



EXAMENSARBETE

Hösten 2016

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Patienters upplevelser efter en överviktsoperation

Litteraturstudie

Författare

Jane Fridman

Handledare

Ann-Marie Bjurbrant Birgersson

Examinator

Ann-Christin Janlöv

Patienters upplevelser efter en överviktsoperation

Patients' experiences after an Obesity surgery

Författare: Jane Fridman

Handledare: Ann-Marie Bjurbrant Birgersson

Litteraturstudie

Datum: 20160811

Sammanfattning

Bakgrund: Överviktsoperationer ökar i stadig takt med att övervikt och fetma ökar. Samtidigt beskriver patienterna upplevelser av en stigmatiserad livsvärld som påverkar deras självbild och självidentitet. Patienterna erbjuds olika behandlingsmetoder som kost, fysisk aktivitet och förändrade beteendemönster. Men den slutliga behandlingsformen blir ofta kirurgisk metod som innebär att minska magsäcken med målet att reducera vikt och ge patienterna möjlighet till en god livsstil. **Syfte:** Syftet var att belysa patienters upplevelser efter en överviktsoperation. **Metod:** En litteraturstudie med nio kvalitativa artiklar. **Resultat:** Resultatet framkom som tre kategorier som belyser patienters upplevelser efter en överviktsoperation: Förändrade känslor till kroppen, Förändrat ätbeteende, Sociala reaktioner och förändringar. **Slutsats:** Eftersom upplevelsena av överviktsopererade patienters livsstilsförändring är varierande, är stöd och hjälp av vårdpersonal ett behov som behöver utvecklas.

Nyckelord: Fetma, överviktskirurgi, patient, upplevelser

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
SYFTE	6
METOD	7
Design	7
Datainsamling	7
Urval.....	7
Genomförande och granskning	7
Analys	8
Etiska överväganden	8
RESULTAT	8
Förändrade känslor till kroppen	9
Förändrat ätbeteende	10
Sociala reaktioner och förändringar	12
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	18
REFERENSER	19
Bilaga 1. Sökschema för datorbaserad litteratursökning	
Bilaga 2. Artikelöversikt	

BAKGRUND

Övervikt och fetma ses som ett problem av patienterna eftersom de flesta upplever en sämre självkänsla och lägre självidentitet. Patienterna upplever även att andra i samhället bemöter dem med nedvärderande ögon. Problemet kan leda till att patienterna isolerar sig och blir deprimerade och upplever svårigheter att genom egenvård få till en kroppslig förändring. Därför blir deras sista utväg, kirurgisk operation (Prested, Fromholt & Kroustrup (2012)). I Sverige beräknas cirka en tredjedel av alla kvinnor och hälften av alla män ha övervikt eller fetma och antalet har ökat de senaste tjugo åren (Socialstyrelsen, 2009). I takt med att övervikt och fetma ökar utförs ett ökat antal kirurgiska behandlingar, som medför ett behov av ökad kunskap och insikt hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal, för att hjälpa patienter med god omvårdnad både kroppsligt och mentalt (Myrelid, 2013). Övervikt och fetma ses enligt World Health Organisation (WHO) som en folksjukdom och har ökat till femte största globala folkhälsoproblemet i världen (WHO, 2013).

Övervikt och fetma definieras som en fettansamling, som kan leda till en hälsorisk för människan (WHO, 2013). År 2008 beräknades cirka 1,4 miljarder vuxna invånare i världen vara överviktiga eller ha fetma. Ungefär 2.8 miljoner människor per år beräknades avlida på grund av folksjukdomen (WHO, 2008). Ett sätt att mäta övervikt och fetma bland vuxna är Body Mass Index (BMI) genom att patientens vikt i kilogram divideras med längd multiplicerat med längd. Om patienten har uppnått ett värde över 25 räknas patienten som överviktig och vid ett värde på 30-35 beräknas patienten ha fetma. Värdet används för att få ett generellt värde på både kvinnor och män. Däremot är det endast en vägledning och motsvarar inte exakt värde hos alla människor på grund av människors olika muskeluppbyggnad och fettmassa (WHO, 2013). Övervikt och fetma kan bero på flera orsaker, exempelvis ärftlighet, obalans av energiintag parallellt med energiförbrukning, ett stillasittande liv eller annan levnadsstil (Ericson & Ericson, 2012). Det har utförts flera insatser på både individuell-, grupp- och samhälls nivå för att kunna motverka övervikt och fetma. Det har skett via hjälpmedel som motiverande (MI) samtal med rådgivning och stöd som kan vara en betydelsefull faktor vid förändringsprocessen hos patienter med övervikt och fetma. Rådgivningen innehåller information om kost av tallriksmodell (frukt, grönsaker, potatis, kött, fisk och mjölkprodukter) parallellt med regelbunden trettio minuters daglig promenad eller behandlingsmetoder som fysisk aktivitet på recept (FAR), beteendeförändringar och läkemedel (Socialstyrelsen, 2013). Den slutliga

behandlingsmetoden är kirurgisk behandling (Ericson & Ericson, 2012). Den vanligaste metoden inom överviktsoperationer är gastric by pass och innebär att reducera magsäcken för att patienten inte ska kunna äta så mycket (Montgomery, 2012; Ericson & Ericson, 2012). Efter operationen får patienterna äta 1-2 matskedar flytande föda för att vänja magsäcken vid minimal föda (Hulander, 2009).

I en studie av Ogden och Clementi (2010) beskrevs upplevelser som rörde övervikt och fetma, som djupgående och påverkade patienterna både fysiskt och psykiskt. De beskrev hur de i möten med andra människor upplevde att de såg på överviktiga som dumma och lata och att de inte hade eget förstånd. Personer som var överviktiga och hade fetma upplevde sitt liv som en ond cirkel och menade att de ville bli ”normala” som alla andra människor. De menade att denna världen inkluderar bara ”tunna” människor och att personer med övervikt och fetma blir diskriminerade. Det framkom att patienter med övervikt och fetma upplevde sig stigmatiserade och undvek därför att handla i klädaffärer. De menade att de kände sig uttittade av andra kunder i affären eftersom det var svårt att hitta passande klädstorlek. De upplevde även svårigheter om de mötte barn eller hade egna barn som de ville umgås med, eftersom de hade svårt för att böja sig ner och leka med barnen på golvet. Patienterna beskrev även att de upplevde en rädsla att åka buss på grund av, att de var rädda att fastna i sätet när de satte sig ner. Samma sak upplevde patienterna av inomhusbad i badkar eftersom patienterna upplevde rädsla att fastna i badkaret och hade svårigheter att komma upp ur det efter badet. De olika aktiviteterna upplevdes påverka patienternas självkänsla och självidentitet negativt och kunde leda till mindervärdeskänslor, nedstämdhet och depression. På grund av de negativa upplevelserna kunde patienterna trösta sig med godsaker och mat i försök att dämpa dem (a.a.).

Aaron Antonovsky (1987) beskriver begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, vilka utgör Känslan Av SAMmanhang (KASAM) som kan vara betydelsefullt för viktiga patienter som genomgått överviktsoperation och ska genomföra en livsstilsförändring. Begreppet begriplighet kan förklaras, att patienten har en tydlig begriplig struktur i sitt liv, vilket betyder att patienten inte behöver uppleva en kaotisk otrygghet efter överviktsoperationen. Begreppet hanterbarhet kan förklaras, att patienten upplever sig ha inre styrka och resurser och kan hantera sin situation. Det betyder att patienten har en god kontroll, som kan leda till goda förutsättningar efter överviktsoperationen. Begreppet meningsfullhet är den viktigaste hörnstenen, som innebär att patienten upplever livssituationen som meningsfull och

får inre styrka och energi. Dessa hörnstenar kan främja en positiv livsstilsförändring hos patienterna. Antonovsky menar även att vårdpersonal och patient bör se framåt och tänka på att upprätthålla och uppnå hälsa. Vårdpersonal bör uppmärksamma patientens egen livsvärld och bakgrund. Det kan medföra att sjuksköterskan kan stödja patienten till de grundläggande faktorerna som påverkar utifrån ett salutogent hälsoperspektiv (a.a.). Socialstyrelsen (2005) beskriver ett värdegrundat förhållningssätt som är grundpelaren för sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vilket belyser närvaro, aktivt lyssnande och att vara med. Sjuksköterskans förhållningssätt innebär att sätta ”människan i centrum” och ha kännedom om att ”vård tar tid” och känna in patienters inre lidande och framkalla välbefinnande, självkänsla och självidentitet om patienterna upplever hälsa eller ohälsa (a.a.). Hälsöfrämjande omvårdnad betyder att patienternas sjukdomssymtom och beteende kan förändras samt ger möjligheter att uppnå mål för att påverka patienternas hälsa i rätt riktning. Det innebär att överviktsopererade patienter kan hjälpas till en hälsöfrämjande livsstil med sjuksköterskan som nyckelperson i arbetet med patienterna (SSF, 2008). (a.a.).

