



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Fedmekirurgi har i løpet av de siste årene etablert seg som en medisinsk metode i eksplosiv vekst. Stadig flere får tilbud om denne behandlingsmetoden, og av disse er over 70 % kvinner.

Hensikt: Å undersøke kvinners begrunnelser for å velge fedmekirurgisk behandling.

Metode: Empirien baserer seg på individuelle dybdeintervju med 22 norske kvinner som alle hadde gjennomgått en gastric-bypass

operasjon. Funnene er analysert tematisk.

Resultater: Mye står på spill når kvinner velger fedmekirurgisk behandling, både helsemessig og sosialt. De risikerte alvorlig sykdom og tidlig død om de ikke gikk betydelig ned i vekt. På den andre siden risikerte de å få alvorlige og livstruende komplikasjoner, samt plagsomme bivirkninger som følge av selve operasjonen. Stilt overfor dette dilemmaet ble et annet aspekt vurdert som betydningsfullt, nemlig ønsket om å få en sosialt akseptert kropp.

Konklusjon: Kvinnesens tiltro til kirurgi som deres siste sjans var særlig relatert til frykten for hva som kunne skje om de lot være å benytte seg av denne behandlingen. Det var vanskelig å ta innover seg at behandlingen i seg selv kunne resultere i problematiske bivirkninger og livstruende komplikasjoner. Denne troen på at det kun finnes et alternativ må sees i lys av fedmekirurgiens framvekst som medisinsk behandlingsmetode, hvordan det er blitt et kommersielt felt, samt tidens sterke idealisering av slanke og faste kropp.

ENGLISH SUMMARY

When weight-loss surgery is regarded as the last chance

Background: During the past years, the number of people undergoing weight-loss surgery has increased at an explosive rate. Of them, 70-80 % were women.

Objective: To explore why women choose to undergo weight-loss surgery.

Method: The empirical material was derived from individual interviews with 22 Norwegian women who had undergone a gastric bypass procedure. We analyzed this material using a thematic approach.

Results: Much is at stake when women decide to undergo weight-loss surgery – not only bodily challenges and health concerns, but also social aspects. These issues are intertwined in complex and self-reinforcing ways. The women in our study risked serious diseases and early death if they did not lose a significant amount of weight permanently. On the other hand, the surgery itself can lead to severe and potentially life-threatening complications, as well as adverse side-effects. Yet, in making the choice to undergo surgery, another factor was critical for these women: Their conviction that their body was unattractive.

Conclusion: The women's decision to undergo surgery was largely determined by their fear of the health and social consequences if they chose not to. In this situation, it was hard for them to reflect on/grasp that the surgery itself was potentially dangerous to their health, even life-threatening. Their faith in this particular treatment must also be seen in the context of the explosive growth of weight-loss surgery as a medical intervention and a commercial enterprise, as well as society's idealization of the slim, fit female body.

Key words: Qualitative study, obesity, surgery, women.

» Når fedmekirurgi vurderes som «siste sjanse»

Forfattere: Karen Synne Groven og Gunn Engelsrud

NØKKELOD

- Kvalitativ studie
- Intervju
- Kirurgi
- Kvinne
- Overvekt

INNLEDNING

Fedmekirurgi har i løpet av de siste årene etablert seg som en medisinsk metode i eksplosiv vekst. Stadig flere får tilbud om denne behandlingsmetoden, og nyere studier anslår at mellom 70–80 prosent av dem som opereres er kvinner (1–3). Siden Kremen og kolleger publiserte sin første studie om fedmekirurgi på begynnelsen av 1950-tallet, har også forskningsinteressen knyttet til denne behandlingen vokst betraktelig. Særlig finnes mye dokumentasjon av de målbare effektene av fedmekirurgi i form av vekttap, bedring i livskvalitet, bedring av diabetes, samt bedring av psykososial fungering (4–13).

Fedmekirurgi er imidlertid også risikabelt sett i lys av de

bivirkninger og komplikasjoner som kan oppstå i etterkant av inngrepet. Metaanalyser viser at 20–30 prosent av pasientene rammes av alvorlige komplikasjoner og bivirkninger etter inngrepet, særlig i mage-/tarmsystemet (14–17). Det finnes imidlertid lite kunnskap om pasienters egne erfaringer og begrunnelser for å velge fedmereduserende kirurgi.

