

Bariatrisk operationer ur patientens egen synvinkel

En kvalitativ studie om patientens egen upplevelse av bariatrisk kirurgi

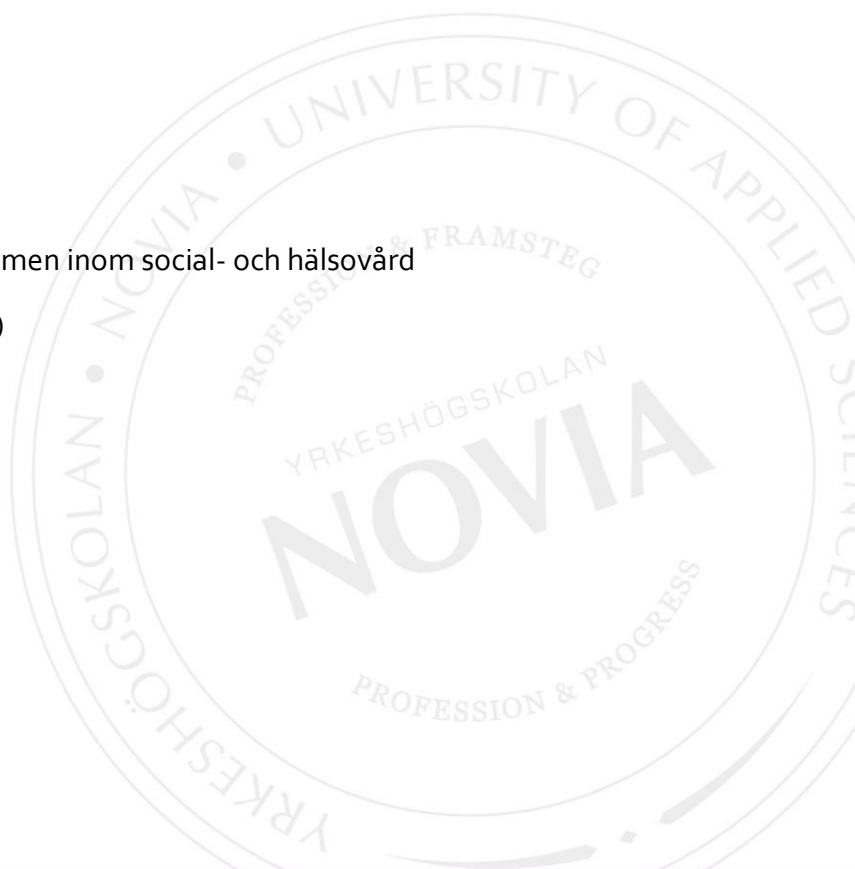
Jeanette Träsk

Emma Heikfolk

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa, 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Jeanette Träsk & Emma Heikfolk

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Bariatriska operationer ur patientens egen synvinkel

Datum 17.04.2019

Sidantal 44

Bilagor

Abstrakt

Bariatriska operationer är något som blir vanligare i och med att befolkningen blir fetare. Fetma är en stor belastning på sjukvården men också på den enskilda patienten. De flesta människor förstår säkert att det är fysiskt tungt att leva med fetma men i detta examensarbete behandlar vi också den psykiska hälsan.

Syftet med detta examensarbete är att få en bättre inblick i patienternas egna upplevelser efter en bariatrisk operation. I bakgrunden presenteras bland annat olika bariatriska operationer, psykiska problem som hör ihop med fetma, komplikationer vid bariatriska operationer och hur livet kan bli efter en bariatrisk operation. Målsättningen i detta arbete är att man skall få en djupare förståelse för hur patienterna upplever tiden efter operationerna och hur deras liv förändras.

Denna studie är en kvalitativ studie där 7 bloggar som skrevs av bariatriska patienter analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk bakgrund användes Kati Erikssons teorier om lidande, människan och vårdande.

I resultatet kommer patienternas olika funderingar kring vikt, självbild och stöd upp. Patienterna berättar också om att de efter operationen får en förändrad livsstil, nya vanor, rutiner och kosten tvingas patienterna också att ändra. Patienterna berättar också om huruvida de får resultat av sina förändringar men också ifall de tvingas genomgå motgångar.

Språk: Svenska

Nyckelord: Patienters upplevelser, Gastric bypass, Gastric banding, Gastric sleeve, bariatrisk operation.

BACHELOR'S THESIS

Author: Jeanette Träsk & Emma Heikfolk

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Rika Levy-Malmberg

Title: Patients own experience of Bariatric Surgery

Date 17.04.2019

Number of pages 44

Appendices

Abstract

Bariatric surgery is something that is becoming more common because the population is getting fatter. Obesity is a big challenge for the healthcare but also for every obese patient. Most people probably understand how difficult and challenging it is to live with obesity, but we also discuss the mental health in this bachelor's thesis.

The aim of this bachelor's thesis is to get a better view of the patients own experiences after a bariatric surgery. In the background we present different bariatric surgeries, mental health problems associated with obesity, complications of bariatric surgery and how life can become after a bariatric surgery, among other things. This study intends to provide a deeper understanding for how the patients experience the time after their surgeries and how their lives changes.

This study is a qualitative study where 7 blogs written by bariatric patients were analyzed by using qualitative content analysis. As theoretical background Kati Erikssons theory about suffering, the human and care were used.

The patient's own reflections about weight, self-image and support is presented in the result. The patients also tell about how their lifestyle changes, how they get new habits and routines and how they are forced to change their diet after the surgery. The patients also tell about whether they get results from their changes but also if they are forced to face misfortunes.

Language: Swedish

Key words: Patients experience, Gastric bypass, Gastric banding, Gastric sleeve, bariatric surgery

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte & Frågeställningar	2
3 Bakgrund	3
3.1 När går gränsen från att vara normalviktig till överviktig?	4
3.2 Läkemedel mot övervikt	5
3.3 Kriterier för bariatrisk operationer	5
3.4 Bariatrisk operationer	7
3.5 Komplikationer av bariatrisk kirurgi	9
3.6 Psykisk hälsa	10
3.7 Psykisk ohälsa och fetma	11
3.8 Kroppsbilden	13
3.9 Relationen till mat	14
3.10 Positiva och negativa följder av bariatrisk operationer	16
4 Teoretisk bakgrund	18
5 Metod	21
5.1 Insamlingsmetod	21
5.2 Bloggning	22
5.3 Urval	22
5.4 Dataanalysen	23
5.5 Etiska överväganden	23
5.6 Bakgrund till bloggarna	25
6 Resultat	26
6.1 Förändrad livsstil	27
6.1.1 Rutiner	27
6.1.2 Kosten	28
6.1.3 Ingen quick-fix	29
6.1.4 Motion	33
6.2 En förändrad kropp	34
6.2.1 Känslan av att lyckas	34
6.2.2 Oro över viktutveckling	34
6.2.3 Nya kroppen reducerar begränsningar	35
6.2.4 Lös hud	36
6.3 Självbilden ändras långsamt	36
6.4 Stöd viktigt	39
7 Diskussion	40

7.1 Metoddiskussion	40
7.1.1 Intern logik	41
7.1.2 Struktur	41
7.1.3 Heuristiskt värde	41
7.2 Resultatdiskussion	42
7.3 Slutsats	44
Källförteckning	45

1 Inledning

Alla har säkert hört om olika bantningsmetoder som t.ex. LCHF-metoden, 5:2 dieten, Nutrilett dieten med mera. Efter att man försökt med olika dieter ökar man tyvärr ofta i vikt igen då man börjar äta vanlig kost. Fetma har blivit väldigt vanligt i dagens samhälle, år 2016 fanns det totalt 650 miljoner vuxna i världen som hade fetma. (World Health Organization 2018a). I detta arbete behandlas olika alternativ att ta itu med fetma och motverka dess följsjukdomar. Fokus ligger på bariatrisk operationer. Då författarna i detta arbete benämner bariatrisk operationer menar de gastric bypass, gastric banding samt gastric sleeve, bariatrisk patienter är patienter som genomgått någon av dessa operationer. En bariatrisk operation är ett bra sätt att få en förändring för livet angående fetma som håller i sig flera år efter operationen. Många människor tror att en bariatrisk operation innebär en genväg till viktneidgång eller att det är ett sätt att fuska sig till ett hälsosammare liv men så behöver det inte vara. Enligt Käypähoito (2011) betyder inte en bariatrisk operation att man automatiskt går ner i vikt utan att man själv gör något eget arbete. Patienten ska alltid ändra sin livsstil med fokus på kost och motion (Käypähoito 2011). Aarts et. al (2014, s. 90 - 96) antyder att en hållbar livsstilsförändring är en central del av behandlingen mot fetma men han påpekar också att en familjemedlems nya livsstilsvanor kan ha god effekt också på den övriga familjen.

Hur vi upplever oss själva är en viktig del i hur vi också beter oss i det övriga samhället. Personer med fetma har högre risk att få psykisk ohälsa, enligt Lier, Biringer, Stubbaug, Eriksen och Tangen (2011 s. 730 - 737) blir personer med mycket psykisk ohälsa ofta bariatrisk patienter. Fetma är ganska långt sammanlänkat med en känsla av skam och det är inte ovanligt att personer med fetma också har dåligt självförtroende och en dålig självkänsla.

Man kanske inte tänker på att våra relationer med andra påverkas om vi har en förvrängd bild av den egna kroppen men en person som känner skam över sig själv är en annan människa än en person som kan vara stolt över sig själv. Enligt Jensen et al. (2013, s. 1139) påverkar kroppen vår identitet och hur vi uppfattar och förstår saker. Faccio, Nardin & Cipolletta (2016, s. 1717) har gjort en studie där det framkom att patienternas relationer till andra ändras efter bariatrisk operationen. De kommer även fram till att kroppsbilden ändras men att processen tar sin tid.

I denna studie får läsaren inte bara visdom om till exempel bariatrisk operationer, fetma och komplikationer men läsaren får också en inblick i hur patienterna upplever tiden efter

operationen. I arbetet görs en analys av bariatriskas patienters personliga bloggar där de berättar med egna ord hur det är tiden efter deras operationer. Patienterna berättar om att de upplever att det är roligt då de kan börja göra saker igen som den fysiska vikten hindrat dem från, patienterna berättar också om hur roligt det är att äntligen få nå en så att säga "normal" vikt. I detta arbete utgår det från Kati Erikssons teorier om lidande, människan och vårdande.

Författarna har valt detta ämne eftersom de anser att de båda har ett stort intresse för psykisk hälsa och för att man som sjukskötare måste kunna se hela människan i all typ av vård. De har också stött på olika patienter som genomgått bariatriskas operationer både inom arbetslivet och privat.

2 Syfte & Frågeställningar

Syftet med vårt examensarbete är att uppnå mera förståelse och ny kunskap om patienter efter bariatriskas operationer och deras upplevelser.

Frågeställningar

1. Hur upplever patienterna hälsan efter bariatriskas operationen?
2. Hur ändras patienternas liv efter bariatriskas operationen?

3 Bakgrund

Samhället ändras så att vi inte rör på oss lika mycket i arbetet eller då vi tar oss från ett ställe till ett annat samtidigt som många äter mer energirik mat (Hamberger & Haglund 2017, s. 351). Det är alltså ganska enkelt att få i sig mer kalorier än vad man förbrukar, vilket leder till övervikt. I stora delar av världen blir fler och fler överviktiga och/eller får fetma. Då övervikten är så kraftig att BMI är 30 eller mer klassas det som fetma. År 2016 fanns det totalt 650 miljoner vuxna i världen som hade fetma. (World Health Organization 2018a). Också i Finland finns det många med fetma. År 2017 hade 19,5 % av befolkningen ett BMI över 30. (Institutet för hälsa och välfärd (u.å.)a). Övervikt och fetma kan innebära en rad följsjukdomar. T.ex. risken för hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancersjukdomar, ledbesvär, diabetes, sömnapné och refluxesofagit ökar om man är överviktig eller har fetma. (Ericson & Ericson 2012, s. 62-63; Hamberger & Haglund 2017, s. 351) Den förväntade livslängden blir också mellan 5 och 20 år kortare om en patient har kraftig fetma, vilket innefattar ett BMI över 40. (Shannon, Gervasoni & Williams 2013, s. 547).

För att man ska kunna gå ner i vikt och få en hälsosammare kropp måste hela livsstilen ändras om. Både kosten och motionerandet måste ses över. World Health Organization (2018a) rekommenderar minst 150 minuters fysisk aktivitet per vecka för vuxna. Detta stämmer bra överens med motionsrekommendationerna för vuxna från Institutet för hälsa och välfärd (2014). Enligt dem går det också att "bara" träna 75 minuter i veckan om pulsen då är mer än 77% av ens maximalpuls. Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2014) ska man också muskelträna två gånger i veckan och dessutom skall äldre personer träna för att öva balansen. Om man tränar mera än vad rekommendationerna visat på, ger det mer positiva hälsoeffekter, men man ska förstås inte överträna. För att gå ner i vikt rekommenderar Käypähoito (2011) att man varje dag motionerar och använder åtminstone 300 kilokalorier under träningspasset. Tyvärr motionerar inte alla den mängd som är rekommenderad. År 2016 var det 18,6% av 20 - 64 åriga finländarna som inte alls motionerade på fritiden (Institutet för hälsa och välfärd (u.å.)b).

En vuxen person behöver äta enligt tallriksmodellen för att må bra, det vill säga att man fyller cirka en fjärdedel av tallriken med potatis, samt en halva av tallriken skall bestå av grönsaker. Kött, fisk eller varför inte ägg skall också fylla tallriken till en återstående fjärdedel. Till måltiden skall man också räkna in ett fullkornsbröd med växtbaserad olja som man brer på och till efterrätt får man äta bär och frukt. (Livsmedelssäkerhetsverket 2014).

De finska näringsrekommendationerna som gjorts av Livsmedelssäkerhetsverket (2014) visar på att man skall äta minst 500 g frukt om dagen för att må bra. Spannmålsprodukter skall intas en 9 portioner för män, eller om man tänker på kvinnor är det 6 portioner som gäller då en portion består av 1 dl. Som dryck till maten skall en vuxen inta 5-6 dl flytande mjölk eller annan liknande produkt och om man är törstig skall man som vuxen dricka vatten och inte något annat. I Finland är rekommendationerna att vi som vuxna skall äta fisk cirka 2 gånger i veckan men kött skall man helst inte äta mer än 500 g per vecka. Alkohol hör ju till för de flesta på fester eller liknande tillställningar, någon kanske till och med dricker hemma då de vill ta det lugnt och för att det är gott. Enligt rekommendationerna som är gjorda av Livsmedelssäkerhetsverket (2014), skall man inte inta mer alkohol än 10 g för kvinnor och 20 g för män och man bör undvika att dricka varje dag.

Då vi nu vet vad de aktuella rekommendationerna är för Finlands befolkning, hur kommer det sig då att befolkningen (eller i det stora hela världens befolkning) blir allt fetare? Hur man lever sitt liv är en betydande faktor. Vi rör många gånger på oss för lite idag i förhållande till hur mycket kalorier vi inta. Risken för fetma ökar om vi stressar mycket och stressen påverkar hjärnan så att man t.ex. utvecklar depression och det i sin tur ger många en ökad aptit. Enligt Fischer och Kral (2008, s. 40 - 41) lär man sig redan som liten att äta på ett felaktigt sätt. Barnen i 1-5 års ålder förbrukar idag 25% mindre kalorier av sitt kostintag emot vad barnen gjorde 1675. Alltså är sanningen tyvärr den att man redan som liten äter mer än vad man förbrukar. Barn ärver mycket av sina föräldrar, både genetik och miljö men även matvanor ärvs ofta. Det är dock bara 37% risk att barnen till feta föräldrar också blir feta. (Aarts et. al 2015, s. 90 - 96)

3.1 När går gränsen från att vara normalviktig till överviktig?

Man kan mäta om en person är överviktig på olika sätt bl.a. body mass index (BMI) och midjemått. För att beräkna BMI måste man först mäta personens längd och sedan räknar man ut vad längden är i meter gånger sig själv. Därefter mäts vikten i kilogram och divideras med produkten man fick från förra beräkningen av längden. Svaret anges i kilogram per kvadratmeter. En person anses vara normalviktig då BMI är mellan 18,5 och 24,9. Om BMI är mellan 25-29,9 är personen överviktig och om det är mer än 30 har personen fetma. (Käypähoito 2011). Att ha mycket fett omkring inre organen och i buken är inte bra för kroppen och innebär flera hälsorisker (Ericson & Ericson 2012, s. 61). Om midjemåttet är

för högt har patienten bukfetma. För kvinnor går gränsen för bukfetma vid 90 cm och för män vid 100 cm. (Käypähoito 2011). Det går också att mäta fetma och övervikt i hur stort höft man har där det är som störst och sedan dividera midjemåttet med hur stort höftmått man har. Då får man ett midje-höftkvot och den helst vara mindre än 0,85 för kvinnor och mindre än 1 för män för att det skall anses vara hälsosamt. (World Health Organization 2011, s. 1; Ericson & Ericson 2012, s.61)

3.2 Läkemedel mot övervikt

Hormonet Kortisol som utsöndras vid stress gör att våra kroppars insulinbalans påverkas, vilket gör att risken att utveckla diabetes typ 2 blir större. Att använda medicin mot fetma är en relativt ny behandlingsmetod för övervikt. I Finland kan man, i vissa fall få läkemedlet Orlistat som gör att 30% av fett i födan inte tas upp. Orlistat ska alltid bara vara en liten del av behandlingen och fokus ska vara på att ändra sin livsstil. (Käypähoito 2011) Två av dessa är enligt 1177 vårdguiden (2018) läkemedel som kallas Alli samt Xenical och har det tidigare nämnda läkemedlet Orlistat som verksamt ämne. Dessa läkemedel har en motverkande effekt mot fett, ifall patienten intar för mycket fet mat drabbas denne av diarré, vilket ger en dålig känsla och gör att patienten tänker efter. Som behandlingsmetod kan man också, innan man får genomgå en operation få delta i en terapigrupp med andra med övervikt. I gruppen får man diskutera sitt beteende och komma fram till hur man skall gå till väga för att få bukt med sina problem. Idag känner vi, som tidigare nämnt, till att det kan ordineras läkemedel mot fetma och övervikt. Men att man får en livsstilsbehandling är avgörande för personer med problem med övervikt eftersom deras vanor leder till att de blivit överviktiga.

3.3 Kriterier för bariatrisk operationer

Fetma kan och ska alltid först behandlas konservativt med terapi och råd om kost och motion i hopp om att få patienten att ändra sin livsstil. För de med kraftig fetma ger konservativ behandling tyvärr oftast en kortvarig effekt. Enligt många studier är sannolikheten mindre än 5 procent att man genom konservativ behandling får vikten att hållas nere under en lång tid. (Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016, s. 301). Enligt många undersökningar är det först efter många misslyckade försök att banta som patienter vänder sig till den bariatrisk kirurgin. De har försökt gå ner i vikt och hålla vikten nere med hjälp av många olika dieter och kanske även läkemedel. Då det inte har fungerat upplever de att det är för

svårt att gå ner i vikt och de känner sig misslyckade. (Faccio, Nardin & Cipolletta 2016, s. 1716)

Patienter med sjuklig eller svår fetma som trots att de genomgått konservativ behandling inte lyckas gå ner tillräckligt eller kan hålla vikten nere kan i stället erbjudas kirurgisk behandling. Dock måste man ändra sin livsstil totalt för att få operation och patienterna måste ha försökt ordentligt med andra behandlingssätt. (Käypähoito 2011). Enligt 1177 vårdguiden (2017) behöver man innan man får genomgå en operation i vissa fall gå ned i vikt självständigt innan, eftersom levern måste minskas i storlek samt fett runt magens inre organ måste reduceras en aning innan man kan operera. Då går operationen lättare att utföra.

I början på 1990-talet utformade National Institutes of Health (1991) kriterier för vem som får genomgå bariatrisk kirurgi. Dessa kriterier är ännu de mest använda kriterierna. Enligt dessa kriterier ska man för att få genomgå bariatrisk kirurgi antingen ha ett BMI på åtminstone 40 eller ett BMI mellan 35 och 39 men då också ha följdsjukdomar av övervikten. Man måste också ha försökt flera gånger med strukturerade metoder att gå ner i vikt men inte lyckats. (Yermilov, McGory, Shekelle, Ko & Maggard 2009, s. 1521) Läkaren ska väga riskerna för patienten med operationen mot den eventuella och förväntade nyttan av operationen för patienten. Patienten ska vara mycket motiverad och verkligen vilja gå ner i vikt. Man måste också informera patienten väl om riskerna med operationen och hur livet kan bli efter operationen. Patienten måste kunna komma på uppföljningar och behandlingar efter operationen. Ett annat kriterium är att man är vuxen. (National Institutes of Health, 1991) Före det bestäms om en patient ska genomgå en bariatrisk operation måste man bedöma om patienten har någon psykisk störning som hindrar operationen. Exempel på psykiska störningar som hindrar patienten att få genomgå bariatrisk kirurgi är depression, bipolär sjukdom, psykos och alkoholberoende. (Faccio, Nardin & Cipolletta 2016, s. 1714)

Idag opererar (i motsats till vad rekommendationerna är) vissa kirurger även ungdomar vilket visar på att man borde se över rekommendationerna. Dessutom börjar rekommendationerna vara gamla och man har fått mera kunskap om den här typen av kirurgi sedan 1990-talet. (Yermilov, McGory, Shekelle, Ko & Maggard 2009, s. 1521). En studie gjord av Sjöhlom et. Al (2013, s.1337 - 1338) visar tydligt på att risken att få diabetes minskar vid bariatrisk kirurgi för vissa som nog är överviktiga men inte uppfyller de gamla kriterierna av NIH. Även risken för kardiovaskulära sjukdomar minskade för dessa patienter. I samma studie såg man också att BMI inte nödvändigtvis är det bästa sättet att bedöma om

bariatrisk kirurgi är bra för en patient eller ej, utan insulin och glukos kunde också vara bra att kolla på.

3.4 Bariatriska operationer

Bariatrisk kirurgi har visat sig vara effektiv, långtidsverkande och ger en minskad risk för olika följsjukdomar som man kan få av fetma. Många patienter som har diabetes typ 2 och tar medicin för detta behöver inte ta medicinerna efter att de genomgått obesitaskirurgi. (Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016, s. 301-302; Hamberger & Haglund 2017, s. 351). Men fastän man får en bariatrisk operation är det viktigt att man också får bra stöd och vägledning i hur man ska ändra sin livsstil, speciellt matvanor, före och efter operationen. Tyvärr går nog vissa upp en del av sin vikt igen och då behöver de kanske mera stöd av en dietist så att de faktiskt börjar äta så som de ska. Om patienten får i sig alla vitaminer, mineraler och spårämnen som hen behöver efter operationen och får i sig rätt sorts näringsämnen blir effekten av operationen också bättre. (Shannon, Gervasoni & Williams 2013, s. 551)

Enligt Spaniolas, Kasten, Celio, Burrus & Pories (2016, s. 900 - 903) är bariatrisk kirurgi det effektivaste sättet att behandla sjuklig övervikt (som tidigare nämnt), effekterna av kirurgin syns tidigt efter operationen och i många fall (inte alla tyvärr) kommer resultaten vara livslånga (och livsavgörande i vissa fall), patienter som deltagit i kirurgin blir uppföljda 3,6 och 12-månader efter. Det har visat sig att patienter som följs upp 12 månader efter operationen har bäst chans att gå ned i vikt och lyckas med att göra en hållbar livsstilsförändring eftersom det är mycket viktigt med moraliskt stöd och vägledning för att patienterna skall lyckas med att behålla en hälsosam livsstil livet ut.

Den mest använda metoden i Finland och de övriga nordiska länderna är gastric bypass. (Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016, s. 306) Vid gastric bypass gör man en ca.20 - 30 milliliter stor ficka vid magsäcken närmast övre magmunnen, jejunum (tomtarmen) kopplas till den gjorda fickan. Resten av magsäcken och övre delen av tunntarmen kopplas bort och ansluts längre ner på jejunum så att bukspott och galla kommer ut där. (Käypähoito 2011; McGraw & Wool 2015, s. 146). Gastric bypass kan göras laparoskopiskt (McGraw & Wool 2015, s. 146). Efter gastric bypass får kroppen en mindre yta att absorbera maten på och fickan som är kvar av magsäcken gör att bara en liten mängd mat ryms dit åt gången

(Ericson & Ericson 2012, s. 66; McGraw & Wool 2015, s. 146). Enligt 1177 vårdguiden (2017) är hormonet Ghrelin (som bildas i magsäcken) ett hormon som skickar hungersignaler till hjärnan då säcken i magen inte har något innehåll. I och med att magsäcken kopplas ur eller varför inte tas bort (om det är en sådan operation man deltar i) är hormonprodueringen mindre och man känner mer mättnadskänsla. Man har sett (men kan inte förklara varför) att de som genomgått gastric bypass vill äta mer frukter, grönsaker och kött än tidigare (Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016, s. 302). Det kan vara en av orsakerna att vikten går ner mycket efter gastric bypass. Cirka 70 % av övervikten försvinner (Hamberger & Haglund 2017, s. 353). Vikten hålls stabil under en lång tid. Patienterna får ofta ett bra ätmönster och känner sig mätta snabbare efter operationen. (Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016, s. 299, 302)

En annan vanlig metod är gastric banding med reglerbart band, man sätter bandet runt magsäcken nära övre magmunnen. Det går en liten slang från bandet till en subkutan infusionsport. Bandet har en silikonballong i sig som kan fyllas på eller tömmas ur lite för att reglera hur hårt det stramar om magsäcken. (McGraw & Wool 2015, s. 143; Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016, s. 304). Då bandet sätts på plats är det tomt och det är först efter cirka sex veckor som man fyller det med en vätska (först cirka 3 milliliter) via den subkutana infusionsporten med hjälp av en nål. Patientens viktning och känsla av hunger ska följas upp och vid behov fylls bandet ännu mer och kan tömmas. Bandet kan max fyllas med 12 milliliter vätska. Bandet gör att magsäcken inte kan bli för stor och maten har lite svårare att passera, vilket gör att patienten känner sig mätt snabbare. (McGraw & Wool 2015 s. 143 - 144)

Den bariatrisk operationen gastric sleeve utvecklades ur en annan och mer omfattande obesitasoperation, duodenal switch. Efter en tid började man att utföra den del som idag kallas för gastric sleeve och sedan gjordes flera obesitasoperationer efteråt. (Alexandrou et al. 2015, s.232). År 2004 presenterades en studie gjord av Almogy, Crookes och Anthone (2014, s. 493, 496) där 21 patienter av olika orsaker bara genomgått det vi idag kallar för gastric sleeve. Där kunde man konstatera att gastric sleeve gav tillräckligt bra viktning med tillräckligt få komplikationer. Alexandrou et al. (2015, s. 232) undersökte patienter i 5 års tid efter att de genomgått denna operation och också deras resultat visar på att gastric sleeve i sig är en säker och effektiv metod som hjälper patienterna att gå ner i vikt. Idag görs gastric sleeve både självständigt och som ett första steg som sedan följs av duodenal switch. Gastric sleeve går ut på att magsäcken smalnas av från sidan på curvatura

major så att den blir smal och rörformad (Jeppsson, Ljungqvist, Naredi & Sund 2016 s. 305).

3.5 Komplikationer av bariatrisk kirurgi

En tid efter att patienten genomgått operationen finns det risk för att man råkar ut för någon komplikation, man kan råka ut för komplikationer som blodpropp eller infektioner men det är mest vanligt att man råkar ut för blödning eller läckage. Patienter som råkar ut för blödning får dessa oftast inom ett dygn efter operationen men att en patient skulle få en blödning efter hemförloving är sällsynt. Om man får feber, ont i magen eller inte orkar ta sig ur sängen på grund av att man är orkeslös, kan man ha drabbats av en annan vanlig komplikation efter den bariatriska operationen, nämligen läckage som kan uppstå i ledningarna eller kopplingarna som gjordes under operationen. Läckaget kan uppstå upp till tio dagar efter operationen och ifall man drabbas av läckage måste man få vård snabbt, om vi skall nämna flera komplikationer som tyvärr kan tillstöta är lunginflammation en annan som är nyttig att ta upp. Lunginflammation får patienterna ibland på grund av att de har en sämre andning som kan leda till just lunginflammationen, i och med att patienterna blivit opererade är de sängliggande någon tid, vilket gör att cirkulationen blir sämre och att blodproppar bildas. Utöver de redan behandlade komplikationerna kan patienten också råka ut för senare former av komplikationer, en av dem är tarmvred, symtomen på att patienten råkat ut för tarmvred är att patienten känner smärta i hela magen, patienten kan dessutom vara illamående och kräkas. Efter operationen kan patienten också drabbas av näringsbrist och många gånger kan patienten behöva inta kosttillskott i form av vitaminer, mineraler och patienten ska helst vara i kontakt med en dietist. Dietisten borde också kunna hjälpa patienten att förebygga benskörhet (som kan uppstå efter en bariatrisk operation) genom att patienten börjar inta ett tillskott av kalcium och d-vitamin som behövs för att benskörheten inte skall uppstå. En patient som genomgått en bariatrisk operation får många gånger sämre förmåga att uppta ämnen som till exempel kalcium och d-vitamin men också järn kan personen behöva ta som kosttillskott eftersom kroppen även har svårare att uppta det efter operationen. (1177 Vårdguiden, 2017)

Bariatrisk operation är oftast ett bra sätt att få bukt med fetma men också för att förebygga diabetes, enligt Coen och Carnero och Goodpaster (2018, s. 46(4): 262–270) är ett återfall i diabetes en risk för patienter som genomgått en fetmaoperation. En sak som personer som genomgått en fetmaoperation har nytta av är motion och träning, genom att kombinera motion med en kalorisnål kost, gör att patienten får bättre resultat än om patienten bara skulle

följa en diet men inte motionera. Om man inte får effekt av motionen på vikten betyder det att man har en stark påverkan av operationen, till exempel har aerobisk motion en stark påverkan på hur stark insulinkänsligheten är och vilken effektivitet glukosen har. Då man är överviktig har man enligt Romeo et. al (2012, s. 2613) även ökad risk för att insjukna i Kardiovaskulär sjukdom, men om man går ned i vikt efter operationen minskas också risken för att råka ut för en infarkt. Homer, Tod, Thompson, Allmark och Goyder (2016, s.1-10) menar att personer som genomgått en bariatrisk operation ser dessa ingrepp som sin sista utväg för att få ett normalare liv, vissa patienter som deltagit i en sådan operation hade till och med börjat dra sig bort från sociala relationer, de hade börjat stöta bort familj och vänner på grund av sin självkritik och för att de skäms över sin kropp och sin relation till mat. Men efter att de fått genomgå en operation (tillsammans med terapi och hårt arbete av dem själva) hade många av dem börjat få ett bättre självförtroende och i och med detta hade personerna vågat börja hitta tillbaka till lite normalare beteende och framförallt, bättrat på sina relationer till familj och vänner. Innan ingreppen hade patienterna också uteslutit aktiviteter som andra personer tyckt om, som resor och semestrar men efter operationerna och ju mer personerna gått ned i vikt hade personerna även börjat hitta glädje i att resa och semestra. Det är förstås en stor risk att man drabbas av komplikationer efter operationerna men i och med att många av patienterna verkligen testat allt annat och inte fått den hjälp de behöver har patienterna kommit fram tillsammans med sjukvården att de behöver genomgå en operation, dock krävs det mycket egen drivkraft av patienterna.

3.6 Psykisk hälsa

I World Health Organizations (2014) definition av hälsa framkommer det att hälsa inte bara är frånvaro av sjukdom utan också fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Psykisk hälsa definierar World Health Organization (2014) som ett tillstånd av välbefinnande då personen inser sin fulla potential, kan hantera livets normala stress, kan arbeta produktivt och kan bidra till samhället personen lever i. Enligt Psykporten (u.å) är det psykiska måendet ett väldigt brett område, genom att vi tar hand om våra kroppar tar vi också samtidigt hand om vår psykiska hälsa (t.ex. vid motion och liknande). En viktig sak för att kunna ta hand om vårt psykiska mående är att vi kan hantera och förstå våra egna känslor.

Föreningen för Mental Hälsa i Finland (u.å) menar att den psykiska hälsan är en viktig tillgång för människan och hennes välbefinnande. Den psykiska hälsan stöds och förbättras av så kallade "friskfaktorer" medan den kan försvagas av riskfaktorer. Något som man kan

arbeta på för att förbättra sin psykiska hälsa är till exempel självkänslan, att lära sig konflikthantering och sitt sociala kunnande. Andra friskfaktorer som hjälper den psykiska hälsan är t.ex. att ha bra relationer med andra människor, att känna att man har kontroll över livet, att känna att medmänniskor stöder en och att ha god hälsa överlag.

3.7 Psykisk ohälsa och fetma

Enligt World health organization (2018b) definieras psykisk ohälsa med någon sjukdom i psyket eller annat psykiskt problem som på olika sätt gör att man inte klarar av vardagen. De psykiska problemen tar sig form på olika sätt men onormala tankar, beteende och förhållanden med andra, samt onormala känslor är drag som många av människorna med psykisk ohälsa har. Då man talar om psykisk ohälsa tänker man på till exempel autism, demens, bipolär sjukdom och schizofreni. Patienter med fetma som genomgår bariatrisk kirurgi visar ibland upp en annorlunda psykisk profil än dem som aldrig varit feta.

Lier, Biringer, Stubbhaug, Eriksen och Tangen (2011 s. 730 - 737) menar att det är många patienter som lider av social ångest som söker sig till den bariatriska kirurgen. Psykiska faktorer gör att människor skapar ett annorlunda ätbeteende och har ett större energiintag än vad kroppen behöver, vilket i sin tur gör att de blir överviktiga. Psykisk sjukdom är en av de mer avgörande faktorerna till fetman, patienter med fler psykiska sjukdomar blir tyvärr oftare patienter i fetmakirurgin med tiden än personer som inte har några psykiska problem. Enligt en undersökning gjord av Duarte-Guerra, Coêlho, Santo och Wang (2015, s. 833 - 835) har 57,8% av de som sökte sig till bariatriken, någon form av psykiska problem. Ett av de vanligaste problemen var ångest, som hela 46,3% hade. Man märkte också att olika former av bipolär sjukdom var mera vanligt bland dessa människor. Andra vanliga problem var affektiva sjukdomar och olika typer av depression. Under hela sin livstid hade 35% haft någon form av ätstörning och mer kvinnor än män hade haft bulimi. Många andra studier tyder också på att psykisk ohälsa är mycket vanligt bland dem som söker sig till den bariatriska kirurgen. Det här talar för att det är viktigt att alltid testa om patienten har någon psykisk åkomma eller ej före de får genomgå en bariatrisk operation, vilket gör att man också kan sköta det.

Före operationen känner sig många patienter ensamma och de håller sig gärna hemma. För många utgör de misslyckade försöken att gå ner i vikt och dagliga tankar om viktnedgång en

stor del av vardagen. Många är också missnöjda med sitt utseende och sin kropp. (Jensen et al. 2013, s. 1142 - 1143)

Att ha fetma påverkar inte bara den fysiska hälsan utan också den psykiska och sociala på flera olika sätt. De som har fetma har ofta sämre självförtroende och självkänsla. Vardagliga situationer där vikten utgör ett problem och som andra människor bevittnar, eller där den med fetma upplever sig vara till besvär, kan kännas väldigt pinsamma. Några exempel på dessa situationerna är t.ex. att bälten inte räcker till, alla kläder i butiken är för små, stolarna i flygplan/biostolen är för liten och att kläder man lånar på gympatimmen inte passar. En vanlig orsak till varför folk ser ner på de med fetma är att de upplever att det är personens eget fel, att hen inte har tillräcklig självdisciplin. Enligt en undersökning gjord i Tyskland sammanlänkas fetma ofta med osäkerhet, brist på självkontroll och att överdrivet unna sig själv något och i amerikanska studier också med dumhet, lathet och fulhet. När man döms, blir utesluten eller annorlunda behandlad på grund av sin fetma kan ens självkänsla påverkas och risken att få depression och psykologiska problem blir större. Detta kan också göra det svårare för den överviktiga att lyckas ändra sitt beteende och gå ner i vikt eller till och med förvärra situationen. För att "gömma" sin fetma och på så vis slippa undan väljer många med fetma enligt Park (2015, s. 249) att klä sig extra snyggt, ha täckande kläder, mycket smink, fina accessoarer och dylikt. Tyvärr har det visat sig att patienter med fetma också får höra negativa och pinsamma kommentarer om deras vikt av vårdpersonal. Som vårdare är det därför viktigt att minnas att man ska hjälpa och stöda patienten utan att vara fördomsfull. (Hayden, Dixon, Dixon, Playfair & O'Brien 2010, s. 7-8, 10; Giel et. al 2012, s.1; Sikorski, Lupp, Brähler, König & Riedel-Heller 2012, s.1, 5)

Tyvärr visar vissa studier på att nästan alla kvinnor med fetma, speciellt unga kvinnor, upplever diskrimination på grund av sin vikt. Ett exempel på att de med fetma behandlas på ett annat vis än normalviktiga är att enligt flera undersökningar är det svårare för dem att få jobb. Det är framför allt kvinnor med fetma men också delvis män med fetma som har svårare att få jobb som är högre upp i rang. De flesta vet att kön och etnisitet kan vara faktorer som påverkar om man blir anställd eller inte (trots att det inte borde få vara så), men enligt Giel et. al (2012, s.6) är ändå de som har fetma de som diskrimineras mest. Kvinnor med fetma har också ofta sämre inkomst än normalviktiga kvinnor. Fetma kan få en att känna sig utanför, det påverkar det sociala umgänget med andra människor. De som har fetma gifter sig också mera sällan och många kan känna att andra behandlar dem som asexuella. Unga kvinnor som är i en relation är också mera rädda att något ska hända med relationen som t.ex. att partnern ska lämna dem. Fetman påverkar alltså personens socio-ekonomiska status

och psykosociala hälsa. (Hayden, Dixon, Dixon, Playfair & O'Brien 2010, s. 7, 9, 11 - 12; Giel et. al. 2012, s.1, 6 - 7)

3.8 Kroppsbilden

Kroppen påverkar vår identitet. Våra kroppar är en stor och viktig del i hur vi uppfattar och förstår saker. (Jensen et al. 2013, s. 1139) Irvine et al. (2019, s. 38 - 50) menar att det är viktigt för välmåendet att ha en normal och frisk kroppsbild för att man skall må bra. En förvrängd kroppsbild kan få en person att göra drastiska saker för att få en annorlunda kropp, personerna kan till och med börja svälta sig själv eller utveckla anorexi eller bulimi. Vissa personer kan också börja använda sig av steroider för att få större muskler vilket inte är bra för kroppen.

Enligt Atiyeh och Castagliola (2012, s. ii) visar patienter som genomgår fetmakirurgi (som tidigare nämnt) upp en annorlunda profil än dem som aldrig varit feta, dessa patienter som tvingas uppleva fetma och genomgå operationen tvingas tyvärr ha en hud som är lös och kan hänga och leder till att patienterna inte vill visa sin kropp ute bland folk. Dessa patienter upplever att de inte har livskvalité på samma sätt som personer som aldrig genomgått en fetmaoperation eller varit feta. Efter operationen är det därför viktigt att hjälpa patienterna att forma sin kropp för att de skall få leva ett normalt liv, många av dessa patienter får därför genomgå en skönhetsoperation för att de skall få bort den lösa huden. Patienterna som genomgått en bariatrisk operation brukar ofta få lös hud runt torso, rumpa, överarmar samt även runt höfterna vilket leder till att många patienter väljer att dölja sin kropp på grund av att de skäms över den lösa huden som uppkommit på grund av att kroppen varit stor och möjligen ökat snabbt i vikt.

Överlag är patienterna som har genomgått bariatrisk kirurgi nöjda med sina resultat. Det tar lång tid innan patienternas kroppsbild ändrar efter operationen. Ännu ett år efter operationen tänker och uppför patienterna sig ofta som om de ännu skulle ha fetma och måste påminna sig själva om att de inte längre har det. Fetman kan alltså vara en stor del av identiteten efter operationen trots att patienten har lyckats gå ner i vikt. För vissa kan det till och med kännas som att förändringarna i kroppen kommer för snabbt, vilket kan leda till frustration för patienten. Vissa studier tyder på att om patienten inte får tillräckligt med information före operationen kan hen ha svårare att acceptera hur hen förändras efter operationen och då lider mera. (Faccio, Nardin & Cipolletta 2016, s. 1714, 1717 - 1718)

Vissa studier tyder på att kvinnor och män har olika orsaker till varför de vill genomgå en bariatrisk operation. För män är ofta främsta orsaken hälsa medan kvinnor oftare tänker på sitt utseende. Överlag är kvinnorna som vänder sig till den bariatrisk kirurgin mera missnöjd med sitt utseende än vad männen är. I vårt samhälle hör kvinnlig skönhet ihop med att vara smal och ha låg kroppsvikt. Kvinnor med fetma är oftare missnöjda med sina kroppar än normalviktiga kvinnor och ju mer fetma kvinnan har desto mer missnöjd är hon oftast. (Jensen et al. 2013, s. 1139)

3.9 Relationen till mat

Enligt Atiyeh och Castagliola (2012, s. 6) beror övervikten på flera olika faktorer såsom omgivningen, psykiska faktorer, ekonomisk situation, vad för mat som säljs på marknaden, modernisering. Eftersom övervikten har uppkommit på grund av en mix av dessa faktorer måste patienterna göra en förändring i livsstilen. Principerna i livsstilsändringen efter den bariatrisk operationen är att man skall se över det dagliga energiintaget, det är även viktigt att patienterna börjar äta mer hälsosamt. Begreppet matberoende kan vara en av faktorerna som ligger bakom att patienterna blir överviktiga, beteendet måste patienterna sluta med och bryta efter att de opererats och därför är det viktigt att de får hjälp med att ändra sina vanor. Personer som är beroende av att äta upplever att de får en stimulering i samma område i hjärnan då de äter mat som narkotikaberoende får då de använder sig av droger. Enligt Goldschmidt et al. (2018, s. 87 - 91) kan en bidragande orsak till att man går upp i vikt vara en bakomliggande psykisk faktor, hetsätning är en av dessa.

Enligt Natvik, Gjengedall, Moltu och Råheim (2014) kan man inte koppla ihop patienternas ätbeteende med personer som inte lider av övervikt, ätbeteendet som patienterna får efter att ha genomgått operationen och vården är mycket individuell och hur varje enskild patient äter är speciellt från person till person. Vissa personer som genomgått ett bariatriskt ingrepp beskriver sin relation till mat som mycket komplicerat, eftersom de blivit överviktiga och inte kunnat ta tag och förändra vanorna själva. Vilket resulterar i att de tvingas genomgå den bariatrisk operationen för att komma till rätta med problemen. Att förändra kosten blir för patienterna en sorts säkerhetsvakt eftersom det är ett sätt att trygga att man får ett bra resultat av att ha genomgått operation, enligt Natvik, Gjengedall, Moltu och Råheim (2014) innehåller ett gott liv ett hälsosamt ätande där man inte bara behöver tänka på vad man äter, hur man äter eller räkna hur mycket man äter. Man måste hitta sin hållbara livsstil som

fungerar hela livet för att inte få komplikationer och gå upp i vikt igen trots att man genomgått kirurgin.

Patienterna är beroende av hur de äter och hur livsstilen formas, i vilket samhälle och från vilken kultur man är har betydande roll. Patienterna som genomgått kirurgin behöver reda ut grundligt hur deras förhållande till mat är och vad deras grundliga inställningar till varför de äter är, för att på riktigt kunna ta itu med problemet. Ifall patienterna inte får hjälp med detta så får de ofta ett sämre resultat än om de får hjälp med att ändra sina grundinställningar. En annan aspekt patienterna även måste fundera på är vilken relation till den egna kroppen de har, ifall patienterna har ett snedvridet förhållande till den egna kroppen behöver de få hjälp med att förändra förhållandet till denna så att de lär känna sig själv, skapar ett bättre självförtroende och så att de får byggstenarna till ett sundare liv. En patient behöver få hjälp med sitt psykiska mående även om detta tyvärr ofta glöms bort, man behöver alltså vårda hela människan och inte bara kroppen då man tar hand om en patient med fetma.

Enligt en studie som gjorts av Kanerva, Larsson, Peltonen, Lindroos, & Carlsson (2017) menas det att personer som äter mat med högt glykemiskt innehåll går mindre ned i vikt än personer som har andra problem med maten. Innan operationerna bryr sig inte patienterna om vad de äter (i lika stor mån som efter) men enligt Natvik, Gjengedall, Moltu och Råheim (2014, s. 1707) behöver patienterna tänka över vad de äter efteråt eftersom det är patienternas hälsa det är frågan om. Ätandet är sammankopplat till vad vi upplever utgående från vår syn, vad vi känner för lukt och hur det känns då vi tuggar men eftersom patienterna inte kan ha samma livsstil som innan måste patienterna lära sig att tycka om ny mat. Då man går igenom en bariatrisk operation är det inte bara kroppen som förändras utan patienterna går också igenom en psykologisk förändring, enligt undersökningen kunde patienterna inte längre ha en stark sensuell känslökoppling till ätandet efter att de fått gå igenom operationen (som tidigare nämnts hade många upplevt ett starkt känslösamt kopplande till ätande innan operationen).

Under den första tiden efter operationen får patienten tänka om sitt val av mat. Patienten kan ännu sakna någon viss mat som hen borde undvika eller känna att hen vill äta mera än hen borde. Många ändrar dock på sina matvanor i alla fall, eftersom ett för stort matintag då man genomgått operationen kan ge en obehaglig känsla. Tiden efter operationen handlar alltså mycket om att lära sig vad och hur mycket man kan äta. Tyvärr känner sig vissa mer utsatta i sociala situationer eftersom de inte kan äta precis som före operationen. Efter operationen

lär patienten sig nya vanor och bryter gamla vanor. Många upplever att de är bättre på att kontrollera sig själva efter operationen. (Jensen et al. 2013, s. 1144)

3.10 Positiva och negativa följder av bariatrisk operation

Aarts et. al (2015, s. 90 - 96) menar att efter att individer deltagit i gastric bypass har dessa individer fått en chans till livslång förändring som har en god effekt på hälsan, men det är inte alltid så att det ger ett livslångt resultat. För att patienternas operationer skall ge livslångt resultat behövs en hälsosam livsstil och det krävs att individerna själv anstränger sig. För människor som varit sjukligt överviktiga innan ingreppet (och som ej kunnat gå ned i vikt på egen hand), har många gånger gastric bypass varit en effektiv och pålitlig lösning för att patienterna skall kunna uppleva hälsa. Även familjemedlemmarna till patienterna som genomgått gastric bypass har efter ett år ändrat livsstil, efter denna tid har (enligt Aarts) cirka 2/3 familjemedlemmar till gastric bypass opererade människor även övertagit samma livsstil som den opererade men det finns tyvärr dem som efter operationen börjat tröstata och igen gått upp i vikt.

Ganska tidigt efter att man har genomgått operationen får man ofta mera energi, en känsla av att må bra och bättre självkänsla. Man vill och vågar ofta utveckla sitt sociala umgänge efter operationen. Patienterna uppfattar sig själv på ett annat vis än före ingreppet. (Jensen et al. 2013, s.1144) Efter operationen ändras uppfattningen av relationen till andra. Före operationen upplever många att andra dömer och/eller sårar dem. Då de har genomgått operationen och lyckats gå ner i vikt börjar de i stället känna sig accepterade av andra och att de inte får samma negativa uppmärksamhet som förr. Vissa patienter kan tyvärr ha dåligt självförtroende fortsättningsvis, vilket begränsar dem i deras nya liv och det inser de först efter operationen. Då kan deras förväntningar på livet efter operationen delvis bli förkrossade. (Faccio, Nardin & Cipolletta 2016, s. 1717). Enligt Atiyeh och Castagliola (2012, s. 6) upplever många patienter efter operationen att de sakta blir fria från sina problem (även om de måste kämpa för det) och patienterna börjar då acceptera sig själv och sin kropp på ett sätt som de inte kunnat innan, eftersom de varit överviktiga till den grad att de inte tyckt om sig själv.

Att genomgå en operation som ska hjälpa en gå ner i vikt ändrar ofta stora delar av livet. Före operationen kan man känna sig mer utanför i samhället och inte bli sedd på samma sätt

som andra. Många får bättre självförtroende och självkänsla när de lyckas gå ner i vikt vilket i sin tur leder till att de öppnar upp mera, blir mer utåtriktade, blir mer ambitiösa och vågar ta plats socialt. Då man lyckas gå ner i vikt ändras också andras syn på en och speciellt för kvinnor kan det kännas som att man går från att vara asexuell till en sexuell varelse i andras ögon. Man uppfattas alltså som en "riktig kvinna". De flesta blir också nöjdare med sitt utseende efter viktnedgången. En annan bra sak är att man ofta känner sig hälsosammare då man går ner i vikt. Men det kan också ha sina negativa sidor. Vissa upplever att deras relationer med gamla vänner ändras, då vännerna börjar uppleva en som ett hot eller då vännerna blir avundsjuka för att man lyckats gå ner i vikt. Tyvärr är det inte ovanligt att man efter operationen blir dömd för att man fått operationen, andra kan nämligen tycka att man tagit "den enkla vägen". Man blir alltså dömd för att man inte kunde gå ner i vikt själv och för att man blev så pass "överviktig" att man behövde en operation. (Hayden, Dixon, Dixon, Playfair & O'Brien 2010, s. 9 - 11; Park 2015, s.243)

4 Teoretisk bakgrund

Eriksson (1994, s. 11, 49) menar att lidande hör till livet och är på sätt och vis ett döende eller en dödskamp. Hon menar också att om man vinner över lidandet kan det ge kraft till det fortsatta livet, fastän lidandet i sig självt saknar mening. På så vis kan människa ge lidandet en mening genom att försonas med sin situation och hittar nya vägar. Lust och lidande ser Eriksson (1994, s. 20, 30) som varandras motsatser och då man lider pågår en kamp mellan dem. Eriksson talar också om "lidelsen" som är en slags passion, kreativitet eller kraft i lidandet. I lidelsen uttrycker man lidandet på något sätt, vilket gör det enklare för människan att hantera lidande och man kan till och med glömma bort lidandet för en stund. (Eriksson 1994, s. 15). Det finns mycket som kan orsaka lidande och Eriksson (1994, s. 42 - 46) tar upp följande: kränkning av värdighet, skuld känsla, fördömelse, kärlekslöshet, ensamhet, att inte tas på allvar och att känna sig ovälkommen. Lidande reducerar människan på något plan. Kopplar man det till Erikssons idé om helhet och integration kan man alltså konstatera att lidande kan påverka hälsan. Om lidandet är uthärdligt är det möjligt för människan att ha hälsa, men om lidandet är outhärdlig påverkas hälsan. (Eriksson 1994, s. 64)

Om en person lider och delar med sig av det vill hen ha bekräftelse på sitt lidande. Om ingen bekräftar personens lidande kan hen få dubbelt lidande då personen upplever att ingen tror på hen. (Eriksson 1994, s. 23) Genom att visa sin medmänniska att man ser hens lidande så bekräftar man också det. Man ska stödja, finnas till och låta det ta tid. (Eriksson 1994, s. 54). Likaså är det viktigt att låta de människor få vara i lidandet som behöver det. Om någon måste låtsas sträva efter att komma ut ur eller redan ha kommit ut ur sitt lidande uppstår ett extra lidande för personen som även tär på personens krafter. Ibland kan den som lider känna sig tvungen att utåt hitta en mening i sitt lidande, som den kan berätta om åt andra för att skydda de andra från personens eget lidande. Personen måste alltså låtsas att hens lidande för med sig något gått fastän hen egentligen inte tycker det själv. Detta skapar mera lidande för den som redan lider. (Eriksson 1994, s. 69 - 70).

Som sjukskötare kan man enligt Eriksson (1994, s. 82) stöta på 3 typer av lidande. Sjukdomslidande är det lidandet som sjukdomen och behandlingen orsakar patienten. Det kan till exempel vara smärta från sår, skam över att visa sitt underliv hos gynekologen eller skam över att man inte klarar sig själv. Sjukdomslidande kan delas in i kroppslig smärta och

själsligt eller andligt lidande. Orsaker till det själsliga och andliga sjukdomslidandet kan var förnedring, skam och skuld. Skam och förnedring är kopplade till att patienten tycker sig framstå eller uppfattas som sämre än hen hoppades på. Det hör också ihop med att patienten har vissa ideal som hen inte lyckats följa. Om patienten tycker att hen själv satt sig i sin situation, levt på fel sätt eller överträtt någon gräns kan patienten känna skuld. Man kan också känna skam om man tror att ens eget leverne har orsakat den situation man befinner sig i. (Eriksson 1994, s.78 - 79)

Livslidande har att göra med lidande i livssituationen. Sjukdom kanske begränsar patientens liv, patienten kanske inte har samma möjligheter som före sjukdomen eller i värsta fall kanske patienten är rädd för att dö. Ens identitet, sammanhang och mening med livet kan hotas. Den tredje formen av lidande som sjukskötare kan stöta på är vårdlidande. Vårdlidande är det lidandet som uppstår då man vårdar (eller missvårdar) en patient. Med vårdlidande menas inte lidande som nödvändiga mediciner och vårdåtgärder i sig skapar utan istället lidande som uppstår i relationen vårdare-patient. Det kan vara att man kränker patientens värdighet, dömer eller straffar patienten, inte ger den vård eller delar av vården som patienten behöver eller utövar makt på patienten. (Eriksson 1994, s. 82 - 94) Av dessa tre typer av lidande är det förmodligen enklast för sjukskötare att förhindra vårdlidande. Vårdlidande är ett onödigt lidande som inte borde få uppstå i dagens sjukvård.

Att visa patienten kärlek är ett väldigt bra sätt att tackla lidande. Också tro och hopp är viktigt, precis som vid all annan vård. Då tillåts lidandet inte ta kontrollen över livet utan patienten kämpar för att nå försoning. (Eriksson 1994, s. 77). Tro, hopp och kärlek är viktiga element i vården, men också viktiga komponenter i relationen med medmänniskorna och med den abstrakta andra. Kärleken ska inte vara beroende av hur någon är eller vad de gör utan inom vården det är ovillkorlig kärlek som gäller. (Kirkevold 2000, s.213 - 214). Tron handlar om tillit och att man inom sig själv vet något medans hoppet handlar om framtiden och ens vilja att möta den. (Ericsson 1988, s. 8). Eriksson har gjort begreppet "Caritas" mer vanlig inom vården. Det innebär egentligen både kärlek och barmhärtighet och utgör kärnan för omsorg. (Kirkevold 2000, s. 218 - 219)

En viktig del av vårdande är enligt Eriksson (1988, s. 8) att ansa, leka och lära. Med ansning menar Eriksson att man på olika sätt renar kroppen för att må bra både andligt, själsligt och kroppsligt. Till ansning räknas också att tillgodose patientens grundläggande behov. Eriksson (1988, s. 29 - 30) anser att människans lärande långt påverkas av omgivningen, miljön, kulturen och andra människor och interaktionen med dem. Hon skriver också att det

är bättre för människans livslängd att hålla sin prestation så nära potentialen som möjligt. Hon menar alltså att om människan egentligen kan lära sig mera och prestera bättre än vad hon gör är det nyttigt för människan att försöka förbättra sin prestation. Som en del i vårdandet blir då alltså att fundera hur och vad man ska lära patienten så att den bättre kan ta hand om sig själv. Lärandet är som sagt en viktig del av vårdandet. Det handlar också om att hjälpa människan att utveckla sig själv, bli mer självständig och kunna hantera motgångar och problem. (Kirkevold 2000, s.217). Lärandet ligger nära lekande som också utgör en del av vårdande eftersom man genom lek kan åstadkomma lärande. Då man leker kan man lära sig nya saker. Det kan också hjälpa en att procesera det man upplevt eller ny kunskap som man fått och på så sätt sätta in det i sitt sammanhang. Lek främjar alltså utveckling samtidigt som det kan ge vila och vara ett glädjämne. Det kan ge livslust och vara bra för själen. (Kirkevold 2000, s. 217)

Precis som då det kommer till hälsa ser Eriksson (1988, s. 28) människan som en helhet som består av delarna kropp, själ och ande. Själen är både psykologisk och andlig så att både anden och själen står i kontakt med ”den abstrakta andra”. Den abstrakta andra kan vara t.ex. gud från kristendomen eller någon annan högre makt som individen tror på. Själen och kroppen står båda i kontakt med ”den konkreta andra”, alltså med medmänniskorna. (Kirkevold 2000, s. 214) Relationen mellan individen, den konkreta andra och den abstrakta andra är viktig för människan och det är egentligen genom dessa relationer som människan existerar. (Kirkevold 2000, s. 213) Som vårdare är det bra enligt Eriksson att tänka på att alla människor har vissa behov och begär. De kan vara kroppsliga såsom sömn, värme och näring, men även själsliga och andliga behov och begär såsom livsmening, förväntan, behov av kärlek, kontakt, bekräftelse och utvecklingsbehov. Också människans problem är viktiga att tänka på inom omvårdnad. En människa har ett problem om det är något hon inte klarar av att hantera i sin situation (1988, s. 32 - 33, 37).

5 Metod

För att uppnå vårt syfte att få en bättre förståelse för patienters upplevelser efter bariatrisk operationer och hur bariatrisk patienters liv ändras väljer vi att analysera bloggar skrivna av bariatrisk patienter. För att få ett bra, innehållsrikt och verklighetsförankrat resultat väljer vi noggrant ut bloggarna, insamlingsmetod och analysmetod.

5.1 Insamlingsmetod

Vi använder oss utav en kvalitativ metod, enligt Henricson (2017, s.111 - 115) härstammar den kvalitativa metoden i den holistiska traditionen där man undersöker informanternas, eller i vårt fall patienternas, egna levda upplevelser av något. I datainsamlingen använder vi oss utav patienters egna bloggar som tar upp hur de upplevt bariatrisk operationer och hur deras liv har blivit efter operationerna.

Enligt Henricson (2017, s. 112) skall man använda sig av till exempel bloggar eller intervjuer för att få en datainsamling som är kvalitativ. Vid kvalitativ metod, som vi använder oss av, ska den som undersöker vara följsam och flexibel mot deltagarna. Som forskare är vi öppna och anpassningsbara då vi utför denna studie för att få en kvalitativ datainsamling, men vi får under inga omständigheter ha förutsatta åsikter som inte går att ändra på även om vi får ha våra egna åsikter då vi gör denna studie. Vi får inte heller kopiera andras arbete. Vi har i minnet att man enligt Henricson (2017, s.113) skapar verkligheten av människorna och vid vår undersökning är det människor som deltar via bloggandet. Vi reflekterar även över våra egna erfarenheter och kunskaper i vår undersökning och i mån av möjlighet kunde vi också enligt Henricson (2017, s.114) prata med andra forskare för att öka vår egen förförståelse för vår undersökning.

5.2 Bloggning

En blogg är en personlig dagbok på internet som andra kan se. På 1990-talet kom de första bloggarna och ordet kommer från engelskans "weblog". (Nationalencyklopedin AB (u.å.)). Personen som skriver bloggen väljer själv vad hen skriver om, om bilder eller videor används, hur hen bygger upp sin blogg, och hur ofta hen gör ett inlägg (bloggar). Den som skriver bloggen väljer också själv om alla kan läsa bloggen eller bara några utvalda genom att låsa bloggen med ett lösenord som endast ges åt de bekanta man vill att ska läsa bloggen. Inlägg på bloggen kan också delas. Läsarna kan kommentera det som har skrivits i bloggen och kommentera varandras kommentarer. Fler och fler som har någon typ av sjukdom väljer att göra en blogg. (Ringdahl 2011) Inläggen ordnas upp i kronologisk ordning men bloggaren kan också göra det möjligt att hitta olika inlägg enligt ämne.

5.3 Urval

Enligt Henricson (2017, s.115 - 116) använder man oftast ett mindre antal informanter vid kvalitativ metod än om man jämför med kvantitativa metod. Därför försökte vi välja ut bloggar med ett brett perspektiv där olika erfarenheter framkommer. Vi hittade våra bloggar via sökmotorn Google. Sökorden vi använde oss av var "blogg" i kombination med antingen "gastric bypass", "gastric banding" eller "gastric sleeve". Vi valde inte slumpmässigt ut vilka bloggar vi använde. Först läste vi igenom sammanfattningarna om bloggarna och rubrikerna för att veta att de handlade tillräckligt mycket om livet efter en bariatrisk operation. Alltså valde vi ut bloggar med tillräckligt material angående bariatrisk operationer och hur livet ändras efter operationerna. Vi valde bort bloggar som långt begränsades till recept eller patienternas privatliv. Vi valde ut 7 bloggar som vi använde till vår undersökning. Antalet beror på att vi ville ha tillräckligt med material att analysera med tillräckligt god kvalitet.

Vi hittade inga bloggar om livet efter en bariatrisk operation på svenska skrivna av patienter från Finland. Eftersom det fanns mycket bloggar om gastric bypass och gastric sleeve på svenska skrivna av patienter från Sverige har vi använt oss av bloggar på vårt eget modersmål för att få den bästa förståelsen. Vi valde endast bloggar som är från 2009 eller nyare så att de är relevanta och visar på hur det är idag. Bloggarna sträcker sig från ett halvt år upp till ett år efter operationen, vissa bloggar sträckte sig dock längre men vi valde att inte

analysera dem längre än ett år efter operationen. Vi använde oss bara av bloggar av kvinnor eftersom det fanns ganska få män som hade bloggat om bariatrisk kirurgi. De flesta bloggar som vi hittade som var gjorda av män var gjorda i samband med den privata vården och vi befarrar att de därför kan försöka att ge en positivare bild än vad sanningen egentligen är. De återstående bloggar som var gjorda av män valdes bort för att de främst innehöll recept.

5.4 Dataanalysen

Vi använder oss av innehållsanalys som analysmetod. Då vi analyserar skall vi enligt Henricson (2017, s. 285) utgå från det syfte som vi har valt för vår studie. Eftersom innehållsanalysen är en metod som oftast används vid analys av text är det en passlig metod att använda då vi analyserar bloggar. Henricson menar att det finns en variant av innehållsanalys som heter konventionell innehållsanalys. I denna variant av innehållsanalys talar man om en så kallad induktiv analys, vilket betyder att man utgår från texten och kategorier, koder eller teman kommer från texten. I vårt fall har vi utgått från texten i bloggarna och bildat olika kategorier från texten som vi kunde dela in vårt resultat i.

Enligt Henricson (2017, s.116 - 117) kan man börja analysera bloggarna var för sig så då vi hade valt bloggar gjorde vi det. Vi analyserade en blogg åt gången. Vi läste alla bloggar två gånger och märkte ut viktiga citat. Sedan sammanställde och sorterade vi upp alla viktiga citat i ett kategorischema i kategorier och underkategorier.

5.5 Etiska överväganden

Enligt Henricson (2017, s. 64) är en förutsättning för att en studie ska vara etiskt korrekt att det man forskar om har betydelse och att de frågor man vill ha svar på något vis är väsentliga. Fetma är ett stort problem i världen och bariatrisk operationer blir vanligare och vanligare alltså är det ett väldigt aktuellt och viktigt ämne. Då vi påbörjade den här studien kollade vi igen vad för slags forskning som redan fanns om bariatrisk operationer och det som hänger ihop med dem. Utgående från den forskning vi fann utformade vi syftet med vår studie. Vi såg att andra redan befintliga studier inte riktigt kunde svara på de frågor som vi valt att fokusera på i denna studie. Resultatet av studien hoppas vi ska vara till nytta för oss som

sjuuskötare och andra vårdare som kommer i kontakt med bariatrisk patienter samt var till nytta för patienterna själva. En annan förutsättning för att vår studie ska vara etiskt korrekt enligt Henricson (2017, s.64) är att den vetenskapliga kvaliteten på studien är god. Vi har valt insamlingsmetod, analysmetod, teori och urvalskriterier för att få ett så korrekt svar som möjligt på våra frågor och vi satte oss in i den empiri som redan finns.

Då man samlar in data via internet, som vi valt att göra i denna studie, måste man tänka på hur man lagrar det man samlat in. För att studien ska vara etiskt korrekt ska ingen obehörig kunna få tag på det materialet vi har samlat in. Något annat som är viktigt att tänka på är om man ska fråga informanterna om lov (informerat samtycke) att använda deras bloggar eller inte. Vi valde att inte fråga informanterna om lov eftersom vi bara använde oss av bloggar utan lösenord eller inloggning som vem som helst kan läsa på internet. Bloggarna räknas därför som offentlig kommunikation och då är det tillåtet att inte fråga om informeratsamtycke. (Henricson 2017, s. 225 - 227). Henricson (2017, s. 63) tar också upp göra-gott-principen som kommer från Belmontrapporten 1978. Enligt göra-gott-principen ska man skydda deltagarna så mycket det går och deras identitet. Även om bloggarna är offentliga kommer vi inte att sätta ut namn på informanterna eller andra som dyker upp under arbetet för att skydda deras identitet. Vi ska också arbeta så att deltagarna inte såras eller utnyttjas av vår studie.

Enligt Henricson (2017, s. 66) börjar alla studier på minus då man analyserar risk mot nytta i och med att deltagarna sätter sin tid på att delta. En fördel ur etisk synvinkel med att använda sig av bloggar måste då vara att deltagarna redan frivilligt har skrivit alla inlägg på bloggarna. Deltagarna måste alltså inte sätta mera tid och energi på att svara på våra frågor utan vi får svaren från de färdiga texterna i bloggarna. Henricson (2017, s. 76) påpekar också hur viktigt hederlighet och ärlighet är i studien och det kommer vi att tänka på. Man ska inte vilseleda läsaren, medvetet tolka något på fel sätt, utelämna viktig information eller på olika sätt försöka styra forskningens resultat dit man vill. Det är också viktigt att hänvisa till källor på rätt sätt, inte plagiera, märka ut citat rätt mm.

5.6 Bakgrund till bloggarna

Vi har analyserat 7 olika bloggar skrivna av patienter som genomgått någon bariatrisk operation. Bloggarna är skrivna av kvinnor mellan 20 och 50 år som bor i Sverige. Alla operationer lyckades och ingen av patienterna har fått någon allvarligare komplikation. Vissa bloggar handlar mest om viktnedgången medan andra fokuserar mycket mer på känslor, motion, kost, livet och mående. Alla bloggar vi har valt behandlar dock alla delar till viss del.

En kort beskrivning av bloggarna vi använt:

Blogg nummer 1.

Först var tanken att patienten som skriver blogg 1 skulle få genomgå en gastric bypass operation men istället blev det gastric sleeve.

Blogg nummer 2.

Denna blogg handlar om en kvinnlig patient som genomgått gastric sleeve, vilket patienten berättar om i bloggen.

Blogg nummer 3.

Denna blogg handlar om en patient som genomgått gastric bypass. Patientens berättar om allt kring operationen och hur om vardagen fungerar.

Blogg nummer 4.

Patienten är en kvinna i medelåldern. I bloggen beskriver hon hur det är att genomgå en gastric bypass operation.

Blogg nummer 5.

Patienten som skrivit denna blogg är en aktiv kvinna. Hon började blogga just före hon fick genomgå en gastric sleeve operation och fortsatte att blogga tills några år efter operationen. Bloggen handlar främst om kost, motion, hur kroppen ändras efter operationen men också om hur allt påverkar hennes liv.

Blogg nummer 6.

Denna blogg är skriven av en ung kvinna som genomgått gastric bypass. Hon började blogga just före sin operation och bloggade ännu ett par år efter operationen. Bloggen fokuserar på

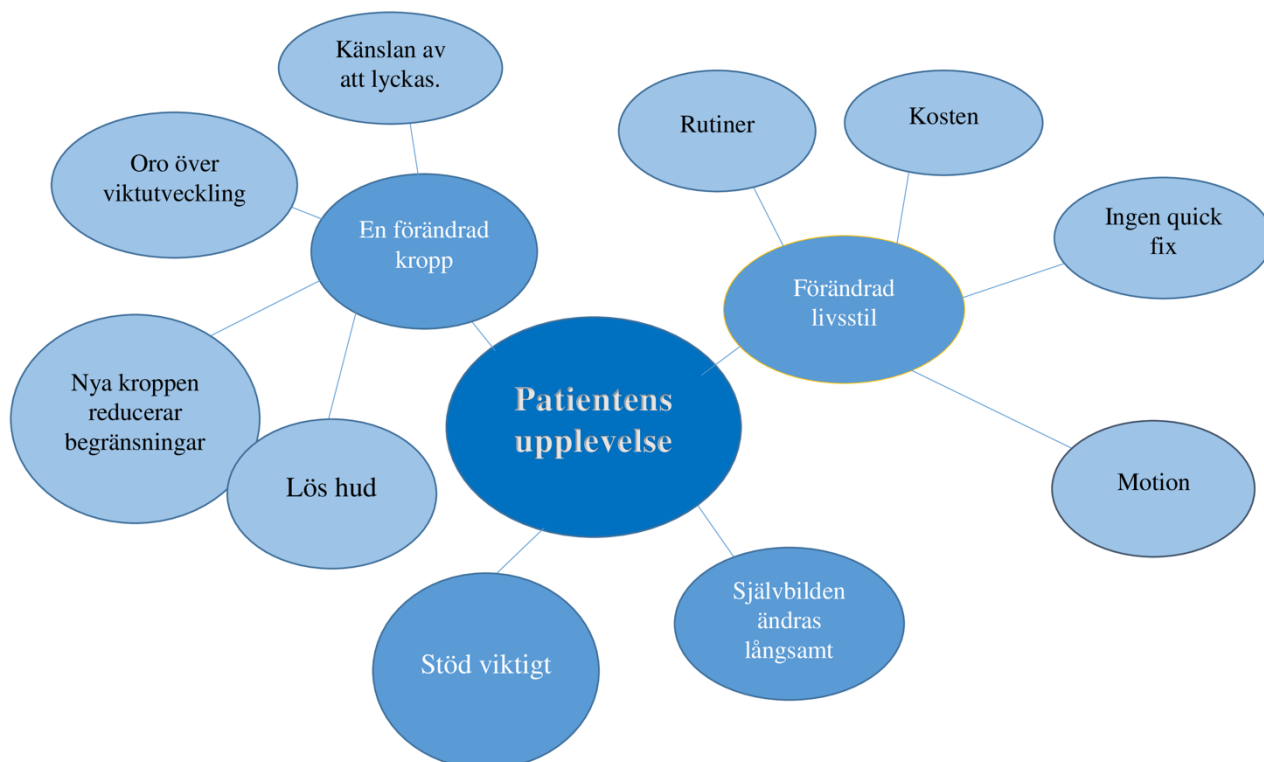
hur hennes liv är efter operationen, hur saker har ändrats efter operationen och hur det har gått för henne.

Blogg nummer 7.

Bloggen är skriven av en patient som genomgått gastric bypass och handlar om hennes liv delvis före men framför allt efter operationen. I bloggen kan läsaren enkelt följa med patientens viktning. Patienten berättar om hur livet och kroppen har ändrats efter operationen framför allt med fokus på träning, kost och annat relaterat till hennes gastric bypass operation.

6 Resultat

Under denna rubrik presenterar vi patienternas upplevelser enligt kategorier och underkategorier. Dessa kategorier och underkategorier är uppgjorda efter patienternas egna upplevelser av tiden efter operationerna. Vi har hittat händelser och känslor som patienterna berättar om som liknar varandras men vi hittade också olikheter från patient till patient.



6.1 Förändrad livsstil

Patienterna som genomgått en bariatrisk operation måste ändra sin livsstil för att få en hållbar viktnedgång och för att sedan kunna hålla vikten på ungefär samma nivå livet ut. Rutiner, matvanor och motionsvanor måste ändras. Detta är inte alltid enkelt har det visat sig.

6.1.1 Rutiner

Efter en bariatrisk operation tvingas patienterna att kämpa med ett vardagsliv som ändras och de måste skapa nya rutiner kring både mat och motion. Patienterna får en riktig chans till ett nytt liv då de genomgår en bariatrisk operation och det är viktigt att patienten tar hand om sig själv för att de skall få ett bra resultat av den bariatrisk operationen. Några av patienterna tycker att det är svårt att få ihop både privatliv, jobb och de nya vanorna som innebär flera små mellanmål. En av patienterna berättar att hon själv blivit lidande till följd av stress på jobbet, eftersom hon gått hem därifrån senare än vanligt. En annan anser att det

är svårt att få ihop rutinerna kring kost och motion som patienterna skall följa ifall man arbetar natt eller har ett jobb man jobbar i skift:

“Och nuddå. Nära ett år efter operationen. Vad ser jag som fördelar idag? En verklig chans att lägga om livsstilen. Nya verktyg att leva ett hälsosamt liv. Stadig viktnedgång som ger pepp och lust till att fortsätta på den nya banan så att man hinner skapa nya rutiner som är hållbara i längden.” (blogg nr.4)

“Baksidan av att jag haft stressigt på jobbet är att jag inte gått hem i tid eller tagit hand om mig själv som jag borde. Mattiderna och kvaliteten på maten har blivit lidande.” (blogg nr. 1)

“Jag jobbade nätter i helgen och det gick bra. Jag tyckte det var lite svårt att hitta en bra rutin på maten.” (blogg nr. 6)

6.1.2 Kosten

Om man ser på helheten lyckas deltagarna i denna studie ganska bra med att ändra sina matvanor. De har bättre kontroll över sig själva, vet vad och hur mycket de borde och inte borde äta och håller sig för det mesta till dessa regler. Efter operationen tänker patienterna också mera på hur stora portioner de äter vid varje måltid.

“Och för första gången i buffésammanhang var det jag som hade kontroll och inte mina händer och ögon!” (blogg nr. 5)

“Maten funkar kanon.” (blogg nr. 6)

Att deltagarna lyckas hålla sig till den nya dieten kan delvis bero på att den “nya magen” till viss del hindrar dem att äta för onyttigt och motiverar dem att hålla sig på rätt väg. Om man äter för fet, för söt eller för mycket mat kan man som tidigare nämnts efter en bariatrisk operation råka ut för dumping. Detta är en väldigt obehaglig upplevelse och kan fungera som piskan i uttrycket “morot och piska”. Eftersom man mår så dåligt vid dumping kan det kännas mindre lockande att äta den där bullen som står framme eller att ta en till portion mat

när man har ätit upp den första. Om patienterna hamnar i situationer då många människor har en tendens att äta för mycket, t.ex. vid bufféer, så gör den nya magen det jobbigare för patienten att äta för mycket. Många av deltagarna i denna studie tycker därför om sin nya mage eftersom de får stöd av magen att begränsa intaget av onyttig mat och ser magen som en stor hjälp:

”Det är faktiskt dagar som denna som jag uppskattar Herbert (minimagen) extra mycket. Måste bara bestämma mig för vad jag vill prioritera” (blogg nr. 5)

”Och det känns underbart att jag faktiskt inte kan äta så mycket som jag gjorde förut.” (blogg nr. 6)

”Jag kan inte längre överäta, vilket jag är tacksam över. Jag blir sjuk om jag äter fel, vilket jag är tacksam över.” (blogg nr. 4)

6.1.3 Ingen quick-fix

Något annat som många framhöll och som man kunde se i bloggarna var att en bariatrisk operation i sig verkligen inte är någon garanti för att man lyckas med viktnedgången och att hålla vikten nere. Det krävs fortfarande hårt arbete av patienterna, precis som då man försöker gå ner i vikt utan operation. Tyvärr finns det människor som inte själva har gått igenom någon bariatrisk operation och som tror att det är ett enkelt sätt att fuska sig till viktnedgång. De tror alltså att patienterna knappt behöver göra något eget arbete för att uppnå viktnedgången. Vissa av de patienter vars bloggar vi har analyserat var medvetna om att vissa har denna felaktiga uppfattning och påpekade att så inte är fallet.

”Alla som tror att gastric bypass är genvägen och fuskvägen till att bli smal har så fel.” (blogg nr. 4)

Detta visar att patienten vet att det finns de som tror att bariatrisk kirurgi är en genväg och att det ses som något negativt att ha genomgått en bariatrisk operation. Också en annan patient vars blogg vi analyserade fick läsarna att förstå hur fel denna uppfattningen är och hur mycket eget arbete det faktiskt krävs av den som får genomgå en bariatrisk operation:

“Men så kommer berömmet över att man har gått ner 38 kg. Och det har jag ju inte riktigt kunnat ta åt mig helt. För jag har ju tänkt att det inte riktigt är på samma sätt som om jag hade tränat utan operationen. Men då blir jag irriterad på mig själv...jag kämpar minst lika hårt som vem som helst. För att bara genomgå en operation utan att jobba med sig själv (psykiskt/mentalt) funkar inte.” (blogg nr. 6)

Patienten påstår alltså att bariatrisk kirurgi inte är en ”quick fix” utan att det kräver hårt arbete för att gå ner i vikt. Med quick fix menas en snabb lösning. Patienten försöker förklara att den uppfattning som vissa har om att det är enkelt att gå ner i vikt efter en bariatrisk operation är fel. Att patienten själv ändrar på sin livsstil och sina vanor till det bättre är en förutsättning för att viktnedgång ska nås och att vikten senare också hålls stabil. Patienterna kan inte bara förlita sig på att deras nya mage arbetar för dem och håller dem på rätt väg hälsomässigt. De måste också göra mycket arbete själva. Vissa deltagare i studien motionerade mera och vissa mindre än de andra deltagarna, men alla deltagarna i studien motionerade mera sedan de genomgått operationen. De arbetade verkligen fysiskt med sina kroppar för att få vikten under kontroll. En av deltagarna i studien skrev:

“Jag jobbar hårt både på gymmet och utanför.” (blogg nr. 6)

Patienterna sätter alltså mycket energi på att träna och hålla sina kroppar i rörelse. De stötte på perioder då träningen inte lockade dem lika mycket eller då de av olika orsaker inte kunde motionera på det sättet de ville. De kunde ha perioder då de alltså inte lyckades lika bra med träningen, men de tog alltid tag i problemet och kom igång med träningen igen. De fick kämpa för att hålla igång de nya motionsvanorna.

Att äta hälsosamt kommer inte heller av sig själv efter en bariatrisk operation. Det var också något som alla deltagare kämpade med i olika utsträckning. En av deltagarna i studien skrev i sin blogg att:

”Jag tänker mig för vad jag stoppar i munnen.” (blogg nr. 6)

Hon har alltså ändrat sina matvanor och börjat äta hälsosammare mat. Det är inte så enkelt att alltid välja hälsosam mat framom god ohälsosam mat. Att motstå frestelsen att äta något gott men ohälsosamt är på sätt och vis en kamp. Om man vill gå ner i vikt måste man ändå

lära sig att kontrollera sig själv och inte äta för mycket ohälsosam mat, även om man har genomgått en bariatrisk operation. Två av deltagarna skrev:

*“Har varit en utmaning att inte dricka en burk (coca-cola) själv, men har klarat det *klapp på axeln*.”* (blogg nr. 5)

”Idag pratade jag med brorsan och sa att jag ska äta godis i två dagar sen är det bra. Men nu ikväll blev jag irriterad på mig själv. Det är precis så här man tänkte förut. Så jag slängde godiset som var kvar.” (blogg nr. 6)

För patienten som skrivit blogg nummer 5 var det alltså svårt att inte dricka coca-cola då det fanns möjlighet, men hon lyckades ändå att motstå begäret efter coca-cola. Patienten som skrev blogg nummer 6 hade haft en tuff period i livet och först tänk tröstata för att trösta sig själv. Ganska snabbt tog hon dock tag i sitt tröstätande och kastade bort godiset. Det här är också en orsak till varför bariatrisk kirurgi inte är en quick fix. Fastän magen är ändrad är det ändå alltid upp till patienten att ändra på sitt intag av mat och dryck. Det kan ingen operation göra. Att få nya rutiner, hålla sig till hälsosam kost och motionera regelbundet är viktiga delar i kampen mot fetman. Och det är just det som tiden efter en bariatrisk operation på sätt och vis är: en kamp mot de gamla vanorna och mot fetman. Ibland är kampen svårare att vinna och ibland går det enklare. Det är upp till var och en som får genomgå en bariatrisk operation att göra sitt bästa och verkligen försöka att lyckas med denna kamp. Tre av patienterna framhöll:

”Din kropp är ditt ansvar.” (blogg nr. 6)

“Äta godis går bra, men inte fet mat. Och missförstå mig rätt, uppoffringen är inte svår att göra, men det är ändå en uppoffring. Hamburgare liksom. Fina grejer...Jag sörjer lite idag.”
(blogg nr. 7)

“Kändes först lite trist att inte kunna göra som vännerna och beställa 3-rätters plus dryck till maten. Men det blev riktigt bra ändå!” (blogg nr. 5)

Som man kan se i dessa citat vill patienterna inte blåsa upp det till ett större problem än vad det är. Deltagarna förstår nog alltid att den hälsomässiga vinsten av deras ändrade livsstil och viktnedgång alltid är värd den lilla saknaden av ohälsosam mat som ibland uppstår.

Som tidigare nämnt tappar patienterna ibland kontrollen över sig själv och äter sådant som de inte ska äta efter operationen eller äter för mycket av något. Det kan bero på vilken situation patienten befann sig i eller om patienten just i stunden helt enkelt inte tänkte tillräckligt på vad hon satte i munnen. Oftast så är det en engångshändelse att patienten äter aningen för mycket mat och efteråt äter patienten nyttigare igen en längre tid:

“Idag firar jag –10kg och tänkte fira till det lite genom att göra äggröra på 1 ägg och mjölk. Det tyckte inte min mage om och jag hamnade på toaletten.” (blogg nr. 2)

“Kan ju meddela att jag dog lite grann efter att ha tryckt ner nästan en hel :P Fick sjukt ont i magen och just den där känslan att nu sprängs magen, för nu är det FÖÖÖÖR Fullt. Hur korkad är jag? När ska jag lära mig att jag inte måste äta slut på tallriken?” (blogg nr. 4)

Oftast rör det sig alltså om engångsföreteelse och i vissa fall bara om nära på händelser. Tyvärr händer det sig också nu som då att patienterna efter en bariatrisk operation kan komma in i en svacka om man kollar på kosten. Då äter patienten för mycket mat lite för ofta under några dagar eller helt enkelt unnar sig lite mera socker eller fett än vad hen vet att hen borde. Alla deltagare i vår studie som hamnade i en liten svacka lyckades dock ta tag i sin situation igen. Patienterna vet nog själva om de har ätit lite onyttigare än de borde:

“sju månader sedan flytstart, som jag levit på nästan ingenting...Så det har varit en del slarv/tanklöshet den senaste tiden.” (blogg nr. 4)

“Har även insett att det går att bli sockerberoende igen efter op. Bara att inse att jag trillat dit igen...Men jag ska vinna!” (blogg nr. 5)

Som man märker på det andra citatet (blogg nr. 5) ger inte patienten upp fastän det inte har gått som hen har tänkt sig. Genom att rycka upp sig, ta tag i problemet och kämpa får patienterna tillbaka kontrollen över matintaget. En orsak till varför patienterna lyckas bryta de gamla matvanorna och inte faller tillbaka i dem under många dagar kanske är oron över att inte lyckas. I och med att de hade ätit ohälsosammare mat blev vissa mer rädda att misslyckas och började tänka mer på deras förhållande till mat:

”Jag är så otroligt rädd att hamna i gamla vanor. Rastlösheten som driver mig till att äta. Suget efter socker och fett. Känslan av att jag vill ”unna” mig, som tar över och leder till dåliga val.” (blogg nr. 4)

Men patienterna menar också att det inte är lätt att bryta sina vanor, även om man som konsekvens får ta att man börjar må illa:

“Det är som om jag har en egen vilja och min minimage har en egen...har jag börjat prata om min minimage som en “Herbet”. Herbert är rätt kräsen.” (blogg nr. 5)

6.1.4 Motion

Innan patienterna deltar i bariatrisk behandling har de kanske inte motionerat mycket, men i och med att patienterna deltar i bariatrisk operation får de nu en ärlig chans till att ändra sitt liv. De måste nu försöka anstränga sig för att behandlingen skall ha en så lyckad effekt som möjligt. Även om patienterna genomgått någon bariatrisk operation är det inte det lättaste att komma igång med en riktig förändring och det är svårt att orka motionera eller träna regelbundet innan det har blivit en vana. Vissa patienter får kämpa mer än andra att försöka få rutiner och det övriga livet att fungera.

“nu när jag mår bättre och energin börjar komma tillbaka är det dags att ta på sig och gå ut och gå promenader.” (blogg nr. 2)

“Denna vecka blir det ökad aktivitet (promenader och crosstrainer) och så ska jag jobba min första dag idag. Matlådorna är packade och jag riktigt längtar tillbaka till jobbet.” (blogg nr.1)

Ju mer tiden går och patienterna blir starkare av att motionera och äta enligt direktiv kan några patienter också börja njuta av sin motion (även om det inte får bli en överdrift, vilket i sin tur blir en sjukdom).

“Det håller i sig med träningen. Börjar äntligen kännas kul igen!” (blogg nr. 5)

“Och nu tränar jag flera gånger i veckan och kan hålla det på en hyfsad nivå. Inte känna att jag behöver vara på gymmet varje dag.” (blogg nr.6)

6.2 En förändrad kropp

Efter att patienterna genomgått en bariatrisk operation ändras kroppen fysiskt, både på insidan och utsidan. Den nya kroppen för med sig mycket positiva förändringar i patienternas liv, men ibland kan viktnedgången också medföra negativa effekter. Hur kroppen ändras är något många patienter gärna följer med bland annat genom att mäta vikten. Vikten och hur den ändras blir ibland en central del av det nya livet och kan vara något patienterna oroar sig för.

6.2.1 Känslan av att lyckas

För många är viktnedgång i fokus både innan och efter operationen och de känner ofta glädje över att de lyckas gå ner i vikt. För vissa patienter börjar viktnedgången bli en stor del i patienternas liv medan andra fokuserar mindre på hur det går. Patienterna får uppleva att de gått ned i vikt och känna att de verkligen lyckats, vilket de upplever som positivt. Ju mer tiden går och efter hårt slit kan patienten gå ner så mycket i vikt att hen också får uppleva den härliga känslan av att ha nått något viktmål.

“Under hundra! Hurra!...Jag är i extas.” (blogg nr. 7)

6.2.2 Oro över viktutveckling

Anledningen till att patienterna väljer att gå igenom viktoperationerna är ju, att de vill gå ned i vikt och få ett hälsosammare liv. Vissa patienter tycker dock att resultaten av att de genomgått en bariatrisk operation kommer för långsamt och de skulle helst av allt vilja att det kom med en gång.

”viktmässigt så står jag still. Så tufft och omotiverande” (blogg nr. 4)

Det finns också stunder då patienterna upplevt att det går sämre än vad de trott, att de inte alls gått ned i vikt på det sätt de strävat efter. För att sedan få se att de fortfarande inte nått slutmålet på vilken vikt patienterna kommer ha efter att det avstannat så att säga. Patienterna har många olika tankar och känslor under tiden efter operationen, vissa är räddare än andra att misslyckas men många är rädda att de gör fel.

“Varje gång har det (vikten) legat på runt 89. Känns bra att det är under 90 kg. Jag fick nytt ryck att väga mig, och vågen visade 90,? Ja, mer såg jag inte. För jag hoppade av vågen...sist när jag lyckades gå ner i vikt, så kom jag ner till 89 kg, precis som nu...!” (blogg nr. 5)

“Gissa då om jag tappade hakan när vågen snällt visade på -1,7 kg...Jag är på inget sätt besviken över de senaste veckornas långsamma takt, det får ta den tid det tar och så, men jag är väldigt tacksam över att det här säger mig att viktnedgången inte är på väg att stanna av.” (blogg nr. 7)

6.2.3 Nya kroppen reducerar begränsningar

Patienterna har känt av att det finns begränsningar i livet på grund av att de varit feta. Många av patienterna har därför innan de blev opererade upplevt att det inte finns någon annan utväg än att bli opererade eftersom de själva har försökt att gå ned i vikt innan operationen men misslyckats. På grund av sin vikt har många av dem tvingats att avstå från vissa aktiviteter, som de gärna skulle delta i om de hade varit smalare. Aktiviteterna har patienterna avstått från på grund av att de skämts för sin kropp, för att de inte har en kropp som passar in i samhället eller för att patienterna haft kroppar som inte orkat med aktiviteterna. I vissa situationer har patienternas kroppar utgjort fysiska hinder.

I och med att patienterna går igenom en bariatrisk operation får många av dem nya möjligheter till ett nytt liv vartefter de blir av med den sjukliga övervikten. Många av patienterna tycker att det känns befriande att få en ny chans i livet. I och med att de märker positiva förändringar i olika situationer, som de eventuellt känt skam i förr, börjar många av patienterna också utveckla ett bättre psykiskt mående och ett bättre självförtroende. Efter operationerna upplever patienterna många olika känslor och vissa förväntningar på vilken vändning livet skall ta efter operationen kanske inte har uppnåtts medan andra oväntade saker kanske har skett. Patienterna blir mer motiverade till att fortsätta förändringen då de märker små positiva förändringar, både fysiskt men också psykiskt.

”Efter att jag gick upp mycket i vikt fanns det inte en chans att kunna rida. men nu när en kollega frågade om jag ville följa med till stallet och rida så tvekade jag inte!” (blogg nr. 5)

“Igår hoppade jag studs matta, såå kul! (Och jobbigt!)” (blogg nr. 3)

Patienterna i blogg nr. 3 och nr. 5 har alltså med andra ord haft begränsningar i och med att de haft fetma. De har kanske velat göra saker som de tyvärr tvingas avstå från på grund av

att de haft den kropp de haft. Nu efter operationen kan de glädjas över att få göra saker de bara kunnat drömma om innan.

Då patienterna genomgår en bariatrisk operation förändras deras kroppar fysiskt som i sin tur påverkar livet på olika sätt. Patienterna upplever förändringarna individuellt och de tvingas lära sig att leva med sina ändrade kroppar, som att lära känna sig själv igen. En positiv förändring för vissa efter en bariatrisk operation kan vara att de inte behöver samma mediciner som de behövde före operationen.

”Jag har sedan operationen kunnat sluta med mitt insulin, mina blodtrycksmediciner och halverat min kolesterolmedicin. Det känns helt underbart!” (blogg nr. 1)

”Klarar av alkohol mycket bättre nu (än genast efter operationen) och vet vad Herbert (magen) kan hantera.” (blogg nr. 5)

6.2.4 Lös hud

Flera av patienterna upplever att det är positivt att de går ned i vikt. I och med att de går ned i vikt får tyvärr flera av patienterna lös hud på vissa ställen, vilket de ofta stör och irriterar sig på. De har gått från att vara ledsna eller skämmas för sin vikt, till att dölja och skämmas för den nya lösa huden.

“Sen är det ju den där frågan om huden. Blir den lös och slapp? Tycker att jag sitter och drar och sliter i huden hela tiden och lösare har den blivit, eller var det såhär förut?” (blogg nr. 4)

“Insåg då när jag tittade i spegeln att jag fått hänghud på halsen, och rynkig dessutom! Jag blev nästan lite chockad...Måste börja ha en sjal på mig. Nya hjärnspöken.” (blogg nr. 5)

6.3 Självbilden ändras långsamt

Vissa patienter söker sig till den bariatriska kirurgin delvis för att fetman gör dem missnöjda med sitt utseende. Att ha fetma kan som tidigare nämnt påverka ens självbild negativt och associeras med många negativa upplevelser. En patient skriver:

“Jag startade på en vikt som jag aldrig vill komma upp i igen. Aldrig kunna gå in i en affär och handla “normala” klädstorlekar för dom gick inte upp över varken låt eller rumpa, alltid gå omkring med stora tröjor för att dölja sin stora rumpa.” (blogg nr. 2)

Detta visar att patienten var väldigt missnöjd med sitt utséende före operationen och viktnedgången. Att ha en dålig självbild kan vara väldigt jobbigt för patienten:

“...jag har nog aldrig älskat mig själv fören nu.” (blogg nr. 6)

Som citatet säger kunde patienten inte älska sig själv före operationen. Patienten skrev detta flera månader efter operationen och hade då gått ner väldigt mycket i vikt. Då en patient lyckas gå ner i vikt ändras förstås också kroppen. Kroppen är nära sammanlänkat med självbilden. En hälsosammare kropp verkar göra det enklare för patienten att få en bättre självbild och acceptera sig själv. Några av patienterna skrev:

“jag känner mig både smalare och piggare än på länge” (blogg nr. 1)

”Ja,jag tycker så mycket mer om att se mig själv i spegeln. Och jag känner mig mer avslappnad och glad när jag är ute på stan. Jag är lång ifrån nöjd. Men inte heller direkt missnöjd. Jag har nått acceptens.” (blogg nr. 4)

“Jag vet att jag har blivit snygg och jag känner mig snyggare nu.” (blogg nr. 6)

Som nämnt tar det ibland lång tid innan en patients självbild ändras. Det kan ta länge innan patienten börjar förstå att hen har blivit smalare och ser annorlunda ut. Vissa patienter kan rent logiskt förstå att de har gått ner i vikt och blivit smalare men ändå inte känna sig smalare. Kroppen blir mindre men psykiskt hinner patienten inte acceptera att det är så utan känner sig ännu likadan som före viktnedgången. Patienten kan förstå att hen är smalare, eller till och med mycket smalare än före operationen, men ändå identifiera sig som fet:

“Jag har svårt att acceptera att jag inte har storlek 52-54 längre.....Undrar om hjärnan kommer ikapp snart?” (blogg nr. 5)

”om jag fattat att jag gått ned i vikt? Jadå, det gör jag. Det märks på kläderna och orken. Men jag känner mig fortfarande tjock. Jag ÄR tjock. ” (blogg nr. 4)

“Livet leker men jag längtar till att bli “Smal” å att det syns och känns” (blogg nr. 3)

Till det sista citatet skall det tilläggas att personen nog redan hade gått ner mycket i vikt och blivit smalare än före operationen. Vissa kan tro eller tycka att de ännu ser ut som förr ända tills de i någon viss situation blir extra medveten om sin kropp och då kan se förändringen. Det kan vara en väldigt positiv upplevelse och upptäckt:

“Och för första gången sen operationen så kände jag mig faktiskt smalare. Jag har ju haft jättesvårt att se skillnad, men på gymmet både såg och kände jag skillnad!!! Så underbart grym känsla!!” (blogg nr. 5)

”det är svårt att själv se skillnaden på sin kropp när man går ner i vikt. Visst kan jag stå lääääänge framför spegeln och vrida och vända mig och studera den nya silouetten. Men å andra sidan har glömt bort HUR tjock jag faktiskt var i januari innan jag började flytet. Jag tycker fortfarande att jag är jätte tjock och känner mig ofta frustrerad över a magen envisas med att bli kvar. Men så mätte jag mig i början av maj och fick nästan en chock när jag såg hur många centimetrar som faktiskt är borta. Hur härlig känsla som helst.” (blogg nr. 4)

Överlag förstår nog patienterna att de har gått ner i vikt men ibland tar det som sagt lång tid att inse detta och känna sig smalare. Om patienten känner sig smal eller fet kan också ändras från dag till dag och stund till stund:

“Kände mig tjock och allmänt trilig...Men då tar jag det mest obekväma och använder det ändå. För jag vet innerst inne att jag inte är så tjock som jag har varit.”(blogg nr. 6)

Patienterna berättar också om att det har blivit roligare att gå in i butiker och handla kläder och dylikt efter operationen eftersom de inte längre behöver skämmas för sina kroppar. Vissa personer kan inte heller förstå att det är sant, att de som haft storlek xxl eller ännu större passar i mindre storlekar.

“Viktigt meddelande. Tröjan jag har på mig är storlek s. WTF!?” (blogg nr. 7)

”Men glad att jag äntligen gått ned så pass mycket att både kläder och ryggsäckar passar mig, jag behöver inte längre känna mig generad när jag är i sportaffärer eller någon friluftsboutik.” (blogg nr. 5)

6.4 Stöd viktigt

Med tanke på hur svårt det kan vara att ändra sin livsstil och bryta dåliga vanor kan man verkligen förstå att patienterna gärna vill ha stöd efter en bariatrisk operation. I vår studie såg vi att bariatrisk patienter uppskattade olika slags stöd av andra människor, både av vårdpersonal och andra patienter. Patienterna var alltid väldigt nöjda och glada efter att de hade varit på kontroller efter operationen och fått tala med någon professionell. De uppskattade stödet och råden som de fick av dietister, sjukskötare och andra som hade hand om dem efter operationen från vårdens sida.

“1-årskontroll...Himla glad över samtalet” (blogg nr. 6)

“Kul att prata med honom (kirurgen) igen. Känner mig mycket gladare nu.” (blogg nr. 5)

Vissa av patienterna tyckte också bättre om att gå på gym där det fanns många som var i liknande situation som dem. De kände sig mera utsatta och trivdes inte lika bra om de måste träna i grupper där de flesta var smalare och mera vältränade. De upplevde sig passa bättre in och kände sig säkrare bland andra som inte ännu var så vältränade och fick ut mer av motionspasset då.

“Känns så himla bra att få ”mjukstarta” lite på ett gym där alla har samma förutsättningar”
(blogg nr. 4)

“Och det bästa av allt – de allra flesta som går där (på gymmet) är överviktiga eller har varit överviktiga” (blogg nr. 5)

Det var inte ovanligt att patienterna var med i olika grupper för bariatrisk patienter på sociala medier, till exempel facebook-grupper. Att nu som då få umgås med andra i liknande situation verkar många uppskatta. Då får de byta tankar, upplevelser och idéer med varandra.

Samtidigt får de också se hur andra har det som befinner sig i samma situation som dem själva.

“på kvällen var vi några stycken från vår sleeve-grupp på FB som träffades. Mycket trevligt att byta tankar, funderingar och upplevelser.” (blogg nr. 1)

7 Diskussion.

Under denna rubrik kommer vi att diskutera vad vi kommit fram till i denna studie och studiens kvalitet. Vi kommer att knyta ihop hela examensarbetet och ta upp de viktigaste fynden. Efter att ha satt in oss i detta ämnet anser vi att mera forskning om nordiska patienters egna upplevelser efter bariatriska operationer borde göras och även forskning om hur viktigt det är med rätt stöd åt dessa patienter.

7.1 Metoddiskussion

Den begränsade tiden har lett till att vi inte har kunnat göra ett så omfattande arbete som vi skulle ha velat. Skulle vi haft mer tid skulle vi ha kunnat analysera blogginlägg ytterligare en tid efter operationen. Eftersom det här är första gången vi gjort ett examensarbete kanske vi inte gjort ett lika noggrant arbete som vana forskare men vi har gjort vårt bästa och vi har också lärt oss under processens gång. Vi analyserade våra egna åsikter om ämnet innan vi gjorde denna studie, vi arbetade med en öppen inställning och nu i efterhand har vi fått ändrade åsikter och uppfattningar om hur det är att gå igenom en bariatrisk operation. Vi var oroliga över att inte hitta tillräckligt mycket bloggmaterial om detta ämne men vi konstaterade i ett tidigt skede att det fanns mycket material att använda sig av. Vi anser oss ha svarat på studiens frågeställningar. Tyvärr hittade vi inga bloggar av tillräckligt god kvalitet som var skrivna av patienter som genomgått gastric banding, vilket möjligtvis skulle kunna begränsa vårt resultat. Vi skulle gärna också analyserat bloggar skrivna av manliga patienter och av finlandssvenskar, men tyvärr fann vi inga som passade in. Detta kan påverka resultatet.

7.1.1 Intern logik

Om man använder Intern logik skall man enligt Larsson (1994 s. 168-170) fokusera på att forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik skall ha samklang och vara enhetliga. Mellan tidigare nämnda saker och fenomenet som vi har studerat skall det också råda harmoni. Enligt den interna logiken skall vi bygga upp vår studie så att de olika delarna verkligen blir en enhet.

Syftet med denna studie var att vi skulle få en bättre inblick i patienternas egna upplevelser från tiden efter en bariatrisk operation, så därför valde vi att använda oss utav kvalitativ metod. Enligt oss passade metoden vi valde bra för vår studie eftersom vi fick med varje enskild patients upplevelser och vi fick en bra inblick i de olika aspekterna av patienternas liv och hälsa som påverkas.

7.1.2 Struktur

Enligt Larsson (1994, s. 173) skall en studie vara överskådlig, inte för komplex och det skall vara enkelt att förstå vad som är viktigt och mindre viktigt. Man skall hitta en struktur i materialet och när man skriver resultatet skall denna struktur finnas med.

Vårt arbete följer en röd tråd och vi har försökt använda oss av ett enkelt språk så att varje läsare skall ha en möjlighet att sätta sig in i vårt arbete. Det var svårt att sätta gränser för resultatet eftersom vi analyserade patienternas egna upplevelser och mycket aspekter i livet påverkar varandra. Vad någon patient tycker är viktigt kanske någon annan inte alls bryr sig om. Detta ledde till att resultatet inte var enkelt att strukturera upp, men efter många försök anser vi att vi har lyckats ganska bra.

7.1.3 Heuristiskt värde

Då man gör en kvalitativ studie, skall man enligt Larsson (1994, s. 179) komma fram till och formulera ny kunskap inom området man studerar. Personen som läser skall alltså få ökad kunskap inom området och helst få en bild av verkligheten som hen kan tro på.

Med vårt examensarbete har vi försökt öka kunskapen om vilka upplevelser patienterna har efter en bariatrisk operation och hur deras liv och hälsa ändras. Vi lyckades ganska bra med att få fram olika upplevelser och erfarenheter efter en bariatrisk operation. Patienternas olika erfarenheter har gett oss ett detaljrikt och personligt perspektiv på resultatet.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med detta examensarbete var att man skulle få en bättre förståelse för hur patienternas liv ändras och hur de upplever hälsa efter en bariatrisk operation. I resultatet framkom fyra viktiga teman; en förändrad kropp, förändrad livsstil, självbilden ändras långsamt och stöd viktigt.

I vårt resultat framkom att bariatrisk operationer inte är en quick fix utan att det krävs mycket eget arbete av patienten för att ändra sin kropp och livsstil. Enligt Eriksson (1994, s. 54) ska man som sagt stödja patienten, finnas till och låta processen ta tid. Patienterna upplever att det är bra med stöd av andra, både av personer som varit i samma situation men också av vårdpersonal. Att ansa och lära var även en del av vårdande enligt Eriksson (1988, s. 8) och patientundervisningen är en viktig del av sjukskötarrollen i vården av dessa patienter. Själva operationen kan ses som ett ansande så på detta sätt passar denna vårdteori i detta arbete. Enligt Ericson & Ericson (2012, s. 62 - 63) och Hamberger & Haglund (2017, s. 351) leder fetman till följsjukdomar, som t.ex. diabetes. Eriksson (1988, s. 29 - 30) menar också att livslängden blir längre om man presterar bättre. Eftersom följsjukdomarna av fetman kan förkorta patienternas liv så är viktnedgång ett bra exempel på detta. Resultatet tog också upp att åtminstone en patient får minska på sin medicin i och med att de genomgått en bariatrisk operation. I resultatet framkom också att många patienter som genomgår en bariatrisk operation lider av lös hud, vilket stämmer överens med vad Atiyeh och Castagliola (2012) skriver.

Som tidigare nämnt måste patienterna försöka gå ner i vikt med flera olika metoder innan de får gå igenom en bariatrisk operation. Detta betyder också att bariatrisk patienter har försökt gå ned i vikt många gånger förut men misslyckats. Att patienterna känner sig misslyckade för att de inte kunnat gå ned i vikt innan operationerna stöds också av Faccio, Nardin & Cipolletta (2016, s. 1716). Detta leder till att patienterna efter den bariatrisk operationen många gånger upplever en oro över att misslyckas igen, vilket även framkom i resultatanalysen. För det mesta lyckas patienterna väl med att ändra om sin livsstil, men

ibland kan de gå tillbaka till gamla vanor även om de vet att det är viktigt med en bra kosthållning och bra motionsvanor. Eftersom patienterna efter en bariatrisk operation inte kan äta så mycket som innan på grund av sin förändrade kropp, är det viktigt att patienterna försöker anpassa sin kost till Livsmedelssäkerhetsverkets (2014) rekommendationer och äta alla vitaminer, spårämnen och mineraler som de behöver för att de skall må bra.

Innan operationen har även patienterna fått känna av att de inte passar in i “normala storlekar”, vilket har lett till att de har känt sig ovälkomna som i sin tur har fått dem att känna sig kränkta. Enligt Eriksson (1994, s. 42 - 46) orsakar kränkning och ensamhet lidande och överviktiga patienter känner sig ofta kränkta, ensamma och utanför. Patienterna känner även skuld känslor då de överätit. Detta kan också orsaka lidande enligt Eriksson. En annan sak som kom upp i vårt resultat är att efter operationen försöker alla patienter motionera mera. World Health Organization (2018a), Institutet för hälsa och välfärd (2014) och Käypähoito (2011) tar alla upp olika motionsrekommendationer vilket visar på att det är viktigt med motion.

Om patienterna äter hälsosammare och motionerar tillräckligt, börjar vikten gå nedåt och patienterna känner sig nöjda över resultatet. Viktnedgången i sig medför att patienterna kan göra mera saker och får ett bättre självförtroende. Tyvärr tycker dock vissa att vikten går ned snabbare än vad de skulle vilja. Att vissa patienter kan uppleva att de inte hinner med i viktne­d­gången stöds också av Faccio, Nardin & Cipolletta (2016, s. 1714, 1717-1718). Då patienterna inte hinner med i viktne­d­gången ser vissa patienter en större kropp i spegeln än vad de har i verkligheten. Vissa har alltså en överklig självbild innan de hunnit anpassa sig till sin nya kropp. Detta, att självbilden ändras långsamt, visades också i vårt resultat. Enligt Jensen et al. (2013, s. 1139) så är kvinnor som har fetma ofta missnöjdare med sina kroppar än andra, men som resultatet visar får de en bättre självbild efter operationen. Flera patienter känner sig snyggare och hälsosammare efter operationen, vilket gör att självbilden blir bättre. Detta stöds också av vad Hayden, Dixon, Dixon, Playfair & O'Brien (2010, s. 9-11) och Park (2015, s.243) skriver om självbilden efter en bariatrisk operation. Då patienten fått bättre självbild och gått ned i vikt kan det ses som att de vunnit över sitt lidande, vilket enligt Eriksson (1994, s. 11, 49) ger kraft till det fortsatta livet. I vårt resultat framkom det även att patienternas självförtroende blir bättre och att de vågar göra mer saker utan att skämmas. De vågar ta mera plats.

7.3 Slutsats

Då man genomgår en bariatrisk operation ändras livet mycket och vanor som patienterna haft förut måste de ändra och de lyckas ofta bra med det men det är också en kamp. Vanor som patienterna ändrar är kost, motion vilket i sin tur påverkar rutiner. Patienternas liv ändras också till det positiva då de blir mindre begränsade.

Avslutningsvis vill vi poängtera att bariatrisk operationer inte bara innebär en fysisk förändring. Som vår studie visar, påverkas hela människan och människans liv av operationen. I vissa fall kan operationen leda till negativa upplevelser, men för det mesta får patienterna uppleva mycket gott av operationen och viktneidgången som de själva skapar med hjälp av sin nya kropp.

Källförteckning

Aarts, F., Radhakishun, N., Vliet, M., Geenen, R., Rosenstiel, I., Hinnen, C., Beijnen, J., Brandjes, D., Diamant, M. & Gerdes, V., 2015. Gastric bypass may promote weight loss in overweight partners. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(1), s. 90-96.

Alexandrou, A., Athanasiou, A., Michalinos, A., Felekouras, E., Tsigris, C. & Diamantis, T., 2015. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: 5-year results. *The American Journal of Surgery*, 209(2), s. 230-234.

Almogly, G., Crookes, P.F. & Anthone, G.J., 2014. Longitudinal Gastrectomy as a Treatment for the High-Risk Super-Obese Patient. *Obesity Surgery*, 14(4), s. 492-497.

Atiyeh, B. & Castagliola, M., 2012. *Body Contouring Following Bariatric Surgery and Massive Weight Loss*. Sharjah: Bentham Science Publishers.

Coen, P.M., Carnero, E.A., & Goodpaster, B.H., 2018. Exercise and Bariatric Surgery: An Effective Therapeutic Strategy. *Exercise and sport sciences reviews*, 46(4), s. 262-270.

Duarte-Guerra, L.S., Coêlho, B.M., Santo, M.A. & Wang, Y.P., 2015. Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: Results of structured clinical interviews. *Obesity surgery*, 25(5), s. 830-837.

Ericson, E. & Ericson, T., 2012. *Medicinska sjukdomar*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K., 1988. *Vårdprocessen*. (4. uppl.). Stockholm: Norstedt: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K., 1994. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.

Faccio, E., Nardin, A. & Cipolletta, S., 2016. Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12) s. 1713–1720.

Fisher, J.O. & Kral, T.V.E., 2008. Super-size me: Portion size effects on young children's eating. *Physiology & Behavior*, 94(1), s. 39-47.

Föreningen för Mental Hälsa i Finland, (u.å.). *Vad är psykisk hälsa?* [Online] <https://www.mielenterveysseura.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/fmhf/vad-%C3%A4r-psykisk-h%C3%A4lsa> [Hämtat: 12.4.2019].

Giel, K.E., Zipfel, S., Alizadeh, M., Schäffeler, N., Zahn C., Wessel D., Hesse, F.W., Thiel S. & Thiel A., 2012. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: An experimental study. *BMC Public Health*, 12(1), s. 1-9.

Goldschmidt, A.B., Crosby, R.D., Cao, L., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Engel, S.G. & Peterson, C.B., 2018. A preliminary study of momentary, natural indicators of binge-eating episodes in adults with obesity. *Int J Eat Disord*, 51(1) s. 87-91.

Hamberger, B. & Haglund, U., 2017. *Kirurgi*. (9 uppl.) Stockholm: Liber.

Hayden, M.J., Dixon, M., Dixon J., Playfair, J. & O'Brien, P.E., 2010. Perceived Discrimination and Stigmatisation against Severely Obese Women: Age and Weight Loss Make a Difference. *Obesity Facts*, 3(1), s. 7-14.

Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Uppl. 2:1.) Lund: Studentlitteratur AB.

Homer, C.V., Tod, A.M., Thompson, A.R, Allmark, P. & Goyder, E., 2016. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(2), s. 1-10.

Institutet för hälsa och välfärd, 2014. *Kuinka paljon liikuntaa tarvitaan?* [Online] <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta/kuinka-paljon-liikuntaa-tarvitaan-> [Hämtat: 26.9.2018].

Institutet för hälsa och välfärd, (u.å)a. *Resultattabell*. [Online]

<https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=szY09QAA®ion=s07MBAA=&year=sy6rtDbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718> [Hämtat: 3.10.2018].

Institutet för hälsa och välfärd, (u.å)b. *Resultattabell*. [Online]
<https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=szY0LQUA®ion=s07MBAA=&year=sy6rtDbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718> [Hämtat: 3.10.2018].

Irvine, K.R., MacCarty, K., McKenzie, K., Pollet, T., Cornelissen, K., Tovee, M. & Cornelissen L., 2018. Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 122 s. 38-50.

Jensen, J., Petersen, M., Larsen, T., Jørgensen, D., Grønæk, H. & Midtgaard, J., 2013. Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), s. 1138-1149.

Jeppsson, B., Ljungqvist, O., Naredi, P. & Sund, M., 2016. *Kirurgi*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kanerva, N., Larsson, I., Peltonen, M., Lindroos, A.K. & Carlsson, L.M., 2017. Changes in total energy intake and macronutrient composition after bariatric surgery predict long-term weight outcome: Findings from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *The American journal of clinical nutrition*, 106(1), s. 136.-145.

Kirkevold, M., 2000. *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Käypähoito, 2011. *Fetma hos vuxna*. [Online]
<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00019>
 [Hämtat: 3.10.2018].

Larsson, S., 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lier, H., Biringer, E., Stubhaug, B., Eriksen, H. & Tangen, T., 2011. *Psychiatric Disorders*

and Participation in Pre- and Postoperative Counselling Groups in Bariatric Surgery Patients. *Obesity Surgery*, 21(6), s. 730-737.

Livsmedelssäkerhetsverket, 2014. *Finska näringsrekommendationer 2014* [Online] https://www.evira.fi/globalassets/vrn/sve/naringsrekommendationer_2014_web.pdf [hämtat: 2.10.2018].

McGraw, C.A. & Wool, D.B., 2015. Bariatric Surgery: Three Surgical Techniques, Patient Care, Risks, and Outcomes. *AORN Journal*, 102(2), s. 141-152.

Nationalencyklopedin AB, (u.å.). *blogg*. [Online] <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/blogg#olika-typer-av-bloggar> [Hämtat: 24.1.2019].

National Institutes of Health, 1991. *Consensus development Conference Statement March 25-27. Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity*. [Online] <https://consensus.nih.gov/1991/1991GISurgeryObesity084html.htm> [Hämtat: 1.1.2019].

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

Park, J., 2015. The meanings of physical appearance in patients seeking bariatric surgery. *Health Sociology Review*, 24(3), s. 242-255.

Psykporten, (u.å.). *Vad är psykisk hälsa?* [Online] https://www.mielenterveystalo.fi/sv/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/mielenterveyden_vahvistaminen/Pages/mielenterveys.aspx [Hämtat: 1.1.2019].

Ringdahl, O., 2011. *Reportage: Bloggen – ett redskap vid sjukdom*. [Online] <http://www.vardpassagen.se/reportage-bloggen-ett-redskap-vid-sjukdom-2/> [Hämtat: 24.1.2019].

Romeo, S., Maglio, C., Burza, M.A., Pirazzi, C., Sjöholm, K., Jacobson, P., Svensson, P.A., Peltonen, M., Sjöström, L., Carlsson, L.M., 2012. Cardiovascular events after bariatric

surgery in obese subjects with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35(12), s. 2613.

Shannon, C., Gervasoni, A. & Williams, T., 2013. The bariatric surgery patient--nutrition considerations. *Australian family physician*, 42(8), s. 547-552.

Sikorski, C., Luppá, M., Brähler, E., König, HH., Riedel-Heller, S.G., 2012. Obese Children, Adults and Senior Citizens in the Eyes of the General Public: Results of a Representative Study on Stigma and Causation of Obesity (Stigma of Obesity in the General Public). *Plos One*, 74(8-9) s.1-9.

Sjöholm, K., Anveden, Å., Peltonen, M., Jacobson, P., Romeo, S., Svensson, PA., Sjöström, L. & Carlsson, L.M., 2013. Evaluation of current eligibility criteria for bariatric surgery: Diabetes prevention and risk factor changes in the Swedish obese subjects (SOS) study. *Diabetes Care*, 36(5), s. 1335-40.

Spaniolas, K., Kasten, K., Celio, A., Burrus, M. & Pories, W., 2016. Postoperative Follow-up After Bariatric Surgery: Effect on Weight Loss. *Obesity Surgery*, 26(4), s. 900-903.

1177 Vårdguiden, 2017. *Fetmaoperationer*. [Online] <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Fetmaoperationer/#section-2-9> [Hämtat: 3.10.2018].

1177 Vårdguiden, 2018. *Övervikt och fetma hos vuxna*. [Online] <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/#section-1> [Hämtat: 3.10.2018].

World Health Organization, 2011. *Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO expert consultation*. [Online] http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/ [Hämtat: 24.9.2018].

World Health Organization, 2014. *Mental health: a state of well-being*. [Online] https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ [Hämtat: 14.4.2019].

World Health Organization, 2018a. *Obesity and overweight*. [Online] <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Hämtat: 26.9.2018].

World Health Organization, 2018b. *Mental disorders*. [Online] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [Hämtat: 09.04.2018].

Yermilov, I., McGory, M.L., Shekelle, P.W., Ko, C.Y. & Maggard, M.A., 2009. Appropriateness criteria for bariatric surgery: Beyond the NIH guidelines. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(8), s. 1521-1527.