Filosofen Hans-Georg Gadamer beskriver, i mötet med människor kan begreppet förförståelse användas som bygger på tidigare erfarenheter, fördomar, förväntningar och föreställningar. Förförståelse kan vara medvetet eller omedvetet, positivt eller negativt samt kan förändras under en människas livstid beroende på vad man upplever. Men om mötet byggs på förståelse kan en empatisk förmåga hjälpa, att känna inlevelse i andras lidande och lättare förstå andra människors problem och svårigheter (Gadamer, 1997). Det är viktigt att sjuksköterskor och annan vårdpersonal inte har förutfattade meningar vid ett nytt möte med en patient utan kan känna förståelse och låta varje patient bemötas utifrån deras individuella behov och lyssna till varje specifik upplevelse och situation (Birkler, 2007). Då överviktsoperationer är en relativt ny metod inom kirurgin, kan det innebära att det finns ganska få studier inom området överviktsopererade patienter. Därför kan denna studie medföra ökad kunskap för patienters perspektiv samt att sjuksköterskor får en ökad förståelse som de kan tillämpa inom omvårdnad av överviktsopererade patienter.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa patienters upplevelser efter en överviktsoperation.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med fokus kvalitativa studier. Enligt Dahlborg Lyckhage (2012) är en sådan studie lämplig när vetenskapliga artiklar inom forskningsområdet väljs ut för att sedan sammanställas till ett resultat.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom att söka vetenskapliga artiklar till litteraturstudien. De databaser som användes var PsycINFO (Psykologi), Cinahl (Medicin och omvårdnad) och PubMed (Hälsovetenskap och omvårdnad) vilket var relevant för syftet. I dessa databaser utfördes systematisk litteratursökning enligt Östlundhs rekommendationer, som MeSH Terms, Theaurus och Headings samt den booleska sökoperatören AND användes (Östlundh, 2012) Sökord var: *bariatric surgery, qualitative, qualitative study, life experiences, experiences, obesity surgery, patient, interview* samt trunkering (se sökschema bilaga 1).

Urval

De databaser urvalet utgjordes av var vetenskapliga originalartiklar eftersom det enligt Dahlborg Lyckhage, (2012) är ett krav för en litteraturstudie. I denna studie inkluderades artiklar som skulle beskriva patienters upplevelser efter en överviktsoperation. Artiklarna skulle vara publicerade åren 2004-2014, skrivna på engelska och röra personer över 18 år och vara kvalitativa.

Genomförande och granskning

När sökningen genomförts har titlar lästs igenom av de artiklar som matchade studiens syfte. Av de utvalda titlarna lästes abstract för att få mer information och förståelse om artiklarnas innehåll. De utvalda artiklarna laddades sedan ner i fulltext eller beställdes i fulltextformat och artiklarnas resultat lästes därefter noggrant. De slutligen identifierade artiklarna granskades kritiskt med hjälp av granskningsmall två gånger (Röda Korsets Högskola, 2005). Det sammanställdes nio vetenskapligt publicerade artiklar totalt som fördes in i en artikelöversikt (bilaga 2) för att författare och läsare lättare skulle förstå innehållet i artiklarna och kvalitén av dem. Översättningen av texten skedde med hjälp av ordböcker som till exempelvis Svenska Akademin (2010) eftersom författarens modersmål var svenska, medan alla artiklar var skrivna på engelska.

Analys

Fribergs (2012) beskrivningar av tillvägagångssättet vid analysen utfördes i olika steg. I första steget lästes artiklarnas resultat flera gånger och delades in i mindre stycken. I andra steget tog författaren hjälp av olika färger för att markera betydelsefulla ord och meningsenheter som matchade studiens syfte samt identifierade likheter och skillnader. I tredje steget antecknades meningsenheterna i olika kolumner. I fjärde steget sammanställdes fynden i en översiktstabell (bilaga 2).

Etiska överväganden

Studien presenterades utifrån ett etiskt granskat och sammanställt arbetssätt som genomfördes med kvalitativa artiklar. De kvalitativa artiklarna visade patienternas upplevelser och känslor utifrån deras situation och händelser som byggde på primära källor som innebar att alla upplevelser utgår från ett förstapersonsperspektiv. Det innebär att patienterna beskriver sina egna åsikter och upplevelser. Författaren använde sig av ett etiskt förhållningssätt som innebar att undvika att förändra eller förvränga patienternas upplevelser, känslor och ord som kunde förbättra studieresultatet (Birkler, 2008). Ytterligare beskriver Birkler om förförståelsen som innebär, att det finns tidigare kunskap och erfarenhet som erhållits om ett specifikt ämnesområde. Det kan innebära att det finns en förväntan på hur något ska vara inom det området som undersökts (a.a.). Författaren hade ingen kunskap eller erfarenhet om vilka upplevelser patienterna kunde få efter en överviktsoperation och kunde därför hålla sig neutral under arbetets gång och därmed välja ut och tolka artiklarna med ett öppet sinne.

RESULTAT

Ur resultatet framkom tre kategorier som hämtades från nio kvalitativa artiklar vilka representerade män och kvinnor mellan åldern 25-63 år. Studiens syfte var att belysa patienternas upplevelser efter en överviktsoperation. Nedanstående text visar kategorierna.

- Förändrade känslor till kroppen
- Förändrat ätbeteende
- Sociala reaktioner och förändringar

Förändrade känslor till kroppen

Det framkom flera positiva konsekvenser av överviktsoperationen såsom att patienterna märkte en påtaglig förbättrad kroppsuppfattning efter viktreduceringen. Patienterna upplevde en gynnsam period och deras livskvalité blomstrade, det var en underbar tid. Upplevelsen av operationen var det bästa som någonsin hänt och patienterna menade att de gärna skulle välja att få den utförd igen om behovet funnits (Sutton, Murphy & Raines, 2009; Groven, Råheim & Engelsrud (2010). Det framkom att flera patienter upplevde att operationen var väl värd mödan och de skulle inte velat ha den ogjord (Wysoker, 2005). Patienterna upplevde hur de sågs med ”nya positiva ögon” vilket innebar att de kände hur den nya kroppen påkallade uppmärksamhet på ett tillfredställande sätt (Sutton et al. 2009; LePage, 2010; Forsberg et al. 2013; Groven et al. 2010; Zijlstra et al. 2009; Ogden, Avenell & Ellis, 2011).

*“This is proof of my success. I can never, not ever forget how
Gastric bypass surgery changed my life” (LePage, 2010, s 60).*

Det uppstod även negativa konsekvenser av överviktsoperationen som framkom såsom att viktminskningen medförde, att det uppstod ett hudöverskott som överflödigt hängde löst utanpå kroppen. Den löst hängande huden förorsakade känslor av skam, oattraktivitet och mindervärdighet och upplevelser av obehag speciellt i samband med klädbyten då kroppen exponerades inför patienten (Groven et al. 2010; Gilmartin, 2013). De upplevde ytterligare problem relaterat till överskottshuden bland annat svettningar med risk för infektion beroende på ansamling av fuktighet som stannade kvar mellan hudveckan. Det upplevdes varmt, obehagligt och ohygieniskt eftersom patienterna upplevde att det luktade illa (Groven et al. 2010). Flertalet patienter beskrev även hur de fortfarande såg sig själva som överviktiga trots

att de hade tappat massor av vikt. Det berodde på att deras tankeuppfattning om sin kropp inte gick lika snabbt att förändras som den kroppsliga förändringen gjorde (LePage, 2010). Patienterna hade även föreställt sig, att deras självbild skulle förbättrats efter överviktsoperationen men det kunde bli tvärtom, på grund av den kraftiga viktnedgången som orsakades av det ökade hudöverskottet (Groven et al. 2010; Gilmartin, 2013; LePage, 2010).