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i erfaringene til 22 norske kvinner som alle har gjennomgått fedmereduserende kirurgi. I intervjuer med kvinnene var uttrykket «siste sjanse» en gjenganger når samtalen kretset rundt deres begrunnelser for å velge kirurgisk behandling. Ved første øyekast kan uttrykket «siste sjanse» signalisere at noe står på spill, i betydningen at alle andre muligheter er utprøvd og oppbrukt; det er kun en mulighet igjen. I denne artikkelen forfølger vi denne tematikken videre gjennom følgende spørsmål: Hvilke erfaringer har betydning for kvinner som vurderer fedmekirurgi som sin siste sjanse?

Vår innsjon er å under-

søke spørsmålet sett fra kvinnenes perspektiv, for så å belyse hvordan individuelle erfaringer blir vevet inn i fedmekirurgiens framvekst som medisinske behandlingsmetode.

Som teoretisk rammeverk for å undersøke dette videre, støtter vi oss særlig til legen og fenomenologen Drew Leder. Leder bruker begrepet dis-appearance for å illustrere hvordan personen vanligvis tar kroppen for gitt dersom man er frisk og ikke har smerter eller plager (18).

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at kvinnene så på fedmeoperasjon som siste utvei og derfor ikke tok innover seg at behandlingen kunne medføre komplikasjoner.

Mer om forfatterne:

Karen Synne Groven er førsteamanuensis ved Institutt for fysioterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og postdoc ved Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo. Gunn Engelsrud er professor ved Seksjon for Kroppsøving og Pedagogikk ved Norges idrettshøgskole. Kontakt: k.s.groven@medisin.uio.no.

Personen har da lite eksplisitt oppmerksomhet på egen kropp. Dette vil vanligvis endre seg dersom vedkommende blir syk eller gjennomgår radikale kroppslige endringsprosesser. Kroppen vil i slike situasjoner bli nærværende på en utfordrende og plagsom måte, noe som krever personens eksplisitte oppmerksomhet. Egen kropp kommer da i forgrunnen av personens oppmerksomhet, en vektlegging Leder utdyper gjennom begrepet dys-appearance. Om man plutselig brenner seg på hånda vil personen først og fremst fokusere på smertene i denne delen av kroppen. Det eksplisitte og negative kroppslige fokuset som dys-appearance innebærer tvinger personen til å vende oppmerksomheten innover mot seg selv og det problematiske ved kroppen, samtidig som vedkommende vil søke løsninger som kan gjenopprette tidligere funksjon.

I tillegg er Leder opptatt av hvordan omgivelsene og andre personer får betydning for per-

appearance kan benyttes for å tydeliggjøre betydningen av en sosial situasjon for om kroppen kommer i forgrunn for oppmerksomheten; her på negativt vis. Vi skal komme tilbake til hvordan Leders begreper kan være relevante for å belyse kvinners begrunnelser for å velge fedmekirurgisk behandling, men først skal vi introdusere vår metodiske tilnærming.

METODE

Dataproduksjon

Kvalitative dybdeintervjuer er en nyttig og velegnet tilnærming for å få frem ny kunnskap innenfor felt som domineres av kvantitative studier (19). Videre er denne tilnærmingen relevant når forskeren søker innsikt i pasienters egne erfaringer (20). De 22 kvinnene som inngår i vårt materiale ble dybdeintervjuet etter at de var operert. De var i alderen 24 til 54 år og representerte en variert gruppe med tanke på utdanning, jobbsituasjon og sivil status.

