



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	414
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7928
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	70
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Å mestre sin nye livssituasjon etter
fedmeoperasjon

To master the new life situation after
obesity surgery

Kandidatnummer: 414

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse-og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.05.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

ABSTRACT

Introduction: There is an increasing proportion of overweight and obese people both in Norway and internationally. Obesity surgery has become a common treatment for people with obesity, and it is important that nurses have knowledge of this group of patients so that they can help them in the best possible way.

Research question: How can nurses help patients undergoing obesity surgery to master their new life situation?

Theory: Obesity surgery is a surgical treatment for people with morbid obesity, and it is various ways to perform this surgery. What they have in common is that there is a risk of complications in the future, and it has a great impact on the person's life.

Methods: This is a literature study that includes five research articles from the Cinahl, PubMed and Medline databases. The research articles were selected based on the inclusion and exclusion criteria. Research articles that had studied patients experiences with obesity surgery were included.

Results: The research articles show that patients receive insufficient information about complications and long-term effects after obesity surgery and that a good support network is important for coping with their new situation.

Discussion: It is discussed how the nurse should help patients in advance of obesity surgery so that it is possible for them to achieve mastery in their life situation afterwards. The importance of a good support network and the relationship between nurse and patient are also discussed.

Conclusion: Nurses can help patients to cope with their life situation after obesity surgery by strengthening and raising awareness of the patients resistance resources such as knowledge, self-image and the social network. The relationship between the nurse and patient is important in order for patients to learn and receive information.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Problemstilling	5
1.3	Avgrensinger	6
1.4	Begrepsavklaringer	6
2	TEORI	7
2.1	Fedme	7
2.1.1	Årsaker og risikofaktorer til fedme	7
2.1.2	Behandling av fedme	8
2.2	Fedmeoperasjon og komplikasjoner	8
2.3	Mestring og mestringsstrategier	9
2.4	Sykepleieres pedagogiske rolle	9
2.4.1	Læringsteori	10
2.4.2	Motiverende intervju	10
2.5	Dorothea Orem	11
3	METODE	12
3.1	Litteraturstudie	12
3.2	Databaser, søkeord og systematisk litteratursøk	12
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.4	Utvelging av forskning	13
3.5	Kildekritikk	13
3.6	Etiske betraktninger	14
4	RESULTAT FRA FORSKNING	15
4.1	Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery	15

4.2	What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?	16
4.3	Designing pre-bariatric surgery education: The value of patients' experiences	17
4.4	Patient experiences of adjusting to life in the first 2 years after bariatric surgery: a qualitative study	17
4.5	Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery- a qualitative study	19
5	DISKUSJON	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.2	Resultatdiskusjon	20
5.2.1	Opplevelse av kontroll	21
5.2.2	Støtte og støttegrupper	22
5.2.3	Psykososiale forhold	23
5.2.4	Mangel på kunnskap	24
5.2.5	Forholdet mellom sykepleier og pasient	25
5.3	Implikasjon for praksis	26
6	KONKLUSJON	27
7	LITTERATURLISTE	28
	Vedlegg 1: PICO- skjema s. 1	33
	Vedlegg 2: Søkehistorikk s. 1-5	34
	Vedlegg 3: Flyskjema s.1	39
	Vedlegg 4: Samleskjema for artiklene s. 1-5	40
	Vedlegg 5: Kritisk vurdering av kvalitativ metode s. 1	45

7928 ord uten abstract, innholdsfortegnelse, litteraturliste og vedlegg. Antall ord er inkludert referanser i teksten.

1 INNLEDNING

I dette kapitlet skal jeg representere helt kort hva fedme og fedmeoperasjon er, og bakgrunn for at jeg valgte dette temaet. Videre blir problemstillingen presentert, og hvorfor dette er relevant for praksis. Deretter vil avgrensingene i oppgaven bli lagt frem, og sentrale begreper vil bli definert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fedme har blitt en av verdens aller største helseutfordringer og man anser at over 50% av alle over 18 år i Norge er overvektige eller ha fedme (Abel & Totland, 2021, s. 52). I underkant av 1 million mennesker nordmenn har fedme, noe som fører til at Norge ligger på toppen i forekomst av fedme sammenliknet med andre europeiske land (Aamo et al., 2019, s. 3). Fedme øker risikoen for en rekke fysiske og psykiske lidelser, blant annet diabetes type 2, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom, søvnapne og depresjon (Olsen, 2020). En vektreduksjon reduserer risikoen for komplikasjoner, og fedmeoperasjon kan for noen være en siste utvei for å gå ned i vekt.

Fedmeoperasjon har de senere årene blitt et mer og mer kjent begrep, og stadig flere benytter seg av denne behandlingen (Søpstad, 2018, s. 2). Årlig gjennomgår rundt 3000 personer fedmeoperasjon i Norge (Sandvik et al., 2018, s. 2). Til tross for økende antall fedmeoperasjoner, er det et omfattende inngrep som kan gi mange plager og komplikasjoner i ettertid (Søreide, 2020). Å gjennomgå fedmeoperasjon krever mye innsats fra pasienten selv, støtte fra pårørende og informasjon fra helsepersonell.

På grunn av økt overvekt og fedme i befolkningen er det viktig at sykepleiere har kunnskap om pasientgruppen, og hvordan vi kan hjelpe de på en best mulig måte. I følge de yrkesetiske retningslinjene til norsk sykepleieforbund skal sykepleieren gi tilstrekkelig tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norges sykepleieforbund, u.å.). Pasientene som skal gjennom operasjon trenger informasjon om hva inngrepet og tiden etterpå vil innebære slik at de kan forberede seg på hva som venter.

Jeg har gjennom praksis og arbeid på kirurgisk avdeling på sykehus møtt pasienter pre-og post-operativ etter fedmeoperasjon. I tillegg har jeg sett pasienter som har fått mye plager og komplikasjoner i ettertid, og enkelte som har måtte gjennomgått fedmeoperasjon for andre gang da de mislyktes den første gangen. På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter som skal igjennom fedmeoperasjon, slik at de skal mestre sin nye livssituasjon.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av presentert tema, har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter som skal gjennomgå fedmeoperasjon, slik at de mestrer sin nye livssituasjon?

1.3 Avgrensinger

Min oppgave er rettet mot hva sykepleier kan gjøre for at pasienter som skal igjennom fedmeoperasjon skal mestre sin nye livsstil. I Norge skal ikke fedmeoperasjon vurderes hos barn eller ungdom med mindre de utfyller strenge kriterier, derfor vil oppgaven rette seg mot pasienter over 18 år (Helsedirektoratet, 2010, s. 61). Oppgaven er også avgrenset til pasienter som skal gå gjennom fedmeoperasjon, ikke personer som bare vurderer inngrepet.

1.4 Begrepsavklaringer

BMI/KMI:

Body mass index/kroppsmasseindeks er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt. Verdens helseorganisasjon har fastsatt grenseverdier for kroppsmasseindeks for voksne (Folkehelseinstituttet, 2015). Grensen for overvekt er ved KMI over eller lik 25 kg/m². Ved fedme er grensen ved KMI over eller lik 30 km/m² (Folkehelseinstituttet, 2021).

Bariatrisk kirurgi:

Også kjent som overvektskirurgi, slankeoperasjon og fedmeoperasjon. I oppgaven blir fedmeoperasjon brukt. Ved fedmeoperasjon endrer man funksjonen til fordøyelsessystemet

ved å redusere magesekkens størrelse og/eller koble ut deler av tynntarmen (Wang et al., 2014, s. 8).

Gastrisk sleeve:

Det vanligste fedmeinngrepet i Norge. Det gjøres ved å dele magesekken, legge et tynt rør stå igjen som forbindelse mellom tolvfingertarm og spiserør, og på den måten få en metabolsk effekt ved å redusere magesekkens volum (Søreide, 2020).

Gastrisk bypass:

Malabsorptivt inngrep som reduserer opptak av næringsstoffer og mat. Utføres ved at magesekken kobles fra tarmen og et tarmløp kobles til lengre nede på tynntarmen (Søreide, 2020). På den måten får man både en restriktiv effekt, og en malabsorpsjon som begge har vektreduserende effekt.

Laparoskopisk gastrisk banding(LAGB):

LAGB er en metode innenfor fedmeoperasjon som innebærer å ikke fjerne noen del av fordøyelsessystemet. I stedet plasseres et silikonbånd rundt øvre del av magesekken som kan reguleres (Norsk Helseinformatikk, 2014).

Dumping syndrom:

Betegnelse på et vanlig symptombilde etter kirurgi på magesekken. Karakteriseres av postprandialt ubehag som kan føre til ernæringsproblemer. Omfatter typiske symptomer i forbindelse med og etter inntak av føde. Symptomene er blant annet kvalme, magesmerter, diare, rumling, metthet, raping, oppkast, hjertebank, tretthet, svimmelhet og tungpusthet (Mala et al., 2015, s. 137–138).

2 TEORI

I dette kapittelet presenteres og redegjøres det for teori som skal bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 104). Det vil bli presentert ulik faglitteratur som skal drøftes videre for å svare på de viktigste momentene: fedme, fedmeoperasjon og komplikasjoner, mestring og mestringsstrategier og sykepleieres pedagogiske rolle. Jeg har også valgt å inkludere Dorothea Orem, for å belyse viktigheten av praktisk erfaring og klinisk kompetanse.

2.1 Fedme

Fedme er i følge Verdens helseorganisasjon definert som en kroppsmasseindeks(BMI) på 30 eller mer (Olsen, 2020). Overvekt og fedme oppstår vanligvis som et resultat av at energiinntaket er større enn energiforbruket (Kristoffersen et al., 2016, s. 229). I følge Olsen (2020) er det ved fedme unormalt høy mengde fett på kroppen som følge av at man etter å ha tilført mer energi gjennom maten enn det kroppen har behov for, lagrer kroppen energien fra maten i fettvevet.

Overvekt og fedme øker risikoen for en rekke helseutfordringer som innebærer både somatiske og psykiske lidelser, som for eksempel høyt blodtrykk og depresjon(Aamo et al., 2019, s. 7). Andre somatiske sykdommer fedme øker risiko for å utvikle er blant annet, diabetes type 2, gallestein, hjerte- og karsykdommer, kreft og muskel-og skjelettlidelser (Kristoffersen et al., 2016, s. 229). I tillegg møter personer med overvekt og fedme ofte utfordringer som handler om stigmatisering og diskriminering i samfunnet(Aamo et al., 2019, s. 7)

2.1.1 Årsaker og risikofaktorer til fedme

Overvekt og fedme blir regnet som et livsstilsproblem der man har mange faktorer som virker i samme retning (Norsk Helseinformatikk, u.å.). Livsstilen har ført til at man inntar et høyere kaloriinntak enn man klarer å forbruke. En teknologisk utvikling i samfunnet med mer stillesittende arbeid og mindre fysisk aktivitet er med å påvirke utviklingen (Aamo et al., 2016, s. 6). Arv og genetik kan spille inn da undersøkelser viser sammenheng mellom overvekt og gener, og hvordan fettet blir fordelt på kroppen (Kristoffersen et al., 2016, s.

229). I tillegg kan psykologiske, sosioøkonomiske og miljøfaktorer ha betydning for utviklingen av overvekt og fedme.

2.1.2 Behandling av fedme

Vektreduksjon vil redusere risikoen for komplikasjoner og vil kunne gi en bedret livskvalitet (Olsen, 2020). Den primære behandlingen for å få en vektreduksjon er livsstilsendring med økt fysisk aktivitet og kostholdsendring (Helsebiblioteket, 2020). Dersom man ikke lykkes i å gå ned i vekt gjennom livsstilsendringer og man oppfyller visse kriterier, kan kirurgi være en siste utvei i behandling av fedme.

2.2 Fedmeoperasjon og komplikasjoner

Fedmeoperasjon er en kirurgisk behandling for sykelig fedme som vil si en kombinasjon av BMI på over 30, eller en BMI over 35 i tillegg med en fedmerelatert alvorlig sykdom (Søreide, 2020). Fedmeoperasjon er den mest effektive behandlingen for alvorlig og kompleks fedme (Coulman et al., 2017, s. 547). Man kan utføre fedmeoperasjoner på ulike måter, enten ved å få effekten at pasienten tar opp mindre næring (malabsorpsjon), eller at pasienten inntar mindre mat enn tidligere (restriksjon). Felles for dem er at de blir gjort som kikkhulsingrep. De vanligste inngrepene i Norge er henholdsvis gastrisk sleeve (restriksjon) og gastrisk bypass (restriksjon og malabsorpsjon). Spesialisthelsetjenesten i Norge har en god intensjon om å gi utfyllende informasjon til pasienter som skal gjennom fedmeoperasjon. De viser til gode informasjonsbrosjyrer på deres nettsider (Helse-Bergen, u.å.).

De fysiologiske effektene er nokså like, og det er omtrent samme risiko for komplikasjoner (Sandvik et al., 2018, s. 2). Når man fjerner eller kobler ut en stor del av den syreproduserende delen i magesekken slik man gjør ved både gastrisk sleeve og gastrisk bypass, medfører det at mineraler og vitaminer som er avhengig av magesyre for å aktiveres, ikke vil bli tilgjengelig for opptak (Sandvik et al., 2018, s. 2). Derfor forekommer det ofte vitamin, kalsium- og jernmangel etter fedmeoperasjon. Ved stort vekttap over tid kan noen pasienter få problemer med overflødig hud (Søreide, 2020). Gastrointestinale plager som kvalme, sure oppstøt, magekramper, obstipasjon og diare er vanlig i etterkant (Helsebiblioteket, 2020).

2.3 Mestring og mestringsstrategier

Kristoffersen et al. (2016b, s. 248) beskriver mestring som et resultat av samspillet mellom person og situasjon. Mestring kan refereres til et bredt spekter av strategier og handlinger rettet mot å kontrollere ytre og indre krav og konflikter (Kristoffersen et al., 2016b, s. 249). Samdal et al. (2017, s. 7) definerer mestring ved hjelp av Lazarus og Folkmans teori, og beskriver det som at det «handler om individets evne til å tilpasse seg en ny situasjon, men også dets evne til å påvirke og endre situasjonen som har oppstått» (Samdal et al., 2017, s. 7). Teorien til Lazarus og Folkman beskriver også betydningen av tro på kontroll i situasjonen, og både situasjonsbestemt kontroll og generell kontroll antas å være viktig for mestring (Tveiten, 2008, s. 34).

Empowerment kan også relateres til mestring og mestringshjelp. Empowerment kan defineres som en prosess der mennesker får en bedre kontroll over avgjørelser og handlinger som berører helse (WHO, u.å.). Empowerment-tenkingen innebærer blant annet tre viktige prinsipper, medvirkning, matomfordeling og brukeren som er ekspert på seg selv. Dersom mestring er et mål for virksomheten, må sykepleieren legge til rette for at pasienten mestrer sitt liv og sin helse ut fra bruk av egne ressurser og tro (Tveiten, 2008, s. 33).

Salutogenese, en modell for helse som er utviklet av Aaron Antonovsky fokuserer på ressurser heller enn problemet (Tveiten, 2008, s. 35). I følge denne teorien har motstandsressursene til mennesket stor betydning for evnen til å mestre stress og for selve helsetilstanden. De generelle motstandsressursene kan være kunnskap, materielle ressurser, helseatferd, selvbilde og sosialt nettverk, og kan bevisstgjøres og styrkes gjennom læring. Den pedagogiske funksjonen til sykepleieren kan innebære veiledning. Ved hjelp av veiledning kan pasienten bli mer bevisst som er nødvendig for å få til forandring (Tveiten, 2008, s. 35).

2.4 Sykepleieres pedagogiske rolle

Sykepleieren skal bidra til å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Ikke bare har sykepleierne en viktig pedagogisk funksjon, men pasientene har også en lovfestet rett til å få informasjon om egen

helsetilstand, og mulige risikoer og bivirkninger ved behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Om pasientens rett til informasjon skal bli ivaretatt, må informasjon og veiledning bli prioritert i spesialisthelsetjenesten. Å gi informasjon og veiledning til pasienter må være en viktig og sentral del av gjøremålene til sykepleieren, og det kan øke pasientens evne til mestre hjemmesituasjonen etter utskrivelse (Ravn Pedersen & Vrenne, 2012, s. 52). Mangel på informasjon kan i følge Tveiten (2008, s. 68) gi usikkerhet, økt lidelse og utrygghet.

Tveiten (2008, s. 30) definerer sykepleieres pedagogiske funksjon som at «det innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kollegaer» (Tveiten, 2008, s. 30). Å oppleve læring, mestring og utvikling kan innebære at pasienten får økt kompetanse til for å mestre livet med en helsesvikt (Tveiten, 2008, s. 31). For at sykepleier skal legge til rette for at pasientens mestringskompetanse skal styrkes, innebærer både undervisning, veiledning og informasjon (Tveiten, 2008, s. 79).

2.4.1 Læringsteori

Læring er definert på forskjellige måter, som for eksempel om resultat av læringsprosessene de psykiske prosessene som skjer hos den enkelte (Tveiten, 2008, s. 45). Man kan henvise begrepene læring og læringsprosess til samspillet mellom mennesket som lærer og omgivelsene. Et sosiokulturelt syn på læring innebærer at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling og ikke primært gjennom individuelle prosesser (Tveiten, 2008, s. 50). For at læring skal skje er samhandling og interaksjon grunnleggende. I følge et sosiokulturelt syn skjer veiledning gjennom dialog. Dialog kan forstås som en muntlig samtale som foregår ansikt til ansikt mellom to eller flere personer (Tveiten, 2008, s. 52).

2.4.2 Motiverende intervju

For pasientens muligheter til å huske og forstå informasjon er de kognitive prosessene og de relasjonelle aspektene av stor betydning (Gustin, 2016, s. 99). Pasienten må føle seg respektert og må kunne stole på sykepleieren. Man må se på pasienten som en kompetent og autonom person, og ikke som en passiv mottaker av informasjon. Dette tar man

utgangspunkt i innenfor motiverende intervju, en metode som er utviklet for å hjelpe personer i endringsprosesser og for å styrke personens motivasjon til å gjøre endring (Gustin, 2016, s. 99). Motiverende intervju skal være preget av aksept, medfølelse og en måte å være sammen og snakke sammen på som tar frem pasientens egne endringsmotiver (Gustin, 2016, s. 291). Når sykepleier skal formidle kunnskap ved motiverende intervju må hun/han finne ut hva pasienten kan fra før, be om lov å gi informasjon og gi tilpasset informasjon strukturert i passelig store mengder. I tillegg er det viktig å gjenta det du har sagt, og ikke overøse pasienten med unødvendige fakta (Gustin, 2016, s. 100).

2.5 Dorothea Orem

Dorothea Orem er en sykepleieteoretiker kjent for sin egenomsorgsmodell og behovsteori. Orem ser på sykepleie som en erstatning for egenomsorg i situasjoner der pasienten ikke er i stand til å ivareta disse selv (Kirkevold, 2018, s. 128). Teorien om egenomsorg består av tre sentrale begrep: egenomsorg, egenomsorgskapasitet og terapeutiske egenomsorgskrav. Teorien om egenomsorgssvikt er forklaringen på hvorfor en person trenger sykepleie. Egenomsorgssvikt er knyttet til begrensinger i egenomsorgen i personens egenomsorgskapasitet. Orem mener det er tre typer begrensinger: kunnskap, begrensinger i evnen til å utføre resultatproduserende handlinger og begrensning i evnen til å bedømme og ta avgjørelser (Kirkevold, 2018, s. 130–133). Egenomsorgskravene til pasienten kan dekkes av sykepleiekapasiteten ved hjelp av sykepleiesystemene: det støttende og undervisende system, det helt kompenserende system og det delvis kompenserende system (Kirkevold, 2018, s. 134). Orem sin egenomsorgsmodell kan også betegnes som en mestringsmodell da den handler om å styrke pasientens egne ressurser ved å bidra til å styrke hans/hennes motivasjon, økt kunnskap om helse og kropp og konkrete ferdigheter som fremmer helse (Kristoffersen et al., 2016b, s. 19).

3 METODE

I metodedelen beskriver jeg hvordan jeg har gått frem med studien min. Metode er den systematiske fremgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 76).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgavens metode er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 79). Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, å gå kritisk igjennom den for deretter å sammenfatte det til slutt (Thidemann, 2019, s. 79–80).

For å belyse problemstillingen er det brukt kvalitative forskningsartikler og faglitteratur. Ved kvalitativ tilnærming kan man få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, erfaringer, opplevelser, tanker, motiver, forventinger og holdninger. Kjennetegn ved metoden er dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 78).

3.2 Databaser, søkeord og systematisk litteratursøk

Det er brukt sentrale databaser for helsefag i søket etter forskningsartikler (Thidemann, 2019, s. 85). Databasene som ble brukt i studien er Medline, Cinhal, PubMed og Cochrane Library. Thidemann (2019, s. 87) skriver at å utvikle en god søkestrategi er vesentlig for et godt og effektivt søkearbeid. Søkestrategi handler om å bestemme søkeord/emneord og kombinasjoner av disse til søk i databaser (Thidemann, 2019, s. 87). I denne studien er det brukt emneord og søkeord i det standardiserte emneordsystemet MeSH. Kombinasjoner av emneordene ble satt inn i rammeverket PICO som ble brukt for å optimalisere problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 86-87). Relevante søkeord, PICO og MeSH-termer er vist i vedlegg 1. I vedlegg 2, søkehistorikkskjema, er det referert til hvordan de boolske operatørene AND og OR og hvordan søkeordene er blitt brukt i databasene.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å tydeliggjøre litteratursøket, for å avgrense mengde litteratur og for å gjøre søket mer hensiktsmessig ut fra det jeg ønsker kunnskap om, definerte jeg inklusjons- og

eksklusjonskriterier (Thidemann, 2019, s. 84). Forskningsartikler fra de siste fem årene ble inkludert mens artikler fra tidligere ble ekskludert. Et annet kriterium var at artiklene inneholdt «bariatric surgery» eller «bariatric patients» som søkeord. Siden jeg ville undersøke tidligere pasienters erfaringer måtte artiklene også ta for seg «experiences» i forbindelse med fedmeoperasjon. Artikler som ikke var av kvalitativ metode ble ekskludert. Artikler som ikke var på skandinavisk eller engelsk språk ble ekskludert, samt artikler som ikke gav fulltekst.

3.4 Utvelging av forskning

Etter gjennomført søk etter forskningsartikler silte jeg ut de artiklene som ikke var relevante for oppgaven. Dette viser jeg i et flytskjema som er i vedlegg 3. Dersom en artikkel sin tittel var relevant for min problemstilling, leste jeg i gjennom abstract for å få informasjon om forskningsspørsmål og studiedesign. For at artikkelen skulle være relevant måtte den inneholde erfaringer med fedmeoperasjon. Deretter ble fulltekst gjennomgått og kvalitative primærstudier ble valgt ut. Jeg ble stående igjen med tre artikler fra Cinahl, en artikkel fra PubMed og en artikkel fra Medline.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å både vurdere og å karakterisere den litteraturen man har funnet (Dalland, 2020, s. 152). Hensikten med kildekritikk er at leser skal få se refleksjonene forfatteren har gjort seg om hvor troverdig og relevant litteraturen er når de gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s. 152). I følge Dalland (2020, s. 144-146) er kildene som er benyttet i denne oppgaven høyt oppe i kildehierarkiet. Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er i primærstudier som vil si at man presenterer en artikkel om forskning for første gang, altså ny kunnskap om et emne (Dalland, 2020, s. 156). Jeg har i tillegg benyttet sekundærkilder til hjelp for å besvare problemstillingen. Sekundærkilder er studier som har reanalysert eksisterende primærstudier. Disse er ofte kunnskapsoppsummeringer basert på kritisk gjennomgang av primærstudier (Dalland, 2020, s. 157).

De inkluderte forskningsartiklene er alle fagfelleverderte primærstudier som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. De er kritisk vurdert opp mot sjekklister for kvalitative studier fra

Helsebiblioteket, vist i vedlegg 5 (Helsebiblioteket, 2016). Alle forskningsartiklene har brukt semi-strukturert intervjuguide. Det ble gjort søk fra de siste fem år for å sikre at litteraturen var oppdatert. De inkluderte forskningsartiklene er fra Norge, England og Australia. De to artiklene fra Norge er svært relevant for min oppgave da overføringsverdien er stor. Overføringsverdien til norske sykehus på artiklene fra England og Australia kan reduseres da de kan ha forskjellig praksis rundt fedmeoperasjon i disse landene. Pasienter i andre land kan ha forskjellig forberedelse og jeg vet ikke hvilke informasjon de fikk i forkant av operasjonen. Jeg velger likevel å inkludere de da jeg tenker de er relevante fordi operasjonsmetoden er den samme, og resultatene belyser hva som er viktig for pasientene for å få et godt utfall av operasjonen. Forskningsartiklene har studert pasienter i forskjellig tidsrom, mellom operasjon til intervju. En artikkel har gjort intervjuet åtte år etter operasjon, mens en annen to år etter. Dette kan være kritikkverdig da det kan oppstå nye utfordringer i tiden etterpå, men situasjonen kan også bli bedre.

3.6 Etske betraktninger

Denne oppgaven er skrevet etter retningslinjene til fakultet for helse-og sosialvitenskap på Høgskulen på Vestlandet, studiested Bergen. Siteringer og referanselisten skal følge referansestil APA 7th. For at litteratur ikke skal bli forvekslet med egne ord og meninger, skal det komme tydelig frem i oppgaven hvilke kilder som er benyttet. Kildene skal i hovedsak være artikler fra vitenskapelige tidsskrifter og fagtidsskrifter, bøker og oppslagsverk. Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som alle som arbeider med forskningsetikk må forholde seg til (Førde, 2014). I Helsinkideklarasjonen slås det fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren selv om det informerte samtykket står sentralt. Det betyr at uansett hvor informert samtykket er så forsvaret det ikke uetisk forskning (Førde, 2014). Selv om samfunnet og vitenskapen har behov for ny kunnskap kan det aldri forsvare at forskningsobjektet blir utsett for unødvendig risiko og ubehag. Man må i følge Førde (2014) ta spesielt hensyn til sårbare grupper, men mangel på relevant kunnskap kan gjøre behandling usikker og man utsetter disse gruppene for risiko. Derfor åpnes det opp for forskning på individer og grupper som har krav på særlig beskyttelse (Førde, 2014).

4 RESULTAT FRA FORSKNING

I dette kapittelet presenteres forskningsartiklene som er inkludert i litteraturstudien. Felles for alle artiklene er at de har studert pasienters erfaringer med fedmeoperasjon. Alle artiklene er samlet i vedlegg 4, samleskjema.

4.1 Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery

Berg (2020) har forsket på hvordan langtidserfaringene er for de som har gjennomført fedmeoperasjon. Bakgrunnen for studien var at Berg (2020, s. 218) fant lite forskning som omhandlet langtidseffektene av fedmeoperasjon, og derfor ønsket å undersøke dette nærmere. Studien er en kvalitativ studie som bygger på syv individuelle dybdeoppfølgingsintervjuer, utført åtte år etter fedmeoperasjon. Deltakerne ble operert på norske sykehus i 2008, og bestod av fire menn og tre kvinner i alderen 35-61 år på tidspunktet for intervjuet. De opplyste at deres vekt før operasjon var mellom 110-218 kilo, og vektnedgangen var mellom 20-90 kilo. De hadde alle plager og sykdommer som følge av fedme (Berg, 2020, s. 219).

Resultatene i studien delte Berg (2020, s. 220) inn i tre kategorier ut i fra de erfaringene hun fikk fra deltakerne: a) hvordan det var å leve med en bariatrisk kropp i det daglige, b) å være en verdig pasient, og c) skam og ukjente problemer. Deltakerne rapporterte om en positiv opplevelse ved å ha en normal vekt og en eliminering av fedmerelaterte problemer. Å leve med en mindre kropp bedret livet øyeblikkelig (Berg, 2020, s. 220). Men alle deltakerne hadde derimot fremdeles, åtte år etter operasjon problemer med å vite hva de tolererte av mat og slet med dumping syndrom(DS). Flere syntes dette var utfordrende (Berg, 2020, s. 220). Deltakerne rapporterte at de etter flere år fikk nye problemer knytt til operasjon, som de skulle ønske de fikk informasjon om i forkant (Berg, 2020, s. 220). Deltakerne hadde blant problemer med vitaminmangel, risiko for beinskjørhet, tannproblemer, lite energi, dårlig korttidshukommelse, følelsesmessig ustabilitet og kuldeintoleranse (Berg, 2020, s. 225). Deltakerne opplevde lite kunnskap hos helsevesenet og kjente at de ikke ble tatt seriøst for de problemene de hadde fått i ettertid. I forkant av operasjon hadde en deltaker fått beskjed at sideeffektene ved fedmeoperasjon var såpass små at det ikke var noe å snakke om (Berg,

2020, s. 225). De ble kun fulgt opp av helsevesenet i 9-11 måneder, men hadde i forkant fått informasjon at oppfølgingen skulle vare i 10 år (Berg, 2020, s. 226).

4.2 What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?

Sharman et al. (2015, s.1) har undersøkt behov for støtte etter fedmeoperasjon, og hvor viktig dette er i forhold til å få et godt resultat i etterkant. Studien er en kvalitativ studie, der 41 deltakere (både menn og kvinner) med en gjennomsnittsalder på 54 år deltok og ble delt inn i 7 semistrukturerte fokusgrupper. Intervjuene fant sted i Australia der deltakerne hadde gjennomgått en LAGB-operasjon. Det var i gjennomsnitt 6 år siden operasjon når intervjuet fant sted (Sharman et al., 2015, s. 4).

Deltakerne i studien rapporterte at det var et stort behov for støtte fra helsepersonell for å mestre kostholdet etter operasjon (Sharman et al., 2015, s. 4). Deltakerne hadde et stort avvik i matintoleranse og slet med dumping syndrom, med påfølgende vitamin-og jernmangel (Sharman et al., 2015, s. 4). De rapporterte at hjelp fra ernæringsfysiolog var svært nyttig, og de som ikke fikk noe råd på det området savnet dette i tiden før og etter operasjon (Sharman et al., 2015, s. 4).

Å få psykologisk støtte oppleve deltakerne som en av de viktigste faktorene for å lykkes med fedmeoperasjon (Sharman et al., 2015, s. 5). Deltakerne hadde alle komplekse forhold til mat som matavhengighet og forstyrret spiseatferd, noe som nødvendigvis ikke ble endret selv om man gikk ned i vekt. Sosiale utfordringer var ofte mindre dersom man var åpen om at man hadde gjennomgått operasjon (Sharman et al., 2015, s. 5).

Deltakerne hadde ut i fra sine egne erfaringer et ønske om at informasjon om operasjonen og virkninger av den, også på lang sikt, bør være tilgjengelig for alle som skal gjennomgå fedmeoperasjon. Informasjonen burde omhandle operasjonsprosedyren, nødvendig kostholdsending, komplikasjoner og treningsretningslinjer (Sharman et al., 2015, s. 6). Som konklusjon skriver forfatteren at helsepersonell som tilbyr fedmeoperasjon bør involvere

pasienten i å bestemme deres hjelpebehov, og utforme konsultasjoner som sikrer at hull i støtte og hjelp blir identifisert og bedret (Sharman et al., 2015, s. 10).

4.3 Designing pre-bariatric surgery education: The value of patients' experiences

Owers et al. (2017, s. 119) har forsket på hva tidligere pasienter følte manglet av informasjon da de gjennomgikk fedmeoperasjon. Målet med studien var å lage et preoperativt informasjonskurs for å forberede pasienter til fedmeoperasjon. 30 mennesker som hadde gjennomgått fedmeoperasjon på Sheffield Teaching Hospital NHS Trust mellom 2001 og 2012 ble kontaktet, og 12 intervjuer ble gjennomført mellom februar og juli 2013. Intervjuene fokuserte på aspekter ved informasjon og omsorg deltakerne følte de manglet, informasjon de skulle ønske de visste om før operasjonen, og hvilke problemer de mener andre pasienter burde få vite for å få best mulig utnyttelse av fedmeoperasjonen (Owers et al., 2017, s. 119–120).

Resultatene viste at deltakerne hadde fått lite eller ingen informasjon om bivirkninger etter operasjonen. Disse bistod for det meste av løs hud, malabsorpsjon og endringer i hår, tenner og negler (Owers et al., 2017, s. 122). Flere av deltakerne kjente på mye skam og skyld etter fedmeoperasjon, og så da viktigheten av å ha et godt støttenettverk rundt seg i tiden etterpå. Deltakerne var overrasket over mye støtte de trengte, og anbefalte at helsepersonell bør informere pasienter om viktigheten om å ha et støttenettverk rundt seg (Owers et al., 2017, s. 122).

Owers et al. (2017, s. 124-125) konkluderer med at man i denne studien viser til tross for at disse pasientene er operert på et spesialistsykehus, så er nåværende preoperativ informasjon mangelfull. Samtidig ser man viktigheten med pasientengasjement i utvikling av helseopplæring.

4.4 Patient experiences of adjusting to life in the first 2 years after bariatric surgery: a qualitative study

Graham et al. (2017, s. 323) har undersøkt hvordan pasienter tilpasser seg livet de to første årene etter fedmeoperasjon. Studien er basert på semistrukturerte intervjuer med 18

deltakere(11 kvinner og 7 menn), som hadde gjennomgått fedmeoperasjon 5-24 måneder før intervjuet (Graham et al., 2017, s. 323).

Livet etter fedmeoperasjon krevde mange mellompersonlige tilpasninger for den enkelte, mange av disse eksisterer utenfor rutinemessig klinisk behandling, og blir derfor ikke like forstått (Graham et al., 2017, s. 324). Resultatene i studien viste at alle deltakerne hadde utfordringer knyttet til sosiale relasjoner og sammenkomster. Før operasjon følte deltakerne seg stigmatisert av andres holdninger på deres vekt i sosiale sammenkomster, mens det post-operativt var individuell forskjellig i hvordan deltakerne taklet livsstilsendringene. Noen følte seg komfortable i sosiale sammenkomster, mens andre ikke (Graham et al., 2017, s. 330). Det som var felles for alle var at de hadde utfordringer i å fortelle mennesker rundt om at de hadde gjennomgått fedmeoperasjon fordi de var redde for å bli bedømt av andre (Graham et al., 2017, s. 333).

De fleste deltakerne opplevde de positive sidene med vektnedgang, men det var individuelt hvilken holdning deltakerne hadde til livsstilsendringene. Noen deltakerne var svært bevisste over hvordan livsstilen måtte endres, og at en manglende tilpasning til livsstilsendringene ville føre til risiko for å ikke gå ned i vekt (Graham et al., 2017, s. 327). Andre deltakere hadde mer problem med å tilpasse seg de livsstilsendringene, og fikk tilbakeslag som for eksempel vektøkning (Graham et al., 2017, s. 330).

Deltakerne i studien rapporterte at de skulle ønske de hadde visst mer om andres erfaringer om tiden etter operasjon, for å forberede dem på livet etterpå (Graham et al., 2017, s. 334). Studien konkluderer med at helsepersonell bør bruke pasienterfaring til å forberede pasienter og støtte dem etterpå ved å øke bevisstheten om problemer som kan oppstå i for eksempel sosiale situasjoner etter fedmeoperasjon. Å gi pasienter innsikt i andres pasienter erfaringer etter kirurgi kan oppmuntre andre og de kan dele bekymringer. Pasienter som ikke ønsker å opplyse andre om at de har gjennomgått fedmeoperasjon, bør oppmuntres til å tenke på hvordan de vil håndtere sosiale situasjoner som basert på andres erfaringer kan oppstå (Graham et al., 2017, s. 334). I tillegg bør man sørge for at pasienter kan møte likesinnede og delta i pasientstøttegrupper (Graham et al., 2017, s. 334).

4.5 Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery- a qualitative study

Lier et al. (2016, s. 1) har forsket på pasientens livserfaring fem år etter gastrisk bypassoperasjon. Bakgrunnen for studien er at for at man skal kunne hjelpe pasienter til å få et vellykket utfall av operasjon, er det avgjørende at helsepersonell har en forståelse over hvordan pasienter tilpasser seg og takler postkirurgiske endringer på lang sikt (Lier et al., 2016, s. 1). Studien er av kvalitativ metode og basert på dybdeintervju med ti menn og kvinner som ble fedmeoperert på to norske sykehus fem år tidligere.

Deltakerne beskrev positive følelser etter vekttap, som å føle seg sunnere og å passe inn i samfunnets normative regler, noe som gjorde det lettere å bevare verdigheten og unngå stigmatisering (Lier et al., 2016, s. 6). De uttrykte derimot bekymring og følte seg sårbare da de måtte avsløre kroppen sin som følge av hengende og løs hud. Endringer knytt til vekttap ledet da til utfordringer i å knytte nære relasjoner (Lier et al., 2016, s. 6). Deltakerne beskrev fysiologiske reaksjoner på mat i femårsperioden, og deres spisevaner hadde blitt en viktig del av deres daglige liv på grunn av endret rytme, sult, begrensinger og matinteresse (Lier et al., 2016, s. 7). De fleste slet med dumping syndrom, og for noen var ikke maten lenger interessant. Noen deltakere rapporterte at de brukte en hel dag bare på å planlegge og implementere måltider, funksjon av mat og prioritering av riktig mengde mat (Lier et al., 2016, s. 8). De fleste av deltakerne opplevde en bedre selvtillit som følge av vekttap etter operasjon, mens enkelte opplevde det motsatt da de følte de hadde jukset til en kropp de ikke likte. Noen var mer kritiske til utseende sitt på femårsmerket enn når de hadde stor kropp på grunn av overflødig hud (Lier et al., 2016, s. 9–10).

Studien konkluderer med at pasienter som gjennomgår fedmeoperasjon, opplever enorme endringer i hverdagen, der både deres sosiale liv, deres forhold til kroppen og selvtilliten vil endres som følge av vekttapet. Resultatene antyder anvisninger for pasientinformasjon og til helsepersonell som er svært relevans til praksis (Lier et al., 2016, s. 12–13).

5 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Det er enkelte faktorer som kan ha påvirket resultatene i min oppgave. Jeg har lite erfaring med å foreta litteratursøk som kan ha medført at relevant forskning ikke har blitt inkludert i studien. En med mer erfaring kunne muligens ha funnet artikler med høyere relevant og kvalitet. De inkluderte forskningsartiklene er publisert i velkjente databaser og jeg har vurdert kvaliteten på de opp mot sjekklister fra Helsebiblioteket. Det kan ha oppstått feiltolkninger av de inkluderte forskningsartiklene da de er skrevet på engelsk og skaper derfor en språkbarriere. Jeg kunne ha gjort flere søk for å finne flere relevante artikler og dermed fått en enda større oversikt til å besvare min problemstilling. Kvantitative studier er ikke inkludert i oppgaven noe som kan være kritikkverdig. Begrunnelsen for å kun inkludere kvalitative studier er at jeg ønsket å undersøke pasienters erfaringer og opplevelser noe som ikke lar seg tallfeste eller måle som man får i de kvantitative studiene.

5.2 Resultatdiskusjon

Under dette kapittelet skal jeg diskutere forskningsartiklene opp mot teori for å svare på problemstillingen til oppgaven:

Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter som skal gjennomgå fedmeoperasjon, slik at de mestrer sin nye livssituasjon?

Thidemann (2019, s. 108) skriver at hensikten med diskusjonsdelen er å diskutere om resultatene svarer på problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål, og hvordan resultatene forholder seg til aktuell teori og forskning som er inkludert i oppgaven.

Mine funn forteller om tidligere pasienters erfaringer med fedmeoperasjon og i årene etterpå. Jeg velger å fokusere og drøfte den pre-operative fasen selv om resultatene fra forskningen viser at oppfølging etter fedmeoperasjon er vell så viktig som forberedelsen i forkant. Etter gjennomgang av funn i forskningsartiklene er følgende hovedtema aktuelle for å svare på problemstillingen: opplevelse av kontroll, støtte og støttegrupper, psykososiale forhold, mangel på kunnskap og forholdet mellom sykepleier og pasient.

5.2.1 Opplevelse av kontroll

Berg (2020, s. 218) beskriver en overvektig kropp som et tegn på at personen har lav selvkontroll, og at fedmeoperasjon er en følge av dette. Graham et al. (2017, s. 324) underbygger dette og skriver at fedmeoperasjon kan gi pasientene mer kontroll over livet. Lazarus og Folkmans teori understreker hvor viktig kontroll er i en situasjon for at man skal oppleve mestring (Tveiten, 2008, s. 34). Pasientene går gjennom fedmeoperasjon fordi de ønsker å få en bedre kontroll over mat, vekt, helse og livet (Coulman et al., 2017, s. 552). Å ha kontroll over seg selv er karakteristisk for moderne normer knyttet til helse (Lier et al., 2016, s. 10). Å ikke passe inn i disse normene kan forårsake skam og skyld. Det er mer sannsynlig å overbevise andre at man har selvkontroll dersom man har en kroppsvekt som passer inn i den samfunnsmessige normen (Lier et al., 2016, s. 11).

Også Antonovskys salutogenesemodell fokuserer på betydningen av å oppleve kontroll for å oppnå mestring. Forskningsartiklene viser at pasientene har hatt problemer med å kjenne på kontroll etter å ha gjennomgått fedmeoperasjon. Pasientene beskrev smuldrende og forstyrrede kropper som de ikke klarte å kontrollere fordi de fikk utforutsatte helseproblemer (Berg, 2020, s. 223). Studien til Coulman et al. (2017, s. 547) underbygger utfordringene knyttet til tap av kontroll til kroppen etter fedmeoperasjon.

Pasientene i studiene til både Sharman et al. (2015, s. 4), Lier et al. (2016, s. 7) og Berg (2020, s. 221) beskrev alle dumping syndrom, og slet med å identifisere hva de tolererte å spise. At man ikke vet hva mat kroppen tolererer vil kunne medføre en tap av kontroll og dermed vil pasientene ha problemer med å oppleve mestring. Enkelte pasienter i studien til Sharman et al. (2015, s. 5) beskrev deres avhengighet til lap-båndet etter operasjon fordi de manglet selvkontroll og dermed gikk opp i vekt igjen dersom lap-båndet var avslappet. For disse pasientene førte LAGB-operasjonen til at de fikk en mer kontroll over maten fordi inntaket av mat var begrenset når båndet var stramt, men når båndet var avslappet opplevde de derimot tap av kontroll igjen. Noen opplevde en form for kontroll over livet sitt som følge av fedmeoperasjon mens andre ikke. Forskningsartiklene viser at flere personer som gjennomgår fedmeoperasjon går opp i vekt igjen etter noen år (Lier et al., 2016, s. 7) (Berg, 2020, s. 224). Opplevelsen av å ha kontroll over mat, vekt og helsen sin vil da trolig være fallende da jeg assosierer den med vektøkning.

5.2.2 Støtte og støttegrupper

I følge Antonovskys salutogenesemodell bør sykepleiernes pedagogiske funksjon være å veilede pasienten til å oppdage og bli mer bevisst (Tveiten, 2008, s. 35). Man må styrke og bevisstgjøre motstandsressursene som kunnskap, sosialt nettverk, materielle ressurser, selvbilde og helseatferden til pasienten. Både Owers et al. (2017, s. 122) og Sharman et al. (2015, s. 5) påpeker i sine studier viktigheten av å ha et sosialt og godt støttenettverk i etterkant av operasjon for å få et godt resultat. Helse- Bergens informasjonsbrosjyrer om fedmeoperasjon underbygger denne viktigheten (Helse-Bergen, 2021). Pasientene var overrasket over mye støtte de hadde behov for både fra venner, familie og helsepersonell. Owers et al. (2017, s. 122) skriver i sin studie om hvor viktig det var å ha noen å snakke med om de utfordringene som oppstår. Støtte og hjelp til å mestre kostholdet og psykologisk støtte ble sett på som de viktigste faktorene for å mestre livsstilsendringene (Sharman et al., 2015, s. 4). Dette viser at sykepleier bør bevisstgjøre pasienter om viktigheten av å ha et godt støtteapparat og sosialt nettverk etter operasjon. Da kan sykepleier fungere som en mestringshjelp og legge til rette for at pasienten skal kjenne kontroll i sin nye livssituasjon etter fedmeoperasjonen. Dette drar paralleller til Dorothea Orems sykepleieteori, ved at sykepleier kan styrke pasientens egne ressurser med et støttende sykepleiesystem, for å fremme mestring og helse (Kirkevold, 2018, s. 134).

Deltakerne i studiene til Graham et al. (2017, s. 334) og Sharman et al. (2015, s. 1) forteller om ønsker og behov om å vite om andres erfaringer knyttet til fedmeoperasjon, og forfatterne anbefaler pasienter til å delta i pasientstøttegrupper. Å ha tilgang til støttegrupper med andre fedmeopererte pasienter, med eller uten helsefaglig bakgrunn, kunne være nyttig (Sharman et al., 2015, s. 7). Noen foretrukket støtte via ansikt til ansikt, mens andre hadde funnet mye støtte i grupper på sosiale medier (Sharman et al., 2015, s. 7). Ved å høre om andre sine erfaringer kan man bli forberedt på og øke bevisstgjøringen over livsstilsendringene, problemer og utfordringer som kan oppstå (Graham et al., 2017, s. 334). I pasientstøttegrupper kan man dele erfaringer, gi beroligelse, støtte og oppmuntre hverandre. I studien til Owers et al. (2017, s. 124-125) beskriver forfatterne viktigheten med pasientengasjement i utvikling av helseopplæring. Sykepleier bør høre på hva pasientene føler er viktige problemer eller utfordringer de ønsker informasjon og hjelp for. Dette kan dras inn i empowerment-tenkningen som handler om at menneskene skal få en bedre

kontroll over avgjørelser og handlinger som berører helse (WHO, u.å.). Det underbygges også i studien til Sharman et al. (2015, s. 1) der de konkluderer med at de som utøver fedmeoperasjon bør diskutere behovet for støtte regelmessig med pasientene, da særlig det første året. Empowerment-tenkningen innebærer prinsippene medvirkning og brukeren som er ekspert på seg selv, noe som forskningen viser at er viktige prinsipper å ha fokus på for at pasientene skal klare å mestre sin nye livssituasjon. Pasienter som skal gjennom fedmeoperasjon bør få ta del i utarbeidelse av behandlingsplan og valg som skal foretas. Dette kan tenkes å være vanskelig dersom pasientene ikke får nok informasjon om effekter og bivirkninger av operasjonen, noe som forskningen viser. Pasientene trenger derfor informasjon om hva som venter dem etter operasjon slik at de kan vise delaktighet i prosessen.

5.2.3 Psykososiale forhold

Selvbilde er en annen motstandsressurs som i følge salutogenesemodellen bør styrkes gjennom læring for å oppnå mestring (Tveiten, 2008, s. 35). I alle forskningsartiklene snakket pasientene om de psykologiske aspektene ved å være overvektig. Lier et al. (2016) beskriver i sin studie hvordan pasientene så på seg selv og hvordan selvbilde endret seg fra før operasjon til etter. Pasientene kjente mye på stigmatisering knyttet til det å leve med en stor kropp, og noen tok valg som innebar isolasjon fordi de tenkte ingen ville synes at det å være men en stor person var interessant (Lier et al., 2016, s. 8) Dette underbygger også Aamo et al. (2019, s. 7) og viser i sin rapport at personer med fedme har en lavere helse relatert livskvalitet som følge av diskriminering og stigmatisering i samfunnet. Å leve med en mindre kropp fikk noen av pasientene til å få en sterk økning i selvtillit tiden etter operasjonen, mens enkelte kjente på en lavere selvtillit og hadde et dårligere selvbilde etter operasjon i forhold til før (Lier et al., 2016, s. 9). Flere opplevde skam og stigmatisering som følge av at de tok fedmeoperasjon. De fikk kommentarer på operasjonen som en «lettvin løsning», de opplevde skam knyttet til at de fikk operasjonen dekket av staten og de følte på skyldfølelse da de følte komplikasjonene i ettertid var selv påført (Berg, 2020, s. 225). På bakgrunn av dette kan det tenkes at selvbilde ikke nødvendigvis blir bedre etter operasjon.

Dette viser at synet pasientene hadde på seg selv, både var komplekst og individuelt. Selv om pasientene opplevde mindre diskriminering og stigmatisering da de gikk fra en stor til en

mindre kropp, dukket det opp nye problemer som gav selvbilde utfordringer. Coulman et al (2017, s. 553) underbygger også kompleksiteten og de individuelle forskjellene pasientene opplever selvbilde sitt som etter fedmeoperasjon. De pasientene som hadde beholdt vekttapet, hadde også utviklet nye måter å håndtere livssituasjonen på og også et mer positivt selvbilde (Coulman et al., 2017, s. 556). Dette bekrefter også Lier et al. (2016, s. 10) i sin studie. Sykepleier bør styrke selvbilde til pasienten i forkant av operasjon, og bevisstgjøre han overfor tanker og bekymringer som kan oppstå i etterkant. Dette kan også styrkes ved at pasienten deltar på pasientstøttegrupper der han kan bli forberedt på tanker og utfordringer som kan oppstå av andre pasienter, og han kan kjenne at han ikke er alene, noe som er en viktig følelse å kjenne på.

5.2.4 Mangel på kunnskap

Som tidligere skrevet er informasjon og kunnskap viktig for at pasientene skal kunne være delaktige i valg som skal foretas om deres egen helse. Forskningsartiklene viser at tidligere pasienter opplevde mangel på informasjon i forkant av operasjon. Pasientene i studien til Owers et al. (2017, s. 122) opplevde mangelfull informasjon om bivirkninger som overflødig hud, malabsorpsjon og endringer i hår, tenner og negler etter operasjon. Dette underbygger også studien til Berg (2020). Deltakerne i denne studien rapporterte om flere helseproblemer knytt til operasjon som de skulle ønske de fikk informasjon om i forkant (Berg, 2020, s. 220). Pasientene uttrykte at de skulle ønske informasjon om selve operasjonsbeskrivelse, kostholdsending, komplikasjoner og treningsretningslinjer var godt tilgjengelig for alle som skulle gjennom operasjon (Sharman et al., 2015, s. 9). Enkelte pasienter opplevde også at helsevesenet ikke hadde nok kunnskap selv til å hjelpe de med sine problemer knytt til operasjonen (Berg, 2020, s. 225). Mangelfull informasjon strider både med sykepleierens etiske retningslinjer og pasienters lovfestet rett. I følge sykepleierens etiske retningslinjer skal sykepleierne gi tilstrekkelig tilpasset informasjon til pasienter, og forsikre seg om at den er forstått (Norges sykepleieforbund, u.å.). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) beskriver at pasientene har en lovfestet rett til å få informasjon om helsetilstanden sin og mulige bivirkninger ved behandling. Owers et al. (2017, s. 124) sin studie konkluderer med at å gi god informasjon i forkant av operasjon kan øke pasientens livskvalitet etterpå.

Mangel på kunnskap kan også relateres til Dorothea Orems egenomsorgsmodell ved at pasienten har en egenomsorgssvikt på grunn av begrensinger i pasientens egenomsorgskapasitet. Begrensingen kan da være kunnskap om komplikasjoner og bivirkninger som kan oppstå i forbindelse med fedmeoperasjonen. Sykepleier bør da gå inn og dekke egenomsorgskravene til pasienten ved hjelp av det støttende og undervisende sykepleiesystemet. Sykepleier kan styrke motstandsressursen til pasienten slik at han har kunnskap om operasjonen, langtidseffekter, utfordringer og bivirkninger som kan oppstå. Dersom pasientene har kunnskap om hva som venter dem, kan de få følelsen av kontroll over situasjonen, noe både Lazarus, Folkman, og Antonovskys ser på som avgjørende for å oppleve mestring.

5.2.5 Forholdet mellom sykepleier og pasient

Både Tveiten (2008, s. 51) og Gustin (2016, s. 99) skriver om hvor viktig forholdet mellom sykepleier og pasient og kvaliteten på relasjonen er, for at læring skal skje. Det sosiokulturelle synet på læring sier at læring skjer via samhandling mellom pasient og sykepleier og at kunnskap blir konstruert via samhandling (Tveiten, 2008, s. 50). Gustin (2016, s. 99) underbygger denne teorien med at dersom pasienten ikke føler seg respektert eller ikke stoler på sykepleieren, reduseres sannsynligheten for at pasienten tar til seg informasjonen. Deltakerne i Berg (2020, s. 225) sin studie opplevde i etterkant av operasjon å ikke bli tatt seriøst av helsepersonell. Når de hadde tatt kontakt med helsevesenet på grunn av utforutsatte helseproblemer opplevde de å ikke bli trodd på, og fikk en følelse av at de sløste bort tiden til sykepleieren (Berg, 2020, s. 226). Dette er et eksempel på at samspillet mellom pasient og sykepleier ikke fungerer. Sykepleier viser tilsynelatende ikke respekt for pasienten, viser ikke medfølelse og det bryter med empowerment-tenkningen som jo sier at pasienten er ekspert på seg selv. Enkelte deltakere i studien til Sharman et al. (2015, s. 4) opplevde at helsepersonell ikke hadde kunnskap nok om kosthold for fedmeopererte pasienter. Dette viser at det er avgjørende at sykepleier har kunnskap om det hun skal veilede pasientene om.

Når sykepleier skal veilede pasienten slik at han skal bli forberedt til operasjon, skjer det i følge det sosiokulturelle synet gjennom dialog. Dialog er også den læringsformen Gustin (2016, s. 99) mener er beste måten å informere på gjennom motiverende intervju. Som

tidligere beskrevet er motiverende intervju en metode utviklet for å styrke folks motivasjon for endring. Å gå gjennom en fedmeoperasjon krever at personen gjør endringer i kostholdet etter operasjon, for å tilpasse seg sin nye kropp (Wang et al., 2014, s. 8). Dette støtter Graham et al. (2017, s. 323) og beskriver fedmeoperasjon som en betydelig innvirkning på personens liv, hovedsakelig som følge av endringer i deres fysiske utseende og i spisevaner. Berg (2020, s. 218) underbygger dette ved å beskrive fedmeoperasjon som en livsstils- endrende behandling. Derfor bør sykepleier benytte seg av motiverende intervju som metode når hun skal veilede og informere pasienten om operasjonen. Dersom pasienten uttrykker bekymring knyttet til å legge om kostholdet etter operasjon, kan sykepleier være utforskende og spørre om de aktuelle problemene pasientene tenker vil oppstå. Ved at sykepleier lytter til pasienten på en respektfull måte og aksepterer pasienten slik han er, kan man muligens lokke frem pasientens egne endringsgrunner. Motiverende intervju vektlegger derfor mye av det samme Dorothea Orems teori om viktigheten av at sykepleier er støttende for at pasienten skal få oppfylle sitt egenomsorgskrav. Også prinsippene brukermedvirkning og delaktighet som empowerment står for kan dra paralleller til det motiverende intervju vektlegger.

5.3 Implikasjon for praksis

Denne litteraturstudien viser at fedmeoperasjon fører til inngripende endringer i livssituasjonen til pasienter. Videre viser studien at pasienter som skal fedmeopereres får mangelfull informasjon om disse endringene og komplikasjoner som kan oppstå etter operasjon. Derfor må sykepleierne bli bevisst over at denne pasientgruppen trenger mer informasjon i forkant, slik at de får en kontroll over hva som venter dem etter operasjon. Gjennom motiverende intervju kan sykepleierne gi veiledning og undervisning på pasientenes premisser og man fremmer deres motivasjon for endring som må gjøres.

6 KONKLUSJON

Sykepleierne har en viktig jobb med å hjelpe pasienter til å kunne mestre sin nye livssituasjon som de kommer i etter gjennomgått fedmeoperasjon. Pasientene opplevde mangel på kontroll etter fedmeoperasjon, både overfor at kroppen endret seg og at de fikk utforutsette helseproblemer. Dette fordi de hadde lite kunnskap om komplikasjoner og langtidseffekter av fedmeoperasjon . Å kjenne på kontroll er i følge Antonovskys salutogenesemodell viktig for å oppleve mestring. Derfor må sykepleierne bevisstgjøre pasientene i forkant, ved å gi informasjon om bivirkninger og utfordringer som kan oppstå som følge av fedmeoperasjon.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig for at kunnskap skal formidles og at læring skal skje. Pasientene må føle seg respektert og må kunne stole på sykepleieren for å ta til seg informasjonen. Å bruke motiverende intervju som metode vil være lurt da sykepleieren styrker pasientens motivasjon for å gjennomføre endring i livet, som følge av fedmeoperasjon, samtidig som man ivaretar pasientens autonomi og empowerment-tenkning.

Pasientene rapporterte følelser som skam, skyld og stigmatisering knyttet til fedme og fedmeoperasjon. Selv om pasientene gikk fra en stor til mindre kropp, ble ikke selvbilde nødvendigvis bedre. Pasientens opplevelse av støtte var avgjørende for å mestre sin nye livssituasjon. Ved å bruke pasienterfaring og støttegrupper kan pasientene dele bekymringer og tanker, og få informasjon om tidligere pasienters erfaringer. Sykepleier må bevisstgjøre pasientene om viktigheten av å ha et godt støttenettverk rundt seg etter operasjon, og bør motivere de til å delta i pasientstøttegrupper.

7 LITTERATURLISTE

Abel, M. H., & Totland, T. H. (2021). *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne*

i Norge basert på selvrapportering- Resultater fra den nasjonale

folkehelseundersøkelsen 2020. Folkehelseinstituttet. Hentet 29. april 2021 fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-nhus-2020.pdf>

Berg, A. (2020). Untold stories of living with a bariatric body: Long-term experiences of weight-loss surgery. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 217–231.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12999>

Coulman, K. D., MacKichan, F., Blazeby, J. M., & Owen-Smith, A. (2017). Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: A systematic review and qualitative synthesis:

Qualitative synthesis of bariatric surgery. *Obesity Reviews*, 18(5), 547–559.

<https://doi.org/10.1111/obr.12518>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Folkehelseinstituttet. (2015, 1. mars). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. Hentet 04. mai

2021 fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

Folkehelseinstituttet. (2021, 16. februar). *Overvekt og fedme blant voksne (indikator 14)*.

Hentet 29. april 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/voksne/>

Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske

komiteene. Hentet 29. april 2021 fra

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover->

[retningslinjer/helsinkideklarasjonen/](https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/)

Graham, Y., Hayes, C., Small, P. K., Mahawar, K., & Ling, J. (2017). Patient experiences of

adjusting to life in the first 2 years after bariatric surgery: A qualitative study: Patient

experiences of life after bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 7(5), 323–335.

<https://doi.org/10.1111/cob.12205>

Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.

Helse-Bergen. (2021, 13. april). *Fedme hos voksne- Voss*. Hentet 29. april 2021 fra

<https://helse-bergen.no/behandlinger/fedme-hos-voksne-voss#les-mer-om-fedmeoperasjon---gastric-sleeve>

Helse-Bergen. (u.å.). *Fedmeoperasjon-gastric sleeve*. Hentet 29. april 2021 fra [https://helse-](https://helse-bergen.no/behandlinger/fedmeoperasjon-gastric-sleeve#vektnedgang-for-operasjonen)

[bergen.no/behandlinger/fedmeoperasjon-gastric-sleeve#vektnedgang-for-operasjonen](https://helse-bergen.no/behandlinger/fedmeoperasjon-gastric-sleeve#vektnedgang-for-operasjonen)

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). *Kvalitativ metode*. Hentet 9. november 2020 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. (2020, 15. mai). *Behandling av overvekt med legemidler og operasjon*.

Hentet 25. april 2021 fra <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/behandling-av-overvekt/>

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*.

Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Hentet 27. april 2021 fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20--%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/4f5ecadd-82dd-49cf-9db9-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20--%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/4f5ecadd-82dd-49cf-9db9-4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeaeb40716ef/Forebygging,%20utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge)

[4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeaeb40716ef/Forebygging,%20utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Forebygging,%20utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge)

dning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20
0og%20unge%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Kirkevold, M. (2018). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016a). *Grunnleggende sykepleie 1* (G. H. Grimsbø, Red.; 3. utgave). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie 2* (G. H. Grimsbø, Red.; 3. utgave). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016b). *Grunnleggende sykepleie 3* (G. H. Grimsbø, Red.; 3. utgave). Gyldendal Akademisk.

Lier, H. Ø., Aastrom, S., & Rørtveit, K. (2016). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 322–331. <https://doi.org/10.1111/jocn.13049>

Mala, T., Hewitt, S., Høgestøl, I. K. D., Kjellevoid, K., Kristinsson, J. A., & Ristad, H. (2015). Dumpingsyndrom etter kirurgi på magesekken. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(2), 137–141. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0550>

Norges sykepleieforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 29. april 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk Helseinformatikk. (2014). *Laparoskopisk gastrisk banding*. Hentet 27 april 2021 fra <https://nhi.no/animasjoner/magetarm/laparoskopisk-gastrisk-banding/?hp=true>

Norsk Helseinformatikk. (u.å.). *Overvekt og fedme*. Hentet 26. april 2021 fra <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/?page=3>

Olsen, T. K. (2020, 4. mars). Fedme. I B. Svihus (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet 25. april 2021 fra <https://sml.snl.no/fedme>

- Owers, C., Halliday, V., Saradjian, A., & Ackroyd, R. (2017). Designing pre-bariatric surgery education: The value of patients' experiences. *Journal of Diabetes Nursing, 21*(4), 7.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ravn Pedersen, K., & Vrenne, Å. B. (2012). Hvordan gi god pasientveiledning? *Sykepleien, 7*, 52–54. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0070>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Sandvik, J., Laurenus, A., Näslund, I., Videhult, P., Wiren, M., & Aasheim, E. T. (2018). Nordiske retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1106>
- Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A., & Ezzy, D. (2015). What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? *Health Expectations, 20*, (n/a-n/a). <https://doi.org/10.1111/hex.12423>
- Søpstad, M. (2018). Svangerskap og fødsel etter fedmeoperasjon: Hva bør jordmødre vite? *Sykepleien, 106*, (69455)(e-69455). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.69455>
- Søreide, K. (2020, 19. juli). Fedmeoperasjon. *Store Norske Leksikon*. Hentet 25. april 2021 fra <https://sml.snl.no/fedmeoperasjon>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Wang, H., Hofmann, B., & Høymork, S. C. (2014). *Kirurgisk behandling ved fedme*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/notat_2014_fedme_kirurgi_snr.pdf

WHO. (u.å.). *Health Promotion*. World Health Organization. Hentet 29. april 2021 fra

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

Aamo, A. A. W., Lind, L. H., & Myklebust, A. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang,*

utvikling og samfunnskostnader. 9. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>

Vedlegg 1: PICO-skjema

	Population/Problem	Intervention	Comparator	Outcome
Norske ord	Erfaringer	Fedmeoperasjon	Fedmeopererte pasienter	Å mestre ny livssituasjon
Norske MeSH-ord	Erfaringer Livserfaringer	Fedmeoperasjon Bariatriskirurgi Overvektskirurgi	Fedmeopererte pasienter Bariatripasienter	Mestre Livssituasjon Livsstil Livsstilsendringer
Engelske MeSH-ord	Experience Experiences Life Experiences	Bariatric surgery Weight loss surgery	Bariatric patient	Coping Lifestyle Lifestyle changes
Tekstord	Experiences, Life experiences	Bariatric surgery, Weight loss surgery	Bariatric patient	Coping Lifesyle changes

Vedlegg 2: Søkehistorikk**Cinahl 29.10.20**

	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Inkluderte forskningsartikler fra søket:
S1	Bariatric surgery	6 199	Ingen	
S2	S1	2 442	2015-2020	
S3	Bariatric patients	138	2015-2020	
S4	S2 OR S3	2 526	2015-2020	
S5	Experiences	68 423	2015-2020	
S6	Life Experiences	18 955	2015-2020	
S7	Experiences Or Life Experiences	68 423	2015-2020	

S8	S4 AND S7	56	2015-2020 Engelsk Peer reviewed	Designing pre-bariatric surgery education: The value of patient's experiences. What are the support experiences and need of patients who have received bariatric surgery? Untold stories of living with a bariatric body: a long-term experiences of weight-loss surgery.
----	-----------	----	---	---

Cochrane Library 29.10.20

	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Inkluderte forskningsartikler fra søket:
S1	Bariatric surgery OR bariatric patient*	6	2015-2020	
S2	Weight- loss surgery OR bariatric patient OR bariatric surgery	6	2015-2020	
S3	Experiences	669	2015-2020	

S4	S2 AND S3	6	2015-2020	
S5	Coping	93	2015-2020	
S6	S4 AND S5	6	2015-2020	Ingen aktuelle artikler.

Cinahl 05.11.20

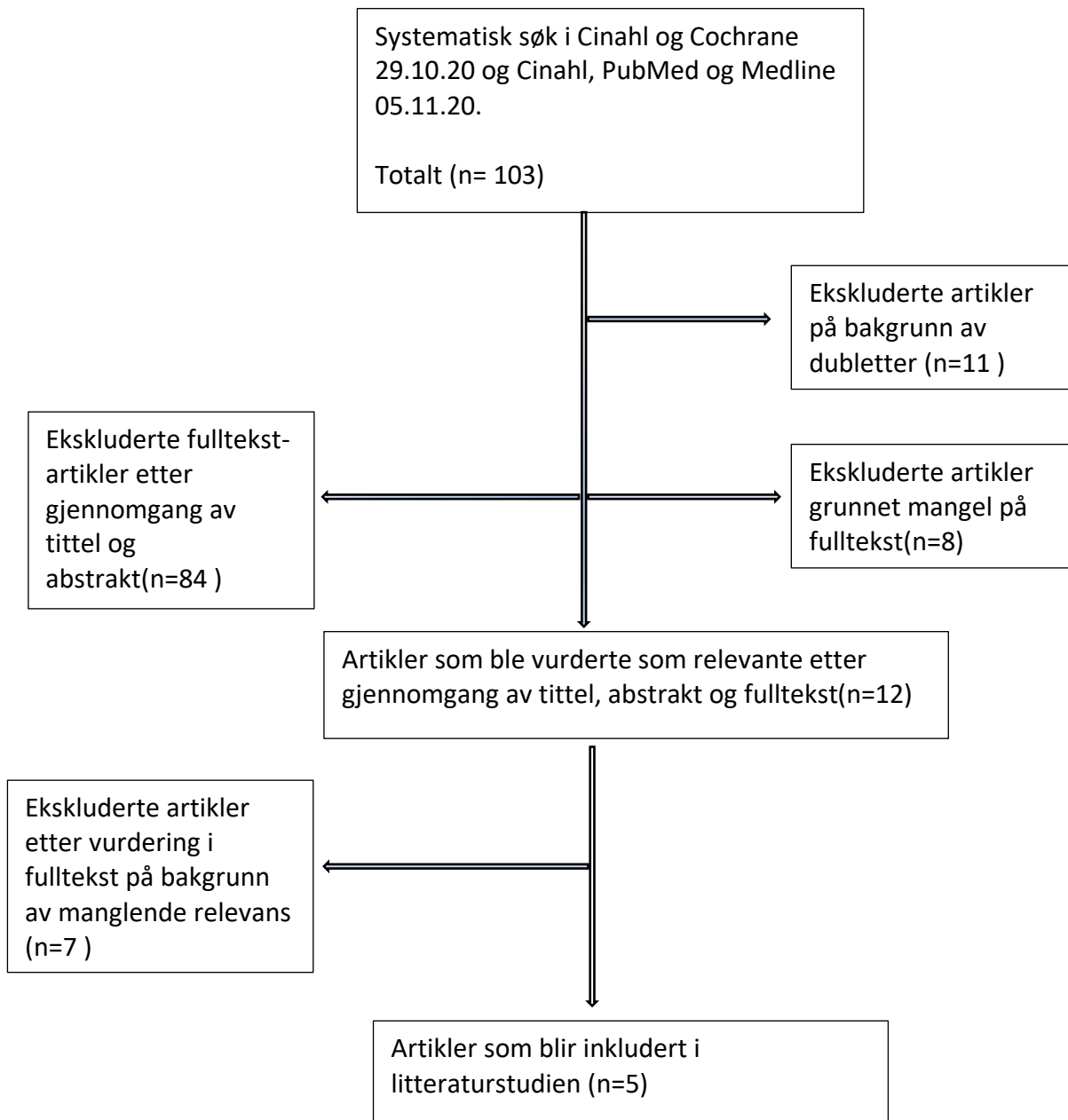
	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Inkluderte forskningsartikler fra søket
S1	Bariatric surgery OR bariatric patient OR weight loss surgery	3 157	2015-2020	
S2	Life style changes	4 619	2015-2020	
S3	S1 AND S2	774	2015-2020	
S4	Experiences	68 754	2015-2020	
S5	S3 AND S4	9	2015-2020	Ingen aktuelle artikler.

PubMed 05.11.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Inkluderte forskningsartikler fra søket
S1	Bariatric surgery	13 684	Siste 5 år	
S2	Bariatric patients	9 758	Siste 5 år	
S3	S1 OR S2	13 896	Siste 5 år	
S4	Coping	32 441	Siste 5 år	
S5	S3 AND s4	55	Siste 5 år	
S6	S5	51	Siste 5 år Engelsk	
S7	Experiences	232 070	Siste 5 år Engelsk	
S8	S3 AND S7	1 017	Siste 5 år Engelsk	
S9	S5 AND S7	23	Siste 5 år Engelsk	Patients daily life experiences five years after gastric bypass surgery—a qualitative study.

Medline 05.11.20

Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Inkluderte forskningsartikler fra søket
S1	Bariatric surgery	10498		
S2	Bariatric patient	930		
S3	Weight loss surgery	880		
S4	S1 OR S2 OR S3	11 449		
S5	Experiences	206 364		
S6	S4 AND S5	185		
S7	Quality of life	199208		
S8	S6 AND S7	11	2015-2020	Patient experiences of adjusting to life in the first 2 years after bariatric surgery: a qualitative study*.

Vedlegg 3: Flytskjema

Vedlegg 4: Samleskjema for artiklene

Metode				Resultater			
Artikkel nr.	Studie, forfatter, årstall, tidsskrift	Studiedesign	Utvvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Overføringsverdi
1	Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery. Berg et al. (2020).	Kvalitativ metode. Syv semi-strukturerte dybdeintervjuer. Studien er gjennomført ved Fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Nord universitet, Namsos.	Fire menn og tre kvinner i alderen 35-61 år som hadde vært i gjennom fedmeoperasjon åtte år tidligere på norske sykehus. Deltakerne ble rekruttert etter en oppfølgingsstudie ett år etter operasjon.	Målet med studien var å finne ut hvordan langtidserfaringene er for de som har gjennomført fedmeoperasjon, for å få et utvidede forståelse for effekten av fedmeoperasjon.	Deltakerne hadde en positiv opplevelse ved å ha en mer normal vekt, og bli kvitt fedmerelaterte problemer. Alle deltakerne hadde flere problemer knytt til operasjonen, som de skulle ønske de fikk informasjon om i forkant. De rapporterte om dumping syndrom, vitaminmangel, tannproblemer, lite energi, dårlig korttidshukommelse, og kuldeintoleranse. De opplevde lite kunnskap og støtte fra helsevesenet når de fortalte om sine problemer. I forkant av operasjonen fikk deltakerne informasjon om at de skulle få god oppfølging i 10 år etter operasjon, men fikk kun 9-11 måneder.	Å leve med en fedmeoperert kropp var både positiv pga. opplevelse av normal vekt og eliminering av fedmerelaterte problemer, men også negativ pga. uventede helseproblemer som kom etter operasjonen. Man trenger flere grundige studier på pasienters erfaringer med å leve med fedmeopererte kropper i hverdagen, for å utvide forståelsen av effekten av fedmeoperasjon	Relevant for min oppgave da jeg kan bruke resultatene i artikkelen til å diskutere og svare på min problemstilling. Undersøker tidligere pasienters erfaringer med fedmeoperasjon.

2	<p>What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? Sharman et al. (2015).</p> <p>Artikkelen er publisert i Health Expectations.</p>	<p>Kvalitativ metode. 7 semi-strukturerte fokusgrupper. Et bredt intervju-skjema ledet diskusjonen.</p>	<p>26 kvinner og 15 menn med gjennomsnittsalder på 54 år. Alle hadde vært igjennom fedmeoperasjon i gjennomsnitt 6 år tidligere.</p> <p>Deltakerne ble operert på sykehus i Tasmania mellom 2003 og 2013. De ble rekruttert til studien via annonser i lokale aviser, i radio og brev ble sendt til tidligere pasienter.</p>	<p>Artikkelen har til hensikt å undersøke pasienters behov for støtte etter fedmeoperasjon, og hvorvidt dette er viktig for å få et godt resultat av operasjonen.</p>	<p>Deltakerne rapporterte at det var et stort behov for støtte fra helsepersonell for å mestre kostholdet etter operasjonen. De hadde et stort avvik i matintoleranse og slet med dumping syndrom og vitaminmangel.</p> <p>Å få psykologisk støtte opplevdes som en av de viktigste faktorene for å lykkes med fedmeoperasjon.</p> <p>Deltakerne hadde komplekse forhold til mat, noe som nødvendigvis ikke ble endret selv om man gikk ned i vekt, og ved å snakke om det hadde hjulpet.</p> <p>Sosiale utfordringer opplevdes mindre dersom man var ærlig overfor andre.</p>	<p>Helsepersonell som jobber med fedmeoperasjon bør involvere pasienten i å bestemme deres behov for støtte og hjelp. For noen pasienter kan de ha behov for oppfølging av f.eks. ernæringsfysiolog.</p> <p>Informasjon om fedmeoperasjon og virkninger av den, på kort og lang sikt, bør være tilgjengelig for alle som skal gjennomgå operasjonen.</p>	<p>Relevant for min studie da den undersøker tidligere pasienters erfaringer med fedmeoperasjon som jeg som sykepleier kan bruke for å finne ut hvordan jeg kan hjelpe nye pasienter til å mestre sin livssituasjon etter operasjon.</p>
---	---	---	--	---	--	--	--

3	Designing pre-bariatric surgery education: The value of patient's experiences. Owers et al. (2017).	Kvalitativ metode. 12 intervjuer gjennomført mellom februar og juli 2013.	30 mennesker som hadde gjennomgått fedmeoperasjon ved Sheffield Teaching Hospital NHS Trust mellom 2001 og 2013 ble kontaktet, og 12 intervjuet ble gjennomført.	Målet med studien var å finne ut hva tidligere pasienter følte manglet av informasjon da de gjennomgikk fedmeoperasjon. Målet med studien var å et preoperativt informasjonskurs for å forberede pasienter til fedmeoperasjon.	Intervjuene fokuserte på aspekter ved informasjon og omsorg deltakerne følte de manglet og informasjon de skulle ønske de visste om før, for å skulle få best mulig utnyttelse av operasjonen.	Løst/overflødig hud, malabsorpsjon og endringer i hår, tenner og negler var alle bivirkninger som deltakerne hadde fått lite eller ingen informasjon om.	Deltakerne kjente på mye skam og skyld etter å ha gjennomgått fedmeoperasjon, og uttrykte viktigheten med et godt støttenettverk rundt seg i tiden etterpå. De anbefalte at helsepersonell bør informere pasientene om hvor viktig et godt støttenettverk er.	Nåværende preoperativ informasjon til pasienter som skal gjennomgå fedmeoperasjon er mangelfull.	Pasient- engasjement er viktig i utvikling av helseopplæring.	Relevant for min studie da den inkluderer med at preoperativ informasjon er svært viktig for et godt resultat.	Kan direkte overføres til min problemstilling.
---	--	---	--	--	--	--	---	--	---	--	--

4.	Patient experiences of adjusting to life in the first 2 years after bariatric surgery: a qualitative study. Graham et al. (2017). Artikkelen er publisert i Clinical Obesity.	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer. Grounded theory. Deltakerne ble identifisert fra pasientjournaler ved en stor NHS bariatrispesialist-tjeneste i Nord-Øst England. Studien er gjennomført University of Sunderland, UK.	18 deltakere(11 kvinner og 7 menn) som hadde gjennomført fedmeoperasjon 5-24 måneder før intervjuet.	Studien undersøker hvordan pasienter tilpasser seg livet de to første årene etter fedmeoperasjon.	Deltakerne hadde utfordringer knyttet til sosiale relasjoner og sammenkomster. Før operasjon følte deltakerne seg stigmatisert av andres holdninger på deres vekt, mens de post-operativt var individuelle forskjeller i hvordan deltakerne taklet livsstilsendringene. Noen følte seg komfortable i sosiale sammenkomster pga. vekttap, mens andre ikke. Det som var felles for alle var de hadde utfordringer i å fortelle mennesker rundt om at de hadde gjennomgått operasjonen. De fleste deltakerne opplevde de positive sidene med vektnedgang, men ut i fra holdningen deres mestret de livsstilsendringene forskjellig.	Helsepersonell bør bruke pasienterfaring til å forberede pasienter, og støtte dem i tiden etterpå ved å øke bevisstheten om problemer som kan oppstå i for eksempel sosiale situasjoner etter fedme-operasjon.	Relevant for min oppgave da den belyser utfordringene knyttet til sosiale sammenkomster etter operasjon, og viktighet med at pasienter kan dele erfaringer med hverandre. Jeg kan dermed bruke resultatene til å svare på min problemstilling.
----	---	--	--	---	---	--	--

5	Patient's daily life experiences five years after gastric bypass surgery - a qualitative study.	Kvalitativ metode. Dybdeintervju med semi-strukturert intervjuguide.	Tre menn og 7 kvinner i alderen 39-57 år som gjennomgikk fedmeoperasjon fem år tidligere på to norske sykehus.	Studien forsket på pasientens livserfaring fem år etter gastrisk bypassoperasjon. Målet med studien var å få en dypere forståelse over hvordan pasienter tilpasser seg og takler postkirurgiske endringer på lang sikt, slik at man kan hjelpe pasienter til å få et vellykket utfall av operasjon.	Det var positive følelser og opplevelser knyttet til vekttap, som å føle seg sunnere og passe inn i samfunnets normative regler.	Pasienter som gjennomgår fedmeoperasjon opplever enorme endringer i hverdagen. Både deres sosiale liv, forhold til kropp og selvtillit endres som følge av vekttapet. Å utvikle et kurs med informasjon om endringer, basert på tidligere erfaringer som kan oppstå i dagliglivet etter fedmeoperasjon bør foreslås.	Relevant for min studie da den inkluderer med at pasienter trenger informasjon om endringer i dagliglivet som følge av operasjon, og dermed aktuell for min problemstilling.
	Artikkelen er publisert i Journal of Clinical Nursing.	Studien er gjennomført ved Helse Vest.					

Vedlegg 5: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

	Ja/Nei/Uklart
Del A: Innledende vurdering om resultatene er til å stole på	
1. Er formålet med studien klart formulert?	
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	
7. Er etiske forhold vurdert?	
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	
Del B: Hva er resultatene?	
9. Er funnene klart presentert?	
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?	
10. Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	

(Helsebiblioteket, 2016)