Det framkom dessutom, att patienterna kände sig oroliga och upplevde ångest i samband med att kroppen förändrades. Patienterna kunde försöka att dämpa dessa känslor genom att kräka upp den mat de ätit. Kräkningarna kunde utföras efter varje måltid och framkallade upplevelser av smärta i strupe och magsäck. Trots det utförde patienterna beteendet kontinuerligt, för att det kunde lindra de negativa känslorna (Zijlstra, Boeije, Larsen, Ramshorst & Genens, 2009; Ogden, Climenti & Aylwin, 2005; Sutton et al. 2009; LePage, 2010). Det framkom även ytterligare försök att dämpa ångest som upplevdes bero på en obalans i den personliga självkontrollen, genom att patienterna besökte affärer och handlade onödiga saker som exempelvis mängder med skor istället för mat. Detta beteende ledde till fler problem som betydde att patienterna även fick ekonomiska svårigheter. De upplevde ökad oro och ångest och känslorna beskrevs vara svåra att hantera (LePage, 2010).

”I felt so out of balance. I couldn’t eat so I shopped. I bought 40 pairs of shoes, really” (LePage, 2010, s 231).

Men även om patienterna genomgick en kroppslig och känslomässig förändring som försakade problem, upplevde patienterna trots detta en inre hoppfullhet tidvis efter överviktsoperationen som även gav en mer positiv bild av dem själv. Det positiva var att det övervägde de negativa upplevelsorna på grund av viktminskningen (Ogden et al. 2005; Sutton et al. 2009; Forsberg, Engström & Söderberg 2013). De patienter som tidigare haft följsjukdomar på grund av sin fetma, som exempelvis diabetes eller högt blodtryck, upplevde en påtaglig tillfredställelse direkt efter överviktsoperationen (Lepage, 2010; Groven et al. 2010). Patienterna beskrev även upplevelser av tidigare komplikationer som var relaterade till deras fetma före överviktsoperationen, vilka medfört kroppsliga smärtor i bland annat rygg och knä och som gav sämre energi. Patienterna upplevde att dessa komplikationer hade minskat efter överviktsoperationen (Groven et al. 2010).

Förändrat ätbeteende

I samband med återhämtningen upplevde patienterna stora förändringar i det nya ätbeteendet som innebar ett nytt hälsosamt sätt att äta jämfört med tidigare. Patienterna som tidigare ätit den mängd mat de själv önskat fick nu uppleva ett helt nytt koncept. Det innehöll lärande om kostmängd, olika sorters kost, kosttider och hur kosten skulle intas, som att tugga maten långsamt och länge vilket upplevdes för många som både positivt och negativt under inlärningsperioden. Det berodde bland annat på att det nya sättet att tugga maten långsamt kunde upplevas som krävande för patienterna. Parallellt med inläringen kombinerades kostintag med regelbunden fysisk aktivitet, för att patienterna skulle lära sig ett nytt sätt att kombinera det nya ätbeteendet med kroppsliga rörelser och därmed påverka patienterna både psykiskt och fysiskt. Det kunde sammanfattningsvis upplevas positivt av patienterna speciellt när vikten minskade och deras hälsa blev bättre på grund av det nya hälsobeteendet. Det kunde leda till en känslomässig balans i patienternas vardag (Forsberg et al. 2013; Zijlstra et al. 2009; Wysoker, 2005). Den nya inläringstekniken upplevdes vara gynnsam för många patienter i början av återhämtningstiden. De upplevde att det var värdefullt att lära sig äta rätt och i mindre mängd, eftersom de ville reducera vikt och må bättre (Zijlstra et al. 2009; Forsberg et al. 2013; Sutton et al. 2009; Ogden et al. 2011).

Däremot upplevde andra patienter att inläringstekniken var inhuman. Det berodde bland annat på kostens exteriöra utseende, storlek och konsistens, som uppfattades smaklös och oaptitlig, jämfört med den kost som den övriga familjen åt. Dessutom upplevde patienterna, att de önskade mer mat än vad matstrupe och magsäck tillät. De beskrev genom att tugga maten noggrant till en liten massa, blev den lättare att svälja samt passerade lättare förbi magsäcksingången (Ogden et al. 2011; Ogden et al. 2005; Sutton et al. 2009). Det framkom att patienterna upplevde matportionerna för små. Det ledde till upplevelser av hunger kort tid efter måltiden som var påfrestande och svåra att hantera. Patienterna var ordinerade, att äta på regelbundna tider trots hunger. Men de menade att det var svårt att hantera känslan av hunger och låta bli att äta för ofta. Patienterna beskrev att upplevelserna av hunger påverkade dem ogynnsamt och flertalet upplevde att de blev deprimerade och kände ångest (Zijlstra et al. 2009; Forsberg et al. 2013; Sutton et al. 2009; Ogden, et al. 2011; Gilmartin, 2013). Dessutom beskrev vissa patienter, att de kunde frångå ordinationen genom att exempelvis byta ut kött, grönsaker och potatis mot godis, som upplevdes glida ner lättare genom magsäcken än husmanskost. Det innebar att patienterna kunde äta mer än vad som ordinerats. Men däremot förde ätbeteendet med sig att de upplevde både ångest, ensamhet och en ökad vikt (Zijlstra et al. 2009). Vissa patienter upplevde oro och ångest, vilket berodde på att det var svårt att vänja

sig vid alla nya intryck när kroppen förändrades och att de kände sig oroliga över det nya ätbeteendet. Det nya ätbeteendet framkallade även upplevelser av sorg i samband med att patienterna kände hunger och längtan efter något att äta, även när de inte var hungriga. Upplevelsen av sorg och saknad kunde beskrivas som en liknelse av att ha mist en kär gammal vän, som alltid funnits vid deras sida. Istället var patienterna tvungna att följa nya restriktioner om vilken mat de skulle äta och hur ofta (Sutton et al. 2009).

“The craziest thing was the mourning period, the mourning of food. Food, was my best friend, and now (I was) losing it... you lose your coping mechanism” (Sutton et al. 2009 s. 301).

Om patienterna inte höll sig strikt till ordinationen, kunde de uppleva smärta i matstrupe och magsäck (Zijlstra et al. 2009; Ogden et al. 2005; Sutton et al. 2009; LePage, 2010; Wysoker, 2005). Det fanns patienter som beskrev att upplevelsen av smärtan i magsäck och matstrupe kunde bli värre med tiden och leda till att de förlorade energi. Den förlorade energin upplevdes innebära att det uppstod komplikationer såsom skakningar, illamående, yrsel och känselbortfall i olika delar av kroppen. I samband med dessa komplikationer upplevde patienterna även oro för vitaminbrist (Groven et al. 2010). Dessutom framkom att patienter, som upplevt smärta en längre tid på grund av oregelbundet matintag, självmant slutade att äta och dricka. Det ledde till att patienterna upplevde att de blev kroppsligt uttorkade och inlagda på sjukhus för behandling (Ogden et al. 2005). En del patienter beskrev om upplevelser om hur de använde alkohol eller andra droger för att dämpa smärtan, som uppkom av det förändrade ätbeteendet och saknaden efter den tidigare kosten de haft förut. Den så kallade självmedicineringen ledde istället till hur patienterna upplevde, att de utvecklade ett missbruk eller att de blev förgiftade (Ogden et al. 2011; LePage, 2010).