Groven intervjuet alle kvinnene individuelt, og intervjuene

inspirert av Max van Manen. Han skisserer en tematisk analyseprosess der man forfølger tematikker som framstår som interessante i dataproduksjonsfasen (20). Som allerede antydnet, startet analysene i intervjusituasjonen der begrepet «siste sjanse» ble en gjenganger. Etter at Groven hadde transkribert alle intervjuene startet den mer formelle og systematiske analysen. Ved å bruke van Manens tematiske analyseprosess ble hvert intervju nærlest og utforsket med særlig blick for hva kvinnene vektla når de tok i bruk uttrykket «siste sjanse» (20). Ved å lese hvert intervju linje for linje, uthevet Groven ord og setninger som kunne relateres til dette uttrykket. Dette tydeliggjorde også variasjon i måten uttrykket ble brukt på, både implisitt og eksplisitt, eksempelvis ved bruk av andre, lignende fraser som «siste mulighet», «eneste sjanse», «siste løsning» og lignende. Slik kunne ord og setninger undersøkes nærmere gjennom spesifikke spørsmål relatert til den enkelte kvinnes begrunnelser for å velge fedmeoperasjon. Dette resulterte i flere temaer, og disse temaene ble skrevet frem av Groven i samarbeid med Engelsrud. For å spisse temaene stilte vi følgende spørsmål: Hva slags erfaringer ble særlig vektlagt for å få frem disse begrunnelsene? Hva slags uttrykk, episoder og eventuelle metaforer ble brukt for å få frem disse erfaringene? Denne prosessen resulterte i tre hovedtemaer, som vi presenterer nedenfor. I presentasjonen har vi valgt å sitere noen av kvinnene. Sitatene er ment å tydeliggjøre både individuelle erfaringer, likheter og variasjon i utvalget, samt få frem analy-

” Følgesykdommen diabetes 2 var en diagnose som bidro til å skape frykt for fremtiden.

sonens kroppslige vektlegging, noe han eksemplifiserer gjennom bruk av flere anekdoter. En av disse tar utgangspunkt i Leders egne erfaringer fra en konferanse der han plutselig ble overmannet av følelsen av å bli kritisk vurdert av tilhørerne. Han merket at hendene begynte å svette og stemmen brast. Selv om han prøvde å fokusere på sin presentasjon, ble han stadig mer oppslukt av hendene som skalv, stemmen som ikke fungerte som den skulle, og tilhørernes kritiske blick (18). Leders poeng her er at dys-

varte mellom én og to timer. Første del omhandlet kvinnenes livssituasjon før operasjonen. Her ble de oppfordret til å fortelle om sine begrunnelser for å velge operasjon som behandlingsform. De fleste kom imidlertid også inn på dette igjen når samtalen kretset rundt livssituasjonen etter operasjonen. Når de sammenliknet livssituasjonen etterpå med hvordan de hadde det før operasjon var uttrykket «siste sjanse» en gjenganger.

Analyse

Vår analyseprosess er særlig

tiske poenger som vi forfølger videre i drøftingen.

Etikk

Studien er godkjent av Personvernombudet og Etisk komité. Alle deltakerne mottok informasjon i forkant av intervjuprosessen der både frivillighet og mulighet til å trekke seg underveis ble understreket. Alle kvinnene signerte på skriftlig informert samtykke. Det empiriske materialet ble anonymisert og behandlet konfidensielt. I artikkelen er kvinnenes anonymitet ivaretatt gjennom fiktive navn.

FUNN

Frykten for å bli rammet av alvorlig sykdom

Når kvinnene snakket om operasjonen som sin «siste sjanse», handlet det først og fremst om frykten for å bli rammet av alvorlig sykdom. Etter hvert som kvinnene gikk opp i vekt – til tross for gjentatte forsøk på å gå ned gjennom kurer og tradisjonelle livsstilsopplegg – ble denne frykten stadig mer framtrædende.

Følgesykdommen diabetes 2 var en diagnose som bidro til å skape frykt for fremtiden. For «Tina» ble dette et varsel om at hun trengte rask og effektiv hjelp. Som «Tina» uttrykte det: «Da forsto jeg virkelig ... jeg trengte hjelp ... at jeg måtte opereres». De som ikke hadde spesifikke, overvektsrelaterede følgetilstander bekymret seg for at dette før eller senere ville ramme nettopp dem. «Elisabeth» fortalte hvordan frykten for å bli rammet av hjerteinfarkt ble mer og mer framtrædende og etter hvert altoppslukende: «Jeg innså at om jeg skulle leve et langt liv så måtte jeg gjøre noe med det. ... Mer og mer tenkte

jeg på ulike scenarier og jeg ble mer og mer bekymret og redd».

At «Elisabeth» hadde erfart å miste nære familiemedlemmer av hjerteinfarkt i tidlig alder bidro til at hun var ekstra på vakt overfor kroppslige signaler på at noe var galt.

