

Att få livet tillbaka

Personers upplevelse av hälsa, välbefinnande och livskvalitet i samband med överviktskirurgi

FÖRFATTARE	Sofie Carlson Ellen Wijk
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, Examensarbete i omvårdnad HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Monica Moene

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Att få livet tillbaka – Personers upplevelse av hälsa, välbefinnande och livskvalitet i samband med överviktskirurgi
Titel (engelsk):	To get life back – People's experiences of health, wellbeing and quality of life associated with obesity surgery
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Sofie Carlson Ellen Wijk
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Monica Moene

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fetma är ett växande problem i samhället. I Sverige har hela 11 procent av befolkningen fetma, alltså ett BMI över 30. Fetma ger olika följsjukdomar såsom hypertoni, diabetes och stroke som står hälso- och sjukvården dyrt, men fetma påverkar individen mycket mer än så. Då det inte finns någon annan lösning kan överviktskirurgi bli aktuellt. **Syfte:** Syftet med litteraturöversikten är att belysa vad som påverkar upplevelsen av hälsa, välbefinnande och livskvalitet hos personer med fetma, före och efter behandling med överviktskirurgi. **Metod:** Denna litteraturöversikt baseras på tretton artiklar, både kvalitativa och kvantitativa. **Resultat:** Personer med fetma mår fysiskt och psykisk dåligt. De kan få kroppliga begränsningar, smärta och följsjukdomar. Även självförtroende, självkänsla och kroppsuppfattning påverkar dem negativt. Alla dessa områden förbättras avsevärt efter överviktskirurgi. Inte minst förbättras eller försvinner symtom av följsjukdomar. **Slutsats:** Överviktskirurgi har en positiv inverkan på hälsa, välbefinnande och livskvalitet och ses som ett förnyat hopp och en tro på en ljusare framtid.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
FETMA SOM HÄLSOPROBLEM	2
FÖREBYGGANDE INSATSER	2
SJUKSKÖTERSKANS ROLL.....	2
DIAGNOSTIK OCH BEHANDLINGSSALTERNATIV	3
KIRURGISK BEHANDLING S.K. ÖVERVIKTSKIRURGI.....	4
VÅRDVETENSKAPLIG ANKNYTNING	5
<i>Hälsa och välbefinnande.....</i>	<i>5</i>
<i>Livskvalitet.....</i>	<i>5</i>
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
DATAINSAMLING OCH URVAL.....	6
DATAANALYS.....	8
RESULTAT	9
HÄLSA.....	9
<i>Fysisk hälsa och mobilitet.....</i>	<i>9</i>
<i>Psykisk hälsa.....</i>	<i>10</i>
VÄLBEFINNANDE.....	10
<i>Självkänsla och Självförtroende</i>	<i>10</i>
<i>Kroppsuppfattning</i>	<i>11</i>
<i>Sexuella relationer.....</i>	<i>11</i>
LIVSKVALITET	12
<i>Sociala relationer</i>	<i>12</i>
<i>Förhållandet till mat.....</i>	<i>12</i>

<i>Hitta nytt hopp</i>	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	14
KONKLUSION	17
REFERENSER	18
BILAGA 1 – ARTIKELPRESENTATION	
BILAGA 2 – FÖRKLARING AV MÄTINSTRUMENT	

INLEDNING

Övervikt och fetma blir allt vanligare i samhället (1). Statistik visar att antalet personer med fetma har mer än fördubblats mellan åren 1980 till 2008 och varje år dör cirka 2,8 miljoner människor till följd av fetma. Förekomsten av fetma är störst i Amerika. Där är 62 procent av befolkningen överviktiga och 26 procent har fetma. Det område med minst förekomst av fetma är Sydostasien, där enbart 3 procent av befolkningen är drabbade. I Europa är fetma hos befolkningen beräknat till 22 procent (2). Av befolkningen i Sverige har cirka 11 procent fetma och i dessa siffror är både barn och vuxna inkluderade (3).

Synen på övervikt och fetma påverkas utifrån den kultur man växer upp i. Exempelvis förespråkar kulturen i västvärlden idag ett smalt utseende och befolkningen i allmänhet har ett nedvärderande synsätt på personer med fetma (4). Det finns också mycket fördomar om fetma som kan leda till negativa och fördomsfulla attityder. Dessa fördomar och attityder leder ofta till stort personligt lidande och personer med fetma skuldbelägger ofta sig själva. Ingen människa önskar sig fetma och enligt SBU (statens beredning för medicinsk utvärdering) är fetma delvis genetiskt styrt men utlöses av yttre faktorer. Som ung person kan det vara svårt att värja sig mot detta. Livskvalitet hos personer med fetma är betydligt lägre än hos den övriga populationen. Livskvaliteten kan även vara lägre hos personer med fetma än hos personer med andra allvarliga kroniska sjukdomar (1).

Eftersom fetma blir allt vanligare i samhället vill vi uppmärksamma det problemet, då det påverkar individen på så många olika sätt. Samtidigt som fetma ökar används överviktskirurgi som behandlingsalternativ allt oftare. Det innebär att vi som sjuksköterskor kommer möta dessa personer överallt inom vården, både innan och efter operation. Därför anser vi att kunskap om hur fetma och överviktskirurgi påverkar personens liv är en viktig del i omvårdnaden.

BAKGRUND

I en studie av Schwartz och Brownell (4) framgår att många personer med fetma känner sig obekväma med sina kroppar. Det finns evidens för att personer med fetma ofta har en dålig kroppsuppfattning¹. Det gäller dock inte alla personer med fetma. Hur sårbar personen är för att skapa en dålig kroppsuppfattning är olika från person till person. Kvinnor är i större utsträckning missnöjda med sina kroppar än vad män är. En annan skillnad mellan grupper är att överviktiga svarta kvinnor är mer nöjda med sina kroppar än överviktiga vita kvinnor. Det beror troligtvis på skillnader i kulturerna då det i vissa kulturer finns en mer flexibel syn på vad som är attraktivt, och en bredare syn på vad som är accepterat gällande vikt och kroppsform. I studien framgår det även att vi i skolor, på jobbet och i media möts av fördomar mot personer med fetma, vilka i sig resulterar i nedvärderande inställning och diskriminering. I olika TV program är överviktiga personer oftast objekt för skämt och personer som drivs med snarare än att ha ledande roller eller ingå i romantiska relationer (4).

¹ Kroppsuppfattning eller kroppsbild innebär den uppfattning som man har av sin kropp och sitt utseende. Skillnader mellan den egna bilden och verkligheten kan förekomma. Kroppsuppfattning. <http://www.ne.se/lang/kroppsuppfattning/232422>, Nationalencyklopedin, hämtad 2012-12-18.

En person som tidigare har varit överviktig men som sedan går ner i vikt behöver inte nödvändigtvis få samma goda kroppsuppfattning som en jämnstor person som aldrig varit överviktig. Detta talar för att kroppsuppfattning snarare är kognitivt än fysiskt. Kroppsuppfattningen är en viktig grundsten för psykisk hälsa (4).

FETMA SOM HÄLSOPROBLEM

Vad som orsakar fetma är endast till viss del känt. Utvecklingen av fetma är i stort beroende av ärftliga faktorer och denna medfödda benägenhet för att drabbas av fetma är mycket utbredd bland befolkningen idag. Finns en ärftlig benägenhet att drabbas av fetma är faktorer såsom kost, motion, social situation, kultur och beteende avgörande (1). Fetma kan leda till en mängd olika följsjukdomar, exempelvis diabetes, hypertoni, hjärt-kärlsjukdomar och stroke (2). Det medför också en mycket negativ effekt på livskvaliteten. Ökade kunskaper om hur fetma uppkommer, vad det beror på och vetenskap om hur svårbehandlat tillståndet är kan minska fördomarna mot personer med fetma. Fördomar finns både hos hälso- och sjukvårdspersonal och bland allmänheten (1).

FÖREBYGGANDE INSATSER

Idag finns det interventionsprogram för att förebygga fetma men dessa är mest baserade på att förebygga hjärt-kärlsjukdom och inte fetman i sig. Sammanfattade studier från SBU visar dock att det finns möjligheter att minska fetmans utbredning, men nya metoder måste hittas som passar den svenska befolkningen. Vårt moderna samhälle gör att fetma fortsätter att utvecklas och det är betydligt svårare att förebygga fetma än exempelvis hjärt-kärlsjukdom. Att sänka ett kolesterolvärde och sluta röka är enklare än att lägga om kost och motionsvanor. En annan förklaring till att förebyggandet av fetma är svårt kan bero på att andra riskfaktorer, än de för fetma, tas på större allvar. De interventionsmetoder som hittills använts mot fetma har visat sig vara ineffektiva eftersom fetman hos befolkningen snarare ökar än minskar. En anledning till att interventionen inte har fungerat är bristande kunskap och negativa attityder hos den personal som jobbar med att förebygga fetma. Större kunskaper om problemets natur tror man skulle kunna öka chanserna till bättre resultat (1).