“Then came, well drug abuse... I started with cocaine and slowly but surely ended up with crack cocaine. I ended up in detox”.
(Le Page 2010 s. 61)

Sociala reaktioner och förändringar

Tiden efter överviktsoperationen innebar även sociala förändringar för patienterna. De upplevde att de fick positiva komplimanger och uppskattning av andra personer ute i samhället, som handlade om deras kraftiga viktminskning och kroppsliga förändring. De

positiva kommentarerna ledde till att patienterna upplevde en ny sorts självkänsla som inte funnits tidigare. Det innebar att patienterna fick en ny social roll i samhället och ledde till att de fick nya vänner att umgås med. Däremot hade de nya vännerna dock inte vetskap om att patienterna varit överviktiga tidigare och patienterna menade att det hade viss betydelse för dem och deras vänskap. Den positiva känslan upplevdes stärka deras självförtroende och självuppfattning (LePage, 2010; Forsberg et al. 2013; Gilmartin, 2013). Patienterna upplevde att närhet och uppskattning var mycket betydelsefullt efter överviktsoperationen, speciellt om komplimangerna kom från deras sambo eller partner. Om patienterna fick uppskattning innebar det att det påverkade deras självidentitet och självförtroende positivt och ledde till upplevelser av välbefinnande och livsglädje. Men det fanns de patienter som inte fick uppskattning av sin partner. De beskrev att de upplevde ofta ensamhet, ledsamhet och besvikelse som påverkade deras självkänsla och självförtroende negativt (LePage, 2010; Forsberg et al. 2013; Gilmartin, 2013). Det fanns ytterligare patienter som beskrev andra negativa upplevelser som handlade om att de fick kritiserande blickar och elaka kommentarer från människor de känt sen tidigare. Det kunde exempelvis vara nedvärderande kommentarer och uttryck som fokuserade på hur patienternas viktnedgång gått till. Patienterna fick frågor och påpekanden om varför de använt kirurgisk hjälp istället för egenvård vid viktnedgången (LePage, 2010; Forsberg et al. 2013). Den ofördelaktiga inställningen till patienterna berörde dem känslomässigt negativt. De kunde uppleva en social ohälsa som inverkar negativt på deras självbild och självkänsla som även kunde leda till att patienterna till slut blev deprimerade och stannade inomhus i sin ensamhet (LePage, 2010; Forsberg et al. 2013; Gilmartin, 2013). Andra negativa upplevelser var när familjen skulle utöva aktiviteter som exempelvis att gå till badplatser, badhus eller till träningslokaler. Det innebar negativa upplevelser som exempelvis innebar att patienterna blev tvungna att klä av sig inför andra för att duscha eller klä om till badkläder. Det kändes obehagligt för patienterna som märkte hur folk stirrade på dem och de fick ofta höra ofördelaktiga kommentarer, som kunde bero på det utökade hudöverskottet efter den kraftiga viktnedgången. Det innebar att patienterna kunde bli ledsna och deprimerade och istället stannade hemma när familjen skulle utöva aktiviteter (Groven et al. 2010; Gilmartin, 2013). Dessa sociala problem kunde orsaka isolering i hemmet och medföra en negativ relation och intimitet till sambo eller partners. Den försämrade intimiteten kunde i sin tur leda till sämre sammanhållning inom familjen och även orsaka skilsmässor. Var separationen ett faktum kunde även det innebära sämre umgänge med barnen om familjen splittrades (LePage, 2010; Groven et al. 2010; Gilmartin, 2013).

Det framkom även att patienterna upplevde behov av stöd genom att de fick ventilera sina vardagsproblem och känslomässiga svårigheter, till exempel med kunnig personal inom sjukvården. Fick patienterna möjlighet att berätta om sina upplevelser, kunde det hjälpa dem att klara av sina vardagsproblem lättare. Det kunde i sin tur leda till att patienterna med tiden fick en ökad energi och klarade av vardagen enklare och kunde innebära att patienterna upplevde hur självförtroendet stärktes (Forsberg et al. 2013; LePage, 2010; Groven et al. 2010; Zijlstra et al. 2009; Ogden et al. 2011; Sutton et al. 2009; Gilmartin, 2013; Ogden et al. 2005). Patienterna beskrev även ett annat sätt att ventilera upplevelser med andra människor efter överviktsoperationen. De kunde genomföra personliga samtal med andra patienter via ett forum på nätet, dit kunde patienterna vända sig för att prata och ventilera olika sorters upplevelser både positiva och negativa och samtidigt ge varandra stöd som i sin tur kunde leda till ökad energi och styrka (Groven et al. 2010; Gilmartin, 2013).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie på ett systematiskt methodsätt. Att kritiskt granska och tolka det forskningsmaterial som motsvarar det valda ämnet som författaren fått fram, kan detta leda till en bredare kunskapsutveckling i vårdarbetet genom att utgå från ett patientperspektiv inom det specifika omvårdnadsområdet enligt Dahlborg Lyckhage (2012).

Syftet var att belysa patienters upplevelser efter en överviktsoperation. För att få artiklar inom det valda syftet, gjordes sökningar i tre databaser PsycINFO, PubMed och Cinahl, som innehåller omvårdnad, medicin och hälsovetenskap. Enligt Östlundhs rekommendationer gjordes sökningar som riktade sig till det specifika området och utfördes systematiskt genom specifika sökord samt trunkering för att få olika böjningsformer på orden. Ytterligare användes ämnesordlista såsom MESH Terms, Theaurus och Headings eftersom det sökord som valts återfinns i artiklar som var relevant för sökningen. Det kombinerades med booleska sökoperatören AND vilket medverkade till att artiklar med sökorden kom fram. Sökordet *bariatric surgery* och *experience* och *qualitative* ökade chansen att få en artikel med dessa sökord. Om alla orden används kombinerat med booleska sökoperatören OR hade det kunnat bli en artikel med *experience* och en artikel med *bariatric surgery* vilket enligt Östlundh

(2012) inte varit helt korrekt sökning som skulle motsvara syftet. Det medför en risk om antalet sökord är för få, eftersom risken att missa relevanta artiklar finns. Ett av sökorden var *qualitative*, eftersom det var viktigt att studiens artiklar innehöll kvalitativa artiklar och inte kvantitativa. Då sökordet *qualitative* inte fanns med i sökningen blev utfallet flest kvantitativa artiklar vilka inte inkluderades i studien. Ett annat sökord var *experience*, ett sökord som var betydelsefullt i sökningen för att få fram patienternas upplevelser i resultatet av studien. Om sökordet inte inkluderats hade de framkommit flest artiklar inom medicin vilket inte var relevant för studiens syfte. Ett annat sökord var *bariatric surgery*. Vid sökningen visades ett stort antal artiklar kring ämnet. Men när sökorden *experience* AND *qualitative* kombinerades exkluderades flertalet artiklar (a.a.). Flera av sökningarna visade på dubletter av de tidigare artiklarna och som inte tillförde något nytt resultat. Sammanlagt blev utfallet slutligen nio artiklar som var relevanta för studien. Om fler databaser och sökord används hade fler artiklar kunnat inkluderas som eventuellt motsvarat syftet. Men tidsaspekten var begränsad vilket medförde att fler databaser inte inkluderades. Enligt Östlundh (2012) föreligger risk att relevanta artiklar kan ha missats inom det specifika området vilket kan utgöra en svaghet i studien (a.a.). I syfte att få ett så trovärdigt och tillförlitligt resultat som möjligt, kvalitétgranskades varje artikel noggrant mer än en gång med hjälp av en granskningsmall. Det utfördes i syfte att få fram relevant information om var de kom ifrån och studiernas kvalitet. Detta kan öka verifierbarheten av de artiklar som inkluderats i studien och medverka till en ökad trovärdighet av studiens resultat då källorna kunde spåras (Friberg, 2012). Ytterligare valde författaren, att ta med citat från artiklarna till resultatet, för att läsaren själv skulle kunna bilda sig en uppfattning av innehållet av studien vilket kan stärka studiens trovärdighet.

I studien var alla patienter över 18 år. Den yngsta patienten var 25 år och den äldsta 63 år. Antal män var 32 stycken och antalet 89 kvinnor i artiklarna. Under kvalitetsgranskningen framkom en ojämn könsfördelning av patienter och att kvinnor befanns i focus angående överviktsoperationer. Det visar att kvinnor utgör den stora delen av överviktsopererade patienter i de olika studierna och därmed vinklas studien mot ett kvinnligt perspektiv. Eftersom män var underrepresenterade bör detta beaktas med tanke på resultatets överförbarhet. De studier som ingick var ursprungligen från England, Storbritannien, USA, Holland, Norge och Sverige och fem av studierna visade på hög kvalitet medan fyra resterande visade på medelkvalité, vilket innebär ganska god överförbarhet till andra länder. Dessutom

beskrivs upplevelserna av patienterna på liknande sätt trots att de härstammade från olika länder. För att få fler länder inkluderade i studien hade det krävts fler databaser och dessutom mer tid för att arbeta med sökningen i studien (Polit & Beck, 2012).

Tillförlitligheten kan betraktas som en svaghet i studien när författaren arbetar ensam. Om fler författare medverkat i studiearbetet hade alla artiklarna kunnat granskas var för sig fler gånger från olika synvinklar. Det hade kunnat stärka studiens tillförlitlighet. För att stärka tillförlitligheten har författaren låtit medarbetare från seminarier läsa de nio artiklarna individuellt. Författaren har därefter lyssnat till deras tolkning av artiklarnas innehåll vilket också diskuterats gemensamt med författaren för att undvika misstolkning av resultatet. Författaren hade ingen erfarenhet, kunskap eller tidigare information om patienters upplevelser efter en överviktsoperation. I och med detta, kunde författaren arbeta förutsättningslöst, då all information som kom författaren till godo inte försvårades av förförståelse (Birkler, 2007).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom de tre kategorierna: Förändrade känslor till kroppen, Förändrat ätbeteende, Sociala reaktioner och förändringar vilka visar patienternas upplevelser efter en överviktsoperation. Författaren har valt att diskutera två intressanta fynd i kategorierna; Förändrat ätbeteende och Förändrade känslor till kroppen.

Ett fynd i resultatet visade på hur patienterna kämpade med det nya ätbeteendet och många upplevde en sorg och saknad efter den kost de varit vana vid tidigare. För att lindra de negativa upplevelserna användes olika droger eller utfördes okontrollerade inköp i mängder. Resultatet blev ett nytt beroendemönster som gav tydlig obalans i den vardagliga livstilen (Sutton et al. 2009; Zijlstra et al. 2009; Forsberg et al. 2013; Sutton et al. 2009; Ogden, et al. 2011; Gilmartin, 2013). Fyndet styrks med en studie av Pristed, Fromholt och Kroustrup (2012) som visar att patienter med förändrat ätbeteende kan uppleva olika känslor av förtvivlan, sorg och saknad eftersom det tidigare ätbeteendet upplevts som en vän och gav tröst och alltid fanns där för dem (a.a.). Fyndet styrks dessutom av en studie av Edholm, Svensson, Näslund, Karlsson, Rask och Sundbom (2013) som visar hur överviktsopererade patienter medicinerade med exempelvis antidepressivt och psykofarmaka för att dämpa upplevelserna av saknad och sorg från den tidigare kosten. Det kunde medföra till att

patienterna blev beroende av medicinerna och fick ett tablettmissbruk istället och innebar ytterligare besvär för dem (a.a.). Att känna sorg och saknad kan jämföras med att känna otillfredsställda behov. Sorgen blir en otillfredsställd självkänsla och Maslow menar att det är betydelsefullt att behoven tillfredsställs vilket ger självförverkligande och skapar balans i tillvaron (Maslow, 1943). Antonovsky (1987) skriver om Känslan Av SAMmanhang (KASAM). Patienter som genomgått överviktsoperation genomgår en livsstilsförändring och det är viktigt att förstå patienternas behov av omvårdnad och kunna hjälpa och stödja dem så att de kan hantera sin vardag på ett begripligt och meningsfullt sätt (a.a.). Husserl (1978) beskriver människors upplevelser utifrån ett förstapersonsperspektiv som bygger människors livsvärld på upplevelser och förändras kontinuerligt beroende på vad människor upplever under en livstid. Målet är att förstå varje människas livsvärld och via frågor med förstapersonsperspektiv, som ökar förståelsens möjligheter att hjälpa patienter som överviktsopererats. Patienter som överviktsopererats förändras kontinuerligt under livsstilsprocessen medförande viktneidgång, förändrat ätbeteende och en balansgång mellan mental och kroppslig funktion. Det är viktigt att patienterna får ge sig i uttryck utifrån deras upplevelser och därmed kan vårdpersonal förstå och hjälpa dem utifrån deras respektive livsvärld (a.a.).

Ett andra fynd i resultatet visade hur överviktsopererade patienters självbild försämrades i takt med att vikten rasade. De hade haft en föreställning om att deras framtid skulle se ljusare ut och att deras självbild skulle bli mycket bättre efter operationen (Groven et al. 2010; Gilmartin, 2013; LePage, 2010). Detta fynd styrks i en studie av Pristed et al. (2012) som fann att den försämrade självbilderna hörde ihop med patienternas kroppsuppfattning. De kunde fortfarande uppleva sig överviktiga trots att vikten hade rasat och kroppen var smal. Patienterna kände hur de led av psykisk press gentemot sig själv och känslan byggde upp en uppgivenhet, ett självförakt och skamkänslor, som ledde till mindervärdeskomplex och försämrad självbild när de inte levde upp till sina förväntningar. Det innebar en upplevelse av utanförskap som påminde om ett tidigare liv som upprepade sig. Det fanns en vilja att fly ifrån den nya kroppens utseende som skrämde dem och sänkte deras självförtroende i botten, något de helst velat slippa att gå igenom efter överviktsoperationen (a.a.). Ogden et al. (2005); Sutton et al. (2009) och Forsberg et al. (2013) visade att flera patienter däremot upplevde att självbilderna istället förbättrades i och med att det uppstod en inre hoppfullhet när vikten rasade och de kunde röra sig lättare (a.a.). Pristed et al. (2012) fann även att andra patienter upplevde en ny energi i takt med att tiden gick. Energin uppgavs bero på en förbättrad hälsa och vikt

samt att förbättringen utgjorde möjligheter att gå på långa promenader och aktivera sig (a.a.).

Om patienter kan få gott stöd av närstående, utomstående och vårdpersonal under sin livsstilsförändring känns vardagen mer meningsfull för patienterna. Patienterna mår även bättre om vårdpersonal sätter upp individuella mål för patienterna och ger vägledning under processen. Men patienterna äger största ansvaret att klara livsstilsförändringen eftersom det sociala stödet inte alltid finns att tillgå (Barberia, Attree & Todd, 2008). Stöd med rådgivning och vägledning under förändringsprocessen kan innehålla motiverande (MI) samtal med sjuksköterska, som kan ge styrka till patienterna att genomföra förändringen med positiv anda och gott mående (Socialstyrelsen, 2013). Det kan hjälpa patienterna att klara av livsstilsförändringen om patienterna får ”hjälptill självhjälpt”, en egenvårdsteori som innebär att ta kontroll över sin personliga kropp som kan leda till bättre självbild och självuppfattning (Orem, 1995). Om vårdpersonal har empatiskt förhållningssätt och hjälper patienterna kan det skapa god relation mellan dem och ge stöd i omvårdnaden efter överviktsoperationen och patienternas livsstilsförändring (Socialstyrelsen, 2005). Inom hälso- och sjukvården har patienter rätt att få information om den vård och behandling som finns att tillgå och det kan leda till att patienterna upplever en trygg och säker vård (SFS 1982:763), (Raadu, 2009). Birkler (2007) beskriver att patienter som genomgår en sjukdomsperiod genomgår även en förändringsprocess som innebär att de upplever sin identitet förändrad eller förlorad under förändringsprocessen. Patientens självbild kan ifrågasättas och ge förändrad syn på sociala relationer och framtid. Sjuksköterskan är en central punkt för patienten som kan skapa trygghet i patientens försök att hitta sin identitet (a.a.). Edholm, Svensson, Näslund, Karlsson, Rask och Sundbom (2013) påpekar att patienter kunde känna sig överviktiga trots kraftig viktminskning och gav dem sämre självuppfattning och självidentitet på grund av sociala relationer med negativ attityd ute i samhället. Det medförde att patienterna blev osäkra på varför de gått igenom överviktsoperationen. Men vid närmare eftertanke visste de, att de genomgått överviktsoperationen för att få en fin kropp och en god livsstil (a.a.). Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att det är betydelsefullt att se till hela människan och dess livsvärld, för varje patient är unik och värdefull. Därför bör alla omvårdnadsåtgärder ske på patientens individuella nivå (a.a.).

Slutsats

I studien framkom både positiva och negativa upplevelser hos patienterna efter överviktsoperationen. Positivt var, att patienterna genomgått operationen och att den ledde till ökad viktninskning. Dessutom var det positivt, att tidigare rygg och ledbesvär samt diabetes eller högt blodtryck visade på en förbättring hos flera patienter. Negativt var, bland annat att patienterna fick lära sig ett nytt ätbeteende som ofta upplevdes svårhanterligt. Patienterna upplevde även att viktninskningen medförde både fysiska, psykiska och sociala besvär. Studien visade även, att patienterna upplevde behov av stöd och hjälp av vårdpersonal för att orka med vardag och komplikationer som uppstod efter överviktsoperationen. Sådant stöd behöver således utvecklas.

REFERENSER

Asterisk (*) ingår i analysen

Antonovsky, A (1987) Hålsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.

Barberia, A.M., Attree, M., & Todd, C. (2008). Understanding eating behaviors in Spanish women enrolled in a weight-loss treatment. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 957-966.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori*. Stockholm: Liber AB.

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). *Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling*.

Edholm, D., Svensson, F., Näslund, I., Karlsson, A., Rask, E., & Sundbom, M. (2013). Longterm results 11 years after primary gastric bypass in 384 patients. *Surgery for obesity and related diseases*, 9, (5), 708-713.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad. Medicinsk behandling. Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (Red.).(2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, Lund: Studentlitteratur AB.

*Forsberg, A., Engström, Å. & Söderberg, S. (2013). From reaching the end of the road to a new lighter life – People's experiences of undergoing gastric bypass surgery. *Division of Nursing, Department of Health Science*. 30, 93-100.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Gadamer, H-G. (1997). *Sanning och metod*. Göteborg: Daidalos.

*Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 1299–1309.

* Groven, K S., Råheim, M. & Engelsrud, G. (2010). My quality of life is worse compared to my earlier life. Living with chronic problems after weight loss surgery. *International Journal of Qualitative Study Health Well-being*, 5, (5553), 1-15.

Hulander, E. (2009). *Mat efter Gastric bypass*. Legitimerad Dietist. Hämtad 6 juni 2014, från: www.fragadietisten.se/overvikt/mat-efter-gastric-bypass.

Husserl, E. (1978). The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: an introduction to phenomenological philosophy, Northwestern U.P. Evanston, 1978[1970].

* Le Page, C T. (2010). The lived experience of individuals following Roux-en-Y gastric bypass surgery: A phenomenological study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 5, 1 57-64.

Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Bulletin, 40, 370-396.

Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review.4, 50.

Montgomery, A. (2012). *Laparoskopisk kirurgi*. I R. Andersson, B. Jeppsson., & A. Rydholm (Red). Kirurgiska sjukdomar, 105-115. Lund: Studentlitteratur AB.

Myrelid, P. (2013). *Kolorektal kirurgi*. Kirurgkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Ordförande i RMPG - kirurgi. Hämtad 30 november 2014, från:
http://plus.rjl.se/info_files/infosida41184/arsrapport_2013_kirurgi.pdf.

Ogden, J., & Clementi, C. (2010). The Experience of Being Obese and the Many
Consequences of Stigma. *Journal of Obesity*.1-9.

*Ogden, J., Avenell, S. & Ellis, G. (2011). Negotiating control: Patients' experiences of
unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology and Health*. 26, 949-964.

*Ogden, J., Clementi, C. & Aylwin, S. (2005). The impact of obesity surgery and the paradox
of control: A qualitative study. *Psychology and Health*. 21, 273-93.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed). St. Louis: Mosby

Pain, H. & Wiles, R. (2006). The experiences of being disabled and obese. *Disability and
Rehabilitation*, 28, 19, 1211-1220.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for
nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pristed, S. G., Fromholt, J., & Kroustrup, J. P. (2012) Relationship between morbidly obese
subjects' attributions of low general well-being, expectations and health-related quality of life.
Applied Research in Quality of Life, 7, 3) 281-294.

Raadu, G. (2009). *Författningshandbok 2010. För personal inom hälso- och sjukvård*.
Stockholm: Liber.

Röda Korsets Högskola CF, ÅK. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
2014-01-23.

Socialstyrelsen. (2009). *Övervikt och fetma*. Hämtad 28 februari 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden/centralarekommendationer/overviktfetma>.

Socialstyrelsen. (2013). *Arbeta med sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 13 juli 2014, från: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/Documents/nr-sjukdomsforebyggande-presentation.pdf>.

*Sutton, D H., Murphy, N. & Raines, D A. (2009). Transformation: The Life-Changing Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight loss Intervention. *Bariatric nursing and surgical patient care*. 4, 4, 299–306.

Svenska akademien (2010). *Ordbok över svenska språket*. Visby: Eddy. S.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskors hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 21 mars 2014 från: http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf.

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Inriktning av Svensk sjuksköterskeförenings verksamhet år 2013 och 2014*. Hämtad 21 mars 2014, från; <http://www.swenurse.se/Om-oss/Var-verksamhet/Verksamhetsplan/>.

WHO. (2008). *Nutrition controlling the global obesity epidemic*. Hämtad 21 januari 2014, från <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/>.

WHO. (2013). *Obesity and overweight*. Hämtad 27 januari 2014, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

*Wysoker, A. (2005). The Lived Experience of Choosing Bariatric Surgery to Lose Weight. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 11, 26-34.

*Zijlstra, H., Boeije, H R., Larsen, J K., van Ramshorst, B. & Geenen, R. (2009). Patients' explanations for unsuccessful weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding. (LAGB). *Patient Education and Counselling*. 75, 1, 108-113.

Östlundh, L. (2012). *Informationssökning*. I Friberg, F. (Red). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete, 45-70. Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning	Sökord och boolesk operator (and or not)	Begränsningar	Typ av sökning	Antal träffar	Lästa Abstract	(1) Utvald artikel
201402 21	Cinahl	1 2 3	Bariatric surgery 1 AND life experiences 2 AND qualitative	Abstract, 2000-2014 Peer reviewed Human,	Fritext Fritext	301 6 6	3	1
201402 21	PsycINFO	1 2	Bariatric surgery AND qualitative study	Abstract, 2000-2014 Peer reviewed, Human, full text	Fritext Fritext	171 7	6	5
201402 21	PubMed	1 2	Bariatric surgery 1 AND Interview	Abstract, 2000-2014	MeSH Term Fritext	222 6	4	1
201402 21	Cinahl	1 2 3	Obesity surgery 1 AND patien* 2 AND experien*	Abstract, 2000-2014 Peer reviewed, Human, full text	Fritext Fritext	7 2 2	2	2

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Forsberg, A., Åsa Engström, Å., Söderberg, S</p> <p>From reaching the end of the road to a new lighter life- People's experiences of undergoing gastric bypass surgery</p> <p>Sverige. 2013.</p>	<p>Beskriva människors upplevelser av att genomgå en gastric bypass operation.</p>	<p>n=30 inbjöds att delta. (n=20 stycken var inte villiga att medverka i studien).</p> <p>N=10 stycken deltog varav 8 kvinnor och 2 män. Dessa är 30-53 år (md=.42) i studien.</p> <p>Retrospektiv kvalitativ intervju metod som innebar att patienterna fick berätta om den egna upplevelsen.</p>	<p>Ett informationsbrev till deltagarna, underteckna ett godkännande, fick sen ett samtal per telefon.</p> <p>Intervjuer 60 och 120 minuter(md=80min). Studie av patienter som genomgått GBP, samt var villiga att tala om fenomenet.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys. Registrerades och dokumenteras av 1:a författaren. Varje intervju lästes flera gånger. Meningarna kondenserades och sorterades kategoriskt relativt till innehållet. En kategori hänvisar till det beskrivande: det manifesta. Latent: som är det underliggande budskapet i texten.</p>	<p>Ett tema: från att nå slutet av vägen till ett nytt lättare liv.</p> <p>Patienterna beskrev en känsla av underlägsenhet och att de inte ”kunde ta något mer”. Kort efter operationen kände sig patienterna både sårbarhet och osäker i sin miljö och hade behov av att ha personal närs sig.</p> <p>Trots information före operation var det svårt att föreställa sig den "situation som upplevdes efter hemkomsten” så var det ändå värt det.</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Artikeln innehöll både kvinnor och män vilket kunde medföra en <i>ökad överförbarhet</i> till både kvinnor och män inom samhället. En lång intervjutid kunde medföra en <i>ökad tillförlitlighet</i> genom att deltagarna fick längre tid att berätta och minnas. Deltagare talar fritt under intervjun som kunde medföra en <i>ökad pålitlighet</i> av studien.</p> <p>Det beskrivs inte vem eller hur många som intervjuade, det kunde medverka till <i>lägre tillförlitlighet</i> av studien. Endast 10 deltagare av 30 tillfrågade medverkade i studien vilket kunde medverka till <i>lägre överförbarhet</i>.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Gilmartin, J.</p> <p>Body image concerns amongst massive weight loss patients</p> <p>Leeds/UK (United Kingdom), 2013</p>	<p>Målet med studien var att undersöka patienters kroppsuppfattning vid massiv viktnedgång</p>	<p>N=20 deltagare varav 18 Brittiska kvinnor och 2 Irländska män (Ålder: 29-63 år).</p> <p>Kvalitativ design med djupintervjuer. Öppna frågor spelades in och transkriberades.</p>	<p>Skriftlig information gavs och deltagare gav skriftligt samtycke på medverkan. Intervjutid var 1-2 timme. Intervjuer utfördes mellan april-September 2011. Personlig intervju; ansikte mot ansikte. Intervjuerna utfördes i deltagares eget hem eller deltagares eget arbetsrum.</p> <p>Kvalitativ analys utfördes genom att forskarna analyserade materialet tematiskt och kodade det. I sista skedet togs slutsatser ut.</p>	<p>Tre kategorier:</p> <p>Deltagarna upplevde att ett överskott av hud som uppstått efter operation medfört ett negativt tänkande och detta medförde till att patienterna stannade hemma.</p> <p>Patienterna kände sig deprimerade och ledsna av att operationen medfört ett överskott av hud på deras kroppar.</p> <p>Deltagarna upplevde negativ upplevelser i samband med den sexuella intimiteten vilket medförde till att deltagarna fick en sämre närhet till sina partners efter operation.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>En blandad ålderskategori av deltagare kunde medföra en ökad <i>överförbarhet</i> till likvärdiga åldrar i samhället. Djupintervjuer ger ökad <i>pålitlighet</i> då samtalen är mer inriktade på hur patienten känner sig och kan berätta om sina upplevelser på ett djupare plan. Väl beskriven metod ger god <i>överförbarhet</i>. All data är stabil över tid och kunde göras om igen vilket kunde öka <i>pålitligheten</i> av studien.</p> <p>Författare eller personal som utför intervjuerna är inte presenterade, vilket kunde ge <i>sämre pålitlighet</i>.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Groven, K S., Råheim, M. & Engelsrud, G.</p> <p>”My quality of life is worse compared to my earlier life”.</p> <p>Norge, 2010</p>	<p>Att få förståelse för postoperativa erfarenheter av kvinnor som väljer att genomgå en operation med viktninskning och hantering av sjuklig fetma</p>	<p>N=22 norska kvinnor 25- 45 år deltog i studien. 12 deltagare rekryterade från hälsoklinik och 10 deltagare rekryterades via Webbsida på data.</p> <p>Kvalitativ djupintervju med öppna, narrativa frågor.</p>	<p>Information via brev med frivilligt deltagande och möjligheter att avbryta när som helst. Godkänt av forskningsetiska kommitté.</p> <p>Intervjuerna utfördes vid en plats som patienten själv valt. Öppna individuella frågor. Ljudinspelad intervju via telefon.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys utfördes genom att intervjuer spelades in, transkriberades och analyserades i en överlappande process.</p>	<p>Temat: Att lida i tysthet och att leva med kronisk smärta.</p> <p>Stigmatiserade personer och förlust av energi.</p> <p>Skamkänslor och misslyckande blir svårt att sköta vardag, barn och arbete.</p> <p>Sämre livskvalité postoperativt än preoperativt.</p>	<p>Hög Kvalitet</p> <p>Öppna frågor till deltagare medverkar till ökad <i> trovärdighet</i> av studien då deltagare lättare kan svara utifrån egna upplevelser.</p> <p>Ljudinspelad intervju ger ökad <i> verifierbarhet</i> då allting kommer med i studien, och inte endast de detaljer som intervjuare anser vara relevant.</p> <p>En lägre <i> överförbarhet</i> då endast kvinnor medverkade i studien.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>LePage, C T.</p> <p>The Lived Experience of individuals following Roux-en-Y Gastric bypass Surgery: A Phenomenological Study</p> <p>USA, 2010</p>	<p>Att belysa upplevelser av individuella erfarenheter av Gastric Bypass kirurgi.</p>	<p>N= 12 deltagare varav 8 kvinnor och 4 män (Ålder 32-47 år) som genomgått Roux-en-y gastric bypass operation efter 2-9 år.</p> <p>Kvalitativ semi strukturerad metod. En djupgående intervju per patient. Därefter skedde uppföljningsintervju.</p> <p>Patienterna hade möjlighet att validera transkriberingen av den personliga intervjun.</p>	<p>Samtycke: Deltagare tillfrågades och gav samtycke till deltagande Intervju varade 50-65 minuter. En uppföljande intervju erbjöds efter 1 till 2 veckor, intervju i 20-60 min (Proxy 2 timmar). Intervju utfördes av en forskare med bandinspelning. Deltagare beskrev sina erfarenheter efter en överviktsoperation.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys sker genom att inspelningarna transkriberades och analyserades utifrån en hermeneutisk ansats.</p>	<p>Fyra tema som intervjun bygger på;</p> <p>Operation som ett nytt hopp.</p> <p>Finna balans.</p> <p>Fylla tomrummet.</p> <p>Omvandling av självbild.</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Lång intervjutid kunde medföra ökad <i>tillförlitlighet</i> av studien eftersom deltagarna fick längre tid på sig att minnas upplevelser efter operation. Djupintervjuer ger ökad <i>pålitlighet</i> då samtalen är mer inriktade på hur patienten känner sig och kan berätta om sina upplevelser på ett djupare plan. <i>Överförbarheten</i> ökar till andra populationer då både män och kvinnor medverkar i studien. Ljudinspelad intervju ger ökad <i>verifierbarhet</i> då allting kommer med i studien, och inte endast de detaljer som intervjuare anser vara relevant.</p> <p>Endast en person utförde intervjuerna och studien det kunde sänka <i>pålitligheten</i> av studien.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Ogden, J., Avenell, S. & Ellis, G.</p> <p>Negotiating control: Patients' experiences of unsuccessful weight-loss surgery.</p> <p>England, 2011</p>	<p>Patienters upplevelser av misslyckad viktnedgång av kirurgi</p>	<p>N=10 varav 8 kvinnor och 2 män. Ålder 38-56 år rekryterades från Londonbaserad fetma klinik(n=4) och en patientstödgrupp (n=6) om de hade genomgått WLS samt inte varit framgångsrik. Alla förfarande skedde för 1- 10 år sen. Nio deltagare var vit- brittisk nationalitet och en svart brittisk/Västindien.</p> <p>En semi-strukturerad intervju har utvecklats genom samtal med läkare och forskare på området. Med patienter och befintlig litteratur. Kvalitativ metod med djupintervjuer under retrospektiv studie.</p>	<p>Deltagare kontaktades via e- post, fick informationsblad och samtyckesblankett. Intervjuerna skedde på klinik i 40-90 min, med ljudinspelning. Godkännande av forskningsetisk kommitté.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys där all information blev noggrant transkriberat.</p>	<p>En kategori: Personlig vikt var historien om patientens tidigare upplevelser:</p> <p>Underkategorier: Föregående viktnedgång och upplevelser före operation.</p> <p>Erfarenhet av både första och andra WLS (äta, förhållande till mat, viktnedgång/ vinst inlägg WLS).</p>	<p>Medel kvalitet Lång intervju kunde medföra ökad <i>tillförlitlighet</i> av studien eftersom deltagarna hade längre tid på sig att minnas upplevelser efter operation. Välskrivna metod medverkar till ökad <i>överförbarhet</i>. Ljudinspelad intervju ger ökad <i>verifierbarhet</i> då allting kommer med i studien, och inte endast de detaljer som intervjuare anser vara relevant. <i>Verifierbarheten</i> var hög eftersom transkribering och översättning utfördes noggrant. <i>Överförbarheten</i> ökar till andra populationer då både män och kvinnor medverkar i studien.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Ogden J., Clementi C., Aylwin S.</p> <p>The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study</p> <p>London/ Storbritannien, 2005</p>	<p>Denna studie syftade till att undersöka patienters upplevelser av fetma som opererats.</p>	<p>n=17 inbjöds men två deltog inte, eftersom de bodde utomlands. N=15 män och kvinnor deltog. Deltagare hade genomgått operation under det senaste året.</p> <p>Kvalitativ studie med djupintervjuer med öppna frågor.</p>	<p>Intervjuer utfördes på patienternas rum eller på klinik i sjukhus. Intervjuer varade mellan 40 till 90 minuter med öppna frågor.</p> <p>Efter 15 intervjuer hade mättnad uppstått. Patienter som berättade om fenomenet efter kirurgisk operation.</p> <p>Sjukhuset forskningsetiska kommitté godkände. Stöd av Expertkommitté i USA (Institutionen för medicin 1995) och Storbritannien (Garrow).</p> <p>Data analyserades tematisk utifrån en kvalitativ analys metod.</p>	<p>Teman: Deltagares personliga vikt historia; om beslutet att genomgå fetmakirurgi.</p> <p>Oro för hälsa och särskilda triggers symtom; effekterna av ätbeteende och relation med mat.</p> <p>Effekten av viktnedgång och hälsotillstånd; självkänsla och relationer med andra.</p>	<p>Medel kvalitet Lång intervjutid kunde medföra ökad <i>tillförlitlighet</i> av studien eftersom deltagarna hade tid på sig att slappna av och minnas, samt berätta om sina upplevelser</p> <p>Studie med djupintervjuer medför till att samtal under intervjun blir mer <i>pålitlig</i> eftersom deltagare får större möjlighet att komma djupare in i samtalet.</p> <p>Inga åldrar redovisas, vilket ses som en svaghet och ger en lägre <i>överförbarhet</i>. Svag beskrivning av metod av studien kunde ge lägre <i>överförbarhet</i> av studien.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Sutton, D H., Murphy, N. & Raines, D A.</p> <p>Transformation: The " Life – Changing" Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention</p> <p>USA, 2009</p>	<p>Att förstå hur postkirurgi upplevs hos kvinnor som väljer att genomgå överviktsoperation.</p>	<p>N=14 deltagande kvinnor (40-59 år) som genomgått Roux-en-Y gastric bypass operation. Deltagare hade genomgått operation minst 12 månader tillbaka i tiden. Var vita, universitetsutbildade, majoritet var gifta, Deltagare hade utfört operation mellan 1995- 2006.</p> <p>Kvalitativ semi- strukturerad intervju och personcentrerad.</p>	<p>Samtycke: Kontaktade per telefon för deltagande och godkännande.</p> <p>Godkänd av Univsitet institutionell Review Board. Intervju i telefon i 17-40 minuter men en extra intervjutid i 20 minuter. Intervjun spelades in godkännande av deltagande. Efter en tid inbjöds deltagare till intervju med öppna frågor.</p> <p>Den kvalitativa analysen utfördes genom att inspelningarna transkriberades och materialet kategoriserades och delades in i teman.</p>	<p>Fyra kategorier:</p> <p>Tiden direkt efter operation</p> <p>Hemgång efter kirurgin.</p> <p>De första 6 månaderna.</p> <p>De andra halvårets 6 månader efter kirurgiskt ingrepp.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Olika åldrar kunde stärka <i>överförbarheten</i> till andra populationer inom samma ålderskategori. En semi- strukturerad intervju påverkar till en ökad <i>pålitlighet</i> av studien eftersom detaljer och beteenden är mer detaljerade. Extra tid gavs till medverkande under intervjun vilket kunde medföra till en ökad <i>tillförlitlighet</i>. Metod och analys är noggrant beskriven vilket medverkar till ökad <i>överförbarhet</i> och <i> trovärdighet</i> av studien. <i>Överförbarheten</i> kan bli lägre då endast kvinnor medverkar i studien.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Wysoker, A.</p> <p>The Lived Experience of Choosing Bariatric Surgery to Lose Weight</p> <p>USA, 2005</p>	<p>Syftet var att undersöka individuell upplevelse relaterat till en kirurgisk procedur i utfall av förlorad vikt</p>	<p>N= 8 (Fem kvinnor och tre män/Ålder: 38-57 år) n=10 möjliga var tillfrågade, men 8 deltog som genomgått en reducerad vikt åtminstone inom ett år efter kirurgisk Bariatric operation.</p> <p>Kvalitativ semi-strukturerad intervju med öppna frågor.</p>	<p>Godkännande av Universitet institution, deltagare fick information, gav godkännande. Intervjuer utfördes i lugn tyst miljö på deltagares arbetsplats, hem, kontor.</p> <p>Öppna frågor och deltagare fick tala så länge och hur mycket den ville och fick sluta tala när som helst.</p> <p>Intervju tid cirka; 1-1,5 timme samt inspelat på tape. Det inspelade.</p> <p>Kvalitativ dataanalys metod genom att intervjuerna spelades in, transkriberades. De kodades och fördes in i teman.</p>	<p>Tre kategorier: Kirurgi ger struktur. Verklighet sätter spår. Positiva tankar om beslutet att genomgå operationen</p> <p>Tre underkategorier: Positiva upplevelser att ha gått igenom överviktsoperation. Positivt att slippa väga så mycket. Patienten hade lätt kunnat gå igenom operationen igen trots komplikationer.</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Lång intervjutid kunde medföra ökad <i>tillförlitlighet</i> av studien då deltagarna hade längre tid att minnas och kunde berätta om upplevelser efter operation. Både män och kvinnor deltog i studien det kunde öka <i>överbarheten</i> till andra populationer i samhället. En väl beskriven metod ökar <i>pålitligheten</i> av studien. Personliga intervjuplatser medför till att deltagare lättare kunde slappna av och känna sig "hemma" vilket kunde ge ökad <i>tillförlitlighet</i>.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Zijlstra H., Boeije, H R., Larsen, J K., van Ramshorst, B. & Geenen, R.</p> <p>Patients' explanations for unsuccessful weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB)</p> <p>Holland, 2009</p>	<p>Att undersöka patienters förklaring om upplevelser av misslyckade viktminskning och självkänedom gällande födointag.</p>	<p>n=18 patienter medan 12 var slumpmässigt utvalda att delta, men en deltagare kom inte. N=11 intervjuades (10 kvinnor, 1 man) (MD = 46år). Det hade gått 2-5 år sen operation utförts.</p> <p>Semi – strukturerande intervju metod med tolkande metod som valdes vilket betonade deltagares perspektiv.</p>	<p>Studieprotokoll godkänts av forskning och etik utskottet i S:t Antonius Sjukhuset Nieuwegein och informerade samtycke erhöles. Intervjutid: 1- 1,5 timme. Bandinspelning med fritt tal om hur tiden varit efter operation.</p> <p>Kvalitativ dataanalys: Intervjuerna lästes och kodades.</p>	<p>Fyra kategorier: Att vara överviktig som ung.</p> <p>Förklaringar till att deltagare gått upp i vikt.</p> <p>Testa gränserna för gastric band.</p> <p>Hur livsmönstret upprätthölls i samband med LAGB.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Lång intervjutid kunde medföra ökad <i>tillförlitlighet</i> av studien eftersom deltagarna hade tid på sig att slappna av och minnas, samt berätta om sina upplevelser.</p> <p>Studie med djupintervjuer medför till att samtal under intervjun blir mer <i>pålitlig</i> eftersom deltagare får större möjlighet att komma djupare in i samtalet.</p> <p>En semi-strukturerad intervju ger ökad <i>pålitlighet</i> då insamlade uppgifter om deltagare är mer detaljerat</p>