



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter som er fedmeopererte
Nursing for patients who undergo bariatric surgery**

Kristin Heggemsnes

Grete Waage

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 18.11.11



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marit Sandøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.11.11

Antall ord: 11 372

Sammendrag

Bakgrunn: Fedmeproblematikken er et økende problem og en stor utfordring for helsevesenet – både ut i verden og i Norge. Sykepleiere vil trolig møte denne pasientgruppen oftere i fremtiden, og temaet får større og større oppmerksomhet i forskningen.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å skulle undersøke hva sykepleier kan gjøre for å veilede pasienter som er fedmeopererte slik at de kan mestre sin nye livssituasjon.

Metode: I denne litteraturstudien ble det inkludert til sammen 12 artikler – med både kvalitativ, kvantitativ og blandet forskningsmetode. Dette innebar systemiske søk og kritisk vurdering av aktuell forskning på temaet. Databasene som ble benyttet Ovid medliner, British Nursing, ProQuest, SveMed, Embase, PsykInfo.

Resultat: De fleste fedmeopererte får økt livskvalitet og bedret helse etter fedmeoperasjon. Noen sliter med angst/depresjoner og problemer i forhold til mat og kropp i ettertid. Derfor kan de sannsynligvis ha en noe redusert livskvalitet. De fleste i denne gruppen som sliter, har store utfordringer etter en fedmeoperasjon.

Konklusjon: Noen pasienter som er fedmeopererte trenger lang oppfølging og stor støtte fra fagpersoner og sine nærmeste. Det er en livslang prosess der det må store livsstilsendringer til.

Nøkkelord: Sykelig overvekt, fedmeoperasjon, livskvalitet, støtte, sykepleiere.

Abstract:

Background: Obesity is a growing problem and a huge challenge for the health service, both in Norway and in the rest of the world. Nurses will most probably meet this group of patients more and more often in the future. The problem of obesity is given greater and greater attention within the scientific research area.

Aim: The aim of this literature study was to look into what nurses can do to advise patients who are undergoing bariatric surgery so that they can meet the challenge of their new lifestyle.

Method: 12 articles which included qualitative, quantitative and varied research methods were included in this literature study. It included systematic search and critical evaluation of current research on this subject. The following databases were searched: Ovid medliner, ProQuest, SveMed, Embase, PsykInfo, British Nursing.

Result: The majority of the bariatric surgery patients gain a better quality of life and health after the operation. Some experience anxiety/depression and problems in relation to food and body image post operatively. Due to this they probably have a somewhat reduced quality of life. The majority of this particular group experience greater challenges after bariatric surgery.

Conclusion: Some patients who have had bariatric surgery require support over a long period of time from professionals as well as their nearest relations and friends. This is a lifelong process which requires huge changes in lifestyle.

Key words: Morbid obesity, bariatric surgery, quality of life, support, nurse.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt	2
1.3 Problemstillinger	2
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Fedme og fedmeoperasjon	2
2.2 Joyce Travelbee.....	3
2.3 Livskvalitet.....	3
2.4 Mestringsteori	4
2.5 Veiledning	5
2.6 Kognitiv terapi	5
3.0 Metode	6
3.1 Datainnsamling/litteratursøk	7
3.1.1 Identifisere tilgjengelige ressurser	7
3.1.2 Identifisere relevante kilder.....	7
3.1.3. Utvikle søkemåter i de ulike databasene	7
3.2 Kvalitetsvurdering	8
3.3 Inklusjon og eksklusjon	9
3.4 Etsiske hensyn	9
3.5 Analyse.....	10
4.0 Resultat	11
4.1 Hvilke erfaringer har overvektige før-og etter fedmeoperasjon?.....	11
4.1.1 Endring av livskvalitet	11
4.1.2 Psykososial fungering	13
4.1.3 Følelsesmessig spising, og forholdet til mat og kropp.....	15
4.2 Hvilke utfordringer kan fedmeopererte møte?	17
4.2.1 Fysiske utfordringer og vekt reduksjon	17
4.2.2 Spiseadferd som utfordring	18
4.2.3 Mentale utfordringer	19
5.0 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Støtte fra familien.....	23
5.2.2. Støttegrupper	24
5.2.3 Individuell oppfølging.....	26
6.0 KONKLUSJON	32
Litteraturliste	
Vedlegg 1 Søkehistorikk	
Vedlegg 2 Oversikt over artikler	
Vedlegg 3 SF 36	

1.0 Innledning

WHO (Verdens Helse Organisasjon) anslår at 300 millioner mennesker har overvekt eller fedme, og antallet øker. Norge er ikke noe unntak. WHO anser fedme som et av de viktigste helseproblemene i verden. Fedmerelaterte problemer står for 2 - 6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land. Økningen i forekomst av fedme omfatter ikke bare vestlige land, men er også blitt et økende problem i utviklingsland. Fedmeepidemien er dermed i ferd med å bli verdensomspennende (Ulset, Undheim og Malterud 2007).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Av flere forskjellige grunner – både gjennom bekjentskap av personer som har gjennomgått denne typen operasjon og erfaringer fra praksis, kom vi fram til at vi ville skrive om fedmeproblematikk i vår oppgave. Leger, forskere og annet helsepersonell stiller spørsmålet: "Er fedmeepidemien kommet til Norge også?" Det viser seg at det er et stort antall som opereres for fedme hvert år, og flere vil det sannsynligvis bli. Det å skulle gi veiledning, støtte og undervisning til denne pasientgruppen, krever at du har en del kunnskap om hva som blir gjort ved disse operasjonene. Det å konsentrere seg om helhetssituasjonen til den overvektige i stedet for kun å konsentrere seg om diett og trening, bør være et mål for helsepersonell som tilbyr behandling av overvekt. Livshistorie, følelser og egenverdi blir i liten grad tatt hensyn til. Erfaringene som de har før- og etter operasjon, er veldig nyttfull kunnskap og det å forstå noe om hvilke utfordringer de kan få i ettertid. Vi har vært på besøk ved fedmepoliklinikken ved Ålesund Sykehus. Der hadde vi en samtale med sykepleier om deres virksomhet. Dette gav oss god innføring i hvilke utfordringer pasientene har etter en fedmeoperasjon. Noe av det vi fikk vite er at en del sliter med vektproblematikk også noen år etter fedmeoperasjonen. De "spiste seg opp" igjen, og da mistet poliklinikken kontakten med dem. Kanskje er ikke mestringsstrategiene hos pasienten på plass for å møte utfordringene i livet etter fedmeoperasjon?

Vi mener temaet vi har valgt er veldig spennende, og at det er veldig relevant kunnskap vi kan komme frem til, som mange sykepleiere kan ha nytte av i arbeidet sitt.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke erfaringer og utfordringer fedmeopererte har før - og etter operasjon.

1.3 Problemstillinger

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter som er fedmeopererte, slik at de kan mestre sin nye livssituasjon?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Fedme og fedmeoperasjon

Forekomsten av fedme øker både blant barn og voksne i Norge. Fedme oppstår når man inntar mer energi enn man forbruker. Årsaker til fedme kan være mange. Arvelige anlegg og hormonelle faktorer samt stoffskifte problematikk, kan ofte være årsaker. Fedme øker risikoen for type 2-diabetes, koronar hjertesykdom, hypertensjon, slag, enkelte kreftsykdommer, galleveislidelser, obstruktiv søvnapne, kne - og ryggplager og nedsatt fertilitet. Personer med fedme har lavere forventet levealder, opplever stigmatisering, psykososiale vansker og nedsatt livskvalitet. Det ble planlagt 750 vektreduserende inngrep i Norge i 2006. Fedmeoperasjon utføres som oftest ved kikkhullskirurgi der en stor del av magesekken og en del av tynntarmen blir koblet bort fra fordøyelses- og næringsopptaksprosessen. Et vekttap på minst 50 % av overvekten regnes som vellykket kirurgisk behandling. Vektnedgangen stopper oftest ett til to år etter operasjonen. Etter to års oppfølging er det observert stor tilbakegang av de fleste tilleggssykdommer. Kirurgiske komplikasjoner forekommer hos 15-20 % av pasientene (Aasheim et al. 2007).

BMI/ KMI er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og benyttes internasjonalt for å kunne måle og sammenligne helserisikoen ved over- og undervekt. Betegnelsen på BMI er kg/m². WHO definisjon på BMI er:

Undervekt – under 18,5

Normalvekt – 18,5 opp til 24,9

Overvekt – 25 opp til 29,9

Fedme - Grad 1: 30 – 34,9 (Obese I)

Grad 2: 35 – 39,9 (Obese II)

Grad 3: 40 > (Obese III) (Aasheim et al. 2007)

2.2 Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee har begrepet empati og uttrykket "terapeutisk bruk av seg selv" sentralt i sin filosofi. Hun sier at sykepleie består i å hjelpe den syke og lidende til å finne mening i den situasjonen han gjennomlever. Kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe "syke" mennesker til å finne mening i lidelsen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene (Travelbee 2005). Det skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. For å oppnå dette forholdet må en gjennom flere sammenhengende faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. I følge henne er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen 2005).

2.3 Livskvalitet

WHO definisjon av livskvalitet: "Individual's perception in life in the context of the culture and value systems in which they live in relations to their goals, expectations, standards and concerns" (Hanestad 2003).

Livskvalitet er en subjektiv evaluering forankret i kulturelle, sosiale og miljømessige forhold. I dagligtale nyttes livskvalitetsbegrepet som et erfaringsnært begrep som blir benyttet av personer for naturlig å uttrykke hva de selv føler om seg og sin situasjon. Kritiske røster vil si at det er et for ullent, rommer alt og ingenting og fører til overfladisk kommunikasjon ved at man kan snakke om

forskjellige ting. Men studier sier at hvis vi spør folk om hvilke forhold de mener er viktige for dem, er det stor overensstemmelse folk imellom. Folks vektlegging av områder eller forhold i livskvalitet kan imidlertid være forskjellig, avhengig av kulturelle forhold og livssituasjon. Livskvalitetsbegrepet har også en betydelig plass i det akademiske miljøet. Begrepet diskuteres og benyttes i både filosofi, samfunnsvitenskap, medisin og helsefag. Fokus varierer med faglig ståsted (Hanestad 2003).

Short Form Health Survey (SF-36) er et multidimensjonalt selvrapporteringskjema som inneholder 8 domener: fysisk funksjonsnivå, fysisk rollefunksjon, kroppssmerter, som indikerer fysisk helsestatus. Sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon, mental helse, indikerer mental helsestatus. Domenene generell helse og vitalitet reflekterer både fysisk og mental helsestatus. Hvert domene har en skala på 0-100 der 100 indikerer best tenkelig helse. Inneholder også et ekstra spørsmål om endring av den generelle helsen det siste året. SF 36 er det mest brukte og validerte spørreskjema for helsemål både i Norge og internasjonalt (Aasprang et al. 2008). Dette er et av flere analyseverktøy som er brukt i flere av artiklene vi har funnet, og som måler livskvalitet. (Vedlegg 3)

2.4 Mestringsteori

Aaron Antonovsky (2000), kjent helsesosiolog og svært opptatt av mestringstro. Han hevder gjennom sin filosofi at:

Opplevelsen af sammenheng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forutsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighet for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer, det er værd at engagere sig i (Antonovsky 2000, 37).

Teorier om mestring er opptatt av salutogenese - prosessen som skaper sunnhet- og av beskyttelsesfaktorer og motstandsdyktighet (resilience), og rammebetingelser som øker motstandsdyktigheten. I mestringsteorien ser man på hvilke faktorer som gjør mennesker i stand til å takle de følelsesmessige

utfordringer livet gir. Emosjonelle relasjoner til viktige andre og egne erfaringer om å kunne noe, er to viktige rammebetingelser for å bygge opp selvfølelsen. Økt mestring av eget liv kalles også Empowerments. Mestring innebærer å ha evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står overfor. I litteraturen legges det vekt på at mestring består av komplekse og uoverstigelige prosesser. Faktorene som å kunne forstå situasjonen, ha tro på å kunne finne en løsning og finne en god mening i å forsøke det, er avgjørende for hvordan vi klarer oss. På denne måten klare å skape en indre opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence). Tre begrep som er viktig i denne sammenhengen er begripelig/forståelig – som vil si at det er strukturert og ordnet i stedet for kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig. Håndterbar vil si at en har ressurser til rådighet for å takle de krav som stilles (mestring), og meningsfull som vil si at noe gir mening følelsesmessig, motivasjon (Antonovsky 2000).

