



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Filosofie kandidatexamen

**Livskvalitet hos överviktsopererade patienter samt  
främjande omvårdnadsåtgärder**

**En litteraturstudie**

---

**Quality of life after bariatric surgery and promoting nursing  
care**

**A Literature Review**

Examensarbete nr:

Författare: Anne Wagenius och Jenny Sjökvist

Handledare: Maria Moberg

Examinator: Jan Florin

Granskare: Marie Elf

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Poäng: 15 högskolepoäng

Betygsdatum: 5 juni 2013

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
Sweden  
Tel 023-77 80 00

## **Sammanfattning**

**Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka patientens upplevelse av livskvalitet efter överviktsoperation samt främjande omvårdnadsåtgärder. **Metod:** Litteratursökning utfördes i PubMed och Cinahl med Full Text. Sökord var följande: *Bariatric, Bariatric Surgery, Quality of life, Bariatric patient, nursing, postoperative care* samt *treatment outcome*. Dessa sökningar kompletterades med manuella sökningar. Efter genomgång avseende inklusions- och exklusionskriterier valdes sammanlagt 16 artiklar ut för denna litteraturstudie. **Huvudresultat:** Bestående viktminskning hos kraftigt överviktiga patienter visade sig ha ett stadigvarande resultat på livskvaliteten. Pre- och postoperativ uppföljning med hjälp av ett multidisciplinärt vårdprogram gynnade ett varaktigt resultat i form av viktnedgång och ökad livskvalitet, framförallt genom livsstilsförändringar. **Slutsats:** Forskning stöder insättandet av omvårdnadsåtgärder för överviktiga patienter som genomgått en överviktsoperation. Med kunskap kring hur dessa patienter upplever sin livskvalitet kan sjuksköterskor anpassa omvårdnadsåtgärderna efter patienten, vilket ligger i linje med dagens strävan om personcentrerad vård.

**Nyckelord:** Fetma, livskvalitet, omvårdnad, övervikt, överviktsoperation

**Key Words:** Bariatric surgery, care, obesity, quality of life

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1 INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<i>Fetma och dess följder</i> .....	1
<i>Fetmans orsaker och samband</i> .....	1
<i>Omvårdnad vid övervikt</i> .....	3
<i>Överviktsoperation</i> .....	5
<i>Livskvalitet</i> .....	5
1.2 Problemformulering .....	6
1.3 Syfte .....	6
1.4 Frågeställningar .....	6
1.5 Definition av centrala begrepp .....	7
<b>2 METOD</b> .....	<b>7</b>
2.1 Design .....	7
2.2 Urval av litteratur .....	7
2.3 Tillvägagångssätt .....	8
2.4 Analys .....	9
<b>3 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>10</b>
<b>4 RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
<i>Samband mellan viktnedgång och känsla av livskvalitet</i> .....	10
<i>Fysisk aktivitet och förändrade kostvanor</i> .....	11
<i>Depression, oro och ångest efter operation</i> .....	12
<i>Förekomst av psykiska problem före samt efter operation</i> .....	13
<i>Omvårdnadsåtgärder som främjar resultat av överviktsoperation</i> .....	14
<b>5 DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
5.1 Sammanfattning av huvudresultaten .....	15
5.2 Resultatdiskussion .....	16
<i>Hur överviktsopererade patienter upplever sin livskvalitet</i> .....	16
<i>Omvårdnadsåtgärder i syfte att främja livskvalitet</i> .....	17
5.3 Metoddiskussion .....	17
5.4 Resultatets trovärdighet och möjliga överförbarhet .....	18
5.5 Slutsats .....	19
5.6 Förslag till vidare forskning .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	<b>21</b>
<b>BILAGA 1</b> .....	<b>25</b>
<b>BILAGA 2</b> .....	<b>26</b>

# 1 INTRODUKTION

## ***Fetma och dess följder***

Övervikt och fetma är ett växande problem världen över. Enligt World Health Organization (WHO, 2012) har andelen överviktiga i världens befolkning dubblerats sedan 1980. Denna ökning har lett till att organisationen förklarar utvecklingen av fetma som en global epidemi. I dagens svenska samhälle är drygt hälften av alla män och över en tredjedel av alla kvinnor överviktiga (Livsmedelsverket, 2012).

Fetma är ett allvarligt tillstånd men även riskfaktor till utvecklandet av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar såsom ateroskleros, hypertoni, hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Ateroskleros är orsaken till över hälften av alla dödsfall i Sverige (Ericson & Ericson, 2012). Fetma är också riskfaktor till metabolt syndrom och diabetes typ två, gikt, artros och även cancer i bland annat livmoder, gallblåsa och njurar. Övervikt, fetma och minskad fysisk aktivitet påverkar alla hjärt- och kärlsystem. För lite fysisk aktivitet relaterat till det faktiska energiintaget leder på sikt till övervikt och fetma. Den ökade kroppsvikten försvårar även patientens möjlighet till fysisk aktivitet och en ond cirkel har påbörjats vilken patienten kan ha svårigheter att bryta (Ericson & Ericson, 2012).