Følelsen av å ikke strekke til

Når kvinnene snakket om kirurgi som sin siste sjanse handlet det også om sårheten knyttet til ikke å strekke til som mor. Erfaringer med ikke å kunne delta slik de ønsket på aktiviteter sammen med barna var spesielt såre. Som «Maja» forklarte det: «Tenk deg når du skal sitte foran en barneseng og lese en bok, og du nesten ikke

” Man blir andpusten av å lese en bok.

har pust til å lese den. Man blir andpusten av å lese en bok. Hvor det er en tung oppgave liksom. Det (sukker tungt) ... da har man ikke mye overskudd».

For «Maja», som var alenemor, ble følelsen av å ikke strekke til forsterket av at hun ikke hadde noen andre som kunne bidra i hverdagen når hun ikke klarte, ikke orket, eller ikke hadde mulighet. For «Hedda», derimot, handlet det om å finne måter å få barnas far på banen på, slik at han kunne bidra der hun kom til kort: «Det var for eksempel når ungene sa 'kan du ikke komme og hoppe på trampolina' ... Jeg klarer det ikke. Eller når dem skulle på sykkelturné, 'nei bli med pappa og sykle dere så blir jeg hjemme'... Eller på skitur eller turer i fjellet hadde jeg alltid en unnskyldning for å ikke være med».

Selv om «Hedda» snakket varmt om ektefellen som stilte

opp med barna når hun ikke strakk til, så følte hun at det å overlate ansvaret til ham forsterket hennes følelse av å være en mislykket mor.

Frykten for å dø fra barna sine skapte ytterligere bekymring i hverdagen. For «Kaja», som slet med overspisingsproblematikk og depresjoner, var denne bekymringen sterkt medvirkende til at hun valgte å reise utenlands for å bli operert. Å vente i kø i over to år i Norge var for henne ensbetydende med å dø. I stedet valgte hun å betale for operasjonen selv, finansiert gjennom penger fra salg av hytte: «Og jeg måtte ha hjelp for jeg skjønnte at jeg spiser meg i hjel. Og ungene mine

mister mora si. Det gikk rett og slett på at jeg var redd for å dø fra barna. Og da jeg fant ut hvor lang ventetida var – da er jeg død, tenkte jeg. Om to år så er jeg ... har jeg fått slag og er død. Så fant jeg en klinikk i utlandet».

Tanken på at kirurgi var den eneste sjansen hun hadde, bidro til at «Kaja» tenkte lite på hva som kunne gå galt i forbindelse med operasjonen. Først da hun var på vei inn i operasjonssalen, ble dette en aktuell tematikk: «Jeg var så sikker på at det var riktigere og mye sunnere enn det jeg drev med. Jeg var så lite redd at jeg plutselig kom på at jeg burde ha vært redd rett før de trilla meg inn. Og da fikk jeg dårlig samvittighet fordi jeg ikke hadde vært redd. Fordi da tenkte jeg: tenk om jeg dør nå fra ungene mine inne på operasjonssalen. Jeg ble litt sånn akutt redd».

Erkjennelsen av at de ikke ville klare å gå varig og tilstrekkelig ned i vekt uten kirurgisk behandling var imidlertid preget av ambivalens. På den ene siden var kvinnene opptatt av at dette var den mest effektive metoden. På den andre siden var det å innrømme overfor seg selv at kirurgi var deres siste sjanse også noe som bidro til selvbebreidelse og skam. Som «Hannah» uttrykte det: «Jeg syntes det var et stort skritt å ta, og det føltes vel som et nederlag å måtte gå til det skrittet. Fordi jeg ville jo ... for meg betydde det at jeg ikke hadde viljestyrke til å klare det på egen hånd. Alle sier jo at det er bare å ta seg sammen så går du ned».

Ønsket om en akseptert kropp

Det å snakke om operasjonen som sin siste sjanse var også relatert til ønsket om å få en sosialt akseptert kropp. Flere

” Frykten for å dø fra barna sine var noe som skapte ytterligere bekymring i hverdagen.

fortalte at de følte seg mindre verdtt enn andre fordi de var store og tunge, og at blikk og nedvurderende kommentarer var en del av hverdagen. Kroppens størrelse lot seg vanskelig skjule bak klær som måtte kjøpes i spesialbutikker eller over internett. Slik ble det å handle klær nok en påminnelse om at de var annerledes enn andre kvinner.

Også i arbeidslivet var opplevelsen av å bli nedvurdert tung å bære. Her var nedvurderingen relatert til følelsen av å bli oversett på møter og når beslutninger skulle fattes; erfaringer med å bli vraket til stillinger de hadde søkt på fordi det

ble stilt kritiske spørsmål rundt egen helse; og det var relatert til frykten for å miste jobben fordi de var tykke.

Det å måtte forholde seg til et pågående og nedvurderende blikk fra andre fikk betydning også for hvordan kvinnene vurderte seg selv. «Kristin» fortalte hvordan selvbildet ble så skjørt at hun til slutt ikke følte seg noe verdtt: «Det var vel en følelse av å ikke være verdtt noe da ... det tror jeg det var. Også fordi det å være overvektig er knytta til det å være lat og ikke gidde, og det er din egen skyld at du er det, ikke sant? Når ting er gjentatt mange ganger så blir det jo en sannhet.»

På liknende måte slet «Line» mer og mer med selvfølelsen, samtidig som hun engstet seg for å bli alvorlig syk. Til slutt så kom hun til et punkt der det, ifølge eget utsagn, «kuliminerte»: «Du tenker på det hele tiden. I hvert fall sann gjorde

det. Jeg tenkte på vekta mi hele tiden. Hvordan jeg så ut ... hvordan jeg var overfor andre ... hele tiden tenkte jeg på det. Jeg mistrives veldig med meg selv. Jeg følte meg ikke noe verdtt.»

Flere av de andre kvinnene fortalte om lignende erfaringer der «alt» dreide seg om det problematiske ved å leve med en stor og tung kropp.

DISKUSJON

Funnene får frem at mye står på spill når kvinner velger fedmekirurgisk behandling – ikke bare kroppslig og helsemessig, men også sosialt. Og at disse aspektene veves sammen på komplekse og dels selvforsterkende

måter. På den ene siden risikerte de alvorlig sykdom og tidlig død om de ikke gikk betydelig ned i vekt. På den andre siden risikerte de å få alvorlige og livstruende komplikasjoner, samt plagsomme bivirkninger som følge av selve operasjonen. Stilt overfor dette dilemmaet ble et annet aspekt vurdert som betydningsfullt, nemlig ønsket om å få en sosialt akseptert kropp. I det videre, skal vi drøfte betydningen av disse utfordringene for kvinnenes vurdering av kirurgi som sin siste sjanse.

Kroppens begrensninger

Ved at kroppen ble ansett som en begrensning og en kilde til pågående bekymring, ble kroppen også det som måtte endres. Et slik kritisk fokus mot egen kropps problematiske sider kan utdypes gjennom begrepet dys-appearance (18). Kroppen ble dysfunksjonell og samtidig påtrengende nærværende. Kroppen som et problematisk og uønsket objekt ble forsterket ved at kvinnene også følte seg nedvurdert og kritisert fordi de var tykke. Leder understreker at sosial dys-appearance trigges når andres blikk erfares som objektivierende (18). Ved å se seg selv gjennom andres nedvurderende blikk, vil personen bli enda mer opptatt av de problematiske aspektene ved kroppen sin. At de problematiske aspektene ved kroppen kom mer og mer i forgrunnen, fikk også betydning for kvinnenes nedvurdering av seg selv, eksemplifisert gjennom «Kristin» og «Line» som følte seg stadig mindre verdtt.

Forskning viser at overvektige kvinner i den vestlige verden er spesielt utsatt for et pågående kritisk blikk – tatt i betraktning at deres kroppsfa-

song bryter med dagens slanke og veltrente kroppsideal. Mens den slanke og veltrente kvinnekroppen gir assosiasjoner til vellykkethet, selvdisiplin og sunnhet; konnoterer den store og tykke kvinnekroppen mislykkethet, latskap og manglende selvkontroll. Men ikke bare det, den store og tykke kroppen konnoterer også dårlig helse, og alvorlige følgesykdommer, som kreft, hjerte-karproblemer og muskel-skjelettplager (21–23). Når kroppen ikke fungerer som den burde i det daglige, men utsettes for eller står i fare for å utvikle følgesykdommer, samtidig som kroppens ytre form bryter med kulturelle normer for kvinnelighet, kan man havne i en situasjon der disse aspektene forsterker hverandre. Kvinnene som vår artikkel tar utgangspunkt i levde i en selvforsterkende prosess der de vurderte sin egen situasjon som mer eller mindre håpløs. Frykt for alvorlig sykdom og død bidro til å intensivere følelser av å befinne seg i håpløse og risikofylte situasjoner. Samtidig trigget dette kvinnene til å se seg om etter en medisinske «løsning», og her kommer fedmekirurgi dem til unnsetning. I tråd med Leders utlegning av dys-apparance som potensielt bidireksjonalt – noe som både kan intensivere det problematiske kropps fokuset og initiere en løsningsorientert prosess – trigget den pågående kroppslige vektleggingen kvinnene til å søke kirurgisk hjelp. Fra eksempelet med «Kaja» husker vi at når hun først hadde bestemt seg for operasjon var det helt uaktuelt for henne å vente. Mye sto på spill, det var et spørsmål om liv og død. Stilt overfor disse scenariene, kom potensielle bivirkninger og komplikasjoner i forbindelse med

den kirurgiske behandlingen i bakgrunnen.

Kirurgi som eneste mulighet

At «Kaja» og de andre kvinnene valgte å fokusere på de positive mulighetene kirurgi innebar er forståelig tatt i betraktning det kunnskapsgrunnlaget som finnes på dette området. Som skissert innledningsvis, finnes det i dag omfattende forskning på de helsefremmende effektene av

av fornøyde kvinnelige pasienter (25). Lignende markedsføringsstrategier er lett å få øye på i Norge, både gjennom annonser i ulike medier, og på klinikkenes egne nettsider (1). I 2013 hadde eksempelvis en privatklinik i Norge en annonse med overskriften «Løsningen på sykkelig overvekt sort på hvitt». Annonsen – der en tykk kvinne var avbildet i røntgen positur – henvendte seg til overvektige

” Mye står på spill når kvinner velger fedmekirurgisk behandling.

fedmekirurgi, både med tanke på følgesykdommer, vektreduksjon, helse relatert livskvalitet, og psykososial fungering. Også mediebildet reflekterer dette perspektivet gjennom ekspertuttalelser fra ulike medisinske spesialister og gjennom vellykkete pasienthistorier der budskapet synes å være at alt blir så mye bedre etter operasjonen (24,25). Denne positive vinklingen forsterkes ytterligere gjennom pågående markeds kampanjer. En privat fedmeoperasjon koster tusenvis av norske kroner, og for å tiltrekke seg potensielle kunder kan det synes som om privatklinikkenes særlig vekt legger å markedsføre de positive virkningene av operasjonen. Det er med andre ord store penger å tjene på denne pasientgruppen, særlig kvinner. Ifølge Salant og Santry, speiles dette også i markedsføringen som er spesielt rettet mot kvinner. I sin studie av amerikanske privatklinikker dokumenterte de hvordan privatklinikkenes, i tillegg til de helsefremmende virkningene av fedmekirurgi, særlig reklamerte for de estetiske og sosiale fordelene dette medførte, godt hjulpet av før- og etter-bilder

kvinner som hadde «prøvd alt», følte seg «fanget i egen kropp» og var på leting etter «varige løsninger» (26). Fedmekirurgi kunne, som annonsen lovet, gi kvinnene både selv tilliten og livet tilbake, slik det også hadde hjulpet tusenvis av andre pasienter.

Bildebruk og språkbruk spiller altså på den vestlige kulturens slanke og veltrente kroppsideal for å få frem at kirurgi ikke bare er den mest effektive løsningen, men også den eneste løsningen for dem som ønsker varige resultater. Med dette som bakteppe, risikerer kvinner som er i målgruppen for slike inngrep å havne i et krysspress. I tillegg til egne problemer og bekymringer må de også forholde seg til kommersielle markeds krefter og helseekspertenes råd om hvilken behandling som er den mest effektive, samt de sosiokulturelle implikasjonene det konnoterer i dagens kroppsfikserte samfunn, å ikke klare å gå ned i vekt på egen hånd.

KONKLUSJON

Kvinnenes tiltro til kirurgi som deres siste sjanse var særlig

relatert til frykten for hva som kunne skje om de lot være å benytte seg av denne behandlingen. Med dette som hovedfokus var det vanskelig å ta innover seg at behandlingen i seg selv kunne resultere i nye plager og bekymringer, eksempelvis gjennom

bivirkninger og komplikasjoner.

Denne troen på at det kun finnes ett alternativ kan imidlertid ikke reduseres til et individuelt anliggende. Det må også sees i lys av fedmekirurgiens framvekst som medisinsk behandlingsmetode, hvordan det er markeds-

ført og blitt et kommersielt felt, samt tidens sterke idealisering av slanke og faste kropper. Slik sett peker funnene videre fra kvinnenes erfaringer til hvordan de selv, samfunnet og helsepersonell «samarbeider» om å forstå kirurgi som siste sjanse.

REFERANSER

1. Groven, KS. Striving for healthy lives, striving for social acceptance: Women's experiences following gastric bypass surgery. [Doktorgradsavhandling]. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. 2014.
2. Jakobsen, GS, Hofsbø, J, Røistien, J, Sandbu R. Who undergoes bariatric surgery? *Obesity Surgery*. 2010; 20:1142-8.
3. Martin, M, Beekly, A, Kjørstad, R & Sebesta, J. Socioeconomic disparities in eligibility and access to bariatric surgery: a national population-based analysis. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2010;6:8-15.
4. Adams, TD, Davidson, LE, Litwin, SE, Kolotkin, RL. Health benefits of gastric bypass surgery After 6 Years. *Journal of the American Medical Association*. 2012;308:1122-31.
5. Assimakopoulos, K, Karavivazolou, K, Panayiotopoulos, S, Hypantis, T. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: A one-year follow-up study. *Obesity Surgery*. 2011; 21: 362-6.
6. Bocchieri, L E, Meana, M, & Fisher, BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52:155-65.
7. Hjeltnes, J. Sykelig fedme på alvor. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2007;127: 14.
8. Holzwarth, R, Huber, D, Majkrzak, A, & Tareen, B. Outcome of gastric bypass patients. *Obesity Surgery*. 2002;12:261-4.
9. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, et al. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *International Journal of Obesity*. 2007;31:1248-61.
10. Maggard, MA, Shugarman, LR, Suttorp, M, Maglione, M, et al. Meta-analysis: Surgical treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*. 2005;142:547-59.
11. Ogden, J, Clementi, C & Patel, A. Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status; a quantitative and qualitative study. *Obesity Surgery*. 2005;15:266-72.
12. Aasheim, ET, Mala, T, Søvik, T, Kristinsson, J, et al. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 2007;1:38-42.
13. Aasprang, A, Andersen, JR, Sletteskog, N, Våge, V, et al. Helse relatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukeleg overvekt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2008;5:559-62.
14. Abell, TL, & Minocha, A. Gastrointestinal complications of bariatric surgery: Diagnosis and therapy. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2006;331:214-8.
15. Hadam, K, Somers, S, & Chand, M. Review. Management of late postoperative complications of bariatric surgery. *British Journal of Surgery*. 2011;98:1345-55.
16. Groven, Råheim M. & Engelsrud, G. «My quality of life is worse compared to previously». Living with chronic problems after weight loss surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. DOI: 10.3402/qhw.v5i4.5553
17. Tack, J, Arts J., Caenepeel, P, De Wulf, D, et al. Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome. *Gastroenterology & Hepatology*. 2009;6:583-90.
18. Leder D. *The Absent Body*. Chicago: The University of Chicago Press. 1990.
19. Groven, KS, Råheim M & Engelsrud G. *Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery*. Medicine, HealthCare and Philosophy. 2013;16:507-23.
20. Kvale S og Brinkmann S. *Interviews. Learning the Craft of Research interviewing*. Los Angeles, CA: Sage. 2009.
21. van Manen, M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. 2nd ed. London: The altouse press. 1997.
22. Throsby, K. Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. *Sociology of Health and Illness*. 2012;34:1-15.
23. Murray S. *The «Fat female body»*. London: Palgrave Macmillan. 2008.
24. Rugseth, G. *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. [Doktorgradsavhandling.] Oslo: Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. 2014.
25. Glenn N. *Exploring Media Representations of Weight-Loss Surgery*. *Qualitative Health Research*. 2013;23:631-44.
26. Salant T og Santry, HP. Internet-marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science & Medicine*. 2006;62:2445-57.
27. Foto figur 1: <http://www.volvat.no/Global/Pdf/Volvatkampanjeovervektskirurgi.pdf>, [Nedlastet 13.01.13]