

OBESITASKIRURGI – EN VÄG TILL FÖRÄNDRAT BETEENDE?

En litteraturbaserad studie

BARIATRIC SURGERY – A ROAD TOWARDS CHANGED BEHAVIOR?

A literature based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2018

Författare: Charlotte Andersson
Olivia Svan

SAMMANFATTNING

Titel:	Obesitaskirurgi - en väg till förändrat beteende?
Författare:	Andersson, Charlotte; Svan, Olivia
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Alander Persson, Malin
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	29
Nyckelord:	Beteendeförändring, Erfarenheter, KASAM, Obesitaskirurgi, Patientperspektiv

Bakgrund: Sedan år 1945 har obesitas tredubblats globalt och år 2016 hade mer än 650 miljoner människor obesitas. Tillståndet resulterar i minst 2,8 miljoner människors död årligen och överstiger antalet dödsfall relaterat till undernäring. Det förekommer stigmatisering kring obesitas vilket påverkar de utsattas fysiska och psykiska hälsa negativt. Individer med obesitas upplever generellt en sämre livskvalitet. Obesitaskirurgi har blivit ett frekvent verktyg för att stävja obesitasepidemin. En beteendeförändring krävs efter obesitaskirurgi för en bestående viktneigången. KASAM är centralt vid hälsa och huruvida en individ är kapabel att röra sig mot hälsa vid närvaro av stressorer. **Syfte:** Att beskriva patienters erfarenheter av livet efter obesitaskirurgi. **Metod:** En litteraturbaserad studie där datamaterialet bestod av tolv kvalitativa artiklar. **Resultat:** Ur analysen av datamaterialet framträdde tre huvudkategorier; från kaos till kontroll, ett förändrat tankesätt och ett förändrat liv och nio underkategorier. **Konklusion:** Livet efter obesitaskirurgi var komplext och det fanns skillnader i hur kapabla deltagare var att förändra sitt beteende. Sjuksköterskan behöver ha ett helhetsperspektiv och individanpassa stödet.

ABSTRACT

Title: Bariatric surgery – a road towards changed behavior

Author: Andersson, Charlotte; Svan, Olivia.

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: **Degree of Bachelor of Science in Nursing**, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Alander Persson, Malin.

Examiner: Sahlsten, Monika.

Pages: 29

Keywords: Bariatric surgery, Changed behavior, Experiences, Sence of coherence, Patientperspective

Background: Since 1945 obesity has tripled globally and exceeds more than 650 million people in 2016. It results in at least 2.8 million deaths annually and surpass the deaths followed by starvation. There is stigmatization around obesity which may adversely affect the physical and psychological health of the victims. Obese people generally experiences a poorer quality of life. Bariatric surgery has become an increasingly used tool to curb the ongoing obesity epidemic. A behavioural change is required after surgery in order for the weight loss to persist. A sense of coherence is central to health and whether an individual is capable of moving towards health in the presence of stressors. **Aim:** To describe patient's experiences of life after bariatric surgery. **Method:** A literature based study where the data consisted of twelve qualitative articles. **Results:** From the analysis three categories emerged; from chaos to control, a changed mindset and a changed life and nine subcategories. **Conclusion:** Life after bariatric surgery was complex and there were differences in capability regarding changing ones behaviour. Nurses need to have a holistic perspective and individualise the support.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Obesitas	1
Bakomliggande faktorer	1
Obesitaskirurgi	2
Efterförlopp	3
Stigmatisering kring obesitas	3
Hälsa.....	4
Lidande.....	4
KASAM	5
Beteendeförändring	5
Den transteoretiska modellen	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Analys.....	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Från kaos till kontroll	10
Mindre magsäck påtvingar förändrade vanor	10
Beroende och besatt av mat.....	11
Ett förändrat tankesätt	12
Ta eget ansvar.....	12
Strategier för att bryta dåliga vanor	12
Mat som bränsle istället för njutning	13
Ett förändrat liv	13
Viktnedgång ger motivation och uppskattning av livet	13
Ökad fysisk kapacitet i en mindre kropp	14
Den nya kroppen	14
Uppmärksammasom individ istället för en stor kropp.....	15
Resultatsammanfattning	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	18
Från kaos till kontroll	18
Ett förändrat tankesätt.....	20
Ett förändrat liv	21
Konklusion	22
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	22
REFERENSER	24

Bilaga 1: Datasökningar

Bilaga 2: Kvalitetsgranskningsmall

Bilaga 3: Översikt av analyserad litteratur

INLEDNING

Sedan år 1945 har obesitas (sjuklig fetma) nästan tredubblats globalt. År 2016 var 1,9 miljarder vuxna överviktiga och av dem hade mer än 650 miljoner människor obesitas (WHO, 2017a). Tillståndet har utvecklats till en global epidemi vilket resulterar i minst 2,8 miljoner människors död varje år och överstiger idag antalet dödsfall relaterat till undernäring (WHO, 2017b). Obesitas kan bero på att i dagens moderna samhälle är föda lättillgänglig och livsstilen blir allt mer stillasittande (Ericson & Ericson, 2012). Obesitas kan leda till en rad fysiska och psykiska följsjukdomar, samt påfrestande stigmatisering för individen (Dickins, Thomas, King, Lewis & Holland, 2011). Det kan vara svårt att genomföra de livsstilsförändringar som krävs för en varaktig viktnedgång (Ericson & Ericson, 2012). Därför har obesitaskirurgi blivit ett allt mer frekvent använt verktyg med syfte att stävja obesitasepidemin (Sundbom, 2017). Även om operationen medför en snabb viktnedgång, krävs en beteendeförändring för att inte gå upp i vikt igen (SOReg, 2017a). Sjuksköterskor behöver ökad förståelse kring fenomenet för att kunna tillhandahålla adekvat stöd, med mål att underlätta för patienter att skapa och bibehålla nya hälsosamma vanor. För att kunna identifiera faktorer som påverkar beteendeförändring och långsiktig viktnedgång behövs kunskapsutveckling om hur livet är efter obesitaskirurgi.

BAKGRUND

Obesitas

Övervikt och obesitas definieras som onormalt eller överdrivet mycket inlagrat fett i kroppen och utgör en risk för hälsan. Övervikt innebär att en individ har ett Body Mass Index (BMI) över 25 och obesitas ett BMI över 30. Både övervikt och obesitas är vanligare hos kvinnor än män (WHO, 2017a). Obesitas ökar risken för ett flertal följsjukdomar, exempelvis diabetes mellitus typ 2, hypertoni, hjärtinfarkt, angina pectoris, gallsjukdomar och artros (Micciolo et al., 2013; Khaodhiar, McCowen & Blackburn, 1999). Obesitas påverkar även kvinnans reproduktionscykel, vilket kan leda till infertilitetsproblem. Gravida kvinnor med obesitas löper också större risk för komplikationer som graviditetsdiabetes, eklampsi, graviditetsinducerad hypertoni och ryggbesvär (Linné, 2007). Frekvensen av följsjukdomar och sämre upplevd hälsa är högre hos kvinnor och sjukdomsfrekvensen stiger med högre ålder hos båda könen (Micciolo et al., 2013).

Bakomliggande faktorer

Livsstilsbetingad obesitas utvecklas under lång tid och endast en liten obalans mellan tillförd och förbrukad energi krävs för viktuppgång. Det förekommer genetiska faktorer som bidrar till obesitas och dessa gener är kopplade till hur kroppen hanterar överskott av energi (Ericson & Ericson, 2012). Agerberg (2014) uppger att 70 procent av risken för obesitas är genetiskt betingad. Denna risk står inte ensam för den globala utvecklingen av obesitas då det mänskliga genomet inte kan förändras så snabbt. Den största förändring som skett de senaste åren är livsmiljön. Människor äter inte bara för att upprätthålla energibalans utan också för att maten smakar bra och ser aptitlig ut. Matintaget kan även öka om individen är ledsen eller glad och påverkas av sociala och kulturella faktorer (Agerberg, 2014). Psykologiska faktorer kring hälsa fastställs i ung ålder och påverkas av föräldrars och vänners attityder kring mat och fysisk aktivitet. Utformningen av dagens samhälle bidrar till en fysisk inaktiv livsstil då

tillgängligheten till allmänna kommunikationsmedel, bilar, hissar, rulltrappor och andra bekvämligheter är stor (Ericson & Ericson, 2012).

En huvudfaktor till obesitas är aptitreglering. En individ med obesitas kräver mer energi för att uppnå mättnadskänsla (Ericson & Ericson, 2012). Fettväv producerar hormonet leptin och ju mer fettväv en individ har desto högre nivåer finns i kroppen. Leptin påverkar hypotalamus och reglerar ett antal signalsubstanser som minskar hungersignaler. I dag är uppfattningen att individer med obesitas utvecklat resistens mot leptin på samma sätt som individer med typ 2 diabetes utvecklat resistens mot insulin (Agerberg, 2014). För en individ med obesitas pågår därför en svår kamp mot hungersimpulser då en felaktig balans utvecklats i hungercentrum. Att motstå dessa impulser vid viktminskning kan upplevas som svårt, tålamodsprövande och kräver stark motivation (Ericson & Ericson, 2012). Ytterligare en faktor till obesitas är att en individ som lyckats reducera sin vikt har efter viktnedgång ett lägre energibehov än den som alltid varit normalviktig. Skillnaden i energiförbrukning är i vila cirka 20 procent och vid ansträngning cirka 25 procent. Anledningen till den lägre energiförbrukningen är att efter en lång tids övervikt har individens rörelsemönster och metabolism anpassats till övervikt vilket ger lägre utnyttjande av energi. Det förklarar varför en individ som lyckats gå ned i vikt lätt går upp i vikt igen (Ericson & Ericson, 2012). Att vara oförmögen att kontrollera viktuppgång, minskar självförtroendet hos individen med obesitas att våga lyckas i andra aspekter av livet, som att söka nya jobb eller träffa en potentiell partner (Dickins et al., 2011).

Obesitaskirurgi

Obesitaskirurgi har blivit ett allt mer frekvent verktyg med syfte att stävja obesitasepidemin (Sundbom, 2017). I Sverige utfördes 5550 obesitasoperationer år 2016, vilket var en minskning med 700 jämfört med år 2015. Operationen utförs på patienter mellan 18-60 år i Sverige och cirka 80 procent av patienterna är kvinnor (SOReg, 2017b). Indikationen för obesitaskirurgi är ett BMI på minst 40 hos en vuxen utan komplicerade sjukdomstillstånd. För patienter med samsjuklighet relaterat till obesitas, räcker ett BMI på 35 som indikation. De flesta kirurger kräver även att patienten gjort flera försök att gå ner i vikt genom livsstilsförändringar och läkemedel (Järhult & Offenbartl, 2013). Obesitaskirurgi syftar till att minska patientens risk för överviktsrelaterade följsjukdomar och belastningsskador på leder. Många olika metoder har prövats inom obesitaskirurgin. I nuläget har de metoder som försvårar födans passage genom magsäcken, som gastric banding, nästan övergetts och ersatts av metoder som orsakar malnutrition. De tre vanligaste metoderna är gastric bypass, sleeve gastrectomy och duodenal switch (Sundbom, 2017). Vid gastric bypass kopplas en större del av magsäcken bort och tunntarmen delas efter tolvfingertarmen. Tomtarmen sys fast på den nya magsäcksfickan och tolvfingertarmen kopplas sedan på tomtarmen för att kunna leda galla och bukspott (Ericson & Ericson, 2012). Vid sleeve gastrectomy tas tre fjärdedelar av magsäcken bort och den kvarvarande magsäcken görs om till ett smalt rör, vilket gör att magsäcken minskas men tarmarna förblir intakta (Li & Richard, 2017; Sundbom, 2017). Även vid duodenal switch görs magsäcken om till ett smalt rör. Tunntarmen kopplas om så att bukspott och galla utsöndras i den sista metern före tjocktarmen (Norlander, Ekfjord & Sundbom, 2014). Operationen utförs oftast med laparoskopisk teknik för att minska risk för sårkomplikationer och för att förkorta återhämtningstiden efter operationen (Järhult & Offenbartl, 2013).

Efterförlopp

Andelen patienter som drabbas av svåra komplikationer i efterförloppet är cirka tre procent (SOReg, 2017b). Komplikationer som kan uppstå vid obesitaskirurgi är enligt Järhult och Offenbartl (2013) sårinfektioner, ärrbräck vid öppen operation, pneumoni, lungemboli och hjärtarytmier. De förebyggs bäst genom smärtlindring, tidig mobilisering och trombosprofylax. Livshotande anastomosläckage kan uppstå tidigt postoperativt och kräver akut kirurgi. Senare i förloppet kan anastomosen mellan ventrikeln och tunntarmen ge komplikationer i form av striktur, ulcus och blödningar. Vid obesitaskirurgi kan patienten få inre bräck med ileus som följd. Brist på järn, vitamin B12, folat, fettlösliga vitaminer och/eller elektrolyter kan uppkomma. Patienten får även en försämrad förmåga att resorbera kalcium vilket gör att de ställs på dagligt intag av kalk och D-vitamintillskott (Järhult & Offenbartl, 2013).

För att obesitaskirurgi ska fungera krävs det att patienten förutom operationen förstår vikten av att ändra sitt beteende vad gäller ätande och fysisk aktivitet. De kan behöva stöd från professionella för att understödja dessa förändringar (SOReg, 2017a). Målen vid viktminskning bör vara realistiska och långsiktiga. Patienten behöver ofta göra grundläggande livsstilsförändringar och vägen till målet är ofta kantat av flera misslyckanden. Patienten behöver komma till insikt med varför hen har obesitas och göra livslånga förändringar för att lyckas (Ericson & Ericson, 2012). Sjuksköterskans roll vid behandling av obesitas är att informera och undervisa om riskerna med obesitas och vilka fördelar viktminskning har för hälsan (Gainey Seals, 2007). Hälsa- och sjukvårdspersonalens inriktning är att förhindra uppkomst av sjukdom genom att exempelvis informera om hur dödlighet och sjuklighet kan minska vid livsstilsförändringar. Synsättet har begränsningar då det är sjukdomsorienterat och rationellt, därmed tas inte hänsyn till emotionella faktorer som inverkar på patientens levnadsvanor (Arborelius, 2013). Sjuksköterskan har en central roll vid behandling av obesitas då det ofta är hen som utför viktkontroller och provtagningar. Det är också sjuksköterskan som har mest kontakt med patienten vilket gör att hen fortsättningsvis har en stödjande och omhändertagande roll vid svårigheter (Ericson & Ericson, 2012).

Stigmatisering kring obesitas

Stigmatisering relaterat till obesitas kan för individen vara en motivering till att genomgå obesitaskirurgi (Brewis, 2014). Forskning visar att individer med obesitas upplever stigmatisering kring sin övervikt, vilket påverkar deras fysiska och psykiska hälsa negativt (Dickins et al., 2011). Lewis et al. (2011) uppger att det oftast sker i möten med andra som kan vara både främlingar, medarbetare, sjuksköterskor, vänner samt familj och visar sig i form av attityder och beteenden mot den utsatte. Individer med obesitas upplever att andra i deras närhet kan komma med negativa kommentarer, bantningstips eller samtala negativt om obesitas när de är i närheten. De kan känna att andra stirrar på dem om de äter offentligt, tittar i deras shoppingvagn i mataffären eller skrattar åt dem om de besöker ett gym eller badhus. Vänner kan låta bli att bjuda dem på fester och middagar då vännerna inte vill synas tillsammans med en individ med obesitas (Lewis et al., 2011). Stigmatisering sker inom områden som arbete, utbildning, media samt hälso- och sjukvård. På arbetsplatser har individer med obesitas svårare att få anställning, befordring, social acceptans bland kollegor och har sämre löneutveckling (Puhl & Heuer, 2009). Forskning visar att sjuksköterskor kan associera individer med obesitas med att vara lata, korkade och värdelösa (Schwartz, O'Neal Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2003). Det gör att den utsatta patientgruppen undviker att söka hjälp av hälso- och sjukvård (Lewis et al., 2011). Sjuksköterskans arbete ska dock ha ett etiskt förhållningssätt som

omfattar respekt för mänskliga rättigheter, människors värderingar, vanor, tro, autonomi, integritet och värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Stigmatiseringen leder till att individen undviker sociala sammanhang, med isolering och ensamhet som följd. Den sociala isoleringen gör att de får svårt att skapa nya relationer liksom svårigheter att upprätthålla de nära relationer de har sedan innan, vilket kan leda till att de får ett minskat socialt stöd. Individerna får till följd av stigmatiseringen lägre självkänsla och självförtroende, kan drabbas av depression, oro och ångest (Lewis et al., 2011; Puhl & Heuer, 2009).

Hälsa

Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom (WHO, 2018). Hälsa är något de flesta inte reflekterar över förrän den är hotad. När den inte längre kan tas för givet, uppmärksammas den (Wiklund, 2003). Lidande kan ge hälsa då individen blir medveten om kontrasterna och vilka möjligheter de egna resurserna ger (Eriksson, 1994). Hälsa kan enligt Dahlberg och Segesten (2010) ses ur naturvetenskapligt och vårdvetenskapligt perspektiv. Det naturvetenskapliga perspektivet lägger vikt vid hur biologiska system i kroppen fungerar och samverkar med varandra. Sett från detta perspektiv råder hälsa när den biologiska kroppen fungerar optimalt. Vårdvetenskapen har inte den biologiska funktionen som enda eller främsta fokus. När individer beskriver sin egen hälsa är det inte endast och inte alltid i första hand de biologiska funktionerna som står i centrum. Istället är det upplevelsen av att må bra och vara kapabel till att genomföra det som individen anser vara av värde i livet och är således både biologiskt och existentiellt betingat (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsa beskrivs som ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande. Den objektiva mätbara dimensionen av hälsa utgörs av psykisk sundhet och fysisk friskhet medan den subjektiva dimensionen utgörs av individens upplevda välbefinnande, välbefinnandet (Eriksson, 1996). Det är svårt att mäta och sätta upp objektiva kriterier för välbefinnande då det utgår från individens inre upplevelser, vilket gör det unikt och personligt (Wiklund, 2003). Vad gäller fysisk hälsa upplever individer med obesitas högre grad av somatisk smärta och lägre fysisk funktion än normalviktiga (Algul et al., 2009). Forskning visar att det finns ett samband mellan obesitas, låg socioekonomisk status och sämre upplevd livskvalitet, dessutom upplever kvinnor med obesitas att de har sämre livskvalitet än män med samma BMI (Kinge & Morris, 2010). Det finns en koppling mellan obesitas och fysisk och psykisk ohälsa. Individer med obesitas upplever generellt svagare hälsa och livskraft. De har även lägre mental hälsa med besvär som depression, ångest och aggression samt upplever sociala situationer som svårare (Algul et al., 2009). I omvårdnaden syftar sjuksköterskors förhållningssätt och handlingar till att främja hälsa och motverka ohälsa genom att stödja patienter till hälsosamma livsstilsvanor och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Lidande

Lidandet är mångdimensionellt innehållande kval, plåga, vånda eller smärta. Lidandet kan innebära en prövning och kan vara något som för individen framåt (Eriksson, 1994). Individen har en inneboende naturlig kraft till självreglering och självhelande vilket gör att hen kan lindra, bära och utvecklas med sitt lidande. Det är dock inte en självklarhet att individen utvecklas i lidandet eller att lindring kan åstadkommas, då kulturella och sociala hinder kan stå i vägen. Lidandets intensitet kan öka på grund av yttre och inre omständigheter (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Sjukdomslidande kan enligt Eriksson (1994) delas in i två kategorier; kroppslig smärta

som orsakas av sjukdom eller behandling samt själsligt och andligt lidande som orsakas av individens upplevelse av exempelvis förnedring, skam eller skuld i samband med sjukdom och behandling. Det kan bland annat uppstå på grund av en fördömande hållning från sjuksköterskor och/eller i sociala sammanhang. Livslidande uppstår när individens invanda liv rubbas då det invanda och självklara försvinner. Möjligheterna till att fullfölja sociala uppdrag hotas. Livslidandet berör allt det som innebär att leva och vara en människa bland andra människor (Eriksson, 1994). I dagens samhälle lider många individer med obesitas till följd av stigmatiseringen som finns kring vikt (Dickins et al., 2011; Lewis, Thomas, Blood, Castle, Hyde, & Komesaroff, 2011; Puhl & Heuer, 2009). I omvårdnaden kan lidandet lindras genom att sjuksköterskor bekräftar patientens lidande och är tillgänglig samt närvarande. Det ökar patientens möjlighet att försonas med lidandet och förstå sin situation på ett nytt sätt (Svensk sjuksköterskeförening 2016).

KASAM

Känslan av sammanhang (KASAM) är centralt vid hälsa och huruvida individen är kapabel att röra sig mot hälsa vid närvaro av stressorer (Antonovsky, 1991). Stressorer kan exempelvis vara dödsfall, sjukdom eller press från omgivningen. Det kan bidra till fysisk och psykisk påverkan, liksom andlig och social stress (Klang, 2014). Antonovsky (1991) beskriver att KASAM består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. *Begriplighet* innebär att en individ förstår inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara och att information är ordnad, sammanhängande och tydlig. En individ med hög känsla av begriplighet förväntar sig att det som hen kommer att möta i framtiden är förutsägbart eller att kommande överraskningar går att ordna och förklara. *Hanterbarhet* handlar om hur individen ser på de resurser som finns för att hantera en händelse, både egna resurser liksom närstående eller professionella resurser. Individer med hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer för omständigheter utan kan hantera situationen och gå vidare. *Meningsfullhet* är KASAMs motivationskomponent som ger livet en känslomässig innebörd. En individ med hög känsla av meningsfullhet har områden i livet som är betydelsefulla för dem. En ovälkommen händelse kan ge mening genom den utmaning som individen ställs inför och att med bibehållen värdighet ta sig igenom den. Det är centralt att individen ges möjlighet till medbestämmande. En individ vars omvärld är likgiltig inför hen upplevs som en värld utan mening och individen blir ett objekt. Individen måste acceptera sin uppgift och ta ansvar för sitt eget handlande (Antonovsky, 1991). Individer med starkt KASAM har lättare för att anpassa sig till nya situationer och trots ständig närvaro av stressorer klarar de av att upprätthålla jämvikt i livet. Individer med måttlig KASAM är mer sårbara för stressorer och kan med tiden utveckla ännu lägre KASAM (Antonovsky, 1991; Nilsson, Holmgren, Stegmayr & Westman, 2003). Fysiskt aktiva individer har tendens till högre KASAM än inaktiva. Kardiovaskulär sjukdom och/eller diabetes, som är följsjukdomar till obesitas, ger högre risk för sjunkande KASAM (Nilsson et al., 2003).

Beteendeförändring

Syftet med beteendeförändringar är att uppnå hälsosamma förändringar med positiva hälsoeffekter på långt sikt, exempelvis bättre självkänsla, viktkontroll och prevention av följsjukdomar. En beteendeförändring handlar om att motivera patienten att själv ha viljan att genomföra förändringen, inte påtvinga den (Faskunger, 2001). Tvekan till beteendeförändringar kan uppstå när de uppfattade fördelarna vägs mot de uppfattade nackdelarna med förändringen (Faskunger & Schäfer Elinder, 2006). Beteendeförändring bör ses som en gradvis process där det sker en förflyttning från ett problembeteende till ett

hälsosammare beteende. Faktorer som engagemang, miljö, självförtroende och stöd påverkar vart en individ befinner sig i denna förändringsprocess. (Faskunger, 2001). Motivation leder en individ till vad hen beslutar sig för att göra och hur länge (Josefsson & Lindwall, 2010). Det är ofta en förutsättning för förändring. En individs självtillit till att klara en specifik uppgift bidrar till att höja motivationen och ju högre motivationsgrad desto större är sannolikheten till förändring (Hultgren, 2008). Motivationsfaktorer kan skilja sig mellan individer och kan skifta för en individ vid olika tillfällen i livet. En orsak till att förändringar inte genomförs kan vara att individen uppskattar det som är ohälsosamt. Det är viktigt att klargöra syftet med förändringen för att det ska kännas betydelsefullt att avstå från ohälsosamma nöjen (Egger, Coutts och Litt, 2014). Sjuksköterskor kan stödja patienter till beteendeförändring genom att tillämpa interventioner som passar det förändringsstadium patienter befinner sig i. Genom att hjälpa patienten att förstå transteoretiska modellens (TTM) dynamiska process och utvärdera tidigare misslyckade försök till förändring, kan sjuksköterskor bättre stödja patienters väg till bestående beteendeförändring (Gainey Seals, 2007).

Den transteoretiska modellen

Prochaska, Norcross och DiClemente (2010) beskriver i TTM att förändring utvecklas genom sex stadier som belyser förändringsbenägenheten: förnekelsestadiet, begrundandestadiet, förberedelsestadiet, handlingsstadiet, upprätthållandestadiet och avslutningsstadiet. I *förnekelsestadiet* är individen inte medveten om att hen har ett ohälsosamt beteende, även om andra uppmärksammat det. Individen har ingen avsikt att ändra sitt beteende och förnekar problemet. I det här stadiet är det inte troligt att hen kommer förändra sig. I *begrundandestadiet* har individen insett att beteendet är ett problem och börjar intressera sig för orsaker och lösningar. Även om individen tar reda på hur målet kan nås, kan hen fortfarande vara långt ifrån att försöka ändra beteendet då hen inte känner sig redo. I *förberedelsestadiet* planerar individen att påbörja sin förändring inom kort. Hen gör de sista förberedelserna innan handling, exempelvis berättar för närstående om den planerade förändringen. Individen upplever både motivation och ambivalens. Vid radikala förändringar är risken stor att snabbt falla tillbaka till gamla beteenden. En noga genomtänkt planering med små förändringar ökar chansen att bibehålla förändringen genom upprätthållande- och avslutningsstadiet. I *handlingsstadiet* börjar individen öppet förändra sitt beteende och sin miljö. Det kräver stort engagemang, tid och energi av individen. Andra individer uppmärksammar förändringen och kan allt för snabbt likställa handlingen med att det har blivit en vana, vilket kan leda till brist på stöd och att individen faller tillbaka i gamla vanor. Även om individen fallerar i detta stadium, har hen rört sig närmre sitt mål i de föregående stadierna genom att skaffa mer kunskap om sitt problem och ändrat sitt tankesätt. *Upprätthållandestadiet* består av att individen identifierar det positiva hen uppnått genom föregående stadier och kämpar för att behålla engagemang och förhindra återfall i gamla vanor. En förändring slutar aldrig med handling och om en handling ska bli en förändring måste den bli en vana. I *avslutningsstadiet* är problemet inte längre närvarande, förändringen har blivit en vana och individen upplever ingen rädsla eller risk för återfall (Prochaska et al., 2010).

PROBLEMFORMULERING

Obesitas är ett växande folkhälsoproblem som till stor del påverkas av livsmiljön. Det kan leda till hälso- och psykosociala komplikationer för individen. För att genomföra de livsstilsförändringar som behövs för en långsiktig viktminskning krävs ett stort engagemang och kunskap, vilket för många individer kan vara överväldigande. Obesitaskirurgi leder till snabb viktminskning under ett par år. För en långsiktig viktminskning behöver individen även

förändra sitt tidigare beteende som orsakat tillståndet. För att sjuksköterskor ska få ökad förståelse för de utmaningar patientgruppen ställs inför behöver patienters erfarenheter av livet efter obesitaskirurgi studeras. Kunskapen kan ge sjuksköterskor underlag för att bättre kunna stödja patienter ur ett helhetsperspektiv och därmed underlätta beteendeförändring

SYFTE

Att beskriva patienters erfarenheter av livet efter obesitaskirurgi.

METOD

Metoden som valdes var en litteraturbaserad metod för att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning beskriven av Friberg (2017). Det innebär att kunskapsvärdet från flera studier sammanställs för att skapa en sammansatt kunskap kring det studerade fenomenet. Avsikten är att utforma en vägledning för hur det studerade fenomenet kan hanteras i vårdarbetet. Det uppnås genom att sammanställa tidigare forskning till en ny helhet och omvandla identifierad vetenskaplig kunskap till praktisk användbar kunskap, vilket kan öka förståelsen för det valda fenomenet (Friberg, 2017). Syftet med studien var att skapa en beskrivande sammanställning av patienternas erfarenheter av livet efter obesitaskirurgi.

Urval

Urvalet bestod av vetenskapliga artiklar. Inklusionskriterier var engelskspråkiga kvalitativa artiklar ur ett patientperspektiv, publicerade mellan åren 2008-2017 för att få tillgång till aktuell forskning. Artiklarna var utförda i Europa, Nordamerika eller Australien och inkluderade vuxna över 18 år som genomgått obesitaskirurgi. Variation av ålder och kön bland deltagare kan ge en bredare bild av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Därför gjordes ingen inskränkning till kön. Artiklarna var peer reviewed vilket enligt Karlsson (2012) är ett sätt att säkerställa forskningens kvalitet då artikeln granskats av andra forskare innan den publiceras.

Datansamling

CINAHL och Medline användes som sökdatabaser eftersom de tillhandahåller ett stort material inom evidensbaserad hälsa och omvårdnad. Boolesk söklogik och trunkering användes i samtliga sökningar (bilaga 1). Boolesk söklogik används enligt Östlundh (2017) för att bestämma vilka samband olika sökord har till varandra och trunkering används för att få träffar på olika böjningsformer av sökorden. Sökord som användes var patient*, experienc*, bariatric surgery, gastric bypass, duodenal switch, life och qualitative. För att få fler relevanta träffar användes OR mellan de olika operationsmetoderna och AND för att få träffar på samtliga sökord. Datasökningarna gav totalt 117 träffar, där 117 titlar lästes. Därefter lästes 42 abstrakt som skulle kunna svara på syftet, varvid 25 kvalitativa artiklar återstod. Av de lästa artiklarna var det 12 som uppfyllde inklusionskriterierna och de etiska kraven och fick ingå i studien. De utvalda artiklarna kvalitetsgranskades sedan enligt Fribergs (2017) granskningsmall av kvalitativa studier (bilaga 2). Mallen består av fjorton punkter som bland annat berör om det finns ett tydligt problem och syfte formulerat, hur metod och deltagare är beskrivna, hur data analyserats och tolkats, vad resultatet visar och om det finns några etiska resonemang. Av de 12 inkluderade artiklarna bedömdes 9 inneha hög kvalitet och 3 medelhög kvalitet (bilaga 3).

Analys

Datamaterialet analyserades enligt en modell i fem steg beskriven av Friberg (2017). Studiens syfte skrevs ned på ett papper för att tydligt hålla syftet i minnet. I det första steget lästes artiklarna enskilt flera gånger för att få en förståelse för helheten med fokus på resultatet. I det andra steget lästes artiklarna igenom gemensamt, enskilda nyckelfynd diskuterades och ställning togs till vad som var mest framträdande i artiklarnas resultat relaterat till syftet. I det tredje steget sammanställdes artiklarnas resultat i ett worddokument för att få en schematisk överblick av datamaterialet. Varje artikel fick ett nummer i worddokumentet och sedan skrevs sammanställningen ut. I det fjärde steget fördes artiklarnas likheter och skillnader samman, för att skapa nya kategorier/underkategorier. Datamaterialet i det utskrivna worddokumentet klipptes isär i olika nyckelfynd som svarade på syftet. Varje nyckelfynd markerades med det

nummer som artikeln fått i steg tre, för att underlätta referenshantering. Exempelvis markerades alla fynd från artikel ett med en etta. Nyckelfynden sorterades efter likheter och skillnader och lästes var för sig. Dessa sammanfattades i en mening för att belysa innebörden. Liknande erfarenheter sammanfördes och bildade nio underkategorier. Varje underkategori lästes var för sig och sammanfattades i en mening som belyste innebörden. Ur underkategoriernas innehåll framträdde tre huvudkategorier som lyfte fram underkategoriernas huvudfynd. I det femte steget skapades en sammanfogad text utifrån nyckelfynden under varje underkategori och det bildades en ny helhet av det analyserade datamaterialet.

Etiska överväganden

Denna studie innefattade en sammanställning av redan genomförda kvalitativa empiriska studier utförda på människor. Därför lades det vikt vid att säkerställa att studierna följde tydliga etiska riktlinjer enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Människors välfärd ska ges företräde framför samhällets och vetenskapens behov. Det var även centralt att samtliga inkluderade resultatartiklar skulle ha tydliga etiska överväganden och godkännande från etiska kommittéer. Stryhn (2007) skriver att forskningsetiska kommittéers uppgift är att skydda studiedeltagare genom att bedöma riskerna med studien och säkerställa att deltagarna informeras skriftligt och muntligt om innehåll, risker och fördelar. Ett skriftligt, frivilligt samtycke ska även inhämtas från deltagarna (Stryhn, 2007).

Codex (2017) uppger att vetenskapligt arbete i normala fall publiceras, vilket ger möjlighet för andra med kunskaper inom området att bygga vidare på det som andra redan gjort. Eftersom studien baserades på publicerade artiklar togs upphovsrättslagen (SFS 1960:729) i beaktande, som innebär att den som skrivit en artikel som gjorts tillgänglig för allmänheten ska angivas i den omfattning och på det sätt god sed kräver. I denna studie var därför författarna noggranna med att referera till använda artiklar och litteratur, för att hålla sig till god etisk sed och inte bestrida upphovsrättslagen (SFS 1960:729).

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier och nio underkategorier som presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Från kaos till kontroll	<ul style="list-style-type: none">• Mindre magsäck påtvingar förändrade vanor• Beroende och besatt av mat
Ett förändrat tankesätt	<ul style="list-style-type: none">• Ta eget ansvar• Strategier för att bryta dåliga vanor• Mat som bränsle istället för njutning
Ett förändrat liv	<ul style="list-style-type: none">• Viktnedgång ger motivation och uppskattning av livet• Ökad fysisk kapacitet i en mindre kropp• Den nya kroppen• Uppmärksammas som individ istället för en stor kropp

Från kaos till kontroll

Kategorin handlar om en övergång från ett okontrollerat matintag till att inte längre kunna äta i samma utsträckning som tidigare, på grund av den reducerade magsäcken. Detta innefattar att mindre magsäck påtvingar förändrade vanor samt beroende och besatt av mat.

Mindre magsäck påtvingar förändrade vanor

Operationen gav en förändrad mag-tarmkanal som till en början endast tillät små mängder mat innan de kände sig mätta, en mättnad som tidigare inte upplevts. Det erfor att operationen tog kontroll över matintaget och påtvingade dem ett förändrat hälsosammare ätbeteende med viktnedgång som följd. Att deras egen kontroll försvann kunde upplevas som en tillfredsställande lättnad, men även inge känslor av förlust och tomhet. Deltagare erfor att det var svårt psykiskt att inte kunna äta i samma utsträckning som tidigare och att stå emot begär av vissa typer av föda. Det upplevdes svårt att särskilja hunger och begär, vilket gjorde det utmanande att beräkna hur mycket mat den nya magsäcken kunde tolerera (Faccio, Nardin & Cipoletta, 2016; Jensen et al., 2014; Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011). Deltagare kunde uppleva ambivalens kring de påtvingade förändringarna. De ville att deras egen kontroll över matintag skulle tas bort, men agerade mot det genom att utveckla strategier för att upprätthålla tidigare ohälsosamt ätbeteende. Det kunde vara strategier som att

äta många små kaloririka mål dygnet runt och att tugga maten ordentligt för att få plats med mer. De åt mer än vad den reducerade magsäcken klarade av i syfte att tänja ut den, trots att det medförde kroppsligt obehag (Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011).

Att äta för mycket eller vissa typer av föda som exempelvis innehöll mycket socker eller fett, kunde leda till oförutsedda kroppsliga reaktioner som diarré, kräkning, gasbildning, yrsel och smärta. Det gjorde att de inte kunde njuta av maten på samma sätt som förut. Att njuta av maten var önskvärt och viktigare än matens näringsvärde (Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011; Okland-Lier, Aastrom & Rortveit, 2015; Stenmark-Tullberg et al., 2017). Kroppsliga reaktioner medförde att de kände sig oroliga, hjälplösa och övergivna. Diarré och smärtsamma gaser upplevdes besvärande i sociala sammanhang. Hänsyn till andra prioriterades framför det fysiska obehaget, exempelvis att inte använda andras toaletter och hålla tillbaka gaser. De som fick allvarliga komplikationer upplevde att det var svårt att leva med dem och reflekterade kring om det var rätt beslut att operera sig (Natvik et al., 2013).

Första tiden efter operationen var deltagare osäkra på vilken typ av föda de tolererade. Rädsla för fysiskt obehag hindrade dem från att agera impulsivt, vilket bidrog till nya beteendemönster. Det tog tid att bekanta sig med den nya mag-tarmkanalen och var en tidsperiod av försök och misstag där de fick experimentera och lära sig att äta på nytt. Kroppen upplevdes till slut som förutsägbar, vilket gav en känsla av kroppslig kontroll. De lade vikt vid att lyssna på kroppens signaler och modifierade därefter sitt ätbeteende (Jensen et al., 2014; Liebl et al., 2016; Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011; Okland-Lier et al., 2015).

Beroende och besatt av mat

Deltagare upplevde att de var beroende och besatta av mat. Både före och efter operationen hade de problem med ätstörningar, främst hetsätning. Det emotionella ätandet kunde försvinna efter operationen, men ibland kvarstod problematiken. Mat beskrevs som en vän som alltid fanns där och aldrig svek eller dömde dem. Det förändrade ätbeteendet som operationen medförde gjorde att de upplevde förlust av sitt sätt att hantera känslor. Förlusten av det emotionella ätandet skapade ett tomrum i deras liv och de sökte efter något som kunde fylla tomrummet. Det emotionella ätandet kunde bytas ut mot andra beroenden, exempelvis alkohol och shopping (Jensen, Petersen, Larsen, Jorgensen, Gronbaek & Midtgaard, 2014; Liebl, Barnason & Brage-Hudson, 2016; Lynch, 2015; Natvik, Gjengedal, Moltu & Råheim, 2014; Ogden, Avenell & Ellis, 2011; Stenmark-Tullberg, Fagevik-Olsén, Shams & Wiklund, 2017; Sutton, Murphy & Raines, 2009; Wood & Ogden, 2015). Deltagare upplevde att de alltid skulle vara emotionella ätare, men försökte hitta hälsosamma alternativ som kunde ge dem tillfredsställelse och bidra till fortsatt viktning. Det var dock svårt att förändra ätvanor, förlora vikt och samtidigt stå emot emotionella begär att äta. Känslor av besvikelse och skuld gjorde det utmanande att upprätthålla nya matvanor. Deras möjligheter och begränsningar var tätt sammankopplade med den nuvarande livssituationen. Dödsfall, depression, äktenskapsproblem eller finansiella problem beskrevs som stressande situationer där deltagare lätt återföll till emotionellt ätande (Liebl et al., 2016; Lynch, 2015; Sutton et al., 2009; Natvik, Gjengedal & Råheim, 2013; Ogden et al., 2011; Natvik et al., 2014).

Deltagare erfor att sjuksköterskor separerade kropp och sinne i samband med operationen och åsidosatte deras psykiska behov. Ohälsosamma ätbeteenden ansågs vara ett psykiskt problem som inte uppmärksammades av sjuksköterskor. De upplevde även att psykiskt stöd postoperativt saknades och att obesitas borde erkännas som ett psykiskt problem. Deltagare som

haft ett sjukligt ätbeteende under en lång tid hade uppskattat om viktproblemet uppmärksammats tidigare innan utvecklingen av obesitas (Ogden et al., 2011).

Ett förändrat tankesätt

Kategorin handlar om att ändra sina utgångspunkter för att skapa nya hälsosamma vanor. Detta innefattar att ta eget ansvar, strategier för att bryta dåliga vanor samt mat som bränsle istället för njutning.

Ta eget ansvar

De hade önskat att livsstilsförändringen skulle komma automatiskt efter operationen men insåg att det var en förändring som bara de själva kunde ta ansvar för. Livsstilsförändringar skapade en inre mental och emotionell process, där hela det invanda livsmönstret ställdes på sin spets. De belyste vikten av att vara redo för förändring. Deltagare som gjort två operationer, där den första inte ledde till bestående viktnedgång förklarade det som att de inte var mentalt redo för att ändra sitt livsmönster, vilket bidrog till ett misslyckat resultat (Jensen et al., 2014; Liebl et al., 2016; Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Ogden et al., 2011; Okland-Lier et al., 2015; Sutton et al., 2009). Operationen sågs som ett hjälpmedel till ett hälsosammare liv, men de hade eget ansvar för att det hälsosamma livet skulle bli bestående. Deltagare som misslyckats med att gå ner i vikt ville lämna över kontrollen till sin reducerade magsäckskapacitet och förlitade sig helt på att operationen skulle lösa deras viktproblem. Skulden kunde läggas på faktorer som de inte hade möjlighet att påverka, exempelvis själva operationen. De upplevde att viktnedgången uteblev eller att de gått upp i vikt igen för att operationen misslyckats (Lynch, 2015; Ogden et al., 2011).

Strategier för att bryta dåliga vanor

Deltagare började prioritera sina hälsobehov och fokuserade på sig själva i första hand. De ökade sin självmedvetenhet och utvecklade strategier för att bryta tidigare ohälsosamma vanor kopplade till obesitas. De upplevde också att de behövde vara självmedvetna resten av livet för att inte återgå till gamla beteendemönster. Strategierna handlade om att planera sitt matintag, läsa innehållsförteckningar och äta samma måltider vid upprepade tillfällen för att inte behöva tänka efter vid varje måltid. Det handlade också om hur de åt, exempelvis att äta små bitar, tugga långsamt och lägga ner besticken mellan varje tugga. För att undvika återfall i emotionellt ätande försökte deltagare att hantera känslorna genom att hålla sig sysselsatta med att gå promenader, slappna av i ett bad, lösa korsord och läsa böcker (Liebl et al., 2016; Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Wood et al., 2015). Stöd från familjen upplevdes vara central för en bestående viktnedgång och utan dem hade inte viktnedgången varit möjlig. Stödet kunde bestå av att planera inköp, handla och laga mat tillsammans, vilket var särskilt betydelsefullt i en stressig vardag (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Jensen et al., 2014; Liebl et al., 2016).

Rädslan för att gå upp i vikt igen var ständigt närvarande. Viktuppgång var starkt relaterad till skam och misslyckande. Vikten av att vara strikt med att följa den hälsosammare dieten och att lyssna på kroppens signaler belystes, för att inte riskera att falla tillbaka i gamla vanor. Den strikta livsstilen kunde upplevas ohållbar på lång sikt. För en långsiktig förändring belyste deltagare betydelsen av att hitta en balans mellan frihet och kontroll. De var dock osäkra på om en friare livsstil var ett klokt beslut eller en risk för att gå upp i vikt igen, vilket skapade

osäkerhet inför framtiden (Jensen et al., 2014; Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011; Okland-Lier et al., 2015; Sutton et al., 2009; Wood et al., 2015).

Mat som bränsle istället för njutning

Deltagare beskrev att deras relation till mat förändrades genom att byta tankemönster. Mat upplevdes inte längre som en källa till njutning eller emotionell tröst, utan sågs istället som bränsle och näring till kroppen. De minskade ätandets betydelse i sina liv, vilket beskrevs som att inte leva för att äta utan äta för att leva. En del hade fortfarande en dålig relation till mat och såg ätandet som ett beroende. Dessa deltagares hälsa och välbefinnande befann sig ännu i riskzonen, då ätbeteendet fortsatt upplevdes som komplext och utmanande. Att bibehålla sin nya relation till mat var svårt vid närvaro av stressorer som dödsfall, skilsmässa, semester, arbete eller depression. Stressorer kunde medföra återfall till ohälsosamma ätbeteenden och emotionellt ätande (Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Sutton et al., 2009; Wood et al., 2015). Ett förändrat tankesätt kring mat startade en positiv process där de inte längre åt av emotionella skäl, eftersom emotionellt ätande endast ansågs ge en kort, tillfällig känsla av lycka och tillfredsställelse. Det lades vikt vid att komma till insikt med varför de var emotionella ätare. En del kom till insikt med det före operationen men för många andra var det en del av processen av att lära sig leva med den nya mag-tarmkanalen (Lynch, 2015; Wood et al., 2015).

Ett förändrat liv

Kategorin handlar om att viktnedgången medför ett nytt perspektiv på livet där den lättare kroppen underlättar rörelse och möjliggör ökad självständighet. Detta innefattar om att viktnedgång ger motivation och uppskattning av livet, ökad fysisk kapacitet i en mindre kropp, den nya kroppen samt uppmärksammas som individ istället för en stor kropp.

Viktnedgång ger motivation och uppskattning av livet

Deltagare upplevde att de drastiskt gick ned i vikt under det första året efter operationen. De uppgav att vad de än gjorde så förlorade de vikt (Lynch, 2015; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011; Sutton et al., 2009; Wood et al., 2015). Den snabba viktnedgången medförde ett ökat självförtroende, som ökade eller minskade med vikten. Tillfredsställelsen av viktnedgången förstärkte motivationen till att äta rätt och motionera. En tid efter operationen stabiliserades eller ökade vikten. Den reducerade magsäcken kunde tolerera mer föda och hungern återkom sakta, vilket blev en utmaning att hantera. För att underlätta ett fortsatt hälsosamt beteende lyftes vikten av att ha skapat sig goda vanor under den initiala fasen efter operationen (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Jensen et al., 2014; Lynch, 2015; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Ogden et al., 2011; Okland-Lier et al., 2015; Sutton et al., 2009).

De erfor att viktnedgången gett dem ett nytt perspektiv och uppskattning av livet, liksom nyfunnen energi och hopp om fortsatt viktnedgång och välbefinnande. De uppgav att operationen var det bästa de kunde ha gjort och såg det som en livsomvälvande förändring och en andra chans till att leva (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Jensen et al., 2014; Liebl et al., 2016; Natvik et al., 2013; Sutton et al., 2009). Deltagare erfor att deras livsstilsförändringar influerade andra i deras omgivning till en hälsosammare livsstil. De uppgav att de hade varit bekymrade för att barnen skulle ärva deras ohälsosamma beteenden men erfor att de nu kunde påverka barnen i en positiv riktning (Liebl et al., 2016; Okland-Lier et al., 2015). De som

tidigare varit oroliga för att inte kunna bli gravida på grund av obesitas hade nu hopp om att drömmen om biologiska barn kunde besannas (Jensen et al., 2014).

Ökad fysisk kapacitet i en mindre kropp

Deltagare erfor att den mindre kroppen gav mer energi och var lättare att röra sig med, vilket underlättade för dem att utföra fysiska aktiviteter och träning. De uttryckte glädje över att exempelvis kunna gå upp för trappor utan problem. Dagliga aktiviteter som att handla, tvätta och knyta skorna var inte längre svåra att genomföra. Viktnedgången medförde en ökad arbetskapacitet och de som tidigare varit sjukskrivna kunde återgå till arbete. Även fast en mindre kropp gav mer energi och underlättade rörelse fann deltagare det överraskande att träning var jobbigt, trots viktnedgången, och motivationen var svårfunnen. Andra orsaker till att inte träna var att de upplevde sig själva som lata, hade brist på rutiner och stöd, liksom okunskap om träning eller besvärande överflödigt hud. De kunde även känna sig tafatta och klumpiga vid fysisk aktivitet (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Natvik et al., 2013; Okland-Lier et al., 2015; Stenmark-Tullberg et al., 2017; Wood et al., 2015).

För de deltagare som ökade den fysiska aktiviteten öppnade sig en ny värld, där de kunde utforska och delta i nya aktiviteter. Det gav en känsla av frigörelse och självständighet. Det beskrevs som att vara hög på livet. De var impulsiva och deltog i många aktiviteter, reste och spenderade mycket pengar. Deltagare blev mindre beroende av andra människor i vardagen både fysiskt och emotionellt. De kunde uppleva att det emotionella stödet saknades från partnern men att de nu hade möjligheten att kunna lämna sitt förhållande och skapa ett nytt liv (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Liebl et al., 2016; Natvik et al., 2013; Okland-Lier et al., 2015).

Till följd av viktnedgången erfor deltagare att relationen till andra förändrades. De beskrev att en ökad fysisk kapacitet bidrog till att de nu kunde och ville utföra mer aktiviteter tillsammans med familj, partner och vänner. Det ökade livskvaliteten och förbättrade deras relationer. Öppen kommunikation och partnerns engagemang i den nya livsstilen var essentiellt för förhållandet, speciellt vid viktplatåer och komplikationer relaterat till mat. Viktnedgången kunde medföra utmaningar i nära relationer. Att kunna medverka i fler aktiviteter utan partnern kunde hota förhållandet genom att partnern blev svartsjuk och orolig för att deltagaren skulle hitta någon annan (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Natvik et al., 2013; Okland-Lier et al., 2015; Stenmark-Tullberg et al., 2017).

Sexlivet blev bättre i och med både ökat självförtroende och fysisk kapacitet i en mindre kropp. Vissa uppgav att intimitet och sex blev mer frekvent medan andra inte upplevde någon förändring. Överflödigt hud upplevdes dock som oattraktivt och bidrog till att de skämdes och kände sig sårbara för att visa sig nakna. Deltagare i förhållanden upplevde att trots uppmuntran från sin partner var de ändå oattraktiva nakna, men snygga med kläder på (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Natvik et al., 2013; Okland-Lier et al., 2015).

Den nya kroppen

Den fysiska och psykiska förändringen fortlöpte med olika hastighet. Deltagare menade att kroppen gick ned i vikt så snabbt att det var svårt att hinna ändra sin självbild och kroppsuppfattning i samma takt. De upplevde fortfarande att de hade obesitas, trots att de gått ned signifikant i vikt. De erfor att trots viktnedgången kvarstod vissa kroppsliga vanor, som att flytta på sig för att ge plats åt andra, trots att det inte längre behövdes. Det beskrevs som ett

eko, som den gamla större kroppen lämnat efter sig (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Faccio et al., 2016; Liebl et al., 2016; Natvik et al., 2013; Stenmark-Tullberg et al., 2017).

Deltagare erfor att vikten pendlade under åren efter operationen, men till slut fann de en komfortabel vikt som var lätt att upprätthålla. De kunde använda andras åsikter för att hitta en vikt de kände sig nöjda med. De hade det tidigare livet i åtanke för att inte återfalla i ohälsosamma beteendemönster och önskade att i framtiden fortsätta sin viktnedgång med ett normalt BMI som mål. Det kunde vara svårt att hitta en balans mellan skönhet och hälsa. De reflekterade över om de var villiga att genomgå bukplastik för att undvika andras blickar och känslor av skam relaterat till lös hud. Hittades en komfortabel vikt kunde de vara tvungna att gå ner ytterligare, för att läkare skulle vara villiga att genomföra bukplastik (Jensen et al., 2014; Liebl et al., 2016; Natvik et al., 2013; Okland-Lier et al., 2015).

Det var påfrestande och tog lång tid att skapa sig en ny identitet som en smal individ (Wood et al., 2015). Vissa reflekterade över hur den gamla kroppen agerat som en sköld mot världen. Viktnedgången gjorde att djupt liggande psykiska problem kom upp till ytan då den stora kroppen inte längre skyddade dem. Det kunde göra att den smala kroppen upplevdes svag och försvarslös och kunde resultera i återfall av hetsätning. Efter operationen kunde deltagares dåliga självkänsla bli mer påtaglig. Tidigare upplevde de att obesitas var grunden till problem som exempelvis rädsla att närma sig en potentiell partner. Problemen försvann inte med viktnedgången, vilket många trodde att det skulle göra (Faccio et al., 2016; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014).

Uppmärksammasom som individ istället för en stor kropp

I sociala sammanhang upplevde deltagare att de blev mer uppmärksammade som individer och personligheter än som stora kroppar, vilket var essentiellt för den långsiktiga förändringen. De erfor att de inte blev dömda på samma sätt som innan viktnedgången. De kunde vara sig själva och behövde inte anpassa och anstränga sig i samma utsträckning som tidigare för att bli accepterade av andra. Det bidrog till en känsla av uppskattning och möjligheter i ett samhälle som tidigare dömt dem efter utseende. Det nya bemötandet fick dock deltagarna att inse hur mycket utseendet spelar roll i sociala sammanhang, vilket väckte smärtsamma känslor. Individer som tidigare ignorerat dem och visste om operationen kunde nu komma med invasiva kommentarer angående deras vikt, kropp och matvanor. De upplevde sårbarhet inför kommentarerna och uppmärksamheten stod i stark kontrast till det ignorerande bemötande de tidigare stött på. Deltagare kunde möta individer som påverkade dem negativt. För att undvika negativa influenser försökte de påtala de positiva hälsovinster med viktnedgången eller undvek individen. Att eliminera negativa influenser gav positivt utslag på viktnedgången (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017; Faccio et al., 2016; Liebl et al., 2016; Natvik et al., 2013).

En deltagare som misslyckats med att gå ner i vikt beskrev att hen uppsökte andra individer med obesitas för att kunna känna sig normal och undgå stigmatisering (Wood et al., 2015). Deltagare erfor att viktnedgång medförde att de bättre passade in i samhällets normer, vilket gjorde det lättare att bevara värdighet och undvika stigmatisering. Det beskrevs som att kunna vara en av tre personer i en bils baksäte, kunna få plats i en flygstol, att inte sticka ut i en folksamling och känna sig normal i en bikini. De upplevde sig jämlika med andra och fick självförtroende till att utöka sitt sociala nätverk. Viktnedgången, ett ökat självförtroende och ökad energi bidrog till att de kunde vara mer aktiva och bekväma i sociala sammanhang. Deltagare upplevde också att socialiseringen hade en positiv inverkan på deras ätbeteende då deras tidigare sociala isolering ledde till emotionellt ätande (Aramburu-Alegria & Larsen, 2017;

Faccio et al., 2016; Jensen et al., 2014; Natvik et al., 2013; Natvik et al., 2014; Okland-Lier et al., 2015).

Resultatsammanfattning

Deltagare uppgav att de var beroende eller besatta av mat och åt av emotionella skäl. Den reducerade magsäcken medförde att de inte kunde äta i samma utsträckning som tidigare, varvid de fick hitta nya sätt att hantera sina känslor. Det var svårt att veta hur och vad de skulle äta för att undvika kroppsliga reaktioner och de fick experimentera sig fram för att lära sig att äta på nytt. De utvecklade strategier för att bryta gamla vanor och upplevde att de behövde vara självmedvetna om sina vanor resten av livet för att bibehålla viktneđgång. De hade önskat att livsstilsförändringen skulle komma automatiskt efter operationen, men kom till insikt med att det var något de själva var tvungna att ta ansvar för. De fysiska och psykiska förändringarna fortlöpte i olika hastighet, vilket medförde att det upplevdes svårt att hinna ändra sin självbild och kroppsuppfattning i samma takt. Den mindre kroppen gav mer energi och var lättare att röra sig med, vilket underlättade att utföra vardagliga fysiska aktiviteter och träning. I sociala sammanhang blev deltagare mer uppmärksammade som individer än som en stor kropp och att de inte blev dömda på samma sätt som tidigare. De erfor att de passade in i samhällets normer, vilket gjorde dem mer aktiva och bekväma i sociala sammanhang.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom författarna valde att studera patienters erfarenheter av livet efter obesitaskirurgi ansågs en litteraturbaserad studie med kvalitativ ansats relevant. Detta för att generera en ökad förståelse för fenomenet genom att få tillgång till ett större antal deltagare i jämförelse med självbiografier och bloggar. Metodvalet var relevant till studiens syfte, vilket styrks av Friberg (2017) som skriver att kvalitativa studier som utgångspunkt kan ge en bättre förståelse för lidande, hur livet kan te sig relaterat till hälsotillstånd och processer samt hur upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov kan mötas.

Danielson (2017) skriver att intervju som datainsamlingsmetod är lämplig att använda i studier med syfte att beskriva och förstå fenomen, situationer eller händelser. Att göra en litteraturstudie med vetenskapliga artiklar innebär enligt Dahlberg (2014) att författarna inte behöver lägga ned tid på att generera egna empiriska data. En intervjustudie hade varit optimalt för studiens syfte, men en litteraturstudie ansågs som en fördel inom den begränsade tidsramen på tio veckor. Dahlberg (2014) påpekar att vid denna typ av litteraturstudie är datamaterialet som blir föremål för analys redan bearbetat data, vilket kan ses som en nackdel. Dahlberg (2014) skriver vidare om att resultaten i vetenskapliga artiklar ofta är kortfattat skrivna och att det kan vara svårt att få fram alla de nyanser som behövs för ett intressant resultat. I studien hade självbiografier eller bloggar kunnat vara relevant att studera eftersom datamaterialet redan finns, men i en obearbetad form. Författarna ansåg att med ett stort antal artiklar och därmed många studiedeltagare kan ändå ett mönster urskiljas i texterna och ett djup genereras. Med ett stort antal deltagare i alla studier tillsammans bör överförbarheten öka jämfört med om endast ett fåtal bloggar eller självbiografier skulle ha analyserats. Överförbarhet innebär enligt Mårtensson och Fridlund (2017) i vilken grad ett resultat kan överföras till andra grupper, kontexter eller situationer.

Vid datainsamlingen användes Cinahl och Medline som databaser, vilka är stora inom evidensbaserad omvårdnadsvetenskap. För att en litteratursökning ska ha en tillfredsställande omfattning och undvika publiceringsbias bör sökningen omfatta flera elektroniska databaser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Sökningar i flera databaser med omvårdnadsfokus ökar chansen att hitta relevanta artiklar och stärker därmed trovärdigheten (Henricson, 2017). Samtliga artiklar kvalitetsgranskades enligt Friberg (2017). Vid litteraturstudier med vetenskapliga artiklar måste författarna granska hur varje artikel genomförts, vilket kan vara svårt utan tidigare erfarenhet (Dahlberg, 2014). Författarna ansåg dock att under snart tre års studier och en tidigare genomförd litteraturstudie fått träna mycket på att kvalitetsgranska artiklar och därför sågs inte det som en svårighet i granskningen. Henricson (2017) skriver att resultatets tillförlitlighet stärks om författarna gör en individuell kvalitetsgranskning av artiklarna och sedan jämför och gör en gemensam granskning. Författarna utförde kvalitetsgranskningen på detta sätt, vilket ansågs stärka resultatets tillförlitlighet.

Urvalet bestod av tolv artiklar publicerade mellan år 2009 och 2017 i Europa, USA och Australien. Eftersom artiklarna var aktuella och fortfarande speglade dagens samhälle samt att urvalsländerna hade någorlunda lika samhällsekonomiska förutsättningar ansåg författarna att det ökade överförbarheten. Artiklarna omfattade både tiden initialt efter operationen till mer än fem år efter, vilket författarna uppfattade vara en styrka relaterat till studiens syfte. Vissa artiklar som svarade på syftet valdes bort för att de saknade etiska överväganden eller beskrivna metoddelar. Med tanke på tidsramen ansågs det ändå att de tolv resterande artiklarna bidrog till

ett trovärdigt resultat. Trovärdighet innebär enligt Mårtensson och Fridlund (2017) att den skapade kunskapen är rimlig och att resultatet äger giltighet. Åldersspannet i artiklarna var mellan 18-73 år. Barn som genomgått obesitaskirurgi uteslöts eftersom operationen endast utförs på ett fåtal barn. Åldersspannet på 18 år och uppåt ansågs generera en bred bild över hela vuxenlivet och kan stärka överförbarheten då resultatet kan spegla flera åldersgruppers erfarenheter.

Vid analysen lästes först artiklarna individuellt i sin helhet flera gånger. Artiklarnas resultat diskuterades mellan författarna för att relevanta delar inte skulle falla bort och för att undvika tolkningsfel. Analysen utfördes därefter gemensamt av författarna vilket ansågs stärka resultatets tillförlitlighet. Henricson (2017) beskriver att tillförlitligheten i resultatet stärks om data först läses individuellt och sedan gemensamt för att finna nyckelfynd och formulera underkategorier och kategorier. Eftersom artiklarna var skrivna på engelska fanns det dock en risk för tolkning och översättningsfel då ingen av författarna hade engelska som modersmål. Google translate användes därför som översättningshjälp vid behov. Att vara påläst inom det valda forskningsområdet kan bli problematiskt vid analysen av kvalitativa data då tidigare läst litteratur kan ge en förförståelse inom området (Mårtensson & Fridlund, 2017). Ingen av författarna var pålästa inom området och hade inte någon större förförståelse i ämnet, vilket sågs som en styrka kvalitetsmässigt. Innan studiens start klargjorde författarna tillsammans sina fördomar kring obesitaskirurgi och de individer som genomgår operationen. Förförståelse och fördomar kan ha påverkat resultatet men det lades vikt vid att lägga dem åt sidan för att kunna närma sig materialet med ett öppet sinne. Wallengren och Henricson (2012) skriver att kritiska kollegor kan användas för att stärka kvaliteten och försäkra sig om att analysen är grundad i data. Bekräftelsebarheten kan öka enligt Mårtensson och Fridlund (2017) genom att låta andra personer granska utskrifter, analys och resultatbeskrivning. Därför fick två oberoende parter med samma akademiska status granska studien under arbetets gång och därmed ansågs trovärdigheten kunna stärkas.

Resultatdiskussion

Från kaos till kontroll

Av resultatet framkommer att många deltagare har ett patologiskt och emotionellt ätbeteende. Mat upplevs som en vän som alltid finns där när känslorna blir övermäktiga. Forskning påtalar att individer med obesitas upplever bristande stöd i nära relationer. De använder därför mat som substitut och anser att mat aldrig sviker dem. Ätande är ett sätt att få en tillfredställelse de inte kan få i det vardagliga livet (Ford, Lee & Jeon, 2017). Den förändrade mag-tarmkanalen påtvingar deltagare ett förändrat ätbeteende, vilket gör det svårt att hantera känslor då mat inte längre kan fylla det emotionella behovet. Eriksson (1994) uppger att när individens invanda livsmönster rubbas, uppstår livslidande. Lidandet kan innebära en prövning och kan vara något som för individen framåt (Eriksson, 1994). Intensiteten av lidandet kan öka på grund av inre omständigheter (Arman & Rehnsfeldt, 2006). I omvårdnaden kan lidande lindras genom att sjuksköterskan är tillgänglig, närvarande och bekräftar patientens lidande. Det möjliggör för patienten att försonas med lidandet och förstå sin situation på ett nytt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Resultatet tyder på att livslidande kan uppstå då operationen medför förändringar i livsmönstret. Genom att stödja patienten i att försonas med sitt lidande och förstå sin situation på ett nytt sätt kan sjuksköterskan hjälpa patienten framåt i strävan efter hälsa och välbefinnande.

Av resultatet framkommer det att deltagare erfar att sjuksköterskor separerar kropp och sinne och åsidosätter de psykiska behoven. Forskning visar att när individer med obesitas söker hjälp för sin vikt talar de mer om emotionella besvär än om själva vikten. Det kan leda till att det ordineras antidepressiva läkemedel istället för att ge emotionellt stöd och främja viktnedgång (Thomas et al., 2007). Eriksson (1994) beskriver att vårdvetenskap i första hand ska se till den subjektiva upplevelsen av välbefinnande, inte den biologiska hälsan. Samtidigt menar Schwartz et al. (2003) att stigmatisering förekommer där sjuksköterskor uppfattar individer med obesitas som lata, korkade och värdelösa. Det kan leda till att de undviker att söka hjälp av hälso- och sjukvård (Lewis et al., 2011). Sjuksköterskor ska dock ha ett etiskt förhållningssätt som omfattar respekt för mänskliga rättigheter, människors värderingar, vanor, tro, autonomi, integritet och värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det är därmed centralt för sjuksköterskor att ha ett helhetsperspektiv i vårdandet för att kunna förstå patientens livsvärld och på så sätt identifiera de bakomliggande orsakerna till psykisk ohälsa. Utifrån resultatet kan stigmatisering vara en bidragande faktor till att deltagare upplever bristande psykiskt stöd från sjuksköterskor. Därför behöver sjuksköterskor reflektera över sin egen roll och det egna beteendet i vårdmötet för att kunna identifiera fördomar och förförståelse som kan påverka vårdrelationen. Det påvisas i en forskningsstudie att det stöd som erbjuds saknar kompetens inom obesitaskirurgi, vilket gör det svårt för patienter att hantera de förändringar operationen medför. Sjuksköterskor upplever också att de saknar kompetens och är på så vis obekväma att tala om ämnet (Raves et al., 2016). Ytterligare forskning visar att brist på stöd från sjuksköterskor kan bidra till ett sämre viktresultat och det blir svårare att anpassa sig till den nya mag-tarmkanalen och dess komplikationer (Sharman, Hensher, Wilkinson, Williams, Palmer, Venn & Ezzy, 2015). Det är därför av vikt att sjuksköterskor som vårdar patientgruppen har utbildning och god kompetens inom området för att kunna erbjuda förståelse och adekvat stöd i en långsiktig förändringsprocess.

Resultatet visar att deltagares livssituation är tätt sammankopplad med deras möjligheter och begränsningar. Stressorer kan medföra återfall i emotionellt ätande. Forskning visar att individer kan vara medvetna om att de inte äter hälsosamt, vilket bekymrar dem. Det resulterar dock inte alltid i ett förändrat beteende eftersom det upplevs svårt att implementera nya hälsosamma vanor i en stressad vardag (Raves, Brewis, Trainer, Han & Wutich, 2016). Antonovsky (1991) menar att känslan av sammanhang (KASAM) är central vid hälsa och huruvida individen är kapabel att röra sig mot hälsa vid närvaro av stressorer. Individer med måttlig KASAM är sårbarare för stressorer och kan med tiden utveckla ännu lägre KASAM (Antonovsky, 1991). Det kan förklara varför stressorer kan göra det svårt att skapa och upprätthålla nya hälsosamma beteendemönster. Forskning pekar på att kvinnor generellt har lägre KASAM än män och även att högt BMI ger lägre KASAM (Skär, Juuso & Söderberg, 2014). SOReg (2017a) uppger att cirka 80 procent av de som genomgår obesitaskirurgi i Sverige är kvinnor. Lägre KASAM gör det svårare att anpassa sig till nya situationer som exempelvis obesitaskirurgi medför. Många i denna patientgrupp har alltså ett bristande KASAM och utan stöd föreligger risk för utveckling av ännu lägre KASAM.

Forskning påvisar att sjuksköterskor och patienter har olika uppfattningar om livet efter operationen. De olika uppfattningarna skapar spänningar mellan sjuksköterskor och patienter, vilket leder till sämre följsamhet. Sjuksköterskor anser att den postoperativa perioden är enkel så länge patienterna följer angivna riktlinjer resten av livet, som att förändra relationen till mat och äta hälsosammare. Patienterna däremot anser att det är svårt att följa riktlinjerna i det vardagliga livet (Raves et al., 2016). De upplever frustration till att sjuksköterskor talar om för dem vad de ska göra för att gå ner i vikt men inte hur de kan implementera diet och träning i sina liv (Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert & Komesaroff, 2007). För att minska spänningar

och förbättra följsamheten behöver sjuksköterskor utgå från ett patientperspektiv och i samråd med patienter individanpassa allmänna riktlinjer för att underlätta implementering av dessa i patienters vardag.

Ett förändrat tankesätt

Deltagare uppger att deras relation till mat förändras när ätandets betydelse minskar i deras liv. De kan finna andra sätt att hantera sina känslor och istället för att använda mat som tröst, ses mat som bränsle och näring till kroppen. I resultatet påvisas att en del deltagare kan uppleva att de fortsatt har en dålig relation till mat och ätbeteendet ses som komplext och utmanande. Egger et al. (2014) skriver att en orsak till att förändringar inte genomförs är att individen uppskattar det som är ohälsosamt. Enligt Prochaska et al. (2010) behöver individer uppmärksamma och inse att de har ett problem för att kunna intressera sig för orsaker och lösningar på problemet innan en förändring kan påbörjas. Enligt Antonovsky (1991) behöver individen ta ansvar för sitt eget handlande, acceptera sin uppgift och se till sina egna resurser. Resultatet visar att deltagare kommer till insikt med att beteendeförändringar är något endast de själva kan ta ansvar för och de utvecklar strategier för att bryta ohälsosamma vanor. De belyser även vikten av att vara redo för förändring. Operationen kan upplevas som ett hjälpmedel och individen ansvarar ensam för att beteendeförändringarna ska bli bestående. Deltagare som misslyckas med att gå ner i vikt kan lägga skulden på faktorer som de inte kan påverka. I resultatet framkommer det även att deltagare som kommer till kännedom med varför de är emotionella ätare och att det endast ger en kortvarig lycka och tillfredsställelse, slutar äta av emotionella skäl. Forskning har identifierat att före operation är cirka 32 procent beroende av mat, men efter operation är endast två procent fortsatt matberoende (Pepino, Stein, Eagon & Klein, 2014). Det kan peka på att deltagare som fortsatt har en dålig relation till mat ännu inte har omvärderat ätandets betydelse i deras liv och att omvärderingen är en essentiell del i patientgruppens förändringsprocess. Arborelius (2013) uppger att sjuksköterskans inriktning vid behandling av obesitas är att informera om hur dödlighet och sjuklighet kan minska vid livsstilsförändringar. Inriktningen har begränsningar då den är sjukdomsorienterad och inte tar hänsyn till emotionella faktorer som påverkar patientens levnadsvanor (Arborelius, 2013). För att uppnå en förändring måste patienten själv vara motiverad till att förändras (Faskunger, 2001). Individens självförtroende att klara en uppgift höjer motivationen och ju högre motivationsgrad, desto större är sannolikheten till förändring (Hultgren, 2008). För att underlätta patientens förändringsprocess är det av vikt att sjuksköterskor stödjer patienter att komma till insikt med vilka resurser patienten har och vilka emotionella faktorer som påverkar deras relation till mat. Genom att identifiera dessa resurser och faktorer kan sjuksköterskor underbygga patienters självförtroende och därmed höja motivationsgraden och sannolikheten till förändring.

Forskning visar att för att en förändring ska vara möjlig krävs det att patienten har kunskap om den förändring som ska ske. Sjuksköterskor är oftast de inom hälso- och sjukvården som förbereder patienten för kommande förändringar och som kan underlätta lärandet av nya hälsosamma beteenden (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000). Av resultatet framkommer det att en rädsla för viktuppgång ständigt är närvarande och starkt relaterad till skam och misslyckande. Deltagare upplever att de behöver vara självmedvetna och strikta resten av livet för att undvika viktuppgång. Prochaska et al. (2010) uppger att när en individ har nått TTM:s avslutningsstadium upplevs ingen rädsla eller risk för återfall då förändringen blivit en vana och problemet inte längre är närvarande. Det tyder på att deltagare befinner sig i upprätthållandestadiet som Prochaska et al. (2010) beskriver kännetecknas av att kämpa för att förhindra återfall i gamla vanor. Eftersom deltagare upplever att de måste vara självmedvetna resten av livet kan det tyda på att de inte tror att det nya hälsosamma beteendet

kommer att bli en vana. Utifrån TTM kommer de med det tankesättet aldrig att nå avslutningsstadiet och måste fortsätta kämpa för att upprätthålla ett hälsosamt beteende. Sjuksköterskor kan enligt Gainey Seals (2007) stödja patienter till beteendeförändring genom att tillämpa interventioner som passar det förändringsstadie patienter befinner sig i. Genom att hjälpa patienter att förstå TTM:s dynamiska process och utvärdera tidigare misslyckade försök till förändring, kan sjuksköterskor bättre stödja patienters väg till bestående beteendeförändring (Gainey Seals, 2007). Sjuksköterskor kan hjälpa patienter att utvärdera tidigare misslyckade försök och därmed identifiera positiva och negativa faktorer som påverkar om patienter rör sig framåt eller bakåt i förändringsprocessen. Om patienter förstår hur förändringsprocessen ser ut och vad som ligger till grund för en bestående beteendeförändring kan det underlätta för patienter att nå TTM:s avslutningsstadie.

Ett förändrat liv

Av resultatet framkommer det att viktnedgången bidrar till att deltagare blir mer uppmärksammade som individer, än som stora kroppar. De blir inte stigmatiserade i samma utsträckning som tidigare och upplever sig jämlika samt mer bekväma i sociala sammanhang. Forskning visar att stigmatisering kan bidra till störda ätbeteenden (Raves et al., 2016). Stigmatisering kan även leda till att individer undviker sociala sammanhang och kan drabbas av depression, oro och ångest (Lewis et al., 2011; Puhl & Heuer, 2009). Deltagare uppger att socialisering har en positiv inverkan på ätbeteendet, då tidigare isolering leder till emotionellt ätande. Deras hälsosamma livsstilsförändringar kan influera andra i deras omgivning i en positiv riktning. Invasiva kommentarer angående vikt, kropp och matvanor från bekanta kan dock förekomma och inger en känsla av sårbarhet. Forskning visar att sårbarhet är relaterat till upplevelser av förändring, miljöfaktorer och interaktion med andra som gör individen utsatt och kan bidra till ohälsosamma copingmekanismer (Meleis et al., 2000). Enligt Prochaska et al. (2010) börjar individen i TTM:s handlingsstadie att öppet förändra sitt beteende och sin miljö. Det kräver stort engagemang, tid och energi av individen (Prochaska et al., 2010). Denna öppenhet är en tid där individer är utsatta för omgivningens inställning till livsstilsförändringen och kan väcka både negativa och positiva reaktioner.

Resultatet visar att deltagare upplever att den stora kroppen agerar som en sköld mot omvärlden, en sköld som försvinner med viktnedgången. Efter operationen blir en del deltagares dåliga självkänsla mer påtaglig. Innan operationen tror de att obesitas är grunden till problem som exempelvis rädsla att närma sig en potentiell partner. Deltagare erfar att problemen inte försvinner med viktnedgången, vilket många antar att de ska göra. Det medför ohälsa och lidande, då djupt liggande psykiska problem kan komma upp till ytan och den smala kroppen uppfattas som svag och försvarslös. Hälsa kan ses som upplevelser av att må och bra vara kapabel till att genomföra det som individer anser vara av värde i livet (Dahlberg & Segesten, 2010). Individer med obesitas drabbas i större utsträckning av psykisk ohälsa och upplever sociala situationer som svårare (Algul et al., 2009). Forskning pekar på ett starkt samband mellan kognitiv beteende terapi (KBT) och positivt utfall på ätbeteende, psykiskt välbefinnande, fysisk aktivitet och vikt (Paul, Van der Heiden & Hoek, 2017). Av resultatet framkommer det att deltagare inte har klarlagt vilka problem som är orsakat av obesitas och vilka som har grund i psykiska problem. Sjuksköterskor har därför en betydande uppgift att uppmärksamma och lyfta frågor om psykisk ohälsa. Sjuksköterskor ska även vid behov slussa patienter vidare i vårdkedjan, exempelvis till en KBT-terapeut, för vidare adekvat behandling.

Resultatet visar att den ökade fysiska aktiviteten bidrar till att de kan och vill utföra mer aktiviteter tillsammans med anhöriga, vilket ökar livskvaliteten. De blir mindre beroende av

andra och det inger en känsla av frigörelse och självständighet. Nilsson et al. (2003) menar att fysiskt aktiva individer har tendens till högre KASAM, har lättare för att anpassa sig till nya situationer och upprätthålla jämvikt i livet. Den mindre kroppen underlättar för deltagare att utföra dagliga aktiviteter. Det är lättare att röra sig och de får mer energi, vilket bidrar till ett nytt perspektiv och uppskattning av livet, med hopp om fortsatt viktnedgång och välbefinnande. Deltagare upplever det som att få en andra chans att leva. Eriksson (1994) beskriver att en individ inte kan uppskatta sin hälsa förrän hen varit sjuk. Lidande kan ge hälsa då individen blir medveten om kontrasterna och de möjligheter ens egna resurser kan ge. Resultatet tydliggör att den fysiska och psykiska förändringen fortlöper med olika hastighet. Många upplever fortfarande att de har obesitas, trots en stor viktnedgång. Kroppsliga vanor kvarstår, som ett eko från den gamla kroppen. Vid fysisk träning kan de känna sig klumpiga och tafatta och belyser att de saknar kunskap och stöd kring träning. Lewis et al. (2011) beskriver att individer med obesitas upplever att andra skrattar åt dem vid besök på träningsanläggningar, vilket kan leda till att de undviker sådana platser. Även fast den mindre kroppen underlättar rörelse visar resultatet att deltagare blir förvånade över att det är jobbigt att träna och motivationen kan vara svår att finna. Brist på motivation i kombination med ett stigmatiserat bemötande och en förvrängd kroppsbild kan förklara varför träning fortsatt kan upplevas som en utmaning. Forskning visar att individer som genomgått obesitaskirurgi upplever att de rör på sig mer än vad mätningar visar. Enligt mätningarna är de generellt mer stillasittande och mindre fysiskt aktiva än vad som rekommenderas (Bond & Thomas, 2015). Då patientgruppen tidigare haft en stillasittande livsstil kan den nya fysiska kapaciteten ge en stor kontrast mot deras tidigare livsstil, vilket gör att de nu upplever att de rör på sig mycket. Sjuksköterskor kan uppmuntra patienter till att skaffa ett aktivitetsarmband för att själva kunna göra en objektiv mätning av den fysiska aktiviteten. Den objektiva mätningen kan ge patienter självtillit och motivation att röra på sig mer.

Konklusion

Studien visar att livet efter obesitaskirurgi är komplext, då deltagare är tvungna att anpassa sig till både fysiska och psykiska förändringar i snabb takt. Förändringarna påverkar inte bara dem själva utan även hur andra människor ser dem som individer. Det finns skillnader i hur kapabla deltagare är till att kunna förändra sitt livsmönster, vilket ger utslag på den långsiktiga viktnedgången och livskvaliteten. Deltagare behöver vara redo för förändring och ta eget ansvar för att kunna förändra sitt beteende. Det är av vikt att de utvecklar strategier för att hantera känslor i syfte att undvika emotionellt ätande. Viktnedgången medför en ökad fysisk kapacitet, vilket ger en frihet där deltagare inte längre är lika beroende av andra.

Vägen till ett förändrat beteende är kantat av upprepade försök och misstag. Obesitaskirurgi kan hjälpa till att reglera individens matintag, men för en bestående viktnedgång krävs eget ansvar och ett förändrat tankesätt kring sin livsstil. Individer som genomgår obesitaskirurgi behöver stöd ur flera aspekter för att bättre kunna hantera de förändringar operationen medför. Sjuksköterskan behöver ha ett helhetsperspektiv kring patientens livsvärld och individanpassa stödet för att kunna underlätta implementering av nya beteendemönster i patientens vardag.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studiens resultat bidrar med en ökad förståelse för hur individer erfar livet efter obesitaskirurgi. Perioden efter operationen innefattar en påtvingad radikal beteendeförändring och omkullkastande av tillvaron. Den genererade kunskapen från studien kan användas för att

sjuksköterskor ska kunna förstå fenomenet. Genom en ökad förståelse kan sjuksköterskor ge ett adekvat stöd och undvika vidare stigmatisering av patientgruppen.

I studien framkommer det att vissa deltagare är mer kapabla att genomföra en beteendeförändring. I framtida forskning vore det av intresse att se om ett högt KASAM kan ge ett bättre postoperativt resultat. TTM utgår från sex stadier som belyser förändringsbenägenheten. Vidare forskning skulle kunna ha TTM som utgångspunkt pre- och postoperativt för att undersöka patienters följsamhet och ansvarstagande efter operationen beroende på vilket stadie patienten befinner sig i vid operationstillfället. Det skulle kunna generera kunskap till när det är rätt tillfälle att utföra obesitaskirurgi för optimalt resultat.

REFERENSER

* = Artiklar i resultatet

** = Artiklar i resultatdiskussion

Agerberg, M. (2014). *Fetma: en global epidemi*. Lund: Studentlitteratur.

Algul, A., Ates, M. A., Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., Gecici, O., ... Cetin, M. (2009). Evaluation of general psychopathology, subjective sleep quality, and health-related quality of life in patients with obesity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(3), 297-312. Doi: 10.2190/PM.39.3.f

*Aramburu-Alegria, C. & Larsen, B. (2017). Contextual care of the patient following weight-loss surgery: Relational views and maintenance activities of couples. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29, 17-25. Doi: 10.1002/2327-6924.12372

Brewis, A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, 118, 152-158. Doi: 10.1016/j.socscimed.2014.08.003

**Bond, D. S. & Thomas, J. G. (2015). Measurement and Intervention on Physical Activity and Sedentary Behaviors in Bariatric Surgery Patients: Emphasis on Mobile Technology. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 470-478. Doi: 10.1002/erv.2394

Codex. (2017). *Ägandet av forskningsresultat*. Hämtad 180104 från: <http://www.codex.vr.se/agande1.shtml>

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur & kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.

Dickins, M., Thomas, S. L., King, B., Lewis, S. & Holland, K. (2011). The Role of the Fatosphere in Fat Adults' Responses to Obesity Stigma: A Model of Empowerment Without a Focus on Weight Loss. *Qualitative Health Research*, 21(12), 1679-1691. Doi: 10.1177/1049732311417728

Egger, G., Coutts, R. & Litt, J. (2014). Allt du har velat veta om motivation. I S. Rössner, G. Egger & A. Binns, *Levnadsvanor: en klinisk handbok*. (s. 63-74). Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1996 [1989]). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

*Faccio, E., Nardin, A. & Cipoletta, S. (2016). Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1713-1720. Doi: 10.1111/jocn.13222

Faskunger, J. (2001). *Motivation för motion: hälsovägledning steg för steg*. Farsta: SISU idrottsböcker.

Faskunger, J. & Schäfer Elinder, L. (2006) *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

**Ford, T., Lee, H. & Jeon, M. (2017). The emotional eating and negative food relationship experiences of obese and overweight adults. *Social Work in Health Care*, 56(6), 488-504. Doi: 10.1080/00981389.2017.1301620

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 129-139). Lund: Studentlitteratur

Gainey Seals, J. (2007). Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 63-71. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00196.x

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod. I M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

Hultgren, S. (2008). *Fysisk aktivitet - folkhälsa - beteendeförändringar: en beteendevetenskaplig betraktelse*. Uppsala: Kunskapsföretaget.

*Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jorgensen, D. G., Gronbaek, H. N. & Midtgaard, J. (2014). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149. Doi: 10.1111/jan.12275

Josefsson, K. & Lindwall, M. (2010). Motivation till motion och fysisk aktivitet. I L. R-M. Hallberg (Red.), *Hälsa och livsstil*. (s. 207-225). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Khaodhiar, L., McCowen K. C. & Blackburn, G. L. (1999). Obesity and its comorbid conditions. *Clinical Cornerstone*, 2(3), 17-31. Doi: 10.1016/S1098-3597(99)90002-9

Kinge, J. M. & Morris, S. (2010). Socioeconomic variation in the impact of obesity on health-related quality of life. *Social Science & Medicine*, 71, 1864-1871. Doi: 10.1016/j.socsimed.2010.09.001

Klang, B. (red.) (2014). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok*. Harlow: Pearson.

Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, W., Castle, D. J., Hyde, J. & Komesaroff, P. A. (2011) How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 7(9), 1349-1356. Doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.021

Li, W. & Richard, D. (2017). Effects of Bariatric Surgery on Energy Homeostasis. *Canadian Journal of Diabetes*, 41(4), 426-431. Doi: 10.1016/j.jcjd.2017.05.002

*Liebl, L., Barnason, S & Brage-Hudson, D. (2016). Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 951-961. Doi: 10.1111/jocn.13129

*Lynch, A. (2015). "When the honeymoon is over, the real work begins:" Gastric bypass patients' weight loss trajectories and dietary change experiences. *Social Science & Medicine*, 151, 241-249. Doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.024

Linné, Y. (2007). Graviditet och viktutveckling. I A-K. Lindroos & S. Rössner, Fetma: från gen- till samhällspåverkan. (s. 185-191). Lund: Studentlitteratur.

**Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E-O, Hilfinger-Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Micciolo, R., Canal, L., Minniti, A., Mazzali, G., Fantin, F., Corzato, F., Antonioli, A., Harris, T. B. & Zamboni, M. (2013). The association between excess weight and comorbidity and self-rated health in the Italian population. *Annals of Epidemiology*, 23, 172-178. Doi: 10.1016/j.annepidem.2013.02.003

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

*Natvik, E., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1202-1214. Doi: 10.1177/1049732313501888

*Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C. & Råheim, M. (2014). Re-embodiment Eating: Patients' Experiences 5 years After Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1700-1710. Doi: 10.1177/1049732314548687

*Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B. & Westman, G. (2003). Sense of coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 297-304. Doi: 10.1080/14034940210164920

Norlander, K., Ekljörd, L. & Sundbom, M. (2014). *Duodenal switch: kirurgisk behandling av övervikt – patientinformation*. Hämtad 171201 från:
<http://www.akademiska.se/Global/Kironkdiv/Kirurgi/Dokument/Duodenalswitch.pdf>

*Ogden, J., Avenell, S. & Ellis, G. (2011). Negotiating control: Patients' experiences of unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology and Health*, 26(7), 949-964. Doi: 10.1080/08870446.2010.514608

*Okland-Lier, H., Aastrom, S. & Rortveit, K. (2015). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 322-331. Doi: 10.1111/jocn.13049

**Paul, L., Van der Heiden, C. & Hoek, H. W. (2017). Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 474-479. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000359

**Pepino, M. Y., Stein, R. I., Eagon, J. C. & Klein, S. (2014). Bariatric surgery-induced weight loss causes remission of food addiction in extreme obesity. *Obesity*, 22(8), 1792-1798. Doi: 10.1002/oby.20797

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (2010). *Changing for Good: a Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. [Elektronisk resurs]. New York: HarperCollins. Tillgänglig via:
<https://www.bokus.com/bok/9780062010384/changing-for-good/>

Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A review and Update. *Obesity Research*, 17(5), 941-964. Doi: 10.1038/oby.2008.636

**Raves, D. M., Brewis, A., Trainer, S., Han, S-Y & Wutich, A. (2016). Bariatric Surgery Patients' Perceptions of Weight-Related Stigma in Healthcare Settings Impair Post-surgery Dietary Adherence. *Frontiers in Psychology*, 7(1497), 1-13.
Doi: 10.3389/fpsyg.2016.01497

Schwartz, M., O'Neal Chambliss, H., Brownell, K. D., Blair, S. N. & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039.

SFS 1960:729. *Upphovsrättslag*. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och_sfs-1960-729

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

**Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A. & Ezzy, D. (2015). What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?. *Health expectations*, 20, 35-46. Doi: 10.1111/hex.12423

**Skär, L., Juuso, P. & Söderberg, S. (2014). Health-related quality of life and sense of coherence among people with obesity: Important factors for health management. *SAGE Open Medicine*. Doi: 10.1177/2050312114546923

SOReg. (2017a). *SOReg:s årsrapport 2016 del 2*. Hämtad från: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-2016-del-2/download?p=1>

SOReg. (2017b). *SOReg:s årsrapport 2016 del 1*. Hämtad från: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-2016-del-1/download?p=1>

*Stenmark-Tullberg, H., Fagevik-Olsén, M., Shams, K. & Wiklund, M. (2017). "Stepping with ease towards a new way of living" - experiences of physical activity 5 years after bariatric surgery. *European Journal of Physiotherapy*, 19(3), 154-159. Doi: 10.1080/21679169.2017.1326527

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Sundbom, M. (2017). Obesitas. I B. Hamberger & U. Haglund, *Kirurgi*. (S. 351-356). Stockholm: Liber.

*Sutton, D. H., Murphy, N. & Raines, D. A. (2009). Transformation: The "Life-Changing" Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 4(4), 299-306. Doi: 10.1089/bar.2009.9948

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Värdegrund för omvårdnad. Hämtad 180304 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 180304 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningarpublikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

**Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D. & Komesaroff, P. A. (2007). Being "fat" in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*, 11, 321-330. Doi: 10.1111/j.1369-7925.2008.00490.x

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2017a). *Obesity and overweight*. Hämtad 171204 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WHO. (2017b). *10 facts on obesity*. Hämtad 171204 från: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>

WHO. (2018). *Constitution of WHO: principles*. Hämtad 180221 från: <http://who.int/about/mission/en/>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

*Wood, K. V. & Ogden, J. (2015). Patients' long-term experiences following obesity surgery with a focus on eating behavior: a qualitative study. *Journal of Health psychology*, 21(11), 2447-2456. Doi: 10.1177/1359105315578304

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59-82). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Datasökningar

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
Cinahl	patient* AND experienc* AND (bariatric surgery OR gastric bypass OR sleeve gastrectomy OR duodenal switch) AND life	Peer reviewed Engelska 2008-2017	48	48	24	18	10
Medline	patient* AND experienc* AND (bariatric surgery OR gastric bypass OR sleeve gastrectomy OR duodenal switch) AND life AND qualitative	Peer reviewed Engelska 2008-2017	30	30	9	6	1
Cinahl	patient* AND experienc* AND (bariatric surgery OR gastric bypass OR sleeve gastrectomy OR duodenal switch) AND behav*	Peer reviewed Engelska 2008-2017	39	39	9	1	1

Bilaga 2: Kvalitetsgranskningsmall

Frågor vid granskning av kvalitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Finns det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

(Friberg, 2012).

Bilaga 3: Översikt av analyserad litteratur

Artikelfakta	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
<p>Titel: Contextual care of the patient following weight-loss surgery: Relational views and maintenance activities of couples.</p> <p>Författare: Aramburu-Alegria, C. & Larsen, B.</p> <p>Tidsskrift: Journal of the American Association of Nurse Practitioners.</p> <p>Årtal och land: 2017, USA.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att undersöka aktiviteter i en parrelation som kan bidra till en positiv anpassning efter obesitaskirurgi samt synen på relationen under viktnedgången.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Elva heterosexuella par deltog med ett åldersspann på 23-68 år. En deduktiv analys gjordes för att kategorisera aktiviteter i en parrelation som kan bidra till en positiv anpassning efter obesitaskirurgi och en induktiv analys gjordes för att undersöka synen på relationen under viktnedgången.</p>	<p>Öppenhet i kommunikation var av stor vikt för att hantera förändringar som viktnedgången medförde. Engagemang i förhållandet var viktigt under viktplatåer. Att välja mat och planera måltider tillsammans kunde bidra till lyckad viktning. Viktning bidrog till att mer gemensamma aktiviteter kunde utföras vilket ökade livskvaliteten. Det ansågs positivt när partnern påminde om ohälsosamma val. Sexuella relationer blev oförändrat eller bättre.</p>
<p>Titel: Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery.</p> <p>Författare: Faccio, E., Nardin, A. & Cipoletta, S.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.</p> <p>Årtal och land: 2016, Italien.</p> <p>Kvalitet: Hög</p>	<p>Att undersöka individer med obesitas förväntningar före och ett år efter obesitaskirurgi, gällande identitet kroppsuppfattning, relationer och livskvalitet.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Deltagarna var 30 kvinnor över 18 år med ett BMI > 40. Datamaterialet analyserades genom diskursanalys.</p>	<p>Generellt sett var deltagarna nöjda med sitt resultat efter obesitaskirurgi. Det var dock svårt att anpassa sin identitet till sin nya kropp. De hade fortfarande ett tankesätt och ett beteende som om de fortfarande var obesitas.</p>

Artikelfakta	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
<p>Titel: Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study.</p> <p>Författare: Jensen, J.F., Petersen, M.H., Larsen, T.B., Jorgensen, D.G., Gronbaek, H.N. & Midtgaard, J.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing.</p> <p>Årtal och land: 2014, Danmark</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att få förståelse för upplevelser av kroppsuppfattningen hos unga kvinnor efter obesitaskirurgi.</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv fenomenologisk metod. Semistrukturerade intervjuer med fem kvinnor mellan 20-25 år. Datamaterialet analyserades enligt Giorgi's metod för fenomenologisk analys och narrativ analys.</p>	<p>Obesitaskirurgi upplevdes som en lösning på ett outhärdligt problem, då deltagarna upprepade gånger misslyckats med att gå ner i vikt genom förändrad livsstil. Deltagarna upptäckte psykologiska svårigheter efter obesitaskirurgi då de inte kunde äta på samma sätt som tidigare. Fysiskt obehag vid för stort matintag resulterade i nya beteendemönster. Deltagarna upplevde ett ökat självförtroende efter operationen och en ljus framtidstro att få vara som och bli behandlad som alla andra.</p>
<p>Titel: Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery.</p> <p>Författare: Liebl, L., Barnason, S. & Brage-Hudson, D.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.</p> <p>Årtal och land: 2016, USA.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att beskriva erfarenheter hos vuxna som lyckats bibehålla sin vikt nedgång efter obesitas kirurgi.</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv metod med semistrukturerade intervjuer. Elva kvinnor och tre män mellan 29-73 år deltog. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Deltagarna upplevde ett uppvaknande efter operationen och fick ett nytt perspektiv på livet. De identifierade negativa faktorer i sin omgivning och uteslöt dessa faktorer för att underlätta sina nya hälsosamma vanor.</p>

Artikelfakta	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
<p>Titel: “When the honeymoon is over, the real work begins:” Gastric bypass patients’ weight loss trajectories and dietary change experiences.</p> <p>Författare: Lynch, A.</p> <p>Tidsskrift: Social Science & Medicine.</p> <p>Årtal och land: 2015, USA.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att förstå patienters erfarenheter av att hantera mat och ätande för vikthantering på lång sikt.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Tretton kvinnor och tre män mellan 32-63 år som opererats för 14 månader till 10 år sedan deltog. Datamaterialet analyserades enligt Giorgi’s metod för fenomenologisk analys.</p>	<p>Första tiden efter operationen var enkel eftersom vad än deltagarna åt gick de ned i vikt. Operationen gjorde arbetet. När vikten stabiliserades började det riktiga arbetet med att upprätthålla hälsosamma beteenden kring mat och ätande, vilket upplevdes svårt för vissa och lättare för andra.</p>
<p>Titel: Totally Changed, Yet Still the Same: Patients’ Lived Experiences 5 years Beyond Bariatric Surgery</p> <p>Författare: Natvik, E., Gjengedal, E. & Råheim, M.</p> <p>Tidsskrift: Qualitative Health Research.</p> <p>Årtal och land: 2013, Norge.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att beskriva den essentiella meningen av patienters erfarenheter av obesitaskirurgi på lång sikt.</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv och retrospektiv design med fenomenologiskt livsvärldsperspektiv. Fyra kvinnor och fyra män mellan 43-53 år deltog i djupgående intervjuer med en öppen dialog. Datamaterialet analyserades enligt Giorgi’s metod för fenomenologisk analys.</p>	<p>Deltagarna upplevde ambivalens för sin nya kropp. Det tog tid att vänja sig vid den nya kroppen. Den nya kroppen öppnade upp möjligheter och gav en frihet eftersom de inte längre var lika beroende av andra. Självförtroendet och självkänslan ökade. Att kontrollera sina matvanor var en utmaning.</p>

Artikelfakta	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
<p>Titel: Re-embodiment Eating: Patients' Experiences 5 years After Bariatric Surgery.</p> <p>Författare: Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C. & Råheim, M.</p> <p>Tidsskrift: Qualitative Health Research.</p> <p>Årtal och land: 2014, Norge.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att utforska deltagares upplevelser för att synliggöra den essentiella meningarna kopplat till ätande efter obesitaskirurgi.</p>	<p>Kvalitativ metod med en fenomenologisk angreppsvinkel och livsvärldsperspektiv. Sju män och sju kvinnor mellan 28-53 år deltog i djupgående intervjuer. Datamaterialet analyserades enligt Giorgi's metod för fenomenologisk analys.</p>	<p>Deltagare erfor att den reducerade magsäcken påtvingade förändringar i hur kroppen upplevdes vid matintag. Betydelsen av mat ändrades hos vissa och de såg mat som näring och valde mat som var bra för hälsan. Några deltagare hade dock fortfarande en dålig relation till mat. Ätande sågs som en existentiell och förkroppsligad vana och upplevdes efter operationen fortsatt som komplext och känsligt.</p>
<p>Titel: Negotiating control: Patients' experiences of unsuccessful weight-loss surgery.</p> <p>Författare: Ogden, J. & Ellis, G.</p> <p>Tidsskrift: Psychology & Health.</p> <p>Årtal och land: 2011, Storbritannien.</p> <p>Kvalitet: Medelhög.</p>	<p>Att undersöka patienters upplevelser av obesitaskirurgi där viktnedgången bedöms som misslyckad.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupgående semistrukturerade intervjuer. Åtta kvinnor och två män mellan 38-56 år deltog. Datamaterialet analyserades genom beskrivande fenomenologisk analys.</p>	<p>Deltagare upplevde att viktnedgången misslyckades av olika faktorer som: själva operationen, emotionellt ätande och generellt tankesätt kring mat. Många deltagare förväntade sig att operationen skulle sköta viktnedgången. Operationen förändrade deltagarnas digestionssystem men inte deras tankesätt. De åt tills de var mätta, men blev inte psykiskt tillfredsställda. Det medförde att de åt ohälsosam mat i små mängder dygnet runt.</p>

Artikelfakta	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
<p>Titel: Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study.</p> <p>Författare: Okland-Lier, H., Aastrom, S. & Rortveit, K.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.</p> <p>Årtal och land: 2015, Norge.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att undersöka och beskriva patienters erfarenheter av det dagliga livet fem år efter gastric bypass.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer och öppna frågor. Tre män och sju kvinnor mellan 33-57 år deltog. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Deltagarna upplevde positiva känslor efter viktnedgången som att känna sig hälsosammare, kunna delta i fler aktiviteter och att passa in i samhällets normer. Det gjorde det lättare att undvika stigmatisering. Deltagarna upplever en rädsla att gå upp i vikt igen. Hela deltagarnas dagar kretsade kring att planera mat och måltider, vilket var en drastisk förändring från tidigare vanor.</p>
<p>Titel: “Stepping with ease towards a new way of living” – experiences of physical activity 5 years after bariatric surgery.</p> <p>Författare: Stenmark-Tullberg, H., Fagevik-Olsén, M., Shams, K. & Wiklund, M.</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Physiotherapy.</p> <p>Årtal och land: 2017, Sverige.</p> <p>Kvalitet: Hög.</p>	<p>Att beskriva hur patienter som genomgått obesitaskirurgi upplever fysisk aktivitet mer än fem år efter operationen.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor där tio kvinnor och två män mellan 27-51 år deltog. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv angreppsvinkel.</p>	<p>Deltagarna upplevde att de fick bättre hygien och lättare att kunna utföra dagliga fysiska aktiviteter. Hinder i vardagen kunde vara dåliga rutiner, överflödigt skinn och biverkningar från operationen, exempelvis anemi och dumpningssyndrom. Deltagarna upplevde att andra människor behandlade dem bättre efter viktnedgången. En del hade svårt att acceptera sin nya kropp och såg sig fortfarande som obesitas.</p>

Artikelfakta	Syfte	Metod, urval och analys	Resultat
<p>Titel: Transformation: The “Life-Changing” Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention.</p> <p>Författare: Sutton, D.H., Murphy, N. & Raines, D.A.</p> <p>Tidsskrift: Bariatric Nursing and Surgical Patient Care.</p> <p>Årtal och land: 2009, USA.</p> <p>Kvalitet: Medelhög.</p>	<p>Att utveckla en förståelse för hur kvinnor upplever den postoperativa perioden efter obesitaskirurgi.</p>	<p>Kvalitativ personcentrerad angreppsvinkel med semistrukturerade intervjuer där fjorton kvinnor deltog. Datamaterialet analyserades med en fenomenologisk tolkningsmetod.</p>	<p>Alla deltagarna är överens om att operationen var ett livsavgörande beslut till det bättre. De upplever att de inte känner hunger eller intresse för mat längre. Deltagarna sörjde att de inte längre kunde ha mat som copingstrategi. De uttryckte att den första tiden efter operationen är en farlig tid, eftersom vad de än åt och gjorde, gick de ned i vikt.</p>
<p>Titel: Patients’ long-term experiences following obesity surgery with a focus on eating behaviour: A qualitative study.</p> <p>Författare: Wood, K.V. & Ogden, J.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Health Psychology.</p> <p>Årtal och land: 2015, Storbritannien.</p> <p>Kvalitet: Medelhög.</p>	<p>Att utforska långsiktiga konsekvenser av obesitaskirurgi.</p>	<p>Kvalitativ design med djupgående semistrukturerade telefonintervjuer. Nio kvinnor och en man mellan 31-61 år deltog. Datamaterialet analyserades med tolkande fenomenologisk metod.</p>	<p>För vissa deltagare försvann emotionellt ätande och för vissa blev det kvar. Deltagarna försökte hitta alternativa strategier för att hantera stressorer som gjorde att de ville äta. Relationen till mat förändrades så att en del deltagare kunde glömma av att äta och en del såg mat som en nödvändighet och åt bara när de var hungriga. Livskvaliteten förbättrades både psykiskt och fysiskt för de flesta. Deltagarna upplevde att det tog lång tid att inte längre se sig själva som obesitas.</p>