För att definiera övervikt och fetma i vården används ett mätinstrument som heter Body Mass Index och förkortas BMI. Med hjälp av patientens längd och vikt räknas värdet ut som kg/m<sup>2</sup>. Värdet på BMI 18,5-24,9= normalvikt, 25-29,9= övervikt, 30-34,9= fetma, 35-39,9= svår fetma, BMI över 40 motsvarar extrem fetma (Ericson & Ericson, 2012).

Övervikt och fetma har även samband med psykiska sjukdomstillstånd. Psykiska följder är bland annat låg självkänsla, nedstämdhet och en känsla av vanmakt inför upplevelsen av bristande kontroll över kroppsvikten. Vidare kan psykiska sjukdomar i sig självt orsaka fetma och övervikt, till exempel vid tröstätning (Ottosson, 2009).

## ***Fetmans orsaker och samband***

Ericson och Ericson (2012) har delat in orsaker till övervikt i tre olika kategorier; ärftliga, omgivnings- och aptitrelaterade. Hos unga patienter är det oftast de ärftliga faktorerna som orsakar fetma medan det för vuxna patienter är omgivnings- och aptitrelaterade orsaker som har prevalens.

Aptit och hungerimpulser är komplexa, styrs i hypotalamus och påverkas bland annat hormonellt men även av födointag och blodglukosökning. Vid stora portioner näringsfattig mat blir kroppens impulser att den behöver mer mat för att få de beståndsdelar den behöver. Dessa aktiverade hungerimpulser gör att suget efter mat fortsätter trots den stora portion individen redan intagit (Ericson & Ericson, 2012).

Metabolismen skiljer sig mellan en normalviktig person och en överviktig person som gått ner i vikt. Detta kan försvåra för den sistnämnde att bibehålla normalvikt. Kroppen har blivit van vid ett lägre utnyttjande av den tillgängliga energin vilket gör det svårt för de individer som har gått ner i vikt att behålla normalvikt (Ericson & Ericson, 2012).

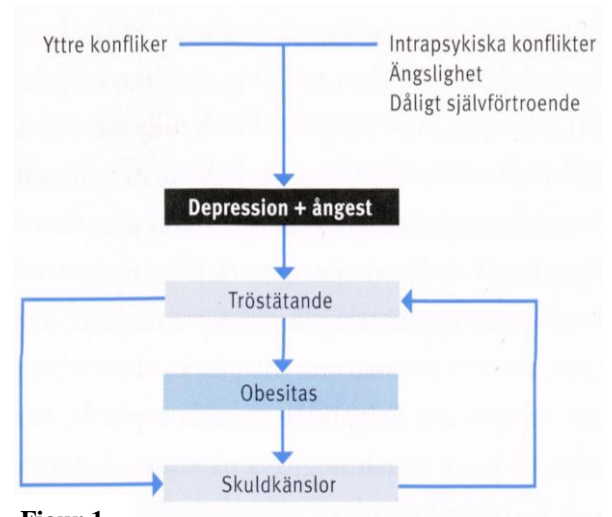
Kroppens funktion är anpassad efter en av evolutionen utvecklad strategi. Denna bygger på känslor av hunger och mättnad samt ett belöningssystem. Vid intag av föda får kroppen förnyad energi men även en känsla av tillfredsställelse uppnås. Att finna föda har genom människans tidigare historia som jägare alltid inneburit en viss grad av risktagande, medan belöningssystemet har motiverat till jakt. Rent biologiskt behöver människan nuförtiden inte ta lika stora risker, medan belöningssystemet fortfarande är aktivt. Belöningen har kommit att utvecklas som kroppens överlevnadsstrategi (Erlanson-Albertsson, 2007).

Olika energikällor stimulerar belöningssystemet olika mycket, varför människan strävar efter att förtära sådant som skänker störst belöning och tillfredsställelse. Föda som stimulerar belöningssystemet är bland annat sött, fett och salt. Kost baserad på dessa tre födokategorier påverkar vikten uppåtgående och är en starkt bidragande orsak till fetmaepidemin i världen (Erlanson-Albertsson, 2007).

I dagens samhälle finns även andra orsaker till födointag än just hunger. Det är ett sätt att umgås, ha det trevligt och även belöna och trösta. Vidare har tiden en viktig roll i utformandet av måltidsrutiner. Födointag sker vid en viss tid på dygnet i motsats till tidigare i historien när måltidsintag skedde vid tillgång av föda (Erlanson-Albertsson, 2007). Förekomsten av fetma har även ett starkt samband med utbildningsnivå, ekonomi, grad av motion, alkoholkonsumtion och graviditeter (Ottoson, 2009).

Det finns även psykologiska faktorer som påverkar huruvida den enskilda individen blir överviktig eller ej. Depressioner, sömnproblematik, ätstörningar samt ångestproblematik är bidragande orsaker till viktökning.

”Det är ett irrationellt beroende av att äta mer än vad energibalansen kräver” (Ottoson, 2009, s.448). Relationen till mat blir rubbad och födan blir terapeutiskt tröstande så till vida att ätandet för stunden kan lindra ångest och oro på liknande premisser som beroendeframkallande droger. Efter en tid av terapeutiskt ätande sker viktuppgång. Patienter som genomför upprepade försök till viktminskning utan framgång kan ofta uppleva olika grader av självförakt. Den onda cirkeln är igång. Se figur 1: uppkomstmekanism av obesitas (Ottoson, 2009, s.449).