SJUJSKÖTERSANS ROLL

I de förebyggande insatserna har sjuksköterskan en central roll. Sjuksköterskans arbetsuppgifter är att lindra lidande, förebygga sjukdom, främja- och återställa hälsa. De hälsofrämjande insatserna inriktar sig i största del till individens hälsa och välbefinnande. Genom kunskap, dialog, förhållningssätt, jämlikhet och delaktighet har sjuksköterskan en god förutsättning till att motivera, stärka, undervisa och stödja patienten i att förändra sina levnadsvanor. Sjuksköterskan ska även kunna identifiera och bedöma patienters egna resurser och förmåga till att främja och återställa hälsa samt förebygga sjukdom (5).

Enligt Brown (6) har sjuksköterskan en viktig roll både i arbetet med att förebygga fetma och att ge vård till personer med fetma. Prevention och vård för att gå ner i vikt bedrivs idag främst genom kost och motion. Att använda sig av ett bredare teoretisk och

evidensbaserat holistiskt perspektiv² är mer effektivt och meningsfullt för den enskilda individen. Förutom följsjukdomar kan även andra problem uppstå för personer med fetma exempelvis urininkontinens, olika hudproblem, ryggont och sömnproblematik. Problem som dessa tas ofta inte helt på allvar inom sjukvården utan fokus är främst på viktnedgången i sig. Personer med dessa problem kan även undvika att söka vård de är rädda för att det ska leda till ännu mer fördomar och negativa åsikter mot deras fetma (6).

Att göra en holistisk bedömning och se till hela individen är en viktig del i att vårda personer med fetma. Det kan innebära att se till personens sociala situation. Tillsammans med personen kan sjuksköterskan diskutera vilken roll han eller hon har i familjen, kulturell påverkan på aktivitet och mat och vad personen har för stöd hemifrån. Dessa ämnen kan då belysa de olika faktorer som kan bidra till fetman och ger en inblick i hur fysiska, psykiska och sociala faktorer kan påverka. Det sociala stödet påverkar hälsan, det är därför av stor vikt att sjuksköterskan undersöker vad personen har för stöd och hur mycket hjälp och stöttning personen känner att han eller hon behöver från andra. För att kunna ge en god personcentrerad vård³ måste sjuksköterskan ta hänsyn till dessa olika delar i personens liv. Sjuksköterskan måste vara väl insatt och medveten om vikten av att undervisa personen och uppmuntra till empowerment⁴. Detta för att individen ska lyckas med de förändringar som krävs för att gå ner i vikt. Tidigare misslyckande med att gå ner i vikt kan bero på att personen har för höga förväntningar på sin viktning. Då han eller hon inte lyckas uppnå dessa mål blir det en stor besvikelse. Även sjuksköterskan kan bidra till en känsla av misslyckande om det sätts upp för höga mål som sedan visar sig vara orealistiska. Att få känslomässigt stöd och prata om sina känslor har visat sig ha stor betydelse för personer som försöker få kontroll över sin vikt. Där har sjuksköterskan en viktig roll (6).

DIAGNOSTIK OCH BEHANDLINGALTERNATIV

BMI (body mass index) är ett enkelt sätt att mäta undervikt, övervikt och fetma hos vuxna individer. BMI tar hänsyn till förhållandet mellan längd och vikt och har en referensram mellan < 18,5 - > 40. De olika kategorierna för BMI är: undervikt <18,50, normalvikt 18,50 – 24,99, övervikt > 25 förstadium till fetma 25 – 29,99, fetma klass 1 30,00 – 34,99, fetma klass 2 35 – 39,99 och fetma klass 3 > 40 (1).

Det finns flera möjligheter och behandlingar för att gå ner i vikt. Att med hjälp av rådgivning ändra sina kostvanor, främst genom att minska intaget av energi och fett, kan leda till viktning. I regel går personer som använder sig av denna metod ner tre till tio kilo under det första året. Hur effektivt detta är på lång sikt är dock inte kartlagt. En annan

² Holistiskt perspektiv: Fokus på människan som helhet i interaktion med omvärlden. Friberg, F, Öhlén, J (red) Omvårdnadens grunder; Perspektiv och förhållningssätt. Kap 8. Sid 239.

³ Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf

⁴ Empowerment: Själbestämmande. Edberg, A-K, Wijk, H. Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa. Kap 2. Sid.54.

behandling är att motionera regelbundet vilket bidrar till viktnedgång. Motion tillsammans med beteendeterapi och förändring av kost har visat sig bidra till positiva resultat om insatserna pågår under en längre tid. Idag finns flera verksamheter som hjälper människor att gå ner i vikt. Att gå med i exempelvis viktväktarna bidrar till att cirka en femtedel av personerna som går med förlorar tio procent eller mer av kroppsvikten. Det går också att behandlas med läkemedel som i genomsnitt ger en viktnedgång på 2-5 kilo utöver den nedgång man får av motion och ändrad kost (1).

Det centrala problemet med ovan nämnda behandlingar är att viktnedgången i regel inte blir bestående. Inom cirka ett år har de flesta som först gått ner i vikt återgått till sin ursprungsvikt. På grund av detta är det otroligt viktigt att utveckla och utvärdera behandlingar som syftar till långsiktiga resultat. För individer med svår fetma kan kirurgisk behandling bli aktuell. Kirurgiska ingrepp har visat sig minska vikten med i genomsnitt drygt 25 procent upp till fem år postoperativt. Efter tio år kvarstår en viktnedgång på cirka 16 procent. Dessa siffror innebär stora hälso- och livskvalitetsvinster för denna patientgrupp (1).

KIRURGISK BEHANDLING S.K. ÖVERVIKTSKIRURGI

Överviktskirurgi är den metod som används då andra behandlingsmetoder så som ändrade kostvanor och motion misslyckats (2). Under 2000-talet har överviktskirurgin ökat stort i Sverige. Det antas bero på de goda långsiktiga resultat som setts samt att de moderna metoderna är lätta att tolerera som patient. Bland annat ses en stor förbättring av följsjukdomen diabetes efter operation. Trots dessa positiva aspekter opereras endast två procent av alla som är sjukligt överviktiga. Operationer mot övervikt kan dock inte sätta stopp för den överkonsumtion av mat och kalorier som pågår i dagens samhälle men operation kan vara ett bra alternativ för den enskilde patienten (7).

För att genomgå överviktskirurgi måste individen ha ett BMI på >40. En operation kan också bli aktuell vid ett BMI >35 om personen har följsjukdomar såsom diabetes, hypertoni, sömnapné eller hjärtpåverkan. Personen ska också ha haft övervikt under en längre tid och försökt alla metoder för att gå ner i vikt. En viktig del är även att personen förstår konsekvenserna med operation och är samarbetsvillig i sin vidare behandling. Det finns olika typer av överviktskirurgi. Vilken typ av kirurgi som används beror på personens hälsotillstånd, önskemål och livssituation (8). Liksom vid alla operationer innebär överviktskirurgi en viss risk och kan medföra komplikationer. En vanlig komplikation är buksmärta, som dels beror på operationen men kan också bero på; att det läcker ut magsaft, blödning eller gallsten. Gallsten är en vanlig komplikation efter överviktskirurgi och drabbar ca 30 procent (9) antingen i relation till operationen eller inom ett år efter (10). Andra komplikationer är illamående och kräkning. Personen kan också drabbas av så kallat dumpning syndrom vilket innebär att maginnehållet töms för fort i tarmen och kan ge obehagliga symtom som illamående, diarré, uppblåst mage, yrsel samt pulsökning (11).

VÅRDVETENSKAPLIG ANKNYTNING

Hälsa och välbefinnande

Begreppet hälsa har ändrats allt eftersom åren har gått då samhället och synen på människan har förändrats. Enligt World Health Organization (WHO) definieras hälsa som ett tillstånd av total fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, ej endast frånvaro av sjukdom. Det definieras också som att hälsa är en resurs och förutsättning för mänskligt liv (12). Katie Eriksson (13), professor i vårdvetenskap, menar att hälsa inte ska ses som endast frånvaro av sjukdom utan istället till hur människan uppfattar hela sin situation. Grunden för hälsa är tro, hopp och kärlek där tron står för hälsans grundsubstans, hoppet ger hälsan sin inriktning och kärleken ger hälsans form. Upplevelsen av hälsa är av största betydelse och är sammanvävt med upplevelsen av välbefinnande och livskvalitet (13).

Begreppet välbefinnande är svårdefinierat. Det kan ses som en del av hälsa eller som en väg till hälsa. Det går också att vända på det och säga att hälsa är en väg till välbefinnande eller en del av välbefinnande. I vissa fall beskrivs välbefinnande som den subjektiva upplevelsen av hälsa men huvudsakligen hör begreppet ihop med och integrerar med bevarandet av hälsa (12).

Begreppet hälsa är en resurs vars ansvar, att uppnå, ligger hos den enskilda individen men också på samhället. Det går inte att skuldbelägga en person för att han eller hon inte tar tillräckligt ansvar över sitt beteende och håller sig frisk. Personen ska istället ges möjlighet att ta makten över sitt liv och få en chans att kontrollera samt bemästra sin situation (12). Ett annat begrepp som har en betydande roll vid upplevelsen av hälsa är hopp. Hopp är en levd erfarenhet som förstås bäst om en person upplevt icke-hopp, hopplöshet. Upplevelsen av hopp är alltid närvarande, särskilt i svåra situationer, och ses som en sista gnista att vinna över sin situation. Hoppet yttrar sig genom begär, förväntningar, önskningar och längtan. Det går att likna hopp med en föreställning om framtida möjligheter, som hjälper vid nutida begränsningar, och ger kraft till att orka nå dit. Att ha hopp handlar om att inte ge upp. Genom att ge upp har personen förlorat känslan av att livet är värt att leva (14).

Livskvalitet

Det råder en samstämmighet om att begreppet livskvalitet och dess innebörd är viktigt. Det finns dock olika uppfattningar om vad detta begrepp bör ha för innebörd och vad det ska innehålla. Rustöen (15) refererar till psykologen Siri Naess som definierar livskvalitet som när en person är aktiv, har gemenskap, har självkänsla och en grundstämning av glädje. Tillsammans utgör dessa fyra områden livskvalitet och är alla lika viktiga. Då en person är aktiv beskrivs det bland annat som att personen har aptit, livslust, är engagerad och intresserad för saker som står utanför sig själv samt har energi till att förverkliga sina intressen. Att ha gemenskap innebär att stå nära och ha en god ömsesidig relation till minst en annan människa. Det handlar också om att känna gemenskap och samhörighet med en grupp, exempelvis grannar, kollegor eller vänner. Att ha självkänsla innebär att ha gott självförtroende, känner sig tillfreds med sin situation och lever upp till sina egna normer. Grundstämning av glädje beskrivs som att ha en rik upplevelse av skönhet, insikt i naturen, känner sig tryggt och har en frånvaro från oro, bekymmer och ångest.

Rustöen (15) refererar även till Anton Aggernaes som beskriver att livskvalitet är när de mänskliga behov som finns inom olika kulturer är tillfredställda. Aggernaes beskriver dessa behov som följande: elementära biologiska behov, behov av varma mänskliga kontakter, behov av meningsfull sysselsättning, behov av omväxlande, spännande och engagerande upplevelser (15).

Livskvalitet speglar individens upplevelser om att ha det bra eller dåligt. Det är endast den enskilde individen som kan avgöra hur han eller hon upplever sin situation.

Sjukvårdspersonal kan ha en annan syn på hur personen mår än vad personen själv har.

Kroniskt sjuka individer lever med sina problem varje dag medan sjukvårdspersonalen bara träffar dessa människor under korta perioder. Det är den enskilda personen som bäst känner sig själv och den situation han eller hon befinner sig i. Om en utomstående person ska bedöma någon annans livskvalitet blir det ett maktmissbruk. Därför ska alla yrkeskategorier i sjukvården se personen utifrån helhetssyn, det vill säga att se till personens fullständiga situation. Detta är särskilt viktigt gällande livskvalitet. Om sjukvårdspersonal ska kunna hjälpa en individ till bättre livskvalitet måste livskvaliteten i sig betraktas som ett helhetstillstånd (15).

PROBLEMFORMULERING

Att få en djupare kunskap om hur personer upplever sin situation, vid fetma och överviktskirurgi, är viktigt då vi som sjuksköterskor kommer att möta allt fler personer som ska eller redan har genomgått operationen.

Kirurgin innebär inte bara stor viktneidgång utan har också stor inverkan på individens fysiska och psykiska hälsa. Utifrån det faktum att kirurgi tycks vara den enda behandlingsåtgärden som verkligen hjälper personer med fetma har vi valt att fokusera just på deras upplevelser av hälsa, välbefinnande och livskvalitet vid överviktskirurgi.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten är att belysa vad som påverkar upplevelsen av hälsa, välbefinnande och livskvalitet hos personer med fetma både före och efter behandling med överviktskirurgi.

METOD

DATAINSAMLING OCH URVAL

En litteraturöversikt kartlägger kunskapsläget inom ett visst område. Genom en bred litteratursökning och en lika bred analys och sammanställning av artiklarna kan kunskapsområdet redovisas. Kunskapsområdet ska vara intressant både ur en kvalitativ och ur en kvantitativ utgångspunkt (16).

Datansamlingen började med en sammanställning utifrån ett brett sökande av vetenskapliga artiklar för att skapa en översikt och få en uppfattning om valt område och befintlig forskning.

En litteraturoversikt startar genom en frågeställning eller ett problemområde (17). En första sökning gjordes utan mer specifikt syfte än att få en allmän överblick till området övervikt och fetma, ”*Overweight*”, ”*Obesity*” och ”*Gastric bypass*”. Genom denna sökning utökades intresset till att omfatta livskvalitet relaterat till överviktskirurgi, som i engelsk term kallas bariatric surgery. Vidare sökning blev därför ”*Health related*”, ”*Quality of Life*”, ”*Bariatric Surgery*” och ”*Obesity*” i olika kombinationer.

Sökningarna gjordes i olika databaser, vilka är en samling av dokument som sorterats och grupperats och i de flesta fall är de även granskade (18). Under sökningen användes tre databaser; PubMed, Cinahl och Scopus. Ett annat verktyg som användes var Summon supersök, vilket är en sökmotor för samtliga databaser. När sökningarna gjordes användes vissa begränsningar. Genomgående begränsning för alla artiklar var att alla personer skulle vara vuxna och att artiklarna skulle vara på engelska. Genom den första sökningen, som tabellen redovisar, hittades artiklar (23-27) som ledde vidare till tre andra artiklar (28,32,33). En av dessa artiklar (28) låg utanför begränsningen, angående publiceringsår från år 2006, men var av god kvalitet och inkluderades. Artikeln av Karlsson, Sjöström och Sullivan (30) hittades genom sammanställda artiklar av SBU. Även den artikeln föll utanför tidsramen för publiceringsår, men innehöll svensk forskning och var ofta refererad till i andra studier. En artikel (21) hittades genom manuell sökning på författarnamn som återkom ofta i sökningarna.

Tabell: tabellen redovisar de sökningar som gav artiklar till resultatet.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl	Bariatric surgery AND Quality of Life	- peer reviewed - research article - 2006.01.01- 2012.11.15	33	23,24,25,26,27
Cinahl	Lived experience AND Bariatric surgery	-peer reviewed - research article - 2006.01.01- 2012.11.15	3	22
PubMed	Binge eating, Quality of Life, Obesity AND Bariatric surgery	- från år 2002	15	31
Scopus	Health related, Quality of life AND Bariatric surgery		191	29
Manuell sökning	Författarnamn: Ogden, Clementi och Aylwin			21

DATAANALYS

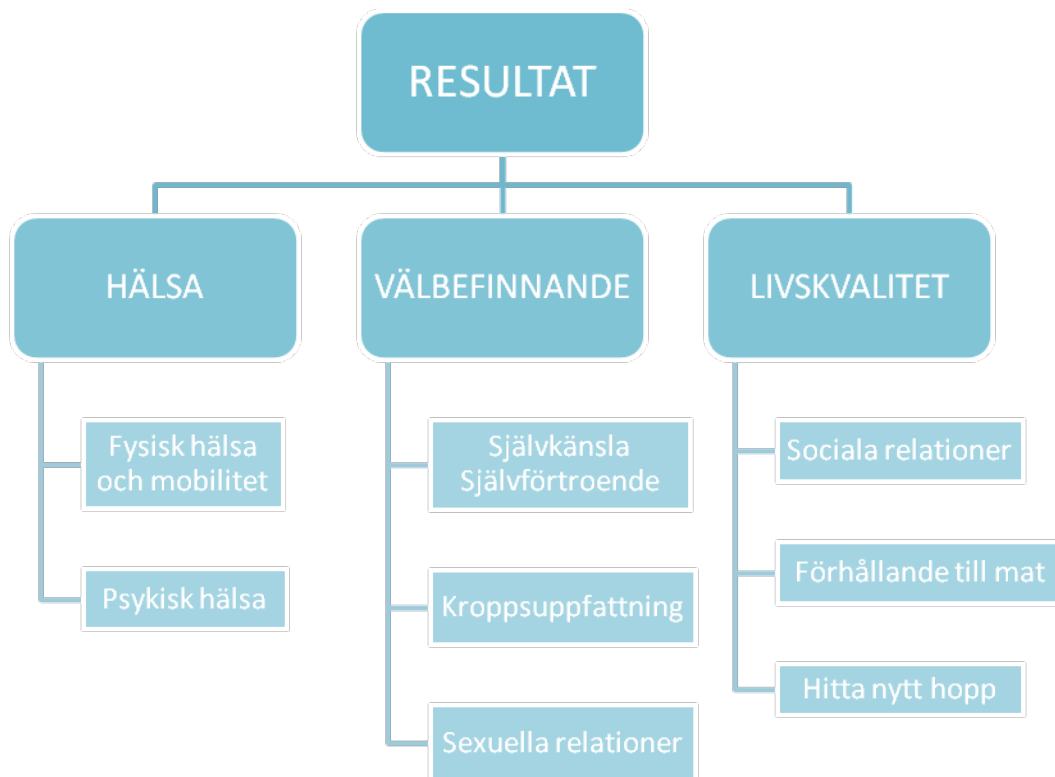
Den valda litteraturen ska kvalitetsgranskas och analyseras genom kritiskt förhållningsätt, både vid läsningen samt i skrivprocessen (17). Det första steget, för att hitta lämpliga artiklar, var att se över titlarna på artiklarna i träfflistan. Genom abstract hittades artiklar som passade till det första syftet, nämligen livskvalitet vid överviktskirurgi. Andra steget var att läsa artiklarna för att få en bild av innehållet. Efter första läsningen granskades artiklarna enligt granskningsprotokoll (19) vilket innebär att kvalitativa och kvantitativa studier ska uppfylla vissa krav. En tredje genomgång av artiklarna ledde fram till att varje artikel sammanfattades. I samband med granskning av artiklarna framkom begreppen hälsa och välbefinnande och lades därför till i syftet. Det gjorde också syftet mer omvårdnadsinriktat.

En ytterligare sökning gjordes efter att det framkom specifika områden i artiklarna som ”*Binge eating*” och ”*Lived experience*”. Denna sökning gjordes med förhoppning att hitta fler artiklar som bekräftade de artiklar vi redan läst.

Tidigt i processen upptäcktes olika återkommande teman såsom fysisk och psykisk hälsa, kroppsuppfattning och sociala relationer. Vi märkte att artiklarna bekräftade varandra. Dessa olika teman skrevs ner och fanns hela tiden med i tankeprocessen runt arbetet. När den slutgiltiga analysen genomfördes kategoriserades dessa teman under de stora begreppen: hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Detta arbete var svårt och vad som anses ingå under begreppen kan vara en subjektiv tolkning. Det betyder att resultatet är vår tolkning av hälsa, välbefinnande och livskvalitet.

Vår analys bygger på det Friberg (20) beskriver i sin bok nämligen som en övergång från en helhet till delarna och åter tillbaka till en helhet. Delarna uppkommer när artiklarnas resultat delas upp. Detta görs med avsikt att hitta bärande aspekter med relevans för syftet. Den nya helheten skapas när de olika delarna fogas samman och bildar resultatet (20). Vårt resultat består av tretton vetenskapliga artiklar varav två stycken är kvalitativa (21,22). Artiklarna har granskats utifrån forskningsetiska överväganden. I alla artiklar förutom två (28, 31) framgår det att de är etiskt godkända.

RESULTAT



Figur: Figuren redovisar resultatets huvudteman och underteman.

HÄLSA

Fysisk hälsa och mobilitet

Att genomgå överviktskirurgi kan vara av olika anledningar. Dels kan det bero på de fysiska problem som fetma medför såsom; smärtor i knän och rygg, gångsvårigheter, inte kunna gå långa sträckor, inte kunna böja sig fram, inte kunna knyta skorna eller inte kunna gå i trappor. Det kan också bero på följsjukdom eller infertilitet relaterat till fetma (21).

Att genomgå överviktskirurgi har en betydande effekt på den fysiska hälsan (23-29) såsom minskad smärta i kroppen och mindre fysiska begränsningar (24). Det är också inom det området där det ses störst förbättring (23, 25). De fysiska begränsningar som fetman innebär minskade signifikant ihop med viktnedgång efter operation (23). Andra områden som förbättrades var kroppslig smärta, fysisk funktion och betydelsen av fysisk aktivitet samt den generella upplevelsen av hälsa (21-23, 26). Även de följsjukdomar som fetma medför förbättrades eller försvann helt efter operationen (28). Den fysiska hälsan skattas betydligt lägre innan operation än vad den psykiska hälsan gör (29).

Psykisk hälsa

Fetma påverkar den psykiska hälsan negativt. Det är vanligt att personer med fetma upplever känslor som depression, olycklighet och upprördhet angående sin kroppsvikt (21). I studien av Karlsson m.fl. (30) jämfördes två grupper, en grupp som genomgått kirurgi och en kontrollgrupp som inte behandlades kirurgiskt. Före behandlingen visade studien att nedstämdhet var vanligt bland deltagarna i båda grupperna. Efter behandlingen upplevde de personer som genomgått kirurgi att depression och oro hade minskat markant. I början av studien skattade deltagarna i den kirurgiska gruppen sin hälsa väsentligt lägre än kontrollgruppen, där innefattas områden såsom uppfattning av den egna hälsan, psykosociala problem relaterat till fetman, oro och depression. Vid sex-månaders uppföljningen var uppfattningen av hälsa hos deltagarna i kirurgigruppen starkt förbättrad. Denna förbättring bibehölls även vid uppföljningen efter tolv månader. Efter två år hade den dock sjunkit med tjugo procent utifrån den initiala förbättringen. I kontrollgruppen visade det sig att den lilla, men ändå signifikanta förbättringen i självupplevd hälsa hade försämrats efter två år (30).

Den psykiska hälsan tar längre tid att förbättra än vad den fysiska hälsan gör (26). Dessa båda begrepp behöver inte gå hand i hand. En person berättar om konsekvenserna efter hans operation. Han beskrev fördelar såsom ökad mobilitet, känsla av frihet, erkännande av hans sexualitet och flexibilitet. Samtidigt beskrev han flera förluster som hade kommit postoperativt: han skilde sig från sin fru, förlorade vårdnaden av sina barn, förlorade jobbet och sin nykterhet. Trots en lyckad operation och god viktning kunde han ändå inte bra psykiskt. Problemet är att ingen hade gått ner på djupet för att hitta orsaken till varför han var på väg att äta sig själv till döds. Vidare berättar personen att han måste förena känslan av misslyckande och osäkerhet, med fördelarna som kommit med viktning. Detta för att kunna uppleva hälsa (22).

Det finns en skillnad mellan kön och den upplevda psykiska hälsan vid fetma. Kvinnor skattade sin psykiska hälsa lägre än män innan operation (23, 30).

VÄLBEFINNANDE

Självkänsla och Självförtroende

Att ha fetma kan leda till mycket lågt självförtroende. En deltagare i studien av Ogden, Clementi och Aylwin (21) beskriver hur jobbigt hon tyckte det var att träffa andra människor. Hon upplevde att andra människor bara såg en fet person och inte hennes personlighet. En annan deltagare i studien uttrycker att hon hatade sig själv, hon kände sig värdelös och upplevde att ingen människa kunde tycka om henne.

Viktning efter överviktskirurgi leder till ökat självförtroende och större bekvämlighet i relation till den egna kroppen (21,31). Även självkänslan påverkas mycket positivt efter operation (28,29). Områden som förbättrats är tillfredsställelse med sig själv, självrespekt och inställningen till det egna jaget. Efter sex månader ses en klar förbättring och efter tolv månader har självkänslan förbättrats ytterligare (28). Nelbom, Naver, Ladelund, och Hornnes (24) har undersökt olika områden som påverkar livskvaliteten tolv månader efter operation. Den generella självkänslan var det område som hade förbättrats mest.

Alla deltagare i studien av Ogden m.fl. (21) som förlorat vikt genom överviktskirurgi beskriver att deras självförtroende har förbättrats. Kroppsspråket förändrades och de skämdes inte längre lika mycket över sina kroppar. Det ökade självförtroendet har ett samband med förbättrad kroppsuppfattning. För många innebär operationen att de inte längre upplever känslor av misslyckande, depression och självmordstankar. En person beskriver hur hon inte tidigare kände sig som en person, utan som en stor klump som vandrade omkring. Dock innebär vägen fram till bättre självförtroende efter överviktsoperation, en tid av anpassning och förvirring.

Kroppsuppfattning

Deltagare i studien av Ogden m.fl. (21) beskriver att de innan operationen var olyckliga angående sitt utseende och sin kroppsuppfattning (21). Lepage (22) menar att tiden efter operationen innebär en period av snabba kroppsliga förändringar. Det kan vara svårt att hinna med mentalt när kroppen ändrar sig väldigt fort. Den objektiva synen skiljer sig ofta från den subjektiva synen på kroppen. Många deltagare beskriver hur utomstående personer såg på deras kroppar på ett helt annat sätt än vad de själva gjorde.

En deltagare i studien av LePage (22) berättar att hennes syster ville ta foton på henne vid en familjehögtid. Hon berättar att hon hatade kameror och kände sig så stor och ful. Efter en tid tittade kvinnan på bilderna och såg då att hon inte alls var så stor som hon själv hade trott när bilderna togs. Lång tid efter operationen upplever många att de ser feta ut när de ser sig själv i spegeln. Ofta krävs det stor ansträngning och kraft för att inte låta fetman ta över igen efter operationen. På grund av det upplever vissa personer att de fortfarande är feta men har ett smalt skal (22). Det handlar om att lämna det gamla jaget bakom sig vilket ofta är svårt och tar tid (21).

Sarwer, Wadden, Moore, Eisenberg, Raper och Williams (29) undersöker hur kroppsuppfattning påverkas efter överviktskirurgi och har sett att kroppsuppfattning är en viktig del i livskvaliten för många individer. Bland annat sågs en signifikant förbättring av kroppsuppfattning 92 veckor efter operationen jämfört med innan. Hur stor viktneidgången blir efter operation har också ett starkt samband med förbättrad kroppsuppfattning (29). I studien av Bennett, Wang, Schirimer och Northup (32) ansåg 68 av 77 deltagare att deras utseende hade förbättrats efter operationen.

Sexuella relationer

En person berättar att viktneidgången innebar ett erkännande av hans sexualitet (21). Även tillfredställelsen av sex förbättras efter operation (33). Efter sex månader syns en ökning i hur stor tillfredställelsen är av sex. Denna ökning ligger på samma nivå även efter tolv månader jämförelsevis med innan operation (24).

Sexuella relationer förbättrats efter operationen hos 43 av 77 deltagare i studien av Bennett m.fl.(32). Jämfört med andra områden som undersökts, i studien, bland annat; fysiskt utseende, självkänsla och energinivå var denna siffra relativt låg. Författarna nämner att detta kan bero på att de redan innan operationen, då de var kraftigt överviktiga, inte hade någon sexuell relation.

LIVSKVALITET

Sociala relationer

En deltagare i studien av Ogden m.fl. (21) beskriver hur hon innan operationen missade allt socialt i livet, hon var ständigt missnöjd med sig själv och rädd att människor skulle titta på henne. Ytterligare en deltagare i samma studie berättar hur hon tidigare aldrig orkade gå med sina barn till parken och leka. Efter operationen hade hon mycket mer ork och kände sig som en mycket bättre mamma och som en del i familjen, som hon tidigare saknat (21). I studien av Sutton och Raines (26) undersöks bland annat social funktion bland personer som genomgått överviktskirurgi och jämfört med den generella befolkningen i USA. Där skattas den sociala funktionen betydligt lägre av personer som genomgått överviktskirurgi än hos den generella befolkningen (26). Trots det visar studier att sociala relationer förbättras efter överviktskirurgi (21,32,33). Personerna kände sig mer respekterade, accepterade och värdefulla. Särskilt beskrevs hur förhållandet till familj och vänner förbättrades efter operationen (21).

I en svensk studie av Karlson m.fl. (30) jämförs en grupp som ska genomgå överviktskirurgi med en kontrollgrupp som får icke kirurgisk behandling genom primärvården. Kirurgigruppen rapporterade en markant mer psykosocial dysfunktion, beroende på fetman, än vad kontrollgruppen gjorde innan operation. Den högsta graden av psykosocial dysfunktion rapporterades av kvinnor i kirurgigruppen. En stor förbättring sågs efter operation och efter två år sågs en betydligt lägre nivå av psykosociala problem i relation till fetma hos kirurgigruppen än i kontrollgruppen.

Förhållandet till mat

En ny relation till mat är ett måste efter operation, vilket innebär ett minskat matintag (21). Innan genomförd överviktskirurgi rapporterade 40 procent av deltagarna i en studie av Chiung-Yu, Mei-Chi, Kuei-Ching, Chih-Kun, Shu-Ching (23) att de njöt av att äta. Efter operation var den siffran endast fem procent.

I studien av Karlson m.fl. (30) jämförs som tidigare nämnts två grupper. Mätningarna innan operation och påbörjad behandling visade att kirurgigruppen hade sämre kontroll över matintaget, svårare att motstå mat och mer hungerskänslor än kontrollgruppen. Efter operation hade kirurgigruppen mycket lättare att motstå mat än vad kontrollgruppen hade. Även hungerskänslor minskade avsevärt hos de personer som genomgått kirurgi de första sex månaderna. Efter sex månader och fram till tjugofyra månader ökade hungern lite men var långtifrån så stark som innan operationen.

Ett minskat beroende till mat är mycket vanligt efter överviktskirurgi. En person berättar att mat inte längre har någon roll i livet, hon tänker inte på det längre. Andra beskriver att deras inställning till mat nu handlar om en nödvändighet för att överleva. Ätandet har mer blivit en vardaglig syssla än ett nöje (21). Det nya sättet att se på mat och att inte kunna äta samma mängder som innan, lämnar ofta ett tomrum. Många beskrev hur mycket de hade förlitat sig på mat för att lugna nerverna, underlätta smärta och ersätta ensamhet. De kunde inte äta i närheten så mycket som de gjort innan operationen och trots att deras magsäckar var fulla kände de ingen mättnad. Det beskrivs olika sätt att fylla detta hålrum och även hur

det har påverkat deras liv, relationer och självkänsla. En deltagare beskriver hur han blev besatt av andra saker eftersom han inte kunde ha maten som beroende längre. Han utvecklade bulimi eftersom han hela tiden kände sig fet. Det utvecklades sedan till ett drogmissbruk. Flera andra personer beskriver att de ersatte maten med shopping. Det kunde gå så långt att de var tvungna att ta lån för att ha råd att shoppa (22).

Dock innebär överviktskirurgi en signifikant förbättring när det gäller ätstörningar. Sex månader efter operationen visade det sig att ingen av deltagarna i studien längre hade problem med hetsätning, detta trots att 30 procent av alla personer i studien hade haft problem med det innan operationen (31).

Hitta nytt hopp

Att ta beslutet att genomgå överviktskirurgi beskrivs som någonting hoppfullt. Alla personer beskrev sin synvinkel på hopp på unika sätt. Många såg operationen som någonting som skulle leda till en ljusare framtid. Upprepade misslyckanden att gå ner i vikt, blir i längden väldigt påfrestande. Alla deltagare i studien delade uppfattningen om att en operation innebär förnyat hopp. Kirurgi sågs som den ultimata chansen att bli av med fetman. Vetskapen om komplikationer hindrade inte deltagarna från att vara hoppfulla inför operationen (22). En person berättar följande:

"I didn't have another choice. I was at the point of no return. I was gaining, gaining every day. I felt like I was to wait another year I would weight 500, another year 600, I did not have the fight to go on a diet which to me was failure!...But surgery, the doctor said it was my best chance and I knew he was right. I could lose weight. I was finally being released" (22, s. 60).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Genom att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar i resultatet kunde problemområdet granskas på ett bra sätt. Utbudet av kvalitativa artiklar var något begränsat och antalet kvantitativa artiklar var mycket större. Detta gjorde att resultatet bygger på betydligt fler kvantitativa artiklar än kvalitativa artiklar. Det låga antalet kvalitativa artiklar kan vara en svaghet då det är svårare att få ett djup i resultatet med övervägande kvantitativa artiklar. När analysen av artiklarna gjordes övervägdes att söka fler kvalitativa artiklar för att få en djupare kunskap och mer tyngd i resultatet. En sökning genomfördes men gav ingen förnyad kunskap och därför inkluderades inte fler artiklar än de uppsatsförfattarna redan hittat.

I de kvantitativa artiklarna har samma mätinstrument (se bilaga 2) återkommit i stor utsträckning. Detta anser vi, som författare för uppsatsen, stärka resultatet då artiklarna bekräftar varandra. Även urvalsgrupperna i de kvalitativa artiklarna återger liknande upplevelser. Det kan bero på att majoriteten av deltagarna är kvinnor och att åldersintervallet är liknande i båda artiklarna. Antalet artiklar var tillräckligt för att kartlägga området. Av de 13 artiklar som representeras i resultatet är 12 artiklar publicerade på 2000-talet och en artikel (30) är publicerad år 1998. Anledningen till att artikeln från år 1998 inkluderades var för att den nämndes och refererades till ett flertal gånger i andra artiklar och publikationer.

Artiklarna representerar mestadels länder i västvärlden. De flesta artiklar är från USA men England, Danmark och Sverige är också representerade. En artikel (23) är från Taiwan, den valdes för att den ofta återkom i olika sökningar och motsvarade syftet för uppsatsen. Att majoriteten av artiklarna är från USA kan bero på den stora utbredningen av fetma i landet och därför kan det också antas att överviktskirurgi är vanligare i USA än i övriga världen. Sammanfattningsvis speglar resultatet hur det ser ut i västvärlden inom ämnet.

Under arbetes gång var det svårt att skilja hälsa, välbefinnande och livskvalitet åt. I resultatet övervägdes att inte använda begreppen som rubriker utan att väva in dem i texten. Detta gjordes dock inte, då vi ville lyfta fram syftet på ett tydligt sätt i resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Eftersom fetma blir allt vanligare i samhället väckte det vår uppmärksamhet och vi ville lära oss mer inom området. Vid fördjupning av ämnet förstår vi att fetma är ett mycket större problem för individen än vad vi tidigare trott. Att skriva om ämnet har berört oss och idag har vi en helt annan uppfattning om personer med fetma. Vi har också fått ytterligare bekräftelse på vilken central roll sjuksköterskan har i att uppmärksamma, motivera och stärka personer med fetma.

Fetma har en stor negativ inverkan på hälsa, välbefinnande och livskvalitet (21). Hälsa, välbefinnande och livskvalitet är alla begrepp med väldigt närliggande innebörd. Det är

svårt att dra gränser mellan dem, vilket vi verkligen insett i detta arbete. Eriksson (13) menar att upplevelsen av hälsa är av största betydelse och är sammanvävt med upplevelsen av välbefinnande och livskvalitet. Det går att tolka som att begreppen är beroende av varandra. Flertalet artiklar (22, 27, 29) bekräftar Eriksson (13) teori; att om en person upplever en dålig hälsa innebär det också att livskvaliteten minskar. Vad som påverkar en enskild persons hälsa behöver inte ha samma innebörd för en annan person. En person kanske uppskattar att ha mycket att göra och känner välbefinnande i det. För en annan person kan innebörden vara tvärtom. Därför är det väldigt viktigt att sjuksköterskor inte generaliserar innebörden av begreppen. En person med fetma ska inte mötas av fördomar som utgår från att personen har en dålig livskvalitet eller nedsatt välbefinnande. Livskvalitet speglar individens upplevelser om att ha det bra eller dåligt. Det är endast den enskilde individen som kan avgöra hur han eller hon upplever sin situation och det är det perspektivet som sjukvårdspersonal ska utgå ifrån. Många gånger har sjukvårdspersonal en annan syn på hur personen mår än vad personen själv har. Om en utomstående person ska bedöma någon annans livskvalitet blir det ett maktmissbruk. Därför ska alla yrkeskategorier i sjukvården se individen utifrån helhetssyn (15).

Att hjälpa de personer med fetma och lyckas förebygga detta stora problem skulle innebära stora hälso- och livskvalitetsvinster. Idag finns det tyvärr inga fungerande interventionsprogram mot fetma vilket bevisar hur svårbehandlad fetma faktiskt är. Det kan bland annat bero på att andra riskfaktorer än de för fetma tas på större allvar. Det kan också bero på bristande kunskap och fördomar hos befolkning samt hos sjukvårdspersonal (1).

Att interventionsprogrammen främst är inriktade på följsjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar är en stor brist. Fetman kommer fortsätta att öka om inte bättre förebyggande åtgärder utvecklas. Det är därför viktigt att försöka åtgärda grundproblemet och lägga mer resurser på det. I längden skulle sådana resurser bli kostnadseffektiva och leda till att mindre resurser behövs för följsjukdomarna. I början kommer det dock bli kostsamt för sjukvården och för den enskilda individen innan fungerande interventionsprogram ger positiva resultat men det gemensamma målet bidrar till bättre hälsa. Den bristande interventionen som finns idag kanske beror på den skam som finns i samband med fetma. Det är exempelvis enklare att säga till en person att han eller hon har högt blodtryck eller högt kolesterol än att säga till personen att du borde gå ner i vikt. På så sätt blir det lättare att handskas med fetma och övervikt om det finns en följsjukdom att skylla på. Kanske är det en av anledningarna till att det finns fler och bättre interventionsprogram för följsjukdomarna än för fetman i sig. En annan anledning till varför fetma inte blir tillräckligt uppmärksammat är att det är mycket lättare att sänka ett blodtryck med hjälp av medicinering än vad det är att gå ner i vikt. Att ta en tablett varje dag påverkar inte det dagliga livet i särskilt stor utsträckning. Däremot att gå ut och träna och lägga om kosten kräver otroligt mycket mer av en person.

Som sjuksköterska är det viktigt att få en inblick i hur personer med fetma upplever sitt liv och sin hälsa, för att kunna bemöta och vårda dessa individer (6). Alla artiklar bekräftar att fetma påverkar hela upplevelsen av hälsan och att överviktskirurgi blir allt vanligare. Det innebär att sjuksköterskan kommer möta dessa personer överallt i vården och inte bara inom det specialiserade området. Att ha förkunskap inom området

kommer underlätta i mötet med personer som ska eller har genomgått överviktkirurgi. Sjuksköterskan bör även ha förståelse, ett icke dömande förhållningssätt och utgå från ett holistiskt perspektiv (6). Att utgå från personens upplevda hälsa är en viktig del för planering och individualiseringen av fortsatt vård. Sutton och Raines (27) diskuterar att det krävs mer holistiskt tänkande gällande behandling av fetma samt att det måste skapas strategier och bättre interventionsprogram som är anpassade till den enskilda individen (27). Idag finns det otroligt mycket forskning om överviktkirurgi och att fetma ökar men trots det utvecklas inte bättre interventionsprogram. Trots forskning blir vårdpersonal inte bättre på att bemöta och hantera personer med fetma.

Det finns ingen människa som önskar sig fetma. Vissa har dock större benägenhet att drabbas men det är ofta andra faktorer såsom kost, motion, social situation, kultur och beteende som utlöser fetma (1). Att tidigt fånga upp och samtala med dessa personer, och se hälsa utifrån deras perspektiv, kan vara grundläggande för att undgå överviktkirurgi. För att göra detta måste ämnet bli mindre tabubelagt och vårdpersonal, framförallt sjuksköterskan, måste våga ta upp frågan med individen. Frågorna ska ses som att de kan hjälpa personer med fetma och inte ett sätt att såra dem. Hade kost och motionsvanor varit lika vanligt att ta upp som exempelvis tidigare sjukdomar eller rökning hade problemet uppmärksamats i större utsträckning. Att väcka tanken hos personen kan vara ett första steg att ta tag i sin situation.

Överviktkirurgin hjälper människor till bättre hälsa och livskvalitet och blir en allt vanligare behandling (5). Problemet bör dock lösas i ett tidigare skede och kirurgi ska endast användas som behandling när alla andra metoder misslyckats (2). Att ha hälsa är en resurs och en förutsättning för mänskligt liv. Ansvar för att uppnå hälsa, ligger hos den enskilda individen men också på samhället. En person ska inte skuldbeläggas för att han eller hon inte tar tillräckligt ansvar över sitt beteende och håller sig frisk utan ska istället ges möjlighet att ta över makten i sitt liv och få en chans att kontrollera samt bemästra sin situation (12). Det är viktigt att individen får hjälp av samhället genom stöd, rådgivning och eventuell medicinsk behandling (1). Det är dock svårt att få detta när personer med fetma möts av samhällets fördomar och negativa attityder.

Det finns flera sätt att gå ner i vikt men viktnedgång utan kirurgi inte är lika effektiv (1,32). Kirurgi, i största allmänhet, innebär samtidigt risker och komplikationer för den enskilda individen (8). Trots den vetskapen ser personer, med fetma, operation som ett sista alternativ att få tillbaka livet och hopp om en framtid. En person beskrev att han hellre tar livet av sig än att fortsätta leva som fet (22). I det avseendet blir en operation nödvändig och bör ses som den mest akuta åtgärden. Efter operation är det viktigt att inte släppa personerna vind för våg utan genom uppföljning få fram det grundläggande problemet till fetma. Att ha fortsatta vårdkontakter och personer att prata med om sin situation anser vi vara av stor betydelse för att få en god hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Sjuksköterskan har en roll där det är viktigt att uppmärksamma individens samtliga behov. Det kan exempelvis vara att inleda kontakt med kurator, sjukgymnast eller dietist.

Operationen innebär stora förändringar både fysiskt och psykiskt (21,28,30). Inte minst betyder det ett nytt förhållande till mat. Mat har ofta en stor betydelse för personer med fetma och vissa utvecklar ett beroende till maten (21,31). Efter operationen blir det fysiskt omöjligt att äta i den utsträckningen personen tidigare gjort, och relationen till maten förändras (21). För vissa skapar tomrummet av mat andra beroenden som

personen kan behöva få hjälp med. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan kunna identifiera och bedöma patienters egna resurser och förmåga till att främja och återställa hälsa samt förebygga sjukdom. Genom dialog, förhållningssätt, jämlikhet och delaktighet kan sjuksköterskan motivera, stärka, undervisa och stödja patienter i att förändra sina levnadsvanor (5). Det är viktigt att tillsammans med patienten sätta upp realistiska och hållbara mål (6).

Kroppsuppfattning, självförtroende, självkänsla, sociala relationer och sexuella relationer är alla sammanlänkade. Har en person dåligt självförtroende är det svårare att befinna sig i situationer där kontakter uppstår med andra människor. Att leva i en sexuell relation kan säkert vara svårt om kroppsuppfattningen är väldigt negativ.

Det tar längre tid för kroppsuppfattning att förbättras (22) än vad det gör för den fysiska hälsan och funktionen (26). Därför bör sjuksköterskan ha i åtanke att bara för att en person genomgår operationen och går ner mycket i vikt innebär det inte att självförtroende och kroppsuppfattning genast förbättras. Värt att notera är att den fysiska hälsan skattas lägre än den psykiska hälsan innan operationen (29) men är det område där störst förbättring ses efteråt (23,25).

Genomgående för alla studier är att det ingått fler kvinnor än män. Det innebär att resultatet i större grad speglar kvinnors upplevelser än männens. Det kan bero på det som nämnts i bakgrunden, att kvinnor är mer missnöjda med sina kroppar än män vilket även studien av Schwartz och Brownell belyser (4). Detta är säkert en av anledningarna till att fler kvinnor söker hjälp mot sin fetma och därför också genomgår kirurgi. Det kan också bero på att det i samhället finns ett tydligt skönhetsideal och det är allmänt känt att kvinnor i störst grad har blivit utsatta för ”smalhetshetsen” och utseendefixering. Ett antagande är att kvinnor överlag känner en större press att vara smala och gå ner i vikt och därför i större utsträckning genomgår överviktskirurgi. Trots skönhetsideal har samhället, något motsägelsefullt, anpassat sig efter att människor blir allt större. Om detta är rätt eller fel går att diskutera. I USA har sittplatserna gjorts bredare i biograferna och platserna på flygplan. I Sverige visas reklam på TV från klädbutiker som startat separata kedjor på storlekar från xxl-xxxxxxxl. Ska denna utveckling mot att vi blir allt större ses som någonting normalt eller som något vi ska anpassa oss efter? Frågan är svår, då alla självklart ska kunna resa, gå på bio och klä sig snyggt. Samtidigt kanske denna utveckling inte direkt uppmuntrar stora personer att gå ner i vikt.

KONKLUSION

Överviktskirurgi har en positiv inverkan på hälsa, välbefinnande och livskvalitet och ses som ett förnyat hopp och en tro på en ljusare framtid. Innan operation beskrevs hur personer med fetma mådde dåligt både fysiskt och psykiskt. Dock ses att den psykiska hälsan initialt inte alltid förbättras i samband med viktnedgång utan tar längre tid att förändras än vad den fysiska hälsan gör. Sociala relationer, självförtroende, självkänsla och kroppsuppfattning påverkas alla positivt efter överviktskirurgi. Operationen innebär ett nytt förhållande till mat, vilket betyder att maten får en mindre roll i livet. Mat som beroende kan lämna ett stort tomrum efter sig och ibland ersättas av nya beroenden. Genom god uppföljning efter operation går det att undvika att nya beroenden uppstår. I framtiden måste det etableras bättre och hållbara strategier för förebyggandet av fetma. Där har

sjuksköterskan en central roll att uppmärksamma och stödja patienter att vilja förändra sina levnadsvanor.

REFERENSER

1. Fetma- problem och åtgärder [webbsida]. Stockholm: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2002 [läst 2012 – 11 – 12] Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder>
2. Global health observatory (GHO) – obesity, situations and trends [webbsida]. World Health Organization. [läst 2012-11-12] Tillgänglig: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/
3. Vi växer på bredden. Statistiska centralbyrån [webbsida]. [Läst 2012-12-08] Tillgänglig: http://www.scb.se/Pages/Article_340901.aspx
4. Schwartz, M, Brownell, K. Obesity and body image. *Body image*. 2004; 1(1): 43-56.
5. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen [webbsida]. [Läst 2012-12-01] Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
6. Brown J, Wimpenny P. Developing a holistic approach to obesity management. *International journal of nursing practice*. 2011; 17: 9-18.
7. Sundbom, M. *Obesitas*. I: Hamberger, B, Haglund, U, redaktörer. *Kirurgi 7:e upplagan*. Stockholm: Liber AB; 2009. S. 333-335.
8. Näslund, E, Granström, L. *Kirurgisk behandling*. I: Lindros, A-K, Rössner, S, redaktörer. *Fetma – från gen till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur; 2007. s. 303-310.
9. Calvin W. Lee, Johan J. Kelly, Wahid Y. Wassef. Complications of bariatric surgery. *Current opinion in gastroenterology*. 2007; 23: 636-643
10. Scott A. Shikora, Julie J. Kim, Michael E. Tarnoff. Nutrition and Gastrointestinal Complications of Bariatric Surgery. *Nutrition in clinical practice*. 2007; 22: 29-40
11. John A. Martin, John E, Pandolfino. Gastrointestinal Complications of Bariatric Surgery. *Current Gastroenterology Reports* 2005; 7:321-328
12. Medin, J, Alexandersson, K. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande*. Lund: Studentlitteratur; 2000
13. Eriksson, K. *Hälsans idé*. Stockholm: Nordstedt; 1990
14. Parse, R. *Hope: An International Human Becoming Perspective*. Sundbury: Jones and Bartlett ; 1999
15. Rustöen T. *Livskvalitet – en utmaning för sjuksköterskan*. Stockholm: Almqvist och Wiksell förlag AB; 1993
16. Segesten, K. Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I: Friberg, F, redaktör. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur; 2012. S. 97-100
17. Friberg, F. Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg, F, redaktör. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur; 2012. S. 133-143

18. Östlund, L. Informationssökning. I: Friberg, F, redaktör. Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur; 2012. S. 57-81
19. Willman, A, Stoltz, P, Bahtsevani. Evidensbaserad Omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011
20. Friberg, F. Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F, redaktör. Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur; 2012. S. 121-131
21. Ogden, J, Clementi, C, Aylwin, S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychology and Health*. 2006; 21 (2): 273-293
22. LePage, CT. The lived experience of individuals following Roux-en-Y gastric bypass surgery: A phenomenological study. *Bariatric nursing and surgical patient care*. 2010; 5 (1): 57-63
23. Chiung-Yu, H, Mei-Chi, H, Kuei-Ching, P, Chih-Kun, H, Shu-Ching, C. Early health status and health-related quality of life after laparoscopic gastric bypass surgery in morbidly obese patients. *Bariatric nursing and surgical patient care*. 2011; 6 (4): 193-200
24. Nelbom, B, Naver, L, Ladelund, S, Hornnes, N. Patients characteristics associated with successful weight loss after bariatric surgery. *Bariatric nursing and surgical patient care*. 2010; 5 (4): 313-319
25. Sutton, D, Raines, DA. Perception of health and quality of life after bariatric surgery. *Bariatric nursing and surgical patient care*. 2007; 2 (3): 193-198
26. Sutton, D, Raines, DA. Health-related quality of life following a surgical weight loss intervention. *Applied nursing research*. 2010; 23: 52-56
27. Sutton, D, Raines, DA. Health-related quality of life: physical and mental functioning after bariatric surgery. *Bariatric nursing and surgical patient care*. 2008; 3 (4): 271-277
28. Dymek, MP, Grange, D, Neven, K, Alverdy, J. Quality of life after gastric bypass surgery: A cross-sectional study. *Obesity research*. 2002; 10 (11): 1135-1142
29. Sarwer, D, Wadden, TA, Moore, RH, Eisenberg, MH, Raper, SE, Williams, NN. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for obesity and related diseases*. 2010; 6: 608-614
30. Karlson, J, Sjöström, L, Sullivan, M. 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*. 1998; 22: 113-126.
31. Boan, J, Kolotkin, RL, Westman, EC, McMahon, RL, Grant, JP. Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y Gastric Bypass for morbid obesity. *Obesity surgery*. 2004; 14: 341-348
32. Bennett, JC, Wang, H, Schirimer, BD, Northup, J. Quality of life and resolution of comorbidities in super-obese patients remaining morbidly obese after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery for obesity and related diseases*. 2007; 3: 387-391
33. Myers, JA, Clifford, JC, Sarker, S, Primeau, M, Doninger, G, Shayani, V. Quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding using the baros and moorehead-ardelt

quality of life questionnaire II. Journal of the society of laparoendoscopic surgeons.
2006; 10: 414-420

ARTIKELPRESENTATION

BILAGA 1

Referens nummer	Titel, Författare, Tidskrift, År, Land	Syfte	Metod & Urval	Resultat	Antal referenser
21	The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. Ogden, J, Clementi, C, Aylwin, S, Patel, A. Psychology and health. 2006. England.	Undersöka patienternas upplevelser av att genomgå överviktskirurgi.	Kvalitativ metod, djupintervjuer med femton personer.	Fyra breda teman hittades: personliga berättelsen, beslutsfattandet angående operation, kirurgins inflytande på personerna, viktminskningens inverkan.	50
22	The Lived experience of individuals following Roux-en-Y Gastric bypass surgery: A phenomenological Study. LePage, CT. Bariatric nursing and surgical patient care. 2010. USA.	Undersöka individens levda erfarenheter efter gastric bypass.	Djupintervjuer med tolv personer.	Fyra huvudteman hittades: operation som förnyat hopp, hitta balansen, fylla hålet och transformation av kroppsuppfattning.	7
23	Early health status and health-related quality of life after Laparoscopic Gastric Bypass Surgery in Morbid Obese Patients. Chiung – Yu Huang mfl. Bariatric nursing and surgical patient care. 2011. Taiwan	Undersöka HRQL innan och efter lapraskopisk gastric bypass på sjukligt överviktiga personer, och beskriva inverkan av överviktskirurgi på HRQL	Enkätundersökning innan operation och tre månader efter. Mätinstrument : SF-36 Antal deltagare:40	En klar förbättring i HRQL både bland fysiska och mentala parametrar. De områden där man såg störst signifikant förbättring var fysisk funktion, fysiska begränsningar, kroppsliga smärtor, generell hälsa, mentala begränsningar och generell mental hälsa. Den punkt där man såg allra mest förbättring var fysiska begränsningar	44
24	Patient characteristics associated with a successful weight loss after bariatric surgery. Nelbom, B, Naver, L, Ladelund, S, Hornnes, N. Bariatric nursing and surgical patient care. 2010. Danmark.	Att identifiera patientkaraktärer som associeras med lyckade resultat efter överviktskirurgi.	Data samlades in vid baseline, 6 och 12 månader efter operation. Mätinstrument : SF-36 och The Moorehead-Ardelt Quality of life questionnaire II. Antal deltagare:100	Kvinnor genomgick kirurgi vid en lägre ålder, efter färre år med övervikt. Viktnedgången efter operation var lägre hos kvinnor än hos män. Männen skattade sin hälsa bättre inom alla områden, förutom socialfunktion. Undersökningen visar signifikanta positiva förändringar i SF-36 livskvalitet från baseline till 12 månaders uppföljning. Mätningarna överskred till och med medelvärdena för den danska befolkningen. Även i M-A QoLII sågs en signifikant förbättring.	47

Referens nummer	Titel, Författare, Tidskrift, År, Land	Syfte	Metod & Urval	Resultat	Antal referenser
25	Perception of Health and quality of life after bariatric surgery. Sutton, D, Raines, D. Bariatric nursing and surgical patient care. 2007. USA.	Undersöka uppfattningen av hälsa och livskvalitet bland personer med fetma som genomgått överviktskirurgi	Internetundersökning Mätinstrument : SF-12v2. Antal deltagare:77	80,3 % av deltagarna skattar sin hälsa som utmärkt eller väldigt bra efter operation. Ingen skattade hälsan som dålig. Livskvaliteten var lägre hos de personer som inte hade uppnått 12 mån postoperativt.	10
26	Health-related quality of life following a surgical weight loss intervention. Sutton, D, Raines, D. Applied nursing research. 2008. USA.	Att undersöka den självrapporterade hälsorelaterade livskvaliteten efter överviktsoperation.	I studien har de använt mätinstrumentet:SF-12v2. Antal deltagare:87	Studien visar att personer som genomgått överviktskirurgi rapporterar i stor utsträckning sin livskvalitet som mycket bra eller utmärkt. De områden som hade högre medelvärden, kroppslig smärta, fysisk funktion och betydelsen av fysisk aktivitet har alla starka samband med kroppsvikt. Andra områden såsom social funktion och vitalitet skattades lägre.	18
27	Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery. Sutton, D, Raines, D. Bariatric Nursing and Surgical Patient Care. 2008. USA.	Syftet med studien var att undersöka hur uppfattningen av patienters fysiska och psykiska hälsa påverkas vid överviktskirurgi.	Tre patientgrupper som genomgått överviktskirurgi inkluderades. Två grupper genom internet och en grupp träffades på en klinik. Alla fick fylla i frågeformuläret SF 12-v2 Antal deltagare:164	Alla patienter förbättrades inom alla områden och en särskild förbättring sågs i gruppen som fick uppföljning via en klinik.	20

Referens nummer	Titel, Författare, Tidskrift, År, Land	Syfte	Metod & Urval	Resultat	Antal referenser
28	Quality of Life after Gastric Bypass Surgery: A Cross-Sectional Study. Maureen P. Dymek, Daniel le Grange, Kim Nevan, John Alvery. Obesity research. 2002. USA.	Undersöka hälsorelaterad livskvalitet (HRQL) efter gastric bypass.	Undersökte HRQL i fyra patientgrupper ; preoperativt, veckor postoperativt, 6 månader posoperativt och ett år postoperativt. Deltagarna var tvungna att ha BMI >40 och fick fylla i tre formulär; SF-36, IWQOL-Lite och BAROS. Antal deltagare: 316	Resultaten visar en stor skillnad på BMI, depression, självkänsla och andra områden inget livskvalitet beroende på hur lång tid efter operationen. Resultaten på förbättrad hälsorelaterad livskvalitet sågs redan sex månader efter operation.	21
29	Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. Sarwer, DB, Wadden, TA, Moore, RH, Eisenberg, MH, Raper, SE, Williams, NN. Surgery for obesity and related diseases. 2010. USA	Undersöka förändringar inom livskvalitet och kroppsuppfattning efter gastric bypass.	200 män och kvinnor besvarade enkäter innan operationen och 20, 40 och 92 veckor efter operationen. Mätinstrument : SF-36, IWQOL, BIQOLI och BSQ.	Deltagarna rapporterade signifikant förbättring i flera olika delar av hälso- och viktrelaterad livskvalitet. Även förbättring i kroppsuppfattning. Förändringarna var korrelerade med procentuell viktneigung.	33
30	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. Karlsson, J, Sjöström, L, Sullivan, M. International journal of obesity. 1998. Sverige	Undersöka effekten av viktneigung på hälsorelaterad livskvalitet bland personer med allvarlig fetma.	Två grupper jämförs, en som genomgått kirurgi (487 deltagare) och en som får konventionell behandling i primärvården (487 deltagare). Mätningarna av HRQL utförs före interventionen , sex månader, ett år och två år efter interventionen .	Självupplevd hälsa, psykosocialfunktion, mentalt välbefinnande och ätbeteende hade alla förbättrats hos kirurgigruppen efter två år. Kontrollgruppen hade avsevärt sämre resultat.	45

Referens nummer	Titel, Författare, Tidskrift, År, Land	Syfte	Metod & Urval	Resultat	Antal referenser
31	Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y Gastric Bypass for morbid obesity. Boan, J, kolotkin, RL, Westman, EC, McMahon, RL, Grant, JP. Obesity surgery. 2004. USA.	Undersöka förändringar inom ätstörningar, livskvalitet och fysisk aktivitet, sex månader efter gastric bypass.	Enkätundersökning vid baseline och efter sex månader. Antal deltagare:40	Det primära som studien har kommit fram till är att gastric bypass operationen resulterade i en signifikant förbättring angående ätstörningar, viktrelaterad livskvalitet och fysisk aktivitet.	45
32	Quality of life and resolution of co-morbidities in super-obese patients remaining morbidly obese after Roux-en-Y gastric bypass. John C. Bennett, Hongkun Wang, Bruce D. Schirmer, Joe Northup. Surgery for Obesity and Related Diseases 3. 2007, USA	Kan sjukligt överviktiga personer med flera följsjukdomar postoperativt fortfarande uppleva livskvalitet	Patienter med preoperativt BMI >50 och postoperativt >35 fick fylla i enkät angående tio viktiga områden i dagligt liv. Totalt antal deltagare var 120 st	77 patienter fullföljde studien och alla minskade i antalet följsjukdomar relaterade till fetma. De förbättrades inom samtliga 10 områden gällande daglig aktivitet och den skattade livskvaliteten blev betydligt bättre.	10
33	Quality of Life after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding using the BAROS and Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. Jonathan A. Myers, James C. Clifford, Sharfi Sarker, Margaret Primeau, Gretchen L. Doninger, Vafa Shayani. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2006. USA.	Undersöka hur livskvalitet påverkas efter laparoscopic adjustable gastric banding.	120 patienter fick fylla i ett formulär M-A QoLQ II som poängsattes genom BAROS. Patienterna hade genomgått sin operation för minst 22 månader sedan.	67 patienter fullföljde studien av dessa var 79% kvinnor. Alla patienter förbättrades inom varje område.	25

Moorehead-Ardelt Quality of life Questinnaire 2 (M-A QoLQ 2)

Ett frågeformulär som bygger på patientens subjektiva upplevelse av livskvalitet. Innefattar sex områden; självkänsla, fysisk aktivitet, sociala kontakter, tillfredställande gällande jobb, nöjd med sexuella relationen, ätbeteende.

Poängen utgår från en 10-skala (-0,5-0,5) och sätts utefter vad patienterna svarar. Slutresultatet räknas sedan ut genom BAROS.

Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)

BAROS är ett system som är utvecklat för att kunna jämföra olika resultat av olika överviktskirurgier, genom att använda en lätt, objektiv och opartisk metod som är evidensbaserad. Systemet bygger på ett poängsystem som inkluderar tre huvudområden såsom; viktnedgång, förbättring av medicinskt tillstånd och livskvalitet. Poängen adderas och subtraheras beroende på förändringar i dessa områden. Det dras också av poäng om det uppstått komplikationer eller reoperation. Poängen värderas utifrån fem kategorier; misslyckande, okej, bra, väldigt bra och fantastiskt.

Short form 36 (SF-36)

Är ett 36-skaligt formulär som innefattar åtta delskalor designade för att passa till den allmänna HRQL. Ju högre poäng desto bättre livskvalitet.

Short form 12 (SF-12v2)

Är en del av SF-36 men är uppdelad på 12 ämnen men fortfarande åtta delskalo. Inom varje område skattar man sig 0-100. Ju högre poäng desto bättre hälsa.

The Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire (IWQOL-Lite)

Är speciellt designad för individer med fetma. Är ett 31-ämnes skala med fem underområden, se Table 2 I artikel för mer detaljer. Ju högre poäng desto sämre livskvalitet.

Beck Depression Inventory (BDI)

Är ett frågeformulär innehållande 21 st flervalsfrågor som svarar på närvaro och svårighetsgrad av depressiva symtom. Ju högre poäng desto svårare depression.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

10-ämnes skala som mäter självkänslan. Höga resultat indikerar lägre självkänsla.

Body Shape Questionnaire (BSQ)

34-ämnesskala som utvärderar patientens icke tillfredställande av kroppsform. Skalan skattas 1 (aldrig) - 6 (alltid) om hur de har känt sig de 4 senaste veckorna. Högre poäng innebär högre nivåer av ångest angående sin kroppsform.

Body Image Quality of Life Inventory (BIQOLI)

Är en 19-ämnesskala som är designad att mäta positiva och negativa effekter gällande kroppsuppfattning och hur det påverkar livskvaliteten.