2.5 Veiledning

Veiledning kan forstås som rådgivning og undervisning, eller informasjon og instruksjon. Veiledning forutsetter dialog mellom veileder og den som veiledes, og veilederen må ta utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. Det er en pedagogisk virksomhet, og hensikten er at mestringskompetanse styrkes gjennom oppdagelse og læring, som også er hensikten med undervisning. Veiledning handler blant annet om å møte den andre der han er, høre etter hvilke behov han har og veiledning brukes til denne pasientgruppen for å oppnå mestringskompetanse. Ved å møte pasienten på hans ståsted, kan vi være med på å kartlegge hvilke behov pasienten har på de forskjellige områdene (Tveiten 2008).

Rådgivningssamtalen kan ofte være hensiktsmessig å anvende som intervensjon for å hjelpe pasienten til å reflektere over sin situasjon og foreta de nødvendige livsstilsendringer. Dette innebærer å utforske og tilby et samarbeid. En god rådgivningssamtale er først og fremst lyttende og utforskende. Ferdigheter som kommer til anvendelse avhenger av hvor klar pasienten er over problemet, og hvor sterk motivasjonen for forandring er (Eide og Eide 2007).

2.6 Kognitiv terapi

Grunnleggende trekk ved mennesket er at det er bevisst sin egen eksistens.

Bevisstheten innebærer evnen til å kunne forestille seg hva som kommer til å skje

i fremtiden, eller tenke seg opplevelse knyttet til fortid. Slik lærer vi av våre feil og forbereder oss på fremtidens utfordringer. Prosessen innebærer at vi hele tiden aktivt velger ut og tolker informasjon. Vårt indre bilde av oss selv og verden er ikke en objektiv sannhet.

Den mentale aktiviteten til et menneske med psykiske vansker, kjennetegnes av en strøm av ubehagelige tanker og forestillinger om fortid, nåtid, og fremtid. De negative antakelsene virker troverdige, og de kan være basert på høyst virkelige hendelser, men er ofte overdrevne eller direkte ugyldige. Et mål i Kognitiv terapi er å styrke pasientens ferdighet til å identifisere slike selvdestruktive onde sirkler. I terapien gjøres personen oppmerksom på urimelig selvkritiske eller pessimistiske tankemønstre. Terapeuten og pasienten drøfter muligheten for ulike alternative tenke- og handlemåter. Hovedsakelig er det pasientens opplevelse av situasjonen som står i sentrum. Terapeuten må hele tiden sikre seg at alliansen med pasienten er tilstede, og at terapeut og pasient har en felles forståelse av hvilke problemer de arbeider for å løse. En vellykket terapi innebærer også at pasienten har fått med seg en økt forståelse for hva som har bidratt til å ha opprettholdt problemene, og for hvilke virkemidler som kan brukes til å forebygge nye. Kognitiv terapi handler altså om samarbeid, problemløsning og endring i tenke og handlemåte.

Kjernen i terapien er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, samtidig hjelpe pasienten med å endre uhensiktsmessig tankemønstre og adferd som er forbundet med problemene, og som kanskje har bidratt til dem.

Behandlingsalliansen står sentralt i kognitiv terapi. Pasientens engasjement og involvering er avgjørende for et positivt resultat av behandlingen. Terapi preget av et aktivt samarbeid mot tydelige mål fungerer best (Berge og Repål 2008).

3.0 Metode

Vi har valgt å ta utgangspunkt i retningslinjene for Høgskolen i Molde for vårt arbeid med bacheloroppgave i sykepleie. Metoden er en systematisk litteraturstudie. Systematisk litteraturstudie innebærer at man søker etter, gransker

kritisk og sammenligner litteratur innen et valgt tema eller problemstilling (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1 Datainnsamling/litteratursøk

Willman, Stoltz og Bathsevani (2006, s.61 og 62) fire steg for å planlegge litteratursøket ble brukt for å gjøre datasamlingen oversiktlig. Vi beskriver disse følgende:

3.1.1 Identifisere tilgjengelige ressurser

Vi har benyttet oss av kunnskaper vi har ervervet oss gjennom undervisning i forskningsmetode og litteratursøk på Høgskolen i Molde. I Nordtvedt et al. (2008) fant vi god informasjon om hvilke databaser som er formålstjenlig for å finne refereevurderte originalartikler. Skolens bibliotekar hadde også undervisning i søkeprosessen, og bidrog til veiledning utover dette.

3.1.2 Identifisere relevante kilder

Det ble søkt i databaser vi hadde tilgang gjennom bibliotekets hjemmeside. Der hadde vi mulighet til å skrive ut de elektroniske utgavene, og bestille de artiklene vi ikke fant i fulltekst. Dette gjorde vi via BIBSYS på bibliotekets hjemmeside. Data basene vi valgte å benytte oss av var: Ovid medliner, ProQuest, SveMed, Embase, PsykInfo, British Nursing.

3.1.3. Utvikle søkemåter i de ulike databasene

Vi utarbeidet et PICO-skjema i henhold til undervisningen vi hadde i artikkelsøk. Dette brukte vi fra starten av i vår søkeprosess, og det har hjulpet oss til å være strukturert i vår søking. For å utføre søk fikk vi ved siden av undervisning, søkeveiledning av bibliotekaren ved Høgskolen. Sammen med relevant pensumlitteratur (Nordtvedt et al. 2008) gikk det etter hvert greit med søkeprosessen.

I starten gjennomførte vi et prøvesøk i relevante databaser. Vi oversatte søkeordene våre på engelsk i PICO-skjemaet i relevante databaser (jf. Pkt. 3.1.2). PICO står for Problem, Intervention, Comparison, og Outcome (Nordtvedt et al. 2008). Bruken forutsetter at det er et problem, en intervensjon, en sammenligning og et utfall. I vår problemstilling har vi ingen sammenligning, derfor ble det den forenklete versjonen PIO.

Vi søkte først i databasene British nursing Index, og Ovid Medliner uten at vi fikk noen relevante svar. Deretter prøvde vi Psyk Info med Søkeordene; Obesity, morbid/or obese, AND Bariatric surgery /or bariatric*, AND Nurs* or nursing research. Trunkering bak søkeord gjør at vi får med alle treff som inneholder grunnstammen av ordet, som i ordet "nurse", "nurses", "nursing" etc. Videre begrenset vi søkene til å gjelde norsk, svensk, dansk, og engelsk språk, samt at publiserings år fra og med 2005 til nåværende år. Vi benyttet oss også av MeSH-termer for å få gode resultat.

Vi brukte avansert søk i de forskjellige databasene vi søkte i. I starten satt vi mye sammen og søkte, og det var til god hjelp for oss begge. Etter hvert satt vi hver for oss, og konfererte med hverandre med de funn vi fant. Vi ble enig om hvilke søkeord og MeSH-termer vi skulle bruke, og gjennomførte disse søkene i de ulike databasene.

Søkehistorikk vedlagt (Vedlegg 2)

3.2 Kvalitetsvurdering

Vi kvalitetsvurderte artiklene vi fant etter sjekklister fra Kunnskapssenteret, og kvalitetsanalysene i retningslinjene for bacheloroppgave ved Høgskolen i Molde. Kvaliteten bedømte vi etter hvor mange kriterier den enkelte artikkelen oppfylte. For å finne kvalitetsgraden dividerte vi på antall oppfylte kriterier, med kriterier den enkelte sjekklister inneholdt. Gradene ble delt inn i tre, hvor grad 1 representerte høy kvalitet og sto for et prosenttall på 80 – 100 %. Grad 2, representerte middels og sto for 70 – 79 %, grad 3 mindre enn 69. Vi ekskluderte artikler under grad 2. Denne inndelingen blir anbefalt av Willman, Stoltz og Bathsevani (2006). Artiklene delte vi i to bunker, tok en hver og begynte å lese. Senere byttet vi artikler. Deretter møttes vi og diskuterte innholdet. Vi fordelte artiklene og kvalitetsvurderte dem hver for oss, etterpå satt vi sammen og sammenlignet resultatet, og diskuterte oss frem til ett felles resultat. På denne måten tenker vi at vi har fått en kvalitetsvurdering som ble så grundig som mulig. Etter kvalitetsvurderingen hadde vi fått 13 artikler som vi vurderte å inkludere i studien. Etter å ha referee-vurdert dem falt fire studier ut, og vi satt igjen med ni studier. Deretter måtte vi foreta nye søk og fant tre studier vi kunne inkludere. Resultatet ble da; fire kvalitative studier, fire CCT-studier, en RCT-studie, to

kohortstudier og en tverrsnittstudie, til sammen 12 artikler. Vi mener at vi har fått en god fordeling av forskjellig studiedesign, og en god fordeling mellom kvantitative og kvalitative studier. De kvalitative metodene tar i stor grad sikte på å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Nordtvedt et al.2008). Flere artikler hadde en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode som kan gi ett innblikk i erfaringer hos respondentene, om enn mer indirekte.

3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Hovedsakelig beholdt vi artikler som var fra 2006 til 2011, for å få gode forskningsresultater og god validitet. For å kunne svare på problemstillingene våre måtte vi inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. De kvalitative artiklene gir oss et innblikk i hvilke erfaringer overvektige har før og etter fedmeoperasjon. Vi inkluderte artikler fra Norge, Sverige, Nederland, England, Frankrike, Australia og USA. Alle disse landene har en populasjon som kan være naturlig å sammenligne seg med, og som vil resultere i gode svar i forhold til problemstillingene våre.

I forhold til målgruppen valgte vi å inkludere alle voksne overvektige personer fra 18 år til 74 år. Dette er aldersgruppen som kan bli vurdert for fedmeoperasjon, og som innehar de erfaringer som kan være interessante for våre problemstillinger. Når det gjelder operasjonsmetode, så ønsker vi ikke å skille mellom disse, da det er erfaringer og utfordringer hos pasientene vi søker og tenker at operasjonsmetoden ikke trenger å ha så stor innflytelse på disse utfallene. Man kan tro at operasjonsmetodene er vel utprøvde prosedyrer, som kirurgene/klinikkene velger ut fra sine erfaringer og resultat.

Vi har valgt å inkludere noen artikler om overvektige personer som ikke har gjennomført operasjon, for å få frem erfaringene til akkurat fedmeproblematikken. Vi ekskluderte artikler eldre enn fem år, men vi har likevel valgt å gjøre noen unntak. Det gjelder to artikler fra 2005 og en fra 2003. En er kvalitativ og sier noe om erfaringene etter å ha valgt en fedmeoperasjon, neste en tverrsnittstudie som sier noe om kort- og langsiktig fysisk, og psykisk og sosial livskvalitet hos fedmeopererte. Tilslutt en RCT studie som sier noe om stigmatisering, diskriminering, selvfølelse og selvaksept. Alle disse artiklene er viktige bidrag i vår studie, og har relevans for våre problemstillinger.

Alle artikler som ikke var referee bedømt har vi ekskludert.

3.4 Etiske hensyn

For å inkludere artiklene i litteraturstudiet vårt, må de ha vært godkjent av en etisk komité. Det er viktig å være oppmerksom på at det kan oppstå en interessekonflikt mellom de som er med på en undersøkelse, og de som gjennomfører den. Derfor er det viktig å være bevisst hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og hvordan det best kan løses (Dalland 2007).

Det er begrenset hvordan vi kan ha anledning til å ta etiske hensyn, ut fra at vi foretar en litteraturstudie. Men vi la vekt på at artiklene skulle være etisk vurdert. Forsberg og Wengstrøm (2008, s 77) beskriver tre etiske vurderinger som bør inngå i en systematisk litteraturstudie;

- 1) Man må velge artikler som er godkjent av en etisk komité, eller ar det er gjort noen etiske vurderinger.
- 2) Dokumentere hvilke artikler som inngår i studien, og at de blir oppbevart trygt i 10 år.
- 3) Presentere resultat som både støtter og taler imot hypotesen/problemstillingen.

Vi har valgt artikler som er godkjent av etisk komité, gjennom kvalitetsvurderingen. Ved å lage ett oversiktsskjema, dokumenterer vi hvilke artikler som inngår i studien, og artiklene blir oppbevart av Høgskolen i Molde i 10 år. Punkt tre blir presentert gjennom resultatene og resultatdiskusjonen vår.

3.5 Analyse

Vi har brukt Malterud tilpasset vår hensikt. Malterud (2003) sier at i resultatkapittelet skal forskeren sammenfatte og formidle de mønstrene som kommer fram gjennom analyse. Perspektivet formes av forforståelse og den teoretiske referanserammen. Det innebærer abstraksjon og generalisering. Analysearbeidet er en prosess som skal organisere, tolke og sammenfatte datamaterialet. Dette danner en systematisk oversikt over resultatet.

Etter artikkelinnsamlingen startet vi analyse arbeidet. Vi satte oss inn i materialet og leste alt i sin helhet. Vi delte opp problemstillingene i tre hovedkategorier, og leste artiklene for å finne fellesnevnerne hver for oss. Vi noterte oss funnene, som vi fargekodet etter hvert tema vi mente de tilhørte. Så gikk vi gjennom det vi hadde funnet, laget et stort kart hvor vi skrev opp hovedtema, undertema og plasserte

nummererte artikler under hvert undertema. For å organisere materialet ble det valgt to hovedtema og seks undertema, ut i fra vår hensikt og problemstillinger. Hovedtemaene vi valgte ble "Erfaringer før og etter fedmeoperasjon" og "hvilke utfordringer kan fedmeopererte møte". Livskvalitet", "Psykososial fungering", og "Følelsesmessig spising og forhold til mat og kropp", ble undertema tilhørende temaet erfaringer hos de fedmeopererte. Når det gjelder hovedtema "hvilke utfordringer kan fedmeopererte møte" valgte vi undertema; "Fysiske utfordringer og vekt reduksjon", "Spiseatferd som utfordring" og "Mentale utfordringer". Disse temaer og undertema dekker godt våre funn. På egne ark samlet vi funn og sitater som vi fargekodet til de undertema de tilhørte, slik at når vi beskrev funnene ble det lett å finne frem. I siste del av analysearbeidet satte vi alle tekst bitene sammen og dannet et ferdig resultat.

Denne metoden gav oss ett visuelt inntrykk som hjalp oss til å se hovedtrekkene i analysen. Det gav oss også mulighet til å se logikken og sammenhengen i det vi produserte.

4.0 Resultat

Gjennom analysearbeidet har vi organisert resultatene etter kategorier som vi kom fram til. Det ble to hovedtema og seks undertema som dekkes av artiklenes funn, og disse ga oss svar på studiens hensikt og problemstilling. Studiens hensikt var å undersøke hvordan sykepleiere kan veilede pasienter som er fedmeopererte slik at de kan mestre sin nye livssituasjon.

4.1 Hvilke erfaringer har overvektige før - og etter fedmeoperasjon?

Våre funn viser at pasienter som gjennomgår en fedmeoperasjon får endring i livskvalitet og psykososial fungering. Det kan virke som en positiv utvikling for den store gruppen, men for noen virker det som de kan ha vansker med å mestre sin nye livssituasjon.

4.1.1 Endring av livskvalitet

Aasprang et al. (2008) skulle undersøke hvilken effekt overvekts kirurgi har på helse relatert livskvalitet hos sykkelig overvektige. Utvalget var 48 pasienter som svarte på selvrapporteringskjemaet SF-36. Pasientene i denne studien hadde betydelig dårligere SF-36 skår ved studiestart enn normen ved alle domene;

fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, kroppslig smerte, generell helse, vitalitet, sosial funksjon, emosjonell funksjon, mental helse. Gjennomsnittlig effektstørrelse (pasient/norm) for de åtte domenene var -1,5. Derimot har Larsen et al. (2003) vurdert flere aspekter ved livskvalitet hos 250 pasienter. Pre operativ evaluering i alle dimensjoner av helserelatert livskvalitet var svært signifikant lavere enn hos normen. Ved psykologisk livskvalitet fant hun en del depressive symptomer, lav selvfølelse og lav mental helserelatert livskvalitet.

I en kvalitativ studie av Wysoker (2005) kommer et mer personlig perspektiv på livskvalitet fram. Hensikten med studien er å utforske synspunkter relatert til det å foreta en fedmeoperasjon for å redusere vekt. Undersøkelsen foregikk med intervju, der fire kvinner og fem menn deltok, og resultatet ble fire forskjellige tema. Respondentene hadde personlige helsemessige grunner for å velge fedmeoperasjon. ”.....han kunne ikke fortsette slik som livet var blitt og vurderte operasjon som siste utvei”. Det å ikke være lykkelig reflekterte temaene i studien. De uttrykte at de var utslitt av at de ikke orket å gjøre noe, ikke gå ut eller som en deltaker uttrykte seg; ”...jeg var sliten av å være overvektig- og det å gå til forretninger og aldri finne noe som passer”. Flere brukte helsemessige årsaker som ledet til valg av operasjon; ”I had sleep apnea, diabetes, high cholesterol, high bloodpressure. I couldn't walk ¼ mile without huffing and puffing, my legs was killing me. I was in bad shape”. Disse utsagnene fra respondentene reflekterer hvordan deres livskvalitet preger deres hverdag som overvektig.

I studien ” Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt” av Aasprang (2008) fant man en statistisk forbedring ved ett års oppfølging på alle domenene i SF-36. Effektstørrelsen viste at den største bedringen var i de domenene som var mest redusert pre operativt. Gjennomsnitt effektstørrelse (studiestart versus 1 års oppfølging) for de åtte domenene var på 1,3. På spørsmål om hvordan pasientene i denne studien vurderte helsen sin nå sammenlignet med for ett år siden, svarte 43 pasienter (n=48) at de hadde det mye bedre, to litt bedre og tre som før. Ingen vurderte helsen sin dårligere enn for ett år siden. Men det bør også nevnes at de ligger en del lavere enn normdata på enkelte av domenene, dette gjelder fysisk helsefunksjon og emosjonell rollefunksjon. Karlsson et al. (2007) har i en forholdsvis stor studie til hensikt å se

effekten av fedmeoperasjon og dens påvirkning på livskvalitet 10 år etter. I operasjonsgruppen forbedres helserelatert livskvalitet det første året med vekttap, mens i vektoppgangsfasen (ett – seks år) ble det funnet en gradvis nedgang i helserelatert livskvalitet. Her ser vi at det oppstår en vektoppgangsfasen som har effekt på livskvalitet. Endringer i helserelatert livskvalitet etter fedmeoperasjon blir påvirket av perioder med vekttap, vektoppgang og vektstabilisering. Dårlig helserelatert livskvalitet før behandling, ble sterkt forbedret etter operasjonen. Vektreduksjon var størst etter seks måneder og ett år i vektreduksjonsfasen. Vektoppgangsfasen kunne man se fra ett-fem år, mens den gikk noe tilbake ved seks år. En noe langsom, men bestemt tilbakegang i helserelatert livskvalitet ble registrert i vektoppgangsfasen. Resultatene av studien indikerer at langtidseffekten av fedmeoperasjon på helserelatert livskvalitet, er svakere med signifikant vektoppgang i store grupper av pasienter.

Også på det individuelle planet ser vi endringer i livskvalitet. Hos Wysoker (2005) kommer det fram gjennom temaet "positiv about the decision to have the surgery", hvor fornøyd deltageren var over sitt valg. På tross av fare for komplikasjoner og andre ubehag, ville de ha valgt å ta operasjon igjen. Uttalelser som; "...no regrets, would do it again, and would recommend it to others", kom frem ved intervjuene. Andre uttalte at de ble lykkelig og glad, "...angret ikke, selv om jeg kaster opp, jeg legger meg bare ned i 15 minutter så går det over".

4.1.2 Psykososial fungering

Som vi kan se har fedmeoperasjon hos den aller største gruppen, en positiv effekt på livskvaliteten. Men funn viser også til en del problemer som har innvirkning på den psykososiale funksjonen. Larsen et al. (2003) fant at ca. 20 % mottok behandling for mentale problemer før operasjon. Også Guerdjikova et al. (2007) fant at 46 % (av 178 pasienter) brukte antidepressiva før operasjon. Love et al. (2008) som undersøkte effekten av antidepressiv behandling hos fedmeopererte, kom fram til at det ikke var noen effekt på resultatet, og at de som ble behandlet med antidepressiva forventes å ha like godt resultat som de uten behandling. Man kan anta at depresjon kan være årsak til fedme hos noen overvektige personer. Love et al.(2008) mener at helserelatert livskvalitet ble rapportert å ha mer signifikant assosiasjon med depresjoner enn BMI hos pasienter som søker

fedmeoperasjon. Mens Carr and Friedman (2005) fant en sammenheng mellom stor overvekt og selvaktelse, og en negativ assosiasjon mellom disse. De fant også at svært overvektige personer har lavere nivå av selvaksept enn normalvektige, og at de hadde negativ selvoppfattelse.

Love et.al (2008) skulle finne ut om bruken av antidepressiva til fedmeopererte hadde noen bedre effekt på vektreduksjonen enn de uten. Populasjonen var 116 pasienter der 48 ble behandlet med antidepressiva. Derimot har Karlsson et al. (2007) kommet fram til at angst og depresjon går ned på kort sikt, og stor forbedring etter ett år hos de fedmeopererte. Likevel har 20 % etter seks år og 23 % etter ti år fortsatt problemer med angst og depresjon. Det antas at forskjellen hos de med angstlidelser var to ganger høyere før behandling hos de fedmeopererte og 1,7 ganger høyere hos kontrollgruppen. Angst og depresjon er mer utbredt hos de med overvekt, ca. 20 %. Følelsen av å være mindre elsket, ha mindre kontakt med venner og familie, skyldfølelse og anger, er aspekter den overvektige sliter med (Brown og Wimpenny 2011).

Hovedfunnet i studien til Larsen et al. (2003) er at sammenlignet med pasienter før operasjon, føler pasienter etter operasjon økt psykisk og psykososial velvære og fungering. Men likevel, to år etter mottok 9,3 % behandling for mentale problemer. Karlsson et al.(2007) fant også en signifikant forbedring fra utgangsmålingene i sosial interaksjon med familie, venner og samfunnet, ett år etter fedmeoperasjonen. Måleinstrumentet forfatteren brukte var Sickness Impact Profile (SIP), som måler helsereelatert dysfunksjon i det sosiale liv. Han så en gradvis tilbakevending av problemene, som ble målt etter seks og ti år. Overvektige mennesker kan oppleve diskriminering og stigmatisering som kan føre til dårligere sosial fungering. I studien til Carr og Friedman (2005) kom det fram at svært overvektige personer (Obese I-II) sammenlignet med normalvektige, rapporterer signifikant lavere selvaktelse, med hyppig daglig diskriminering og mer erfaring av generell diskriminering. De opplever hyppig arbeidsrelatert-, helse og omsorgs relatert- og dag til dag diskriminering. Svært overvektige personer rapporterer tre ganger så ofte som normalvektige at de har blitt nektet, eller mottatt dårlig medisinsk hjelp. Arbeidsrelatert diskriminering er assosiert med vekt. Overvektige personer rapporterte at de sannsynlig er mer utsatt for arbeidsrelatert

diskriminering enn hos normalvektige. Dette er en studie som undersøkte om overvektige mennesker er stigmatisert i samfunnet. Mer enn 3000 voksne mellom 25 og 74 år deltok og ble sammenlignet med normalbefolkningen. Karlsson et al. (2007) mener også at overvektige mennesker er mer utsatt for diskriminering og er i høyrisikofasen for å utvikle forstyrrelser i de psykososiale funksjonene før en eventuell fedmeoperasjon. Forbedringer i de psykososiale funksjoner fant de i operasjonsgruppen, mens det var ingen økning hos kontrollgruppen etter ti år. Forfatterne fant også i denne studien at respondentene opplever sosial diskriminering på grunn av fedmen. De har dårlig intim og seksuell fungering, lavere sosialt nettverk og langt dårligere helserelatert fungering. De opplever mer depresjon, dårligere selvfølelse og mindre følelsesmessig støtte. De har lettere for å isolere seg. Svært overvektige mennesker opplever diskriminering ved at de ikke passer inn i standard utstyr som rullestoler, blodtrykksapparat, MRI- og CT maskiner.

Funnene gir innsikt i hvorfor noen svært overvektige personer har negativ selvoppfattelse; " They may percive that they have been mistreated or devalued due to their weight". Å bli behandlet på en diskriminerende måte, eller troen på at man har blitt utsatt for diskriminering på grunn av utseende, er en viktig "forståelse". Det forklarer hvorfor noen med stigmatiserende identitet, føler seg utsatt og får mer negativ selvevaluering enn "normale" (Carr og Friedman 2005).

4.1.3 Følelsesmessig spising, og forholdet til mat og kropp

I studien "Når perspektivet endres- fra fett til erfaring" av Rugseth (2006), ble to kvinner med stor overvekt intervjuet. Her kommer det frem flere erfaringer med det å ha prøvd dietter/kurer for å oppnå vektreduksjon - med resultat at de har gått opp mer enn de veide før start. I Wysokers (2005) kvalitative studie fant vi beskrivende utsagn som de fedmeopererte hadde erfart:"isteden for å spise og å gå på diett igjen- om igjen og om igjen, er dette den siste utvei (å ta operasjon)... jeg var ikke flink med dietter. Jeg prøvde og prøvde. Jeg gikk ned, men gikk like fort opp igjen. Gikk jeg ned to kilo, gikk jeg opp fire kilo".

Rugseth (2006) beskriver at respondentene så på mat som trygghet og trøst. Det å spise var trygt, og det utsatte eller fortrenget kontakten med andre." Maten gjør

at vi blir tykk – og det fører til at vi føler oss annerledes, jeg tror egentlig jeg brukte maten som trøst allerede som barn. Selv om jeg var annerledes, så kunne jeg jo spise og ha trøsta mi der liksom, mat måtte jeg jo ha”. Forfatteren sier at det å bruke mat – som å spise, berører og beveger forholdet til andre personer. Hvor nært en skal komme andre og hvor utsatt man skal føle seg i møte med dem. Spising lindrer og demper ubehag i kroppen, mat brukes for å hanskes vanskelige situasjoner. Det kommer også frem at det å spise seg tykk, fører til både problemer og løsninger hos den overvektige. Det kan føre til vansker med å etablere relasjoner – ikke greie daglige utfordringer (som forelder-som arbeidstaker- som ektefelle). Man kan være redd for å bli syk. Løsninger kan være å unngå ubehag, som for eksempel usikkerhet/ sjenanse, man slipper å trene og unngå fysisk/intim kontakt.

Hensikten i studien til Guerdjikova et al. (2007) var å karakterisere følelsesmessig spising og alternativ spiseatferd hos pasienter som gjennomgår fedmeoperasjon. Det kommer frem at det brukes flere strategier for å hindre/ stagge følelsesmessig spising, blant annet ved å bruke beroligende adferd, drive fysisk aktivitet, eller ”putte noe” i munnen (oral). 38 % (69/178) rapporterte om følelsesmessig spising. Hos Rugseth (2006) kommer det frem at i forhold til mat opplyser kandidaten at hun spiser for å roe seg. Hun har bestemt seg for å gjennomgå fedmeoperasjon, og dette valget har ført til at hun har hatt en vanskelig periode, og har hatt en vektøkning på 20 kg. Kandidaten opplyser også at hun brukte mat som trøst allerede som barn. Å spise var trygt, og det utsatte eller fortrenget kontakten med andre barn. Som voksen forstår hun sin egen spiseatferd som en løsning som fungerte for henne. Det var vanskelig å oppleve seg som annerledes, tykk og sjenert, og ikke være en del av fellesskapet. Maten bidro til nødvendig trygghet og trøst.

Hensikten i studien til Colles, Dixon og O`Brian (2007) var og utforske karakteren og omfanget av endring i spisevaner, og vurdere en rekke spiseatferd før og ett år etter fedmeoperasjon. 129 pasienter av 173 som gjennomførte er datagrunnlaget i denne studien. Før operasjon ble 14 % diagnostisert med BED (Bing eating disorder)(18 deltagere), sammenlignet med resten av studien var utgangspunktet preget av høyere symptomer av depresjon, misnøye med utseende og hunger. De

rapporterte hyppigere daglige overspisingsepisoder, fortærte en høyere energimengde enn normalt, og inntak av høyere prosentandel fett, samt ukritisk spiseatferd. Etter operasjonen var størsteparten av denne gruppen karakterisert som beitere (kontinuerlig inntak av mindre mengder mat). Åtte pasienter var klassifisert som "ukontrollert spiser", syv av disse var også postoperative "beitere". Beiting var vanlig både før og etter operasjon. De fleste fortsatte med denne adferden etter operasjonen. Likevel fant de at den pre operative BED- gruppen som særskilt gruppe, ikke hadde dårligere vektreduksjonsresultat. Men de hadde en høyere risiko for postoperativt ukontrollert spising og beiting. Før operasjonen karakteriserte Colles, Dixon og O`Brian (2007) ei gruppe som var "nattlige spisere" (NES), og det var 22 pasienter som oppfylte kriteriene til NES, og ti rapportert om hyppig nattlig "snacking". Menn var mer sannsynlig til å bli nattspiser enn kvinner, og NES var vanligvis assosiert til BED(bing eating disorder). Ti deltagere rapporterte NES etter 12 måneder postoperativt. Bare fire var NES i pre operativ, men seks fikk denne adferden etter operasjon.

Oppsummert viser resultatene at følelsesmessig spising kan være et stort problem hos overvektige personer. Vi kan også se flere forskjellige problemstillinger ved spiseatferden hos overvektige og fedmeopererte, og dette må være viktige kunnskaper for sykepleier i arbeidet med oppfølging etter fedmeoperasjon.

4.2 Hvilke utfordringer kan fedmeopererte møte?

Kunnskaper om hvilke utfordringer de fedmeopererte står overfor, er viktig for en sykepleier som skal støtte og veilede. Funnene viser at fedmeopererte kan ha fysiske, psykiske og følelsesmessige utfordringer i sin nye livssituasjon.

4.2.1 Fysiske utfordringer og vekt reduksjon

Brown og Wimpenny (2011) hadde til hensikt å undersøke sammenhengen mellom fysisk, psykisk og følelsesmessige velvære og vektbehandling hos overvektige som ikke har identifisert spiseforstyrrelser. Respondentene var i en alder av 18-60 år, 15 menn og 33 kvinner. I artikkelen kom det frem at fysisk aktivitet er en stor utfordring for de som er overvektige. Fysisk aktivitet og vektreduksjon er relatert til hverandre. Det kom fram at enslige er mindre aktive og har lettere for å kutte ut aktivitetsopplegg. De med vektnedgang på 5 % eller mer, har flere positive følelser og mestrer flere utfordringer. Pasienter som opplevde

mest støtte hadde mest vektneidgang. Hos Hwang et al. (2008) ble deltagerne spurt om deres manglende evne til å redusere vekt. De gav uspesifikke grunner som var relatert til diett, fysisk aktivitet, motivasjon og redusert selvkontroll/viljestyrke. Menn gav forklaringer relatert til medisinske faktorer eller medisinsk påvirkning på den fysiske tilstanden, mer enn hos kvinner. Kvinnene relaterte årsaken til diett ved manglende evne til vektreduksjon.

Wysoker (2005) kom frem gjennom temaet ”operasjon krever struktur”, at kandidatene kan ikke spise slik som før. Det kreves en livsstilsendring, ellers kan vekten gå opp igjen. Disse pasientene må ofre noe, ellers havner de i samme sporet igjen som før. De må blant annet begynne med fysisk aktivitet for å holde vekta. ”... I know I need to exercise right now...I need to do it, but it is the time, I get too tired. I have work to do, this and that. I need to get to the gym”. I temaet “Reality sets in” finner forfatteren også bekymringene om at de ikke oppnådde slik vektneidgang som forventet. Også bekymringene om vekttoppgang hos kandidatene var til stede. Alle disse bekymringene gjorde at kandidatene forsto at valget om en livsstilsendring i forhold til mat og aktivitet var viktig for dem. Rugset (2006) belyser også kandidatens erfaringer med trening. Man blir mer synlig som overvektig i fysisk aktivitet. De føler også at de blir utsatt for vurderende blikk og kommentarer. Når det gjelder fysisk aktivitet har de erfart mye nederlag.

Man kan se her at overvektige sliter med den fysiske aktiviteten, og at problemet også kan sitte i etter operasjonene. Fysiske tilstander og nederlagserfaring kan hemme fedmepasienten i å oppnå et aktivt liv.

4.2.2 Spiseatferd som utfordring

Guerdjikova (2007) fant at 38 % (av 178) av de fedmeopererte pasientene rapporterte følelsesmessig spiseatferd. De som rapporterte følelsesmessig spiseatferd hadde vansker med å følge dietten etter operasjon. Historisk sett brukte de fedmeopererte (67 %) oral adferd (spising, drikke vann/brus eller røyking) som alternativ spiseadferd ved emosjonelle situasjoner. Mer enn 80 % etterfulgte dietten som ble foreslått etter operasjon. Hunger etter spesiell mat ble rapportert hos 55,5 % av pasientene som brukte oral spiseadferd som alternativ for følelser. Følelsesmessig spising ble funnet å være et vanlig problem hos

fedmeopererte kandidater, og de fleste pasientene tenderte til å bruke vektøkende, heller enn vektreduserende adferd for å dempe behov for følelsesmessig spising.

I Colles, Dixon og O`Brian (2007) studie fant de i løpet av de første seks til 12 måneder, at over 60 % av BED gruppen pre operativt fikk tilbakevendende beiting. 44 % ble vurdert som "ukontrollerte spisere". Tallet på "ukontrollerte spisere" i denne studien ble redusert 12 måneder etter operasjonen, selv om ¼ av deltagerne var klassifisert som "ukontrollerte spisere". Denne gruppen gikk betydelig ned i vekt. "Ukontrollerte spisere" spiste mer energirik mat, større fettmengde, rapporterte om større hunger og mer ukritisk til sin spiseadferd. De hadde mindre matbegrensninger og oftere spiseperioder. De hadde også høyere frekvens på følelsesmessige triggere til spising. En tredjedel av de "ukontrollerte spiserne" rapporterte om en høy andel av følelsesmessig forstyrrelse som var relatert til erfaringen med tap av spisekontroll.

Fedmeopererte har også en del bekymringer i forhold til fedmeoperasjon. Det kan være om de fikk dårlige dietter, ble kvalm og kastet opp, om de kunne utvikle matintoleranse mot noen mattyper eller at de måtte gå på noen medikamenter resten av livet for å veie opp for næringsmangel (Marchand et al. 2007). Spiseadferd kan være en utfordring for noen av de fedmeopererte. Disse problemene må de møte for å kunne mestre sin nye livssituasjon.

4.2.3 Mentale utfordringer

I Marchand et al. (2007) beskrives den kognitive strukturen, slik som kunnskap og annen mentalstatus hos 30 pasienter som skal fedmeopereres. I studien kommer det fram at 58 % av alle de kognitive emnene er linket til medisinsk kunnskap, 40 % avslører andre typer av mental status og 13 % beskriver pasienterfaring. 17 av de 30 pasientene rapporterte om mentale tilstander med negativ assosiasjon – for 12 av disse gjaldt det mentale negative tilstander, angående kosten. Mer enn 1/3 av pasientene (12stk) trodde fedmeoperasjonen skulle ha en positiv påvirkning på deres forhold til mat. Syv av 30 pasienter oppgav feilaktige oppfatninger til domenet som gjaldt hvordan de skal spise etter operasjonen. Ett dusin av pasientene uttrykte positive mentale tilstander i det samme domenet, og at det av

og til kan virke som om operasjonen har en overdreven "magisk" makt når det gjelder maten; "prevent me from thinking about food and eat with anarchy", "no further need to call on willpower" var noe av det pasientene uttrykte. Men pasientene har forstått hvordan de skal spise, for eksempel å spise sakte, tygge godt, ta mindre porsjoner og starte med flytende føde.

Guerdjikova (2007) fant at humørforstyrrelse var veldig vanlige i alle gruppene som ble studert, og 46 % (av 178) brukte antidepressive da de ble evaluert. De fleste pasientene hadde troen på at fedmeoperasjon alltid forbedrer helseproblemene. De forventet en signifikant forbedring i deres kapasitet for igjen å ta opp et "sosialt liv" og fysisk aktivitet. 2/3 deler forutså at intervensjonen med fedmeoperasjon ville gi positive psykologiske ettervirkninger, mens 17 av pasientene uttrykte at den mentale tilstanden kunne få negativ betydning – dette gjaldt da som oftest angst, frykt, vanskeligheter eller begrensninger. Færre enn halvparten av pasientene uttrykte seg umiddelbart spontant om etter-effekten av fedmeoperasjonen og om langtidsbehandlingen. Syv av disse (14) fremhevet en betryggende karakter av dette aspektet – kun en fant det "begrensende". To uttrykte frykt for å dø og vanskeligheter med rekonvalesensen (Marchand et al. 2007).

I den kvalitative studien til Rugset (2006) er det funn som sier noe om det å bli tynn for en overvektig. Det endrer innstillingen man har til omgivelsene. Når man har redusert vekt, får man økt oppmerksomhet fra andre. Ofte blir det uttrykt som at man er flink, penere og flottere. Personen som går ned i vekt vil oppleve verden på en annen måte enn vedkommende gjorde gjennom en tykkere kropp. Det å gå ned i vekt er en direkte inngripen i forhold til andre og kan medføre grunnleggende eksistensielle bekymringer hos personen.

Det mentale aspektet kan være viktig i forhold til pasienter som gjennomgår en fedmeoperasjon. Problemet sitter ofte i "hodet" hos pasienten. Urealistiske forventninger til operasjonen og at "den gjør seg selv", altså operasjonen- er "løsningen" på deres problem.

Disse funnene peker kanskje på hovedproblematikken hos noen overvektige og noen av de som er fedmeoperert. utfordringene her er hvordan de skal kunne mestre forholdet til kropp, mat og fysisk aktivitet.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vårt valg av fremgangsmåte har vært basert på retningslinjer for bacheloreksamen i sykepleie fra Høgskolen i Molde. Vi har fulgt retningslinjene konsekvent for å sørge for at alle krav blir etterfulgt. Etterfølgelse av tidsplanen har nok vært vanskelig for oss, likevel mener vi at vi har hatt god progresjon i arbeidet vårt utover høsten. De to ukene som var satt av til bachelor arbeidet fikk vi utnyttet godt, og en grov skisse av hele oppgaven ble resultatet.

Samarbeidet mellom forfatterne har gått over all forventning, og i skrivende stund har vi ikke hatt noen store problemer oss i mellom. Dette kan være en svakhet også, hvis en av partnerne har sterkere meninger enn den andre. Dette kan det være vanskelig for oss å vurdere, men vi har tro på at vi er såpass hensynsfull at vi lar hverandres ytringer og formeninger slippe til. Fordelen med å være to sammen er at du har noen å diskutere oppgaven med. I tillegg er det en fordel å være to når vi skulle kvalitetssikre forskningsartiklene, og muligheten for bedre bedømming av disse. Dette blir da en styrke.

Styrken i vår søkestrategi er at vi har brukt Willman, Stoltz og Bahtsvani fire steg. Dette gav oss en god oversikt over gjennomføringen av litteratursøket. Vi har foretatt søk i flere bolker fra vi startet i februar til siste funn i oktober.

Søkestrategien vår har utviklet seg mye i denne perioden, og vi forbedret oss etter hvert. Mange av funnene våre kunne ikke inkluderes i studien, men de gir mye kunnskap om temaet og noe kunne vi benytte oss av i diskusjonskapittelet.

Søkeprosessen har nok vært litt tilfeldig og ustrukturert til tider. Vi har vært litt ukritisk til hvilke svar vi fikk, og det ble mange artikler som vi måtte ekskludere underveis. Det ble ca. 20 artikler som vi tilslutt vurderte. Likevel satt vi igjen med bare 9 inkluderte. Dette førte til at vi måtte gjennomføre flere søk. Vi tenker at

denne søkeprosessen er en styrke for vår oppgave, da vi etter hvert ble klar over hvilke studier vi trengte for å løse oppgaven, og vår søkestrategi ble mer målrettet. Vi har ett stort utvalg av databaser vi søkte og fant artikler i, og dette mener vi er en styrke for oppgaven vår. Også at vi har ett vidt spekter av land som artiklene kommer fra, kan være en styrke for besvarelsen av våre problemstillinger. Vi måtte dessverre gjennomføre søk på nytt, da vi hadde mistet noe av søkehistorikken. Når det gjelder limits fikk vi vansker med dette da vi gjennomførte de nye søkene. Derfor utelot vi disse, men vi mener tross alt at vi fikk gode funn likevel.

Kvalitetsvurderingen var en utfordring for oss, selv om vi har vurdert noen få artikler tidligere. Vi brukte en blanding mellom de kvalitetsanalysene i retningslinjene for Bacheloroppgave ved Høgskolen i Molde, og Willman, Stoltz og Bahtsvanis (2006) analyseverktøy for kvalitativ og kvantitativ studie. Vi vet ikke om det er noen fordel å veksle mellom, eller bruke konsekvent bare en sjekklister. Det var ikke alle punktene i kvalitetssikringsskjemaet som var så enkelt å svare på for oss, så det kan være en svakhet. Det at vi diskuterte vurderingen sammen etter at vi hadde vurdert de hver for oss, kan jo øke sannsynligheten for en styrket vurdering. Vi kvalitetssikret alle artikler før vi fagfelle vurderte de. Det mener vi er en styrke. Siden vi hadde så mange artikler å bedømme, ble ikke kvalitetsvurderingen påvirket av hvilke artikler vi mente vi måtte ha med. Etter kvalitetsbedømmingen refereevurderte vi, og satt da igjen med ni studier. Dette førte til nye søk.

Analyse av artiklene brukte vi relevant teori og dette er beskrevet i vår fremgangsmåte. Med koding av tema og undertema, fikk vi en strukturert visuell oversikt over funn, som vi mener er en styrke for vår oppgave. Lesing av artiklene var også en utfordring, da terminologien var fremmed for oss på det engelskspråklige. Det kan ha utslag på oversettingen vår. Ved at vi leste artiklene og skrev sammendrag hver for oss, gjorde at vi sammenlignet funnene. På denne måten korrigerer vi hverandre og eventuelle misforståelser. Google translate og oversettingsprogrammet Clue, har også vært til stor hjelp. På denne måten tenker vi at vi har styrke i vår analyse.

5.2 Resultatdiskusjon

Studiens hensikt var å undersøke hvordan sykepleiere kan veilede pasienter som er fedmeopererte slik at de kan mestre sin nye livssituasjon.

Våre funn sier noe om de erfaringer og utfordringer overvektige har før og etter fedmeoperasjonen. Undersøkelser viser at livskvaliteten er adskillig redusert hos sykkelig overvektige (Aasprang 2008). De har lavere forventet levealder, opplever stigmatisering og praktiske hindringer i hverdagen (Aasheim et al.2007). Det er ikke vanskelig å forstå at livskvaliteten blir påvirket i denne tilstanden. Funnt i studien vår viser at livskvaliteten blir betraktelig forbedret etter fedmeoperasjon. På kort sikt viser resultatene forbedring i livskvalitet, mens langsiktig kan man ane en redusert helserelatert livskvalitet. Man fant også signifikant vektoppgang i store grupper (Karlsson et al. 2007). Endel bruker antidepressiv-behandling før og etter operasjon (Guerdjikova 2007). Overvektige opplever diskriminering, stigmatisering, lav selvksept og selvfølelse (Carr og Friedman 2005; Karlson et al. 2007).

Oppsummeringen sier oss noe om hvilke behov de fedmeoperert har for oppfølging og veiledning, og dette er viktige kunnskaper for sykepleier som skal veilede denne pasientgruppen slik at de mestrer sin nye livssituasjon.

Sykepleiers utfordring består i å veilede pasienten både på et gruppenivå og et individuelt nivå.

5.2.1 Støtte fra familien

Støtte og nettverk må være en forutsetning for å mestre sin nye hverdag. Familie og venner kan være nøkkelpersoner for å lykkes i prosessen. Det er mange som har dårlige erfaringer med støtten de får fra familie og venner. De kan føle at de er mindre elsket, og noen har mindre kontakt med venner og familie (Brown og Wimpenny 2011). Kampen mot fedmen har innvirkning på forholdet til partneren. Selv om de støtter deres ønske om å redusere vekten, forsto de ofte ikke den emosjonelle forandring de gjennomgikk. Noen følte seg fristet eller presset til å overspise når de var sammen med sin partner eller familie. I deres forsøk på å være støttende til sin familie, følte den fedmeopererte seg presset til å overspise (Stewart, Olbrisch og Bean 2010).

Holdninger til den fedmeoperert er ofte den at de mener de velger den "letteste utveien". Alle kan kjøpe seg en operasjon, og de skjønner ikke hvilken innsats som må til. Venner og familie trenger også tid for å tilpasse seg den nye personen, fordi den fedmeopererte gjennomgår både fysiske og mentale forandringer som resultat av vektnedgangen (Earvolino-Ramirez 2008). Her er det viktig at pasienter som opplever ustøttende omgivelser, har mulighet til å kontakte støtteapparatet de er knyttet til.

Pasienter som opplever mest støtte hadde mest vektnedgang (Brown og Wimpenny 2011). I et annet funn finner vi at familie kan rett og slett være "saboterende". Sykepleierne beskriver familien som; de støttende og ikke-støttende. De ikke-støttende kunne eksempelvis overta oppgaver som pasienten godt kunne greie selv, eller de bragte "usunn mat" til pasienten slik at han slapp å spise oppsatt diett (Witfield og Grassly 2008). Dette foregikk i tidlig postoperativ fase, men man kan jo anta at denne adferden vil vedvare. Grimaldi og Van Etten (2010) sier at økt autonomi og forbedret selvfølelse ble sett på som en trussel av noen partnere. Frykt for å bli forlatt var også erfaringer hos flere partnere når pasienten ble mer selvsikker. Følelser som sjalusi, usikkerhet og rollebytte kunne påvirke forholdet til gamle venner. Karlsson et al.(2007) fant en forbedring i sosial interaksjon med familie, venner og samfunnet, ett år etter fedmeoperasjonen. Likevel så han en tilbakevending av problemene på lang sikt. Dette kan indikere på lite støtte fra nære personer hos fedmeopererte etter vektoppgang.

Vi synes å se et behov for veiledning og opplæring også for pårørende og kanskje hele familien. Da vil de kunne gi mer støtte til den fedmeopererte. Familiesamarbeid kan være et viktig poeng i pasientens behov for støtte. Kontakt med familien må være en naturlig del av arbeidet, både når det gjelder å gi informasjon og støtte til pårørende, og veiledning og samarbeid i konkrete situasjoner (Hummelvoll 2010).

5.2.2. Støttegrupper

Støttegrupper kan være et behov for de fedmeopererte, uavhengig av om de opereres i privat eller offentlig regi. I privat sektor er det ingen krav om forkurs der det blir gitt opplæring/veiledning. Informasjon blir kun gitt gjennom de dagene

pasienten ligger inne, og de får med seg informasjonsmateriell om hva de skal spise de første ukene. Pasientene har tilbud om å ringe ved spørsmål eller dersom det oppstår komplikasjoner. De må "kjøpe" oppfølgingstid de kan ha behov for. Oppfølgingstiden kan vare fra ett til fem år (Telefonintervju med fedmeoperert 24.09.11). Pasienter som opereres i det offentlige får automatisk fem års oppfølgingstid. I løpet av de to første årene er det 12 samlinger, der både kirurg, psykolog, ernæringsfysiolog og sykepleiere deltar med veiledning og støtte (Intervju av fedmeoperert 04.06.11).

Støttegrupper kan være et bra tiltak for fedmeopererte. Der kan de utveksle erfaring og støtte hverandre når de møter utfordringene etter operasjonen. Deltagerne kan føle seg lettet over å finne ut at andre sliter med de samme utfordringene etter operasjonen. De kan diskutere vanskelighetene med spising, og dele med andre som forstår hvordan de føler seg i den ensomme kampen. De kan bli oppmuntret av hverandres mestring og av støtten til hverandre. I et funn så vi at i en støttegruppe ble det dannet en kognitiv adferds strategi. Denne strategien lærte de hverandre innad i gruppen. Dersom noen fikk negativ tankegang som for eksempel at de mistet motet, oppmuntret de hverandre med å gi positive tilbakemeldinger; "You`ll do better next time" eller "you can`t always be perfect". Da snakket de om hvordan de kunne gjøre det bedre neste gang, som en positiv læring (Stewart 2010).

Støttegruppe kan etableres i offentlig regi, slik som i oppfølgingsgruppen hos de fedmeopererte vi tidligere har nevnt. Som sagt er flere av de profesjonelle bidragsyterne støttepartnere der, men deltagerne spiller også en rolle for hverandre som er viktig i støttearbeidet. Men det er et problem at hvis noen "mislykkes" og dropper ut, er der ingen som fanger dem opp. En sykepleier fortalte at det hendte at noen droppet ut i hver gruppe, og at de hadde liten mulighet til å få dem tilbake. Det er da mistanke om at de går opp i vekt og at de føler seg mislykket, og derfor dropper oppfølgingskursene. (Intervju med sykepleier, fedmepoliklinikken ved Ålesund sykehus 17.02.10).

Sykepleiers rolle i støttegrupper innebærer å gi informasjon, råd, undervisning og veiledning (Tveiten 2008). Sykepleier har kunnskaper som kan bidra til at

deltagerne i støttegruppen får opplæring i de tema de har behov for. Det være seg ernæringskunnskaper, kunnskap om komplikasjoner og problemer relatert til vektreduksjon. Sykepleier kan også gi råd individuelt i forhold til om deltageren sliter med helseproblemer (Intervju med sykepleier, fedmepoliklinikken ved Ålesund sykehus 17.02.11). Hummelvoll (2010) sier noe om sykepleiers rolle i ulike grupper. For sykepleier er det nødvendig å kjenne til de aktuelle selvhjelpsgruppene for å kunne informere pasienter som kan ha nytte av en slik støtte. Sykepleieres rolle vil være å fungere som ressursperson når det er ønskelig. Selvhjelpsgrupper er betydningsfulle fordi de virker støttende for mennesker som sliter med tilpasningsvansker i forhold til endret livssituasjon. Medlemmene kan dele erfaring og gi hverandre støtte og råd. Wysoker (2005) fant at pasientene hadde bekymringer angående vektreduksjonen og vektoppgang. Å kunne få "luften" disse bekymringene i ei gruppe vil deltageren oppleve at de ikke står alene om problemene. Det er en styrke å oppleve at man ikke er alene om livs- og helseproblemer. Erfaringer med mye nederlag er også noe de deler (Rugset 2006), og som kan være godt å oppleve at de ikke er alene om. I tillegg finner man kanskje gode modeller i andre gruppemedlemmer som har maktet å tilpasse seg den endrede livssituasjonen på en rimelig god måte. Dette inngir håp (Hummelvoll 2010).

Forekomsten av fedmeopererte er nå såpass stor at det ikke ville være noe problem å starte støttegruppe i nærmiljøene deres. Dette kan være et godt tilbud for de som har operert seg på privatklinik.

5.2.3 Individuell oppfølging

Vi kan se at fedmeopererte kan ha store behov for oppfølging og veiledning. Støttegrupper og oppfølgingsgruppen som vi har beskrevet ovenfor er fine tiltak for den store gruppen pasienter, men man kan anta at endel pasienter har bruk for en mer individuell oppfølging. De som sliter med angst og depresjon, vektoppgang, følelsesmessige problemer i forhold til mat og kropp og samlivsproblemer i forhold til endret utseende. Vi har også sett at de har problemer med å holde dietter (Marchand et al. 2007; Rugseth 2006; Brown og Wimpenny 2011; Hwang et al. 2008; Guerdjikova 2007; Colles, Dixon og O`Brian 2007).

Veiledning er en pedagogisk virksomhet, og målet er at mestringskompetansen hos den enkelte skal styrkes og gi hjelp til å finne svar- det er *ikke* veilederen som skal *gi* svar (Tveiten 2008). De må kunne mestre sitt nye jeg, og det er kanskje helt anderledes enn det var før. De har endret utseende, aktivitetsnivå, og forholdet til andre mennesker er også endret. (Rugset 2006). Målet må være å kunne mestre disse utfordringene. Her kommer sykepleiers veiledningsoppgave inn. Sykepleier kan ikke fortelle pasienten hvordan han skal mestre den nye livssituasjonen. Gjennom samtale og terapi vil sykepleier kunne lede ham inn i ny forståelse av sin adferd og oppfatning, og hjelpe ham til mestring. Hummelvoll (2010) sier det er viktig at pasienten deltar aktivt, og at sykepleier må søke å få tak i hva pasientens forståelse av helse og velvære innebærer. En av sykepleierens måter å bistå mennesker med lidelser og problemer, er å hjelpe dem til å mestre lidelse og sykdom som erfaring. Sykepleieren gjør det ved å etablere en tilknytning til den med lidelser, som formidler til ham at han blir forstått, og at han ikke er alene. Gjennom sine handlinger, viser sykepleier at hun ønsker å bistå – ikke fordi han er syk og trenger pleie, men fordi han er den han er og ingen annen (Travelbee 2005).

Den første samtalen mellom sykepleier og pasient er spesielt avgjørende for det videre samarbeidet. For det er i det første møtet at grunnlaget for tillit kan skapes, det er da viktig at sykepleier er forståelsesfull, åpen og inviterer til samtale (Hummelvoll 2010). Det er da viktig at det er gjensidig tillit til stede ved veiledning. Fedmeopererte kan ha lav selvtillit på grunn av sin overvekt (Carr og Friedman 2005). Kanskje den fedmeopererte ikke har hatt noen han kunne ha snakket med om sitt problem. Det å veilede disse pasientene slik at de skal kunne takle problemene, krever at sykepleier har god forståelse, empati og kunnskap. Gode empatiske holdninger kan påvirke pasientens selvbilde på en positiv måte, mens negative holdninger kan true samarbeidet. Empati er i følge Travelbee (2005) evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. I en artikkel av Haug (2007) kommer det fram at det å skape et trygt miljø, er det viktigste for å skulle skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Og at relasjonen klart skal styres av pasientens behov, og at tryggheten var svært viktig. Hummelvoll (2010) mener at å samarbeide med

pasienter som sliter med depresjon, kan representere en utfordring for sykepleier. De kan føle seg hjelpeløse i samvær med dypt nedtrykte pasienter som ikke ser noe håp for sitt liv. De har en tendens til å isolere seg. Tilnærmingen bør være preget av en rolig, varm og aksepterende holdning. Han mener at for mange vil fedme være et psykologisk problem. Den fedmeopererte vil føle selvforakt, og oppleve seg nedvurdert av andre og ha en tendens til sosial tilbaketrekking om han går opp vekt igjen. Dette bygger opp under depresjon og en følelse av utilstrekkelighet. Larsen et al. (2003) fant at pasienter etter operasjon hadde økt psykisk og psykososial velvære og fungering, men likevel - to år etter mottok 9,3 % behandling for mentale problemer.

Deprimerte mennesker foretar negative tolkninger om seg selv, og typisk ser de kun det negative og legger ikke merke til det positive. De går glipp av eventuelle misforståelser og slike feiltakelser vil særlig komme i vurderingen av seg selv og ens livssituasjon (Berge og Repål 2008). Carr and Friedman (2005) fant en sammenheng mellom stor overvekt og selvaktelse, og en negativ assosiasjon mellom disse. De fant også at svært overvektige personer har lavere nivå av selvaksept enn normalvektige, og at de hadde negativ selvoppfattelse. Kognitiv terapi kan være en mulig tilnærming til den fedmeopererte. Sykepleier som behersker denne terapien må identifisere de negative tankene hos pasienten. Hun må hjelpe ham til å endre både handle- og tankemønstre. Kartlegging av hverdagens aktiviteter, planlegging av praktiske gjøremål og diskusjon av tankemønstre som formørker pasientens virkelighetsbilde. Kognitiv terapi ved angstlidelser er basert på at pasienten skal konfrontere sin angst ved å oppsøke de vanskelige situasjonene på en planlagt og systematisk måte. Sykepleier skal formidle kunnskap om angst og hvordan den behandles og dette vil bli felles utgangspunkt mellom pasient og sykepleier for det videre arbeidet med problemene (Berge og Repål 2008).

For å kunne få økt livskvalitet, er mestringsstrategier et godt verktøy å ta utgangspunkt i for en sykepleier når hun skal veilede en fedmeoperert. Med en del depressive symptomer og lav selvfølelse har dette en påvirkning på livskvaliteten. Helserelatert livskvalitet var svært signifikant lavere enn hos normen (Larsen et al. 2003). Å fokusere på mestringsstrategier er en mulighet til å få pasienten til å

oppnå forbedret livssituasjon. Banduras (1997) foreslår en psykologisk tilnærming som på sikt kan bedre pasientens livskvalitet. Sykepleier kan oppmuntre og støtte, og bedre pasientens egen tro på å lykkes, og dette er spesielt viktig for de som er fedmeopererte og som har lav selvtillit. Bandura har tro på personer med sterk grad av selvsikkerhet i forhold til egne evner, kan nærme seg vanskelige oppgaver som utfordringer som skal mestres, heller enn som trusler som må unngås. Et slikt positivt syn kan fremme interesse og fordypelse hos fedmeopererte. Skal man oppnå varig positivt resultat må pasienten bli fulgt opp med følelsesmessig støtte og psykologisk læring (Grimaldi 2010).

De pasientene som sliter med vektoppgang og har problemer med å holde diett, trenger strategier for å mestre dette. Noen fedmeopererte ser på sin situasjon som upåvirkelig og uoverkommelig når problemene dukker opp igjen. I stedet for å gjøre noe med det, kan de fortsette sin usunne livsstil som forverrer deres situasjon. De kan få vektoppgang, og ha problemer med å følge dietter. I Wysokers (2005) studie beskrev en av deltagerne kampen mot vekten. Hun prøvde og prøvde gjentatte dietter, men kun for å oppleve at hun gikk mer opp og mislyktes igjen.

Antonovsky (2000) beskriver at man må se på opplevelse av sammenheng for å kunne oppnå mestring. Da må man gjennom hans tre ulike komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. For at de overvektige skal oppnå begripelighet, trenger de kunnskap og informasjon om hvordan de skal forholde seg til disse problemene. Hvorfor går pasienten opp i vekt ei tid etter operasjonen? Sykepleier kan sammen med pasienten se kostholds mønster og eventuelt aktivitetsnivå for å få pasienten til å begripe hva han eventuelt gjør galt. Kunnskap om kosthold, spisemønster og nødvendigheten av fysisk aktivitet for å holde vekten stabil er viktige kunnskaper. Dette vil fremme trygghet og mestring hos den fedmeopererte.

Håndterbarhet er den andre komponenten Antonovsky beskriver. Sykepleier må sikre seg at pasienten har de tilstrekkelige ressursene som han trenger. Lærer pasienten matkunnskaper er han bedre rustet til å få et balansert kosthold og opprettholde vektstabilisering, og han vil oppnå mestring. Å finne mening i de

endringene fedmepasienten må gjøre for å mestre sin nye livssituasjon, er den siste komponenten Antonovsky beskriver. Sykepleier må hjelpe pasienten til å se at de endringer han gjør gir ham et bedre liv. Kan han forstå at han vil få det, vil det være meningsfullt for pasienten og han vil føle mestring. Mestring forutsetter og innebærer en tillit til at situasjonen i en noen grad lar seg bringe under kontroll. Sykepleier kan bidra til et realistisk perspektiv på hva som må gjøres og hva som kan oppnås (Eide og Eide 2007).

Adferdsterapi kan være et verktøy for de som kjemper kampen mot spiseforstyrrelser. Guerdjikova (2007) fant at 38 % av de som deltok i studien, slet med følelsesmessig spiseadferd og at de hadde vansker med å følge dietten etter operasjon. Oppmerksomhet mot å bruke alternativ adferd for følelsesmessig spising kan gi styrke, slik at de blir i stand til å motstå beiting eller overspising (Grimaldi 2010). Hummelvoll (2010) sier at mat og spising kan tjene som trøst og beroligelse når man opplever seg stresset, engstelig eller frustrert. Dette er også adferdsmønster man kan se hos normalvektige. Likevel indikerer forskning at overvektige personer spiser mer når de er engstelige, mens normalvektige spiser mer i situasjoner preget av lite angst. Wilson og Kneisl (1996) peker på at overvektige har nedsatt selvkontroll når det gjelder spising, og synes å ha et høyt responsnivå i forhold til å spise når de møter sosiale problemsituasjoner. Det er med andre ord sosial stimuli heller enn fysiologiske som fremmer matinntak. Når selvaktelsen er lav, kan overspising bli et ritual for å straffe seg selv (Hummelvoll 2010).

Sykepleiers oppgave må være å hjelpe pasienten til å gjenkjenne og verbalisere følelser. I stedet for å stenge følelsene inn, som resulterer i eventuell overspising, må pasienten lære at det er forskjell på følelser og handling (Hummelvoll 2010). Implementering av tilpasset adferd er en hjelp til å dekke behovet for det tomrommet som maten har fylt for å mestre følelser som anger, ensomhet, fatigue, kjedsomhet, depresjon, tomhet og angst (Grimaldi 2010). Som Rugseth (2006) beskriver i sin studie, så respondenten på mat som trygghet og trøst. Den fortrenge kontakten med andre.

Hummelvoll (2010) foreslår å møte symptomet (overspising) offensivt. Sykepleieren skal forholde seg til symptomet nøytralt. I første fase får den fedmeopererte i hjemmeoppgave å registrere alle detaljer rundt spising. Alt forutgående for spising, hva som ble spist, hvordan spisingen foregikk, hvor lenge den varte og hva som skjedde etterpå registreres. Etter noen samtaler etter egenregistreringen, er det mulig at pasienten skal få en begynnende distanse til symptomet. I andre fase utvides selvregistreringen til å gjelde hvilke følelser og reaksjoner som knyttes til episoden. Spiseforstyrrelse henger ofte sammen med spenningstilstander og uro. Gradvis knytter pasientens observasjoner og innsikt til hans tidligere historie og relasjoner til andre. Ved å stille hypotetiske spørsmål for å få frem sammenhenger og nye synsmåter, kan man se hvilke kulturer og normer symptomet har i livet hos den fedmeopererte. På denne måten kan pasienten være med på å skape nye ideer om seg selv. Tredje fase handler om å omdefinere symptomet fra å være et sykdomsuttrykk til å være noe man kan kjempe mot. Mange forskjellige billedlige uttrykk kan benyttes for å "flytte symptomet ut" (eksternalisering). Symptomets påvirkningskraft og ødeleggende virkning i forhold til pasienten og hans nærmeste kartlegges. På denne måten kan symptomet konkretiseres og motvirkes. Hjemmeoppgaven her blir å registrere mestring. Tilbakefall blir definert som "en liten sprekk", og på den måte beholder pasienten kontrollen, og derved gjenvinner troen på egen mestring (Hummelvoll 2010).

Forholdet til egen kropp kan være forstyrret både før og etter operasjon. Personen som går ned i vekt vil oppleve verden på en annen måte enn vedkommende gjorde gjennom en tykkere kropp. Det å gå ned i vekt er en direkte inngripen i forhold til andre og kan medføre grunnleggende eksistensielle bekymringer hos personen. Det å bruke mat – som å spise, berører og beveger forholdet til andre personer, hvor nært en skal komme andre og hvor utsatt man skal føle seg i møte med dem. Det kommer også frem at det å spise seg tykk fører til problemer med å etablere relasjoner, greie fysiske aktiviteter, kan gi frykt for å dø, mens det også er en løsning. Det kan være å unngå ubehag i forhold til usikkerhet, unngå trening og fysisk/intim kontakt (Rugset 2006; Marchand 2007; Brown og Wimpenny 2011). I Rugsets (2006) funn sier kvinnen noe om det å bli tynn for en overvektig. Det

endrer innstillingen man har til omgivelsene; man får økt oppmerksomhet fra andre og det blir uttrykt som at man er flinkere og flottere etter vektreduksjon.

Merleau-Pontys (1994) fenomenologi går ut på tanker om den levde kropp. Han hevder at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Følelser vises i kroppen og kropp og sjel henger sammen. Gjennom begreper som "den levde kropp" eller "den fenomenale kropp" får vi en annen kroppsforståelse. Den sier noe om kontinuerlig samspill og dialog med verden. Vi erfarer gjennom vår kropp før vi analyserer erfaringer. Det vil si at den fedmeopererte som har disse problemene, ikke kan gjøre noe med spiseproblemene før han forstår og har bearbeidet følelsene som er bakenforliggende. Spiser man seg tykk fordi man vil beskytte seg mot nærhet av andre, vil det å bli tynn få den fedmeopererte til å føle seg blottlagt og utrygg. Også det å få komplimenter for utseende etter vektnedgang, vil ikke alltid nå inn til pasienten. Fordi de ikke har bearbeidet de følelsene de hadde i den "tykke" kroppen, vil de kunne ha de samme følelsene i den slanke kroppen. Dette kan føre til at de spiser seg opp igjen for å dempe disse følelsene.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med vår studie var å undersøke hvordan sykepleiere kan veilede pasienter som er fedmeopererte slik at de kan mestre sin nye livssituasjon. Resultatene i vår litteraturstudie sier noe om de erfaringer og utfordringer pasienter som gjennomgår en fedmeoperasjon har både før og etter operasjonen. De aller fleste har gode resultater og mestrer sin nye livssituasjon godt. Det er den gruppen som har vektoppgang, sliter med angst/depresjoner og som mislykkes i den psykososiale fungeringen som trenger oppfølging utover det som blir tilbudt.

Familiestøtte og støtte både individuelt og i gruppe kan være gode løsninger for denne gruppen. Individuell oppfølging kan være spesielt nødvendig når pasienten ikke mestrer nye dietter, fysisk aktivitet, sosiale relasjoner og endringer som skjer både fysisk og mentalt. Vi har foreslått mestrings teorier, kognitiv terapi og adferdsterapi som verktøy for sykepleieren når hun skal følge opp pasientgruppen.

Når det gjelder studier på hvordan man følger opp fedmeopererte etter en operasjon, fant vi lite. Det er tydelig et behov for mye forskning på dette feltet.

Interessen for vektreduserende operasjon har økt dramatisk, samtidig med den store økningen av fedme. Fysisk postoperative resultat er enkle å måle, og er vel dokumentert i litteraturen. Innflytelsen av fedmeoperasjon på psykologisk funksjon er mindre klart forstått og her trenger det mye forskning til.

Behandlere må ha kunnskaper om tema som kan influere psykososial resultat. Oppnåelsen og vedlikehold av en sunnere vekt og livsstil, samt en helhetlig forbedring i selvfølelse og livskvalitet er viktige aspekter å måle. Permanente resultater etter fedmeoperasjon krever tilvenning av ny livsstil og adferd.

Litteraturliste

- Aasprang, O Anny., John Roger Andersen, Per Bergholm, Gerd Karin Natvik, Nils Sletteskog og Villy Våge. 2008. Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukeleg overvekt. *Tidsskrift for Den Norske legeforening* 5 128:559-62.
- Antonovsky, Aron. 2000. *Helbredets mysterium*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Aasheim, Erlend T., Jon Kristinsson, Tom Mala og Torgeir T. Sørvik. 2007. Kirurgisk behandling av sykelig fedme. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 127; 38-42.
- Bandura, Albert. 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman.
- Berge Torkil og Arne Repål. 2008. *Den Indre Samtalen, Håndbok i Kognitiv terapi*. 1. utgave. Oslo:Gyldendal Norsk forlag.
- Brown, Jenny and Peter Wimpenny. 2011. Determining Factors Required for a Holistic Approach to Weight Management of Those With Obesity. *Advances in Nursing Science*, 2:136-150
- Carr, Deborah and Michael A. Friedman. 2005. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of health and social behavior* 46: 244 -259
- Colles, Susan L., John B. Dixon and Paul E. O`Brian. 2007. Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity* 16 (3): 615-622
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Earvolino-Ramirez, Marie. 2008. Living with Bariatric Surgery: Totally Different but Still Evolving. *Bariatric nursing and Surgical patient care*, 3 (1): 17-24
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Forfattarna og Bokförlaget Natur och Kultur. Stockholm
- Grimaldi, Diane og Deborah Van Etten. 2010. Psychosocial Adjustments Following Weight Loss Surgery. *Journal of psychosocial nursing*.48 (3): 24- 29
- Guerdjikova, Anna I., Lisa West-Smith, Susan L. McElroy, Thomas Sonnanstine, Kevin Stanford og Paul E. Keck. 2007. Emotional Eating and Emotional Eating Alternatives in Subjects Undergoing Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 17:1091-1096
- Hanestad, Berit Rokne. 2003. Sykepleien. *Til nytte eller fånytte - livskvalitet som mål for behandling, pleie og omsorg*, 91(15): 34-36.
- Haug, Kari. 2007. Jeg er venn fra 8-16. Vennskap i sykepleie – pasient relasjoner som varer overlang tid? *Vård i Norden* 27(3): 57-59.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2010. *Helt- ikke stykkevis og delt*. 5 opplag. Oslo: Gyldendal Norske forlag.
- Hwang, Kevin O., Joseph H. Childs, G. Ken Goodrick, Weal A. Aboughali, Erik J. Thomas, Craig W. Johnsen, Sherman C. Yu og Elmer V. Bernstam. 2008. Explanations for Unsuccessful Weight Loss Among Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery* 19:1377-1383
- Karlson, J., C. Taft, A. Ryden, L. Sjøstrøm og M. Sullivan. 2007. 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* 31: 1248-1261

- Kristoffersen, Nina J. 2005. *Grunnleggende sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, Junilla K., Rinie Geenen, Bert van Ramshorst, Nico Brand, Pieter de Wit, Wolfgang Stroebe og Lorenz J.P. van Doornen. 2003. Psychosocial Functioning Before and After Laparoscopic Adjustable Gastric Banding: a Cross-Sectional Study. *Obesity surgery* 13: 629-636
- Love, Robert J., Ashley S. Love, Steven Bower og Walker S. Carlos Poston. 2008. Impact of Antidepressant Use on Gastric Bypass Surgery Patients` Weight Loss and Health-Related Quality-of-life Outcomes. *Psychosomatics*; 49: 478-485
- Malterud, Kirsti. 2003. Kvalitativ metoder I medisinsk forskning: en innføring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marchand, Claire., Christine Poitou, Claudie Pinosa, Bruno Dehaye, Arnaud Basdevant og Jean Francois d`Ivernois. 2007. Cognitive Structures of Obese Patients undergoing Bariatric Surgery: a Concept Mapping Analysis. *Obesity surgery*: 17: 1350-1356
- Merleau-Ponty, Maurice. 1994. *Kroppens fænomenologi*. Det lille forlag, Fredriksberg
- Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. 1. utg. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Rugseth, Gro. 2006. Når perspektivet endres – Fra fett til erfaring. *Fysioterapeuten*, 8:17- 21
- Stewart, Karen E., Mary Ellen Olbrisch og Melanie K. Bean. 2010. Back on Track: Confronting Post-Surgical Weight Gain. *Bariatric and surgical patient care* 5:179-185.
- Trawelbee, Joyce. 2005. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Ulset, Elisabeth., Rut Undheim og Malterud, Kirsti. 2007. Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 127: 34-37
- Whitfield, Paulette J. og Jane Grassley. 2008. Nurses` Experiences of Caring Postoperative Bariatric Patients. *Bariatric and surgical patient care*, 3: nr.4
- Willman, Ania., Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad*. 2. utgave. Lund: Studentlitteratur.
- Wysoker, Amy. 2005. The Lived Experience of Choosing Bariatric Surgery to Lose Weight. *Journal of the American psychiatric nurses association* 11(1):26-34

Vedlegg 1. Søkehistorikk:

Søke dato	database	søkeord	Anall treff	Leste abstrakter	Leste art.	Inkl. Art.	Artikkelnavn
17.02	Psyk.info	1.obesity morbid/or obese* And 2.Bariatric surgery /or bariatric* 3. 1 and 2 4. Limit 3 to yr="2005-current", limit to Danish or English, or Norwegian or Swedish	52	5	3	1	9." Impact of antidepressent use on gastric bypass surgery patients' weight loss and health – related quality of life outcomes"
17.02	Psyk.info	5.Nurs* or nursing research/ And 2.Bariatric surgery /or bariatric*	21	5	3	1	12."The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight" 2005
27.03	SveMed	1.Obesity And 2.erfaring	1	1	1	1	11."Når perspektivet endres- Fra fett til erfaring" 2006
27.03	Svemed	1.obesity and 2. livskvalitet	6	1	1	1	1."Helsereelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt" 2008
17.08	ProQuest	1.obesity 2.bariatric surgery 3.coping	140	12	3	2	5, "Emotional eating and emotional alternatives in subjects undergoing bariatric surgery" 2007 7. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study"
02.09	Ovid medliner: British Nursing	1.obesity 2. weight control 3. eating disorder	24	4	2	1	2."Determining factors required for a holistic approach to weight management of those with obesity"
03.09	Ovid medliner: PsycINFO	1.Obes* and 2.stigmatizing And 3. discrimination	114	7	2	1	3." Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well being in the United States"
	Embase	4.bariatric surgery and 5.grazing	4	1	1	1	4. Grazing and loss of control related to eating: Two high-risk factors following bariatric surgery
		1. obese and 2. cognitive therapy and 3. Baratric surgary and 4. knowledge	5	3	1	1	10." Cognitive structures of obese patients undergoing bariatric surgery: A concept mapping analysis"

22.09	Ovid medliner: Embase	3. baratric surgary and 9. Weight loss and 11. Diet and 12. Motivation and 13. physical activity	15	4	1	1	6."Explanation for unsuccessful weight loss among bariatric surgery candidates"
23.09	ProQuest	1.Laparoscopic adjustable gastric banding and 2. QOL and 3.Psychosocial function*	56	11	2	1	8."Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: A cross sectional study"

Vedlegg 2. Oversikt over artikler:

Forf/år/land/tidsskr	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere	Hovedfunn	Kvalitet
1.Aasprang, Anny. John Roger Andersen , Nils Sletteskog, Villy Våge, Per Bergholm, Gerd Karin Natvik 2008 Norge <i>Tidsskrift for Norsk legeforening</i> 128:559-62	Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukeleg overvekt	Hvilken effekt har overvektskirurgi på helserelatert livskvalitet hos overvektige	Kohortstudie	48 pasienter 26 kvinner 22 menn Gj.snittsalder: 37,4 år KMI gj.snitt: 51,5	Før op. svært dårlig HRLK sammenlignet med norske norm-data 1 år etter stor bedring på alle sub-skaler i SF-36	70% Nivå 1.
2.Brown,Jenny and Peter Wimpenny 2011 UK <i>Advances in Nursing Science</i> , 2:136-150	Determining factors required for a holistic approach to weight management of those with obesity	Å fastslå omfanget av forholdet mellom fysisk, sosial og emosjonell velvære og vektkontroll hos overvektige personer som ikke har identifisert spiseforstyrrelse	CCT- Ikke randomisert	64 av 84 Alder 18 – 60 15 menn 33 kvinner	-Viktig med støtte -Mindre tilfredshet med kropp v/mindre støtte -De som økte i vekt følte seg mindre elsket	92% Nivå 2.
3.Carr, Deborah og Michael A. Friedman 2005 USA <i>Journal of health and social behavior</i> 46: 244 - 259	Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well being in the United States	Er fedme stigmatiserende, hva med diskriminering, selvfølelse og selvaksept	RCT med kontrollgruppe	3437- 1741 menn og 1696 kvinner Alder:25-74	Overvektige personer rapporterer om signifikant dårligere selvfølelse, mer daglig , jobbrelatert, helsemessig, og dag til dag diskriminering	75% Nivå 2.
4.Colles, L. Susan, John B. Dixon and Paul E. O'Brian 2007 Australia <i>Obesity</i> 16: number 3; 615-622	Grazing and loss of control related to eating: Two high-risk factors following bariatric surgery	Å vurdere omfanget av spiseadferd før og 1 år etter fedmeoperasjon, og utforske en rekke spisemønster, fht vektreduksjon	Kohort-studie	129/ 26 menn og 103 kvinner Alder 18-65	Man kan se at kandidatene har en del problemer med spisemønster både før og etter opr, og at dette fører til et dårligere resultat hos dem.	80 % Nivå 1
5.Guerdjikova Anna I. Lisa West-Smith, Susan L. McElroy, Thomas Sonnanstine, Kevin Stanford, Paul E. Keck 2007 USA <i>Obesity Surgery</i> 17: 1091-1096	Emotional Eating and emotional Eating Alternatives in subjects Undergoing Bariatric Surgery	Å karakterisere følelsesmessig spising og dens alternativer hos pasienter som gjennomgår fedmeoperasjon.	CCT – ikke randomisert	AV 178 pasienter blir 69 identifisert som EE av disse er 50 pasienter brukt i datagrunnlaget Gj.snittsalder: 40,6	38% rapportert som EE 3 typer Alt adferd: -oral,beroligende, fysisk aktivitet -Flest bruker oralalternativ	77% Nivå1.
6.Hwang, Kevin O., Joseph H. Childs, G. Ken Goodrick, Weal A. Aboughali Eric J. Thomas, Craig W. Johnson, Sherman C.Yu and Elmer V. Bernstam 2008 USA <i>Obesity Surgery</i> 19:1377-1383	Explanation for unsuccessful weight loss among bariatric surgery candidates	Å analysere subjective forklaringer for mislykket vedktreduksjon etter fedmeoperasjon	Kvalitativ	909/ 78 % kvinner Og 22% menn Gj.snittsalder: 44,8	Kvinner brukte diettrelatert forklaring og menn brukte mest medisinpåvirkning på tilstand som hindret dem i fysisk aktivitet.	92,8% Nivå 1.
7.Karlson,J. C.Taft, A. Ryden, L. Sjøstrøm og M. Sullivan 2007 Sverige <i>International Journal og</i>	Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and	Undersøke hvilke trend og effekter behandling av vektreduksjon har på livskvalitet hos svært overvektige	CCT- ikke randomisert	653 fedmeopererte + 621 konservativ behandlet, og som fullførte 10 år studie	HRQOL bedres betraktelig i opr.gr. det første året -I vekttoppgangs fasen 1-6 år	81% Nivå1.

<i>obesity</i> 31, 1248-1261	conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study			Alder: 37-57	reduseres HRQOL. I perioden 6-10 år relativt stab. Vekt og HRQOL i kons. gr HRQOL e. 10 år signifikant forverring	
8. Larsen, Junilla. Rinie Geenen, Bert van Ramshorst, Nico Brand, Pieter de Wit, Wolfgang Stroebe, Lorenz J.P. van Doornen 2003 Nederland <i>Obesity surgery</i> 13: 629-636	Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: A cross sectional study	Å undersøke kort og langsiktig fysiske, mentale og spesielt sosial livskvalitet hos pasienter med alvorlig fedme etter LGB	Tverrsnittstudie	250 pasienter 221 kvinner, 29 menn Alder: 22 -61	-Pasienter fungerer bedre både fysisk, psykisk, og sosial livskvalitet etter op. - Dårligere før 2 år er gått. - Likevel lavere enn normal befolkningen	85% Nivå1
9. Love, Robert J., Ashley S. Love, Steven Bower, Walker S. Carlos Poston 2008 USA <i>Psychosomatics</i> 49: 478, 9 pgs	Impact of antidepressant use on gastric bypass surgery patients' weight loss and health – related quality of life outcomes	Hensikten er å finne ut om antidepressiv behandling hos fedmeopererte har bedre effekt enn de uten AD-behandling Eller identifisere behov for behandling før operasjon	CCT ikke randomisert	Av 116 opererte fikk 48 AD-beh, og 68 uten AD behandling 91 % kvinner 18-64	Ingen effekt med antidepressiv behandling på fedmeoperertes vekt tap eller Livskvalitet	78,5% Nivå 1
10. Marchand, Claire, Christine Poitou, Claudie Pinosa, Bruno Dehaye, Arnaud Basdevant, and Jean Francois d'Ivernois 2007 Frankrike <i>Obesity surgery</i> : 17; 1350-1356	Cognitive structures of obese patients undergoing bariatric surgery: A concept mapping analysis	Hensikten er å analysere cognitive strukturer, som kunnskap og annen mental status hos pasienter som skal fedmeopereres	Kvalitativ studie	30 pasienter/ 5 menn og 25 kvinner Gj.snittsalder: 42	Feilaktige intensjoner for å ta fedmeoperasjon, og urealistiske forventning til operasjon	90 % Nivå 1.
11. Rugseth, Gro 2006 Norge <i>Fysioterapeuten</i> 8: 17- 21	Når perspektivet endres – Fra fett til erfaring	Belyse erfaringer overvektige har med måltider og fysisk aktivitet	Kvalitativ studie	2 kvinner	Mat- unngå reaksjoner - Beskytte seg Selv Mat en løsningsrett problem Trening- utsatt for kritikk/vurderingssynliggjøring	90 % Nivå1.
12. Wysoker, Amy 2005 USA <i>Journal of the American psychiatric nurses association</i> vol 11 nr 1. 26-34	The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight	Å utforske synspunkter i fht å foreta en fedmeoperasjon for å redusere vekt	Kvalitativ studie Intervju	4 kvinner 5 menn Alder 38 – 57 år	Helhetlig tilnærming, implementer program, individuell tilpasset behandlingsprogram	90% Nivå 1

Vedlegg 3.

SF-36 SPØRRESKJEMA OM HELSE

Navn (blokkbostaver): _____

Dato: _____

INSTRUKSJON: Dette spørreskjemat handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål.

Hvert spørsmål skal besvares ved å sette ring rundt det tallet som passer best for deg. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

1. Sort sett, vil du si at din helse er: (sett ring rundt ett tall)

Utmerket.....	1
Meget god.....	2
God.....	3
Nokså god.....	4
Dårlig.....	5

2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?

(sett ring rundt ett tall)

Mye bedre enn for ett år siden.....	1
Litt bedre enn for ett år siden.....	2
Omtrent den samme som for ett år siden...	3
Litt dårligere enn for ett år siden.....	4
Mye dårligere enn for ett år siden.....	5

(SF-36 Norwegian version 1.2)

Copyright © New England Medical Center Hospitals, Inc.

All rights reserved

3. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?

Hvis ja, hvor mye?

(sett ring rundt ett tall på hver linje)

<u>AKTIVITETER</u>	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	1	2	3
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive hagearbeid	1	2	3
c. Løfte eller bære en handlekurv	1	2	3
d. Gå opp trappen flere etasjer	1	2	3
e. Gå opp trappen en etasje	1	2	3
f. Bøye deg eller sitte på huk	1	2	3
g. Gå mer enn to kilometer	1	2	3
h. Gå noen hundre meter	1	2	3
i. Gå hundre meter	1	2	3
j. Vaske deg eller kle på deg	1	2	3

4. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

(sett ring rundt ett tall på hver

linje)

	JA	NEI
a. Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeid eller andre gjøremål	1	2
b. Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	1	2
c. Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller	1	2

gjøremål		
d. Du har hatt problemer med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål (for eksempel fordi det krevde ekstra anstrengelser)	1	2

(SF-36 Norwegian version 1.2)

Copyright © New England Medical Center Hospitals, Inc.

All rights reserved

5. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f. eks. å være deprimert eller engstelig)?

(sett ring rundt ett tall på hver

linje)

	JA	NEI
a. Du har måttet redusere tiden du har brukt på arbeid eller andre gjøremål	1	2
b. Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket	1	2
c. Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig	1	2

6. I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

(sett ring rundt ett tall)

Ikke i det hele tatt.....	1
Litt.....	2
Endel.....	3
Mye.....	4
Svært mye.....	5

7. Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene?

(sett ring rundt ett tall)

Ingen.....	1
Meget svake.....	2

Svake.....	3
Moderate.....	4
Sterke.....	5
Meget sterke.....	6

(SF-36 Norwegian version 1.2)

Copyright © New England Medical Center Hospitals, Inc.

All rights reserved

8. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

(sett ring rundt ett tall)

Ikke i det hele tatt.....	1
Litt.....	2
Endel.....	3
Mye.....	4
Svært mye.....	5

9. De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

(sett ring rundt ett tall på hver linje)

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a. Følt deg full av tiltakslyst?	1	2	3	4	5	6
b. Følt deg veldig nervøs?	1	2	3	4	5	6
c. Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	1	2	3	4	5	6
d. Følt deg rolig og harmonisk?	1	2	3	4	5	6
e. Hatt mye overskudd?	1	2	3	4	5	6
f. Følt deg nedfor og trist?	1	2	3	4	5	6

g. Følt deg sliten?	1	2	3	4	5	6
h. Følt deg glad?	1	2	3	4	5	6
i. Følt deg trett?	1	2	3	4	5	6

(SF-36 Norwegian version 1.2)