Figur 1.

### **Omvårdnad vid övervikt**

Svenska sjuksköterskeföreningen definierar omvårdnad som en handling utförd på personnivå; personcentrerad omvårdnad (Svenska sjuksköterskeföreningen [SSF], 2010). Omvårdnadens mål ur patientens perspektiv är att främja hälsa och välbefinnande samt förebygga ohälsa och lindra lidande. Detta kan även gynna patientens livskvalitet. Hälsa är det centrala inom omvårdnaden av patienten (SSF, 2010). Crossan och Robb (1998) gjorde en undersökning där de sökte finna en standarddefinition på omvårdnad där deras resultat överensstämmer med SSF:s definition på omvårdnad.

Omvårdnad vid övervikt bör utformas i syfte att minska energiintaget eller öka förbränningen (Erlanson-Albertsson, 2007). Övervikt är en konsekvens av ett större energiintag än vad kroppen klarar av att förbränna. Blir energiöverskottet för stort kan kroppen inte längre kompensera för detta varpå det lagras i kroppen, med övervikt som resultat (Ericson & Ericson, 2012; Ottoson, 2009).

En del av vad som kallas för konventionell behandlingsstrategi består i att föra kostdagbok i syfte att öka patientens insikt om det faktiska energiintaget. Forskning har dock visat att överviktiga har svårt att uppskatta sitt dagliga energiintag, vilket försvårar denna process

(Ericson & Ericson, 2012). Det dagliga kaloribehovet är individuellt. Vid ett intag som överskrider behovet med 800 kilokalorier [kcal] per dag ökar kroppsvikten med cirka 2.2 kilogram [kg]. per år (Erlanson-Albertsson, 2007). Detta innebär att det under en dag kan räcka att äta exempelvis två vetebullar extra, en och en halv kexchoklad eller en extra portion mat vid en god middag för att gå upp i vikt (Livsmedelsverket, 2013).

Omvårdnad kan syfta till att behandla den grundläggande orsaken till övervikten genom beteendemässiga förändringar, framförallt vid förekomst av psykosociala problem och en rubbad relation till matintag med inslag av tröstätande. "Grundhållningen bör vara att stärka patientens låga självkänsla; ofrånkomliga bakslag möts med förståelse och inte uppgivenhet" (Ottoson, 2009, s.449). Med beteendeterapi kan patienten få hjälp med att bryta mönster och undvika viktuppgång genom att lära sig dokumentera matvanor och reflektera över dessa. Exempelvis kan energirik mat som patienten ofta småäter helt enkelt behöva elimineras från hemmet.

För att vidare återta kontrollen över sådant som har negativ inverkan på vikten får patienten även utveckla tekniker i syfte att kontrollera energiintaget. Exempel på sådana tekniker är att "äta långsammare genom att räkna tuggorna och lägga ned besticken mellan varje tugga" (Ottoson, 2009, s.450).

Sjuksköterskor har i omvårdnaden av dessa patienter även möjlighet att skriva fysisk aktivitet på recept (Statens Folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008) men det krävs engagemang av den enskilda individen för att förändra livsstil och hålla sig till det nya sättet att leva. Detta sammantaget med de tidigare beskrivna svårigheterna att föra kostdagbok resulterar i svårigheter att uppnå önskad viktnedgång med denna behandling (Ericson & Ericson, 2012).

I syfte att eftersträva en bestående viktreducering krävs alltså en stor insats av patienten, fördelaktigt med hjälp av sjukvårdspersonal. För patienten innebär det bland annat att ta reda på faktorer som utlöser det känslomässiga ätandet för att vidare kunna förändra det (Grimaldi & Etten, 2010).

För vissa patienter är dock risken för allvarliga komplikationer så stor att man väljer överviktsoperation för att snabbt gå ner i vikt. Detta syftar dock främst till att bota övervikten

i sig, inte bakomliggande orsaker. Dessa patienter erhåller även information och undervisning kring de livsstilsförändringar som är nödvändiga för ett bestående resultat av överviktsoperationen (Mårild, Hänni & Zethelius, 2011).

### **Överviktsoperation**

Kirurgisk behandling av övervikt introducerades på 1950-talet och har i den senaste forskningen visat klara fördelar jämfört med kost och livsstilsförändringar för viktnedgång (Smith, Schauer & Nguyen, 2011; Sjöström et al., 2007). I den svenska studien *Swedish Obese Subjects* har ungefär 1300 patienter som behandlats med kirurgi respektive livsstilsförändringar jämförts över en tio års period (Sjöström et al., 2007). Efter två år hade de som genomgått överviktsoperation uppnått en genomsnittlig viktnedgång på 28 kg, efter tio år var den genomsnittliga viktnedgången 20 kg. Kontrollgruppen fick konventionell behandling med kost och livsstilsförändringar och hade efter tio år en genomsnittlig viktökning på 1.9 kg (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström & Sullivan, 2007).

