget. Ju större diskrepans ju sämre livstillfredsställelse (Diener, 1984). Då många patienter ställs inför det faktum att den egna självbilden inte överensstämmer med verkligheten verkar detta vara något som absolut kan påverka det psykosociala måendet efter en GBP ur långtidsperspektiv. Om önskningarna om att uppnå samhällets kroppsideal är starka och detta kroppsideal har internaliserats i kombination med att den inre bilden av sig själv fortfarande är obese, är det inte förvånande att den sociala kroppsångesten ökar. Likaså om patienterna har orealistiska önskningar om att ”bli lycklig” som sedan inte går i uppfyllelse så kan detta leda till att livstillfredsställelsen minskar med tiden. Det är heller inte förvånande varför denna försämring börjar bli mer påtaglig efter ”smekmånadsåren” eftersom det är då viktminskningen börjar stanna av.

Trots att livstillfredsställelsen minskade ju längre tid det var sedan man opererades och den sociala kroppsångesten ökade, så visade det sig i denna studie att endast 4.5 % av respondenterna ångrade sin GBP och hela 82.5 % av respondenterna uppgav att de aldrig ångrat sin GBP. De flesta upplever förhoppningsvis ökad livskvalitet efter operationen men kan det vara så att obesitas är så fysiskt och psykiskt påfrestande att allt utom att vara obese ses som en förbättring? Det har visat sig i tidigare studier att obesa individer hellre skulle drabbas av allvarliga sjukdomar än att utveckla obesitas pga. den diskriminering som obesa oftast utsätts för (Karlsson m.fl., 1998). Kanske är det för att patienternas psykiska hälsa har varit så låg innan sin GBP, som påverkar att de efter viktminskningsåren skattar sin livskvalitet så högt och klart över normalpopulation. Detta skulle i så fall kunna vara en förklaring till varför livstillfredsställelsen efter en GBP blir så markant förbättrad under ”smekmånadsåren” och lång tid framöver, så länge vikten

hålls. Detta skulle också kunna förklara varför livstillfredsställelsen med tiden sjunker och närmar sig normalpopulationens skattningar av livstillfredsställelse.

Majoriteten av de studier som finns gällande psykisk ohälsa och GBP har visat att GBP-patienter med ätstörningar och/ eller med annan psykisk ohälsa har betydligt sämre förutsättningar för att få en framgångsrik operation både viktminskningsmässigt och psykosocialt, utifrån ett långtidsperspektiv (Greenberg m.fl., 2009; Herpertz m.fl., 2004; Van Hout m.fl., 2005). Detta gäller både de som haft psykisk ohälsa innan sin GBP och de som fått det efter. Det är dock svårt att dra slutsatser gällande vad som orsakar vad då patienter med psykisk ohälsa troligtvis skulle skatta lägre livskvalitet jämfört med normalpopulation oavsett om de gjort en GBP eller inte. Vidare är det svårt att säga om det är just GBP i sig, som är orsaken om en patient mår psykiskt sämre efter en operation eller om det är andra faktorer som påverkar. Det är dock en viktig aspekt värd att belysa att den psykiska ohälsan som många obesa faktiskt har, mycket väl kan påverka hur väl patienten klarar av en GBP. I denna studie framkom att över hälften av respondenterna hade haft någon form av dokumenterad psykisk ohälsa innan operationen. Främst var det depression där 42 % hade fått den diagnosen innan operation samt att nästan 22 % uppgav att de hade dokumenterad ångestproblematik.

Tidigare studier har både visat att depression kan bli mycket lindrigare och en del patienter blir helt friska från sin depression såväl som att en del patienter utvecklar depression efter operationen. Det har också visat sig att ångestproblematik istället ofta förvärras efter en GBP (Socialstyrelsen, 2007) och att många patienter med obesitas använder maten som en ångestlindrande funktion. Vad händer med en GBP-opererad patient som tidigare har lindrat sin ångest med mat och som efter operationen inte har den möjligheten? Senare studier har visat att GBP-patienter löper kraftigt ökad risk att utveckla framförallt alkohol- och tablettmissbruk. Förklaringen som ges är att det kan ses som ett sätt att reducera upplevd ångest kortsiktigt samt att det är lättare rent metaboliskt att utveckla ett beroende efter en GBP (Backman m.fl., 2013; Greenberg m.fl., 2009). Om det är så att ångestupplevelsen snarare ökar för dessa patienter efter en GBP så är det ytterligare en anledning till att genomföra en grundlig utredning av patienterna inför eventuell operation, än vad som görs idag. Denna ökade ångest och missbruk skulle också kunna vara en förklaring till varför den psykosociala hälsan minskar för en del patienter ju längre tid det var sedan man opererades.

Psykosocial hälsa vid en viktökning

Patienter som genomgår en GBP förlorar i genomsnitt 75- 80 % av sin övervikt de första två åren efter operationen och metoden betraktas inom kirurgin som den enda långtidsbehandlingen mot obesitas som faktiskt fungerar. Uppföljningsstudier visar att dessa patienter har en genomsnittlig bevarad viktminskning på 25 % av övervikten efter 10 år (Neff m.fl., 2013) vilket kan jämföras med andra traditionella metoder som nästintill alltid innebär att patienterna återgått till ursprungsvikt eller till och med går upp ytterligare i vikt (Karlsson m.fl., 1998). Även om GBP är en bra metod viktminskningsmässigt betyder dessa siffror att väldigt många opererade patienter trots allt går upp i vikt med tiden. Det har även visat sig i vissa studier att 20 % av viktopererade patienter inte går ner så mycket som förväntas eller börjar öka i vikt redan de första åren efter genomgången operation (Greenberg m.fl., 2009; Hsu m.fl., 1998) vilket ytterligare bevisar att patienten måste ändra sin livsstil för att inte riskera viktökning.

I denna studie visade det sig att ju längre tid det var sedan man opererades, ju högre aktuellt BMI hade patienterna. Ju högre BMI patienterna uppgav ju lägre livstillfredsställelse och självkänsla samt ju högre social kroppsångest uppgavs. Flertal tidigare studier har också visat på liknande resultat att ju högre BMI individer har, ju sämre psykosocial hälsa har de (Carpenter m. fl., 2000; Hsu m.fl., 1998). Denna studie undersökte även hur en eventuell viktökning efter en GBP, påverkade den psykosociala hälsan. Resultatet visade att ju mer patienterna hade ökat i vikt, ju lägre livstillfredsställelse, högre social kroppsångest och lägre självkänsla skattades. Det visade sig att redan vid relativt liten viktökning (5- 10 kg) från lägsta vikt efter genomförd GBP medförde en signifikant försämring av livstillfredsställelse, social kroppsångest och självkänsla hos respondenterna. De som hade gått upp mer än 20 kg i vikt sen sin lägsta vikt, hade betydligt sämre psykosocialt mående än de som gått upp mindre i vikt och de skattade livstillfredsställelse på en klinisk låg nivå och under normalpopulation.

Med tanke på det stigma som det innebär att vara obese, de höga förväntningar som många patienter har på operationen samt de psykiska svårigheter som många har med sig, så är det inte främmande att tänka sig att patienter som börjar gå upp i vikt med tiden mår psykosocialt sämre än de som inte ökar i vikt. Det har visat sig i studier att patienter med obesitas samt GBP- patienter har en hög viktångest och även några få kilos ökning är väldigt ångestladdat och påverkar även kroppsmissnöjet (Schwartz & Brownell, 2004). Rädslan över att gå upp i vikt till ursprungsvikt är troligtvis stark och den känsla av att ha misslyckats som många patienter som börjar öka i vikt upplever, innebär troligen en kraftig skam, framförallt då patienterna genomgått en så pass drastisk metod som GBP trots allt är. Dessa resultat gällande viktökning och psykosocial hälsa är viktig att föra fram eftersom en viss viktökning från lägsta vikt, enligt statistiken är att förvänta. Därför är det viktigt att patienter preoperativt får denna information så att förväntningarna på operationen blir mer realistiska och att patienter är införstådda att en viss viktökning inte skall ses som att operationen inte har fungerat.

Med det smala kroppsideal som råder i samhället idag är det även troligt att denna patientgrupp i större utsträckning än normalpopulation värderar utseende och att vara smal, som mer viktigt i livet. Om de då samtidigt börjar öka i vikt så skulle det kunna bekräfta teorin om självkänslobetingsade områden. Det har visat sig i studier att det är just denna typ av självkänslobetingsade områden, om behovet av att ha andra personers gillanden, som är mest skadligt när det gäller utvecklandet av självkänsla (Crocker, 2002). Om då patienter som värderar detta område högt, inte klarar av att hålla vikten, så skulle detta kunna vara en förklaring till varför självkänslan påverkades av viktökning i denna studie.

Anledningen till att patienter går upp i vikt är flera. Förutom biologiska förklaringar så visar flera studier att många patienter återgår till tidigare matbeteende med tiden och patienter börjar experimentera mer med vad de kan äta och en del börjar då välja mindre bra val av mat (Adams m. fl., 2007; Hsu m.fl., 1998). Då det är svårare att dämpa ångest genom att "känslöata" som GBP- opererad, medför detta som nämnts tidigare, att en del patienter upplever ökad ångest efter operation. Det har framkommit i flera studier att en del GBP- patienter med tiden hittar sätt att "äta runt" operationen. De lär sig hetsäta men på ett modifierat sätt, där de trots allt äter betydligt mindre men de äter istället konstant. Då hungern återkommer och om patienterna inte fått lära sig andra sätt att hantera ångest och utvecklat nya copingstrategier, så är det inte ovanligt att patienterna återigen börjar "känslöata" och återgå till att försöka bedöva sin ångest med mat och dryck så som innan operation (Hsu m. fl., 1998; Van Hout & Van Heck, 2009).

Vidare återfår en del patienter de ätstörningar och/eller ätstörningsbeteenden som de haft innan operation (Van Hout & Van Heck, 2009) och många patienter har också som tidigare nämnts, hetsättningsbeteenden. Om dessa beteenden återkommer så kommer det med tiden troligtvis generera viktökning.

Eftersom ”smekmånadsåren” har ”tillåtit” att många patienter kan äta både bra och mindre bra kost och ändå gå ner i vikt, så medför detta att de som inte fått in de goda vanorna och gjort en livsstilsförändring troligtvis börjar öka i vikt efter några år. En del patienter utvecklar ibland sämre vanor än de haft innan operation eftersom detta varit möjligt under ”smekmånadsåren” och samtidigt minska i vikt. Detta innebär att de som ser operationen som en genväg är de som oftast går upp i vikt men generellt blir det svårare för de flesta patienter med tiden, oavsett om de har goda vanor eller inte eftersom kroppen anpassar sig till att ta upp mer näring.

I denna studie framkom att ungefär 9 % av respondenterna hade en dokumenterad ätstörningsdiagnos innan de genomgick sin viktoperation. Vilken variant och grad av ätstörning framgick ej. Inte heller framkom det huruvida ätstörningarna behandlats tidigare eller om det var länge sedan patienten diagnostiserades. Det har framkommit i tidigare studier att mörkertalet gällande olika former av ätstörningar hos obesa patienter uppskattas vara stort. Därför är det inte främmande att tänka att betydligt fler av respondenterna än de som uppgav att de hade ätstörningsdiagnos, har ätstörningsbeteende. En anledning som skulle kunna påverka varför mörkertalet är stort är att obesa patienter många gånger har dåliga erfarenheter ifrån vården då de upplevt sig bli illa behandlade (Rössner, 2002) och således inte söker hjälp för sina ätstörningsbeteenden.

Då viktuppgång påverkar den psykosociala hälsan negativt är det viktigt att patienterna har uppföljning flera år efter operationen och att vårdpersonal tar deras problem på allvar om patienterna söker hjälp. Görs inte detta riskerar patienterna att åter gå upp kraftigt i vikt vilket troligtvis leder till sämre livstillfredsställelse, ökad social kroppsångest och lägre självkänsla.

Påverkan av den psykosociala hälsan beroende på när i livet patienten utvecklar obesitas

Det var över 68 % av respondenterna i denna studie som angav att de har varit obese sedan de var barn/ ungdom och dessa skattade betydligt högre på social kroppsångest jämfört med de som utvecklat obesitas i vuxen ålder. Dessa resultat gällande kroppsmissnöje stämmer överens med tidigare forskning där det visat sig att de som utvecklat obesitas i tidig ålder och som blivit utsatta för stigma och diskriminering har ökad risk att utveckla kroppsmissnöje jämfört med de som utvecklat obesitas i vuxen ålder (Annis m.fl., 2004; Schwartz & Brownell, 2004). Studier har också visat att diskriminering och mobbing i tidig ålder på grund av obesitas kan påverka individens funktion negativt i vuxen ålder så som t. ex. sämre självkänsla (Annis m. fl., 2004; French m.fl., 1995; Latner & Stunkard, 2003). Denna studie visade dock inga signifikanta resultat gällande när patienten utvecklat obesitas och livstillfredsställelse samt självkänsla.

Som nämnts tidigare har det visat sig att de individer som internaliserar ett smalt kroppsideal och känner press över att man skall vara smal, är de som lättare utvecklar kroppsmissnöje och social kroppsångest (Cafri m. fl., 2005). Att de patienter som varit obesa sen barnsben har högre kroppsmissnöje kan således bero på att dessa patienter även har skapat en självbild av att vara obese medan de patienter som varit normalviktiga i

barn/ungdom har skapat en smalare självbild som efter GBP och viktminskningen mer överensstämmer med verkligheten. Ju större diskrepans det finns mellan den inre självbilden och verkligheten desto svårare blir det för patienten efter operationen att anpassa sig och finna sitt ”nya jag”.

Det som talar för att en GBP är en bra behandling mot obesitas för barn/ungdomar även långsiktigt är att individen inte hinner utveckla en självbild av att vara obese utan istället lättare kan anpassa sig och få en smalare självbild. Detta i sin tur kan annars påverka hur väl patienterna bibehåller sin vikt samt hur de upplever sin livstillfredsställelse. Vidare besparar man kanske dessa ungdomar ett liv fyllt av diskriminering från samhället och sin omgivning och som ofta medför ökad risk för psykisk ohälsa. Då obesitas medför att en del patienter utvecklar depression och ångest och åtstörningar så finns det goda skäl till att operera patienterna tidigt om obesitas har funnits med en längre period i livet samt att andra viktminskningsmetoder har prövats.

I de studier som nu pågår gällande ungdomar som genomgått en GBP, så har det visat sig att både patienter och kirurger är tillfreds med resultatet. Patienterna har en god viktminskning och skattar sin livskvalitet högt efter operation (Olbers m. fl., 2012). Det är dock viktigt att vara ödmjuk inför långtidseffekterna av en GBP eftersom det fortfarande inte finns så många långtidsuppföljningar. För att få ett framgångsrikt resultat gällande viktminskning och psykosocial hälsa så är det viktigt att patienterna förstår innebörden av ingreppet och ändrar sin livsstil. Då GBP innebär en del risker är det *än* mer viktigt att denna unga patientgrupp förstår vad operationen kan ge för fysiska och psykiska konsekvenser. Detta medför att det är av stor vikt att även vårdnadshavare är engagerade och insatta för att kunna stötta och underlätta för patienten efter en genomförd GBP.

Det har dock även i dessa studier gällande GBP- opererade ungdomar framkommit att suicidfrekvensen är betydligt högre jämfört med normalpopulation (Olbers m. fl., 2012). I Danmark har det på grund av biverkningar och komplikationsrisker därför införts en nedre åldersgräns på 25 år. Dessa fakta om förhöjd suicidrisk samt kända och okända konsekvenser av operationen talar naturligtvis för att man bör operera med försiktighet och utreda patienterna noggrant inför eventuell operation.

Hur kan vården förbättras för denna patientgrupp?

Utifrån forskning har det visat sig att GBP än så länge är den enda viktminskningsmetod som faktiskt fungerar även långsiktigt. I och med att patienterna går ner så mycket i vikt så minskar riskerna för hjärt- och kärlrelaterade sjukdomar och risken att avlida minskar kraftigt genom att genomgå en GBP då patienten är obese (Socialstyrelsen, 2007).

Då frekvensen av GBP- operationer har ökat explosionsartat senaste åren är det svårare att hinna med att göra grundliga individuella bedömningar om huruvida en GBP skulle vara en lämplig metod eller inte för patienten. Då obesitas många gånger är ett symptom på annan djupare problematik är det viktigt att få klarhet i hur ätbeteendet ser ut, varför obesitas utvecklats samt andra psykiska svårigheter som inte alltid i dagsläget framkommer vid en bedömning. Rekommendationerna bland forskare och kirurger inom området är relativt överens om att en individuell bedömning av ett helt team alltid är nödvändigt. Här behövs noggranna utredningar som inte bara grundas i patientens fysiska förutsättningar för att kunna genomgå en GBP (Greenberg m.fl., 2005; Greenberg m.fl., 2009; Neff m fl., 2013; Van Hout & Van Heck, 2009).

I denna studie framkom det även att nästan hälften av respondenterna hade haft psykologhjälp eller haft behov av psykologhjälp efter sin GBP. I USA är psykologisk expertis mer inkopplat både pre- och postoperativt i betydligt större utsträckning än i Sverige och siffrorna om psykologbehov i denna studie bekräftar att detta behov finns. Tyvärr ser det inte ut så på många opererande sjukhus i Sverige och många patienter får sällan den hjälp de behöver. Då antalet operationer slagit i taket har det nästan blivit en ”löpande bandprincip” för att hantera den anhopning av patienter som beviljats en GBP. Operationen ses mer och mer som en universalmetod mot obesitas och denna utveckling är olycklig då studier visar på att en del subgrupper har svårt att hantera och följa rekommendationerna för operationen. Vissa patienter verkar även bli försämrade i det psykiska måendet och en del utvecklar istället nya missbruk (Backman m.fl., 2013; Greenberg m.fl., 2009). Då suicidfrekvensen bland GBP-opererade patienter är betydligt högre jämfört med normalpopulation både bland GBP-opererade vuxna och ungdomar, är det viktigt att utreda varför det är på detta sätt (Olbers m.fl., 2012; Tindle m.fl., 2010).

Dessa ovan nämnda anledningar är argument nog för att betona vikten av noggranna uppföljningar och att resurser sätts in vid behov och inte så som det görs idag, att patienten ses som färdigbehandlad efter att operationen är genomförd. Den forskning som finns om den psykiska hälsan eller ohälsan hos denna patientgrupp motiverar absolut till att opererande sjukhus bör samordna ett team med kirurg, dietist, sjuksköterska, psykolog m.m. En ny studie har visat att GBP-opererade patienter som genomgått terapimetoden Acceptance and Commitment Therapy, ACT skattade signifikant bättre psykisk hälsa jämfört med patienter som endast genomgått GBP (Arvidsson, Kakoulidis, Dahl & Weinland, 2012). Detta visar på att det finns terapiformer som mycket väl skulle kunna kombineras med GBP och ge ett framgångsrikt resultat..

Slutsats

Avslutningsvis verkar det som om patientens upplevelse om att ha hög livstillfredsställelse och låg social kroppsångest samt positiv självkänsla efter en GBP påverkas av att man bibehåller vikten och framförallt inte går upp i vikt med tiden. Det är också i det här som utmaningen i stort ligger för patienterna. Det verkar också vara så att det är viktigt att patienter som har svårt att förändra sin självbild efter sin GBP får möjlighet att arbeta med detta eftersom en felaktig självbild skulle kunna leda till viktuppgång på sikt samt påverka både livstillfredsställelsen och den sociala kroppsångesten efter en GBP, ur ett långtidsperspektiv. Då den psykosociala hälsan minskar efter ”*smekmånadsåren*” är det också viktigt att uppföljning, med möjlighet till psykoterapeutiska insatser gällande förutom självbild även självkänsla, acceptans, känslohantering m.m., även fortsätter flera år efter patienten opererats.

Metoddiskussion

Denna studie hade en kvantitativ ansats och detta innebär att generaliserbarheten i studien blir starkare jämfört med kvalitativ metod. Respondentfrekvensen på nästan 300 individer innebär också att studiens resultat blir mer statistiskt säkert vilket är viktigt i vetenskapliga sammanhang. Ytterligare faktorer som påverkar styrkan i resultaten är det faktum att det var standardiserade mätinstrument som användes vilket innebär att validiteten och reliabiliteten blir högre. Studien var dock en tvärsnittsstudie vilket är

sämre vetenskapligt jämfört med longitudinella studier. Studier som utvärderar patienternas psykosociala hälsa både pre- och postoperativt samt ur ett långtidsperspektiv, är statistiskt starkare. Tyvärr har dock inte alla opererande sjukhus längre uppföljning än ett år efter operationen och många av de patienter som har längre uppföljning, fullföljer inte alltid alla mätningar på längre sikt. Det har inte tagits hänsyn till hur den psykosociala hälsan påverkas av fysiska komplikationer efter en GBP. Detta innebär att den psykosociala hälsan som skattats i denna studie även till viss del kan bero på fysiska komplikationer. Resultatet kan även ha påverkats av att respondenter rekryterades i olika facebookgrupper för viktopererade och således fick kännedom om att studien riktades just mot denna undersökningsgrupp. Då mätinstrumenten är tänkt att användas så som individen upplever sin situation idag medför detta en risk att en del respondenter kan ha jämfört sin upplevelse av livstillfredsställelse, kroppsuppfattning och självkänsla i nuläget jämfört med hur de minns att de upplevde dessa faktorer under den tid de hade obesitas.

Det är också viktigt att resonera över vilka individer i dessa grupper som väljer att svara på dessa enkäter. Då det inte går att kontrollera hur länge respondenterna varit opererade eller om de överhuvudtaget är opererade medför detta en svaghet i studien. Det kan vara de som mår sämre eller de som mår otroligt bra efter operationen, som tenderar att svara på enkäter av detta slag vilket skulle kunna påverka resultatet. Det är också viktigt att reflektera över vilka som tenderar att delta i studier efter ”*smekmånadsåren*”. Om patienterna efter viktminskningen inte får olika svårigheter är det inte främmande att tänka att dessa har mindre behov av olika internetgrupper. Det är dock viktigt att betona att de grupper som valdes för studien var grupper som endast riktade sig till viktopererade allmänt och *inte* grupper med viss inriktning som t.ex. ”GBP med komplikationer” eftersom risken då blir att urvalet blir riktat mot dem som mår sämre efter sin operation.

Vidare följde ett antal specifika bakgrundsfrågor gällande GBP och dessa har inte utvärderats mer än genom en pilotstudie. Dessa var dock inte knutna till frågeställningarna i studien men skulle kunna ha påverkat utvärderingen gällande den delen av studien. Vidare kan vikt och psykosocial hälsa vara ett känsligt område att utlämna, vilket också kan ha påverkat respondenternas svar. Det är också relevant att nämna att det var nästintill enbart kvinnor som deltog i denna studie. Detta är inte förvånande eftersom 75 % av GBP-operationerna utförs på kvinnor. Likaså är det främst kvinnor som är mer aktiva på sociala medier, där studiens respondenter rekryterades.

Framtida forskning

Det pågår mycket forskning inom bariatrisk kirurgi och GBP. På senare år har fler och fler studier publicerats som visar på de psykosociala effekterna efter en operation. Det är dock betydelsefullt med ännu mer omfattande uppföljningar. Detta då patienter, som tenderar att må sämre psykosocialt efter en GBP eller har ökat i vikt, verkar känna misslyckandekänslor och kanske inte väljer att delta i långtidsuppföljningar. Därför är det än mer viktigt att i studier fånga upp de långtidsopererade patienterna.

Det finns också områden inom GBP som behöver mer fördjupad forskning såsom exempelvis hur vården kan tillgodose det behovet av resurser som har visat sig att en del GBP-opererade efterfrågar. Det är också av stort intresse att utreda varför det är en så betydligt ökad risk för suicidalitet efter en GBP.

Trots dessa brister gällande eftervård och resurser, är det dock viktigt att betona att många patienter blir hjälpta av en sådan här operation vilket inte skall förglömmas. Det visar även denna studies resultat på då endast ett fåtal av respondenterna uppgav att

de ångrade sin operation. Trots detta finns det alltså subgrupper gällande GBP som mår mycket dåligt efter några år och kanske skulle dessa kunna ha hjälp av terapiformen ACT i kombination med en GBP. Därför skulle det även vara av stort intresse att fortsätta forska inom psykologisk behandling kombinerat med kirurgisk behandling för att fler som genomgår en GBP skall få ett framgångsrikt och långsiktigt resultat.

Referenser

- Adami, G. F., Meneghelli, A., Bressani, A., & Scopinaro, N. (1999). Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*, 275-281.
- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., Lamonte, M. J., Stroup, A. M., & Hunt, S. C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, *357*, 753-761.
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, *1*, 155- 167.
- Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., Dahl, J., Weineland, S. M. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice* *6*, 21-30.
- Backman, O., Lagergren, J., Marsk, R., Näslund, E., Rasmussen, F., Stockeld, D., Östlund, M. P. (2013). Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *Jama Surgery*, *148*, 374-377.
- Bane, S., & McAuley, E. (1998). Body image and exercise. I Duda, J. L. (red.), *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement* (s. 311-322). Morgantown, WV: Human Kinetics.
- Bentley, T., & Widom, C. S. (2009). A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*, *17*, 1900-1905.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Sigrist, S., & Buddeberg, C. (2004). Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obesity Surgery*, *14*, 361-369.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thomson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta- analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*, 421-433.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, *31*, 117-124.
- Campbell, R. N. (1984). *The new science: Self- Esteem Psychology*. Lanham, MD: University Press of America.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, *90*, 251-257.
- Crocker, J. (2002). The cost of seeking self esteem. *Journal of Social Issues*, *58*, 597-615.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-302.
- Elder, K. A., Wolfe, B. M. (2007). Bariatric surgery: A review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*, *132*, 2243-2271.
- French, S. A., Story, M., & Perry. C.L. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*, *3*, 479-490.
- Gatineau, M., & Dent, M. (2011). *Obesity and Mental Health*. Oxford: National Obesity Observatory.
- Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M., & Sullivan, M. A. (2005). Behavioral and Psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. *Obesity Research* *13*, 244-249.
- Greenberg, I., Sogg, S., & Perna, F. M. (2009). Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity Journal*, *17*, 880-884.
- Hart, E. A., Leary, M.R., & Rejeski, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *11*, 94-104.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Hebebrand, J., & Senf, W. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery: a systematic review. *Obesity Research*, *12*, 1554-1569.
- Hsu, L. K. G., Benotti, P. N., Dwyer, J., Roberts, S. B, Saltzman, E., Shikora, S., Rolls, B. J., & Rand, W. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 338-346.
- Kaly, P., Orellana, S., Torrella, B. A., Takagishi, M. A., Saff- Koche, L., & Murr, M. M. (2007). Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *4*, 6-10.
- Karlsson, J., Sjöström, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS) - an intervention study of obesity. Two- year follow- up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity*, *22*, 113-126.
- Kinzl, J., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery*, *13*, 105-110.
- Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., & Golay, A. (2010). Dietary weight and psychological change among patients with obesity, 8 years after gastric bypass. *American Dietetic Association*, *110*, 527-534.
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, *11*, 452-456.
- Latner, J. D., Wilson, G. T., Jackson, M. L., & Stunkard, A. J. (2009). Greater history of weight-related stigmatizing experiences is associated with greater weight loss in obesity treatment. *Journal Health Psychology*, *14*, 190-199.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, *1*, 57-70.
- Martin Ginis, K. A., Lindwall, M., & Prapavessis, H. (2007). Who cares what other people think? Self- presentation in exercise and physical activity. *Scandinavian Journal of Psychology*, *47*, 209-217.
- Neff, K. J., Olbers, T., & Leroux, C. W. (2013). Bariatric surgery: The challengers with candidate selection individualizing treatment and clinical outcomes. *BMC Medicine*, *11*, 1-17.

- Olbers, T., Gronowitz, E., Werling, M., Mårilid, S., Flodmark, C-E., Peltonen, M., Göthberg G., Karlsson, J., Ekblom, K., Sjöström, L.V., Dahlgren J., Lönroth, H., Friberg, P., & Marcus, C. (2012). Two- year outcome of laproscopic Roux- en- Y gastric bypass in adolescents with severe obesity: results from a Swedish nationwide study. *International Journal of Obesity*, 36, 1388-1395.
- Pataky, Z., Carrard, I., & Golay, A. (2011). Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Current Opinion in Gastroenterology*, 27, 167-173.
- Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Jeffery, R. W., & Operskalski, B. H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle- aged women. *Child Abuse Negl*, 32, 878-887.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rössner, S. (2002). Utbredd diskriminering av feta. *Läkartidningen*, 99, 4996-4998.
- 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 and Related Diseases*, 6, 608-614.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002: 160), *Fetma- problem och åtgärder*. Hämtad 07-05-2014.
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schlenker, B. R., & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self- presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella indikationer för obesitaskirurgi 2007*.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Barn som utsätts för fysiska övergrepp*. Västerås: Edita Västra Aros.
- 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.
- SOREg (2012:1). *Operationsstatistik, case mix*. Årsrapport SOReg 2012.
- SOREg (2013). *Livskvalitet, mortalitet, tackningsgrad*. Årsrapport SOReg 2012.
- Tindle, A. H., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J., & Kuller, H.L. (2010). Risk of suicide after long-term follow up from bariatric surgery, *American Journal of Medicine*, 123, 1036-1042.
- Torgerson J, Flodmark CE, Andrén P. (2009-2010). Övervikt och fetma. *Läkemedelsboken*. Apoteket AB. Stockholm: 2009.
- Van Hout, G., & Van Heck, G. (2009). Bariatric psychology, psychological aspects of Weight loss surgery. *European Journal of Obesity*, 2, 10-15.
- Van Hout, G., Verschure, S., & Van Heck, G. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity surgery*, 15, 552-560.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 1333-1337.

- Wee, C., Jones, D., Davis, R., Bourland, A., & Hamel, M. (2006). Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. *Obesity Surgery, 16*, 496-500.
- WHO (2011). *Obesity and overweight*. Hämtad: 19-10-2014. Näadress: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine. 41*, 1403-1409.

Bilaga

Detta är ett formulär för dig som genomgått en Gastric Bypass (GBP) för minst 2 år sedan. Formuläret syftar till att undersöka psykologiska upplevelser av operationen ur ett långtidsperspektiv och tar 5-10 min att fylla i. Studien är en del av min examensuppsats och görs av mig, Jeanette Byhlin som läser 10 terminen på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitetet.

Medverkan i studien är frivillig och helt anonym och svaren kommer endast att användas till denna studies ändamål. Dina upplevelser är viktiga och försök att svara så ärligt som du kan och hur du uppfattar dig själv just nu och försök att inte jämföra med din upplevelse före du genomgick din operation. Det är också viktigt att du svarar på samtliga frågor.

1. Nedan finns fem påståenden som Ni antingen kan instämna eller inte instämna med. För varje påstående väljer du att markera det som stämmer överens med hur mycket du håller med eller inte håller med.

	Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer inte helt	Varken instämmer eller inte	Instämmer till viss del	Instämmer	Instämmer helt
Det mesta i mitt liv är nära mitt ideal							
Förutsättningarna för mitt liv är utmärkta							
Jag är nöjd med mitt liv							
Så här långt har jag fått de saker jag anser viktiga i livet							
Om jag kunde leva om mitt liv skulle jag nästan inte ändra något							

2. Var vänlig och markera i vilken grad varje påstående stämmer in på dig.

		Inte alls	Något	Ganska bra	Väldigt bra	Extremt bra
1	Jag är tillfreds med hur min kropp/figur ser ut.					
2	Jag oroar mig för att använda kläder som får mig att se för smal eller överviktigt ut.					
3	Jag önskar att jag inte brydde mig så mycket om hur min kropp/figur ser ut					
4	Ibland känner jag mig besvärad av tankar som rör att andra bedömer min vikt eller muskelutveckling negativt.					
5	När jag ser mig i spegeln känner jag mig nöjd med min kropp.					
6	Oattraktiva detaljer angående min kropp gör mig nervös i vissa sociala situationer.					
7	I närvaro av andra känner jag mig ängslig över min kropp/figur.					
8	Jag är tillfreds med hur vältränad andra verkar tycka att min kropp är.					
9	Det skulle göra mig besvärad att veta att andra bedömer min kropp/figur.					
10	När det gäller att visa upp min kropp/figur för andra är jag en blyg person.					
11	Jag känner mig vanligtvis avslappnad när andra tittar på min kropp/figur.					
12	När jag har badkläder, eller liknande, på mig känner jag mig ofta nervös för hur min kroppsform ser ut.					

3. Nedan finns några påståenden som du kan instämma eller inte instämma med. För varje påstående väljer du att markera det som stämmer överens med hur mycket du håller med eller inte håller med.

	Instämmer helt	Instämmer något	Instämmer ej	Instämmer inte alls
Jag känner att jag är en värdefull person, åtminstone lika mycket som andra				
Jag tycker att jag har en massa goda egenskaper				
När allt kommer omkring har jag en tendens att se mig själv som ett misslyckande				
Jag klarar av saker och ting lika väl som de flesta andra människor				
Jag känner att jag inte har mycket att vara stolt över				
Jag har en positiv inställning till mig själv				
På det hela taget är jag nöjd med mig själv				

Jag önskar att jag hade mer respekt för mig själv				
Jag känner mig verkligen duglig ibland				
Då och då tycker jag att jag är värdelös				

4. Är du man eller kvinna
5. När är du född?
6. När gjorde du din GBP operation? (år och månad)
7. Har du varit överviktig/ varit obese hela livet?
 - a. Ja, alltid mer eller mindre sen jag var barn/ungdom
 - b. Ja, men jag har också varit normalviktig i långa perioder
 - c. Nej, jag har gått upp i vikt till övervikt/ obesitas i vuxen ålder

8. Har du haft behov av att bearbeta din operation med en psykolog? (operationen, ätbeteende, obesitas, livet efter operation mm.)
 - a. Ja, men det har tyvärr inte funnits någon sådan möjlighet
 - b. Ja, och jag har haft psykologkontakt där jag helt eller delvis har talat om operationen
 - c. Nej, det har jag inte behövt
9. Har du haft någon form av psykisk ohälsa innan du genomgick din GBP och som du har sökt läkare angående? (Du kan välja flera svar)
 - a. Nej, det har jag inte haft
 - b. Ja, depression
 - c. Ja, ångest
 - d. Ja, ätstörning (anorexi, bulimi, ätstörning UNS)
 - e. Ja, stress
 - f. Ja, personlighetsstörning
 - g. Ja, neuropsykiatriska funktionshinder (autismspektrumstörning, ADD, ADHD, tourettes syndrom)
 - h. Ja, psykosjukdom
 - i. Ja, missbruk (alkohol-, tablett-, mat-, spel-, sexmissbruk mm.)
 - j. Annat, specificera gärna
10. Har du gjort plastikoperation efter din GBP som är kopplad till din viktförändring?
 - a. Ja, och jag blev nöjd
 - b. Ja, men jag blev inte alls nöjd
 - c. Nej, men skulle vilja men har inte ansökt
 - d. Nej, men skulle vilja men har fått avslag
 - e. Nej, jag vill inte/ har inte haft behov av att göra plastikoperation efter min viktminskning
11. Hur lång är du? (cm)
12. Vad vägde du när du opererades? (Kg)
13. Vad väger du idag? (Kg)
14. Hur många kilo har du gått upp sedan lägsta vikt?
 - a. Jag har inte gått upp något
 - b. Jag har gått upp 1-5 Kg
 - c. Jag har gått upp 5-10 Kg
 - d. Jag har gått upp 10-15 kg
 - e. Jag har gått upp 15-20 kg
 - f. Jag har gått upp 20-25 kg
 - g. Jag har gått upp mer än 25 kg
15. Ångrar du din operation?
 - a. Ja
 - b. Ibland
 - c. Nej

Tack för att du svarade på denna enkät!