Överviktsoperation innebär olika sorters ingrepp som görs på magsäcken, vanligen via tithålskirurgi, detta för att patienten på ett eller annat sätt inte skall kunna äta lika stora mängder föda som tidigare med viktreducering som målsättning (Sjöström et al., 2007). I Skandinavien är den vanligast utförda magsäcksoperationen en så kallad gastric bypass där magsäckens storlek minskas genom delning högt upp och kopplas sedan ihop direkt med tunntarmen. Den nedre delen av magsäcken kopplas även den ihop med tunntarmen men används inte. Det finns även en metod med ett reglerbart gastriskt band, samt andra tillgängliga men sällan använda ingrepp (Ericson & Ericson, 2012).

Patienter med ett BMI över 40 eller över 35 vid samtida allvarliga sjukdomstillstånd kan komma att erbjudas överviktsoperation (Sjöström et al., 2007).

### **Livskvalitet**

Aaron Antonovsky undersökte på 1970-talet hur kvinnor från etniska grupper anpassade sig till klimakteriet och resultatet fick honom att fundera kring vad det är som gör att människor är och förblir friska. Han såg på hälsa och sjukdom ur ett salutogent perspektiv där salutogen betyder hälsans ursprung, och ansåg att hälsa inte är beroende av en faktor eller att man är antingen sjuk eller frisk. Istället var dessa motpoler och att människan var i konstant rörelse mellan dessa (Antonovsky, 2005).



Han kallade sin teori för *känsla av sammanhang*, vilket omfattar en grundläggande upplevelse att det som sker är begripligt, att det finns resurser att hantera det som sker samt att det finns en mening med det som sker. Med begripligt menas en känsla av att världen är begriplig och strukturerad, med hanterbarhet ser man på om personen ifråga har resurser för att klara de påfrestningar som kan leda till stress, och meningsfullhet innebär att människan känner sig delaktig, att det finns en positiv sida av att engagera sig. Om en människa upplever att det som sker är begripligt, hanterbart och har en mening så har den enligt Antonovsky en hög känsla av sammanhang, och upplever livskvalitet (Antonovsky, 2005).

Livskvalitet är subjektivt upplevt av den enskilda individen och kan därför endast mätas utifrån patientens perspektiv (Sutton & Raines, 2010). Det inbegriper ett helhetsperspektiv av människan med fysiska, psykiska och sociala aspekter och syftar på hur patienterna själva skattar att deras liv har en mening och ett innehåll, något som gör livet värt att leva och bereder välbefinnande, tillfredsställelse och lycka (Willman, 2009; Sutton & Raines, 2010).

Begreppet är ej avhängt den fysiska hälsan vilket innebär att en patient med sjukdomsproblematik ändå kan uppleva livskvalitet (Sutton & Raines, 2010).

## **1.2 Problemformulering**

Vid överviktsoperation ställs krav på engagemang från patienten angående livslånga och bestående livsstilsförändringar. Forskning kring omvårdnadsåtgärder som främjar dessa livsstilsförändringar är i dagsläget bristfällig (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström & Sullivan, 2007). Avsikten med denna litteraturstudie var att överblicka befintliga forskningsresultat kring upplevd livskvalitet efter överviktsoperation samt huruvida det finns beskrivna stödjande omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan använda sig av i omvårdnaden av dessa patienter före och efter operation.

## **1.3 Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie var att studera patientens upplevelse av livskvalitet efter överviktsoperation samt främjande omvårdnadsåtgärder.

## **1.4 Frågeställningar**

1. Hur upplever överviktsopererade patienter sin livskvalitet?
2. Vilka omvårdnadsåtgärder finns beskrivna i aktuell forskning i syfte att främja livskvalitet för denna patientgrupp?

## 1.5 Definition av centrala begrepp

*Överviktsoperation* används i denna litteraturstudie som ett samlingsbegrepp, vilket inkluderar alla metoder som används för att behandla fetma kirurgiskt (Karlsson et al., 2007).

*Konventionell överviktsbehandling* innebär en behandling som inte inkluderar kirurgi, till exempel kost och aktivitetsförändringar, och är den behandling som vanligen används inom vården (Ericson & Ericson, 2012).

*Övervikt och överviktig* är begrepp som används för att rent generellt beskriva populationen i denna litteraturstudie (Egen definition).

*Livskvalitet* är i denna litteraturstudie definierat som ett beskrivande och övergripande begrepp av människans mående i sin helhet (Egen definition).

## 2 METOD

### 2.1 Design

Detta examensarbete har genomförts som en litteraturstudie.

### 2.2 Urval av litteratur

Sökning av litteratur utfördes i databaserna Medline via sökmotorn PubMed samt CINAHL med Full Text med hjälp av MeSh-termerna *Bariatric*, *Bariatric Surgery*, *Quality of life*, *Bariatric patient*, *nursing*, *postoperative care* samt sökordet *treatment outcome*. Artiklar till denna litteraturstudie har valts ut med följande kriterier; de ska vara utförda mellan 2005-2013, detta för att sjukvården är i ständig utveckling och att det är först de ovan nämnda åren som författarna av denna studie funnit att artiklar börjat finna och använda samma utvärderingsstandarder kring livskvalitet. Utöver detta ska artiklarna även inkludera etiska överväganden, inneha titel eller abstrakt med något av de ovan nämnda sökord, vara av kvantitativ form samt bedömas vara relevanta för denna litteraturstudie.

Vidare skall de vara skrivna på svenska eller engelska, finnas i fulltext och vara nedladdningsbara samt vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Även fyra manuella sökningar har utförts för att finna artiklar som valdes ut via referenslistor från artiklar funna via ovan nämnda sökning.

Enligt Polit & Beck (2008) anses de resultat som redovisas i litteraturstudier som sekundärkällor, varför sådana källor har exkluderats. Andra exklusionskriterier är artiklar på

andra språk än de ovan nämnda samt artiklar publicerade i icke-vetenskapliga tidskrifter och publicerade innan 2005.

### **Tabell 1**

Redovisning av artikelsökning vilket ligger till grund för resultatet.

Sökord	Databas	Resultat	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
"Bariatric" AND "Quality of Life"	CINAHL	120 10	10	4	1
"Bariatric Patient" AND "Quality of Life"	CINAHL	16 3	3	2	2
"Bariatric" "Quality of life"	PubMed	916 75	2	2	0
"Quality of Life" AND "Bariatric Surgery"	CINAHL	7386 15	23	5	5
"bariatric" AND "Outcome" AND "Quality of life"	PubMed	916 204 31	8	4	2
((("surgical weight loss intervention" OR "surgical weight loss interventions" OR "surgical weight loss operations" OR "surgical weight loss procedures" OR "surgical weight loss treatment"))) AND (("quality of life" OR "quality of life/impact" OR "quality of life/patient"))	PubMed	4	3	1	1
Manuell	Pubmed/ GoogleScholar/CINAHL		4	4	4
"Bariatric" AND "Nursing"	CINAHL	354 83	15	4	1

### **2.3 Tillvägagångssätt**

Samtliga artiklar har granskats med hjälp av granskningsmallen för kvantitativa studier. Granskningsmallen som använts är en av Högskolan Dalarna modifierad version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) samt Forsberg & Wengström (2008). Denna är uppbyggd av frågor som kräver jakande respektive nekande svar vilka sedan ger ett resultat huruvida artikeln är av låg, medel eller hög kvalitet. Endast artiklar med medel eller hög kvalitet valdes

ut. Dessa granskades även för kontroll av validitet och reliabilitet (Wallenberg & Henricson, 2012).

Författarna av denna litteraturstudie har läst och granskat artiklarna gemensamt i syfte att stärka validiteten genom likvärdiga bedömningar. I värderingsarbetet eftersträvades konsensus så till vida att eventuella delade meningar diskuterades innan resultat dokumenterades (Wallenberg & Henricson, 2012).

Val av tabeller bestämdes gemensamt varpå en av författarna tog på sig arbetet med utformningen. Arbetet med textinnehållet i denna litteraturstudie har genomförts gemensamt. Utformningen av litteraturstudien har gjorts gemensamt genom användning av ett Internet dokument som erbjöd författarna möjlighet att redigera samma dokument vid samma tidpunkt trots olika lokaliteter.

## **2.4 Analys**

16 kvantitativa artiklar varav sju från USA, en med blandad härkomst och åtta från Europa valdes ut att ingå i denna studie. Se bilaga 2.

Dessa artiklar har varierande design och mätmetoder. Då dessa använts i de utvalda artiklarna för att förklara resultatet följer nedan en kort beskrivning av använda mätmetoder med nämnda förkortningar, som sedan använts i löpande text.

Majoriteten av studier har använt sig av en enkätform som heter Medical Outcome Study-36, kallad för Short Form-36 [SF-36] och har 36 frågor. SF-36 är en enkät som används för att mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa och har åtta dimensioner. Denna enkät har kortats ner och existerar även i en kortare form och kallas då för SF-12 och består av 12 frågor. Totalt använde nio artiklar SF-36 eller SF-12, sju studier använde andra varierande enkät- och mätmetoder som bland annat men inte uteslutande: Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS], Moorehead-Ardelt Quality of Life [M-AQoL], Goldman's Specific Activity Scale [GSAS], Impact of Weight on Quality of Life [IWQOL], Mood Adjective Check List [MACL], Dutch Eating Behaviour Questionnaire [DEBQ] samt Beck Depression Inventory [BDI].

### 3 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid litteraturstudier krävs ej etiskt tillstånd varför detta ej införskaffats. Däremot kommer endast studier som blivit etiskt granskade och godkända inkluderas i denna litteraturstudie. Vidare har författarna haft ett etiskt reflekterande arbetssätt för att eftersträva objektivitet och sanningsenlighet (Forsberg & Wengström, 2008).

### 4 RESULTAT

Författarna sammanfattade varje artikels resultat med kommentarer vilka sedan kunde jämföras. Detta utgjorde grunden för resultatet i, tack vare möjligheten att urskönja likheter. Dessa likheter diskuterades och följande teman identifierades samt återges som rubriker i resultatet:

- Samband mellan viktnedgång och känsla av livskvalitet
- Fysisk aktivitet och förändrade kostvanor
- Depression, oro och ångest efter operation
- Förekomst av psykiska problem före samt efter operation
- Omvårdnadsåtgärder som främjar resultat av överviktsoperation

Se bilaga 2 för tabell av utvalda artiklar.

#### ***Samband mellan viktnedgång och känsla av livskvalitet***

Ett resultat som artiklarna i denna litteraturstudie fann var sambandet mellan upplevd livskvalitet och procentuell viktminskning efter en genomgången överviktsoperation (Kruseman, Leimgruber, Zumbach & Golay, 2010; Andersen et al., 2010; Karlson et al., 2013; Lier, Biringer, Hove, Stubhaug & Tangen, 2011; Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström & Sullivan, 2007; Steffen, Potoczna, Bieri & Horber, 2009; Canetti, Berry & Elizur, 2009; Sutton & Raines, 2008; Papalazarou et al., 2010; Sutton & Raines, 2010; Wolfe & Terry, 2006; Kinzl et al., 2007; Adams et al., 2010; Sarwer et al., 2010; Batsis et al., 2009; White, Kalarchian, Masheb, Marcus & Grilo, 2010).

Karlsson et al. (2007) såg att patientgruppen som genomgått en överviktsoperation hade högst resultat av upplevd livskvalitet under det första året efter operationen i samband med den påbörjade viktminskningen. Efter detta inledande år fram till år sex kunde en fas av viktökning ses som åtföljdes av en gradvis nedgång i den självupplevda livskvaliteten.

Perioden från sex till tio års uppföljning präglades av relativt stabila observationer i både vikt och hälsorelaterad livskvalitet. Vid tio år hade nivåerna av livskvalitet sjunkit inom alla hälsorelaterade områden, även om man kunde se en total nettovinst jämfört med innan operation.

Batsis et al. (2009) såg att viktnedgång under det första året efter operationen åtföljdes av en dramatisk positiv effekt på humöret samt att den genomsnittliga stämningsnivån i den överviktsopererade gruppen var signifikant högre än befolkningsnormen ett år efter operation. Efter att ha nått en topp av viktnedgång kunde dock en försämrade stämningsnivå ses och cirka två tredjedelar av de tidiga förbättringarna försvann under följande år vilket författarna ansåg korrelera med viktökning. Jämförelser gjorda tio år senare mellan de båda behandlingsgrupperna i denna studie visade att kirurgisk behandling inte har någon tydlig effekt på det allmänna humöret.

Viktnedgång gav en förbättring av patienternas självförtroende, sociala relationer, sexualitet, fysisk aktivitet och ätmönster (Kinzl et al. 2007). Även Karlsen et al. (2013) fick detta resultat i sin studie och menar även att viktnedgången minskar patientens negativa känslor kring den egna kroppen och ökar känslan av att vara normal. Forskarnas hypotes var att skammen relaterat till det oönskade utseendet kan korrelera med andra människors uppfattning om samband mellan fetma och karaktärsdefekter. Viktnedgång visade sig påverka skamkänslan i positiv bemärkelse. Detta tror forskarna till viss del orsakats av patientens förhoppning att omgivningens uppfattning förbättras.

Karlsson et al. (2007) fann ytterligare en väsentlig förbättring gällande social interaktion med cirka 60 % av baslinjevärdet ett år efter operationen. En gradvis återgång observerades sedan och förbättringen var 31 % efter sex år och 27 % efter tio år.

Även Sutton och Raines (2008) har kommit fram till att det finns ett samband mellan livskvalitet och viktnedgång. Framförallt är det förbättring av kroppslig funktion som påverkar livskvaliteten i positiv bemärkelse.

### ***Fysisk aktivitet och förändrade kostvanor***

Wolfe och Terry (2006) såg en klar ökning av fysisk träning efter överviktsoperation. Det har även visat sig att denna ökning korrelerade med ett sjunkande BMI, vilket i sig påverkar

graden av upplevd livskvalitet. Däremot fanns ingen skillnad i BMI mellan patienter som tränade eller inte efter genomgången operation.

Kruseman et al. (2010) kontrollerade det dagliga kaloriintaget före överviktsoperation och fann ett resultat på  $2355 \pm 775$  kcal. Motsvarande siffra ett år efter överviktsoperation var  $1442 \pm 340$  kcal samt cirka åtta år efter  $1680 \pm 506$ . En liknande men mer betydande ökning av energiintag efter behandling och över tid kunde ses hos överviktsopererade patienter i studien av Batsis et al. (2009). Karlsson et al. (2007) såg att det självrapporterade energiintaget nästan halverades under de första sex postoperativa månaderna, från ca 2900 till 1500 kcal per dag, men ökade till ca 2000 kcal per dag under de kommande sex åren.

### ***Depression, oro och ångest efter operation***

Andersen et al. (2010) kom fram till att överviktiga patienter i större utsträckning än övrig befolkning lider av depression. Det poängterades att livskvaliteten har ett starkt samband med graden av depression som i sin tur korrelerar med kroppsvikt. Vid långvarigt och bestående resultat på viktminskningen efter överviktsoperation följer livskvaliteten jämna steg. Däremot har patientens nivå av oro före respektive efter operationen visat sig inte förändras nämnvärt, vilket forskarna tror kan tyda på att oron inte var viktrelaterad.

Karlsson et al. (2007) fann vid ett års postoperativ uppföljning att rapporterade preoperativa depressionspoäng nästan halverats i den överviktsopererade gruppen. Därefter observerades en gradvis förändring till det sämre och förbättringen jämfört med innan operation var efter sex år 25 % men steg något vid tioårsuppföljning till 27 %.

Batsis et al. (2009) använde olika mätmetoder för att studera förekomst av depression och enligt HADS hade 24 % av de kirurgiskt behandlade och 16 % av de konventionellt behandlade patienterna möjlig eller trolig klinisk depression före överviktsbehandling, jämfört med 6 % i den icke överviktiga referenspopulationen. Vid tioårsuppföljningen var motsvarande värden 15 % i den kirurgiska gruppen och 14 % i den konventionella gruppen. Samma studie använde sig även av mätmetoden BDI och fann med denna att höga poäng uppmätta före behandling minskade med ungefär hälften under det första året efter operation och denna positiva förändring kunde fortfarande ses vid uppföljning efter fyra år, men medelvärden tenderade att öka mellan ett och fyra år. Slutsatsen drogs att större

viktminskning var förknippad med minskade depressionssymtom, vilket även Kruseman et al. (2010) fann i sin studie. De fann även en förbättring av patienternas självbild.

### ***Förekomst av psykiska problem före samt efter operation***

Patienter som genomgått en överviktsoperation upplever, jämfört med den övriga befolkningen, sämre social funktion och känslomässig roll (Sutton & Raines, 2010).

Känslomässigt ätande påverkar i hög grad huruvida den viktreducerande behandlingen får önskade resultat i form av viktnedgång samt förbättring av livskvalitet. Det visade sig att patienter som i högre grad ägnade sig åt känslomässigt ätande gick ned mindre i vikt än patienter utan det nämnda beteendet. Känslomässigt ätande är ett beteende som drabbar patienter med neurotiska anlag. Ätandet för denna patientgrupp är terapeutiskt så till vida att det kan dämpa känslomässigt lidande i form av oro och ångest (Canetti et al., 2009).

Patienter utan psykiska problem med sänkt livskvalitet före överviktsoperation fick en normaliserad livskvalitet efter överviktsoperation. Däremot visade det sig att patienter med psykiska problem före operationen fortsatte ha lägre livskvalitet även efter operationen. (Lier et al., 2011).

Några patienter upplevde minskad livskvalitet efter operation. Resultatet i denna studie visade bland annat att detta var förknippat med att tidigare oupptäckta psykologiska störningar nu blev blottade. I och med att patienternas kosthållning förändrades gav färre chanser till bland annat hetsätning och tröstätning (Batsis et al., 2009).

Kruseman et al. (2010) kontrollerade förekomsten av oro och depression med hjälp av HADS före operation, ett år efter samt åtta år efter överviktsoperation och såg inte någon större förändring över tid. Det visade sig att ätstörningar minskat signifikant men att hetsätning och/eller nattätning fortfarande förekom. Wolfe och Terry (2006) observerade även de i sin studie en klar minskning av hetsätning och känslomässigt ätande. BMI värdet på patienter med och utan dessa beteenden jämfördes, men man kunde inte finna något samband mellan dessa beteenden och viktnedgång.

Överviktiga kvinnor utan tidigare psykiatriska störningar hade bättre självförtroende, var mer fysiskt aktiva och hade bättre sociala och sexuella relationer jämfört med kvinnor som hade postoperativa psykiska störningar (Wolfe & Terry, 2006). Förekomsten av preoperativa



psykiatriska problem visade inte heller något samband med viktnedgång. Däremot sågs ett samband till postoperativ mental och fysisk livskvalitet (a.a.).

Papalazarou et al. (2010) såg att patienter som genomförde livsstilsförändringar efter överviktsoperation fick större viktnedgång samtidigt som de erhöll lägre poäng på DEBQ-skalan som i denna studie användes för att kontrollera prevalens för olika beteenden relaterat till ätande.

White et al. (2010) fann ett visst samband mellan patienter med preoperativt hetsätande och mindre viktnedgång postoperativt jämfört med patienter som innan operation inte led av detta beteende. Däremot kunde man inte dra slutsatsen att patienter med hetsätning innan operation skulle få en mindre viktnedgång. Rent statistiskt sett led 61 % av deltagarna av hetsätning innan operation, 31 % efter sex månader, 36 % vid ett år efter operationen och 39 % vid uppföljning två år efter operation. De som led av hetsätning postoperativt förändrade sitt BMI med 34,6% jämfört med dem som inte led av detta beteende postoperativt, vilka förändrade sitt BMI med 37,2%. Författarna drog därmed slutsatsen att viktminskningen var beroende av förekomst av beteendet hetsätning postoperativt. Denna patientgrupp led även i större utsträckning av depression och visade mer oro kring vikt, kroppsform och kosthållning och upplevde sämre livskvalitet.

### ***Omvårdnadsåtgärder som främjar resultat av överviktsoperation***

Batsis et al. (2009) fann det kliniskt signifikant att uppföljning av ett multidisciplinärt vårdprogram förbättrade resultatet hos såväl operativa som icke operativa behandlingsalternativ vid övervikt och fetma. Kruseman et al. (2010) fann stöd för att högre frekvens av psykologkontakt före överviktsoperation resulterade i större viktnedgång. Steffen et al. (2009) genomförde en studie där patienter efter genomförd överviktsoperation följdes upp med konventionell behandling vid övervikt. Patienterna fick postoperativa råd kring själva operationen samt hur de skulle kunna minska sitt intag av energirika livsmedel. Oavsett utgångspunkt bistod programmet patienterna med hjälp i syfte att öka fysisk aktivitet och använda stegräknare där de kunde. Vid det femte året i studien hade patienterna fortsatt att gå ner i vikt i samma takt som tidigare.

Forskarna kunde dessutom observera att den genomsnittliga individuella viktminskningen korrelerade linjärt med antalet konsultationer per patient. Denna studie visade ett statistiskt

signifikant samband mellan antalet konsultationer per patient och viktnedgång, där patienterna som hade 51 eller fler konsultationer visade 20 % större viktnedgång vid sju år än de som hade 30 eller färre konsultationer. Detta antyder att personlig uppföljning av patienter har betydelse för långsiktig viktnedgång, vilket även resultatet i studien av Adams et al. (2010) pekar mot.

Papalazarou et al. (2010) har i sin studie sökt utvärdera betydelse och resultat av livsstilsförändringar efter överviktsoperation med hjälp av en randomiserad kvantitativ studie där överviktsopererade patienter slumpades till två grupper: UC (Usual Care) samt LS (Lifestyle Intervention). Patienterna i de två grupperna följdes sedan under de tre år som studien pågick. LS-gruppen fick en signifikant större viktnedgång.

## **5 DISKUSSION**

### **5.1 Sammanfattning av huvudresultaten**

Långvarig viktnedgång hos kraftigt överviktiga har ett stadigvarande resultat på livskvalitet. Vissa kirurgiska patienter upplevde svårigheter att kontrollera matintaget varför viktnedgången kunde vara svår att bibehålla över tid (Karlsson et al., 2007).

Batsis et al. (2009) fann en dramatisk förbättring av stämningsläget ett år efter överviktsoperation. Den dokumenterades till och med bättre hos patienter som genomgått en överviktsoperation än hos befolkningssnormen. Men detta sågs sedan sjunka till en försämrad stämningsnivå parallellt med att viktnedgången stagnerade. Den bestående viktnedgången har setts resultera i minskade depressionssymtom, däremot har oron inte påverkats på samma sätt vilket indikerar att oron ej var viktrelaterad (Andersen et al., 2010).

I syfte att främja resultat i form av viktnedgång och livskvalitet vid behandling av övervikt och fetma är uppföljning av ett multidisciplinärt vårdprogram med fokus på livsstilsförändringar kliniskt signifikant (Batsis et al., 2009). Vidare har Kruseman et al. (2010) funnit stöd för att psykologkontakt i större omfattning innan överviktsoperation resulterar i större viktnedgång. Även efter operationen är personlig uppföljning med konsultation rörande kost och motion att föredra, då detta har visat sig ha betydelse för långsiktig viktnedgång och förbättrad livskvalitet (Steffen et al., 2009).

## 5.2 Resultatdiskussion

Inkluderade artiklar i denna litteraturstudie rapporterar samtliga ett samband mellan övervikt och låg livskvalitet. Även om den fysiska orsaken till fetma har en relativt enkel förklaring så visar inkluderad forskning i denna litteraturstudie att bakomliggande psykiska orsaker är betydligt svårare att råda bot på.

### ***Hur överviktsopererade patienter upplever sin livskvalitet***

Litteraturstudien visar att viktnedgång påverkar livskvalitet, sexualitet, psykisk och fysisk hälsa i positiv bemärkelse (Kinzl et al., 2007). Resultatet visar dock även att viktnedgången stagnerar en period efter operationen, vilket hade en direkt påverkan på upplevd livskvalitet. Så vad föranleder detta?

En patient som genomgått en överviktsoperation är inte sin övervikt (Magdaleno, Chaim & Turato, 2010). Syftet med en överviktsoperation är inte enbart viktnedgång, även andra psykosociala aspekter kan ligga till grund för valet att genomgå en sådan operation. Kan dessa psykosociala orsaker åtgärdas med hjälp av sjuksköterskans omvårdnad?

Antonovsky myntade begreppet känsla av sammanhang (Antonovsky, 2005) där hälsa är beroende av en känsla av begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Skulle det vara så att något av dessa tre begrepp har blivit påverkat, till exempel genom övervikt, så kan det vara svårare att finna en känsla av sammanhang, vilket även påverkar upplevelsen av livskvalitet. En person som lider av övervikt kan ha svårare att hantera sin situation, vilket även kan medföra att denne har svårt att uppleva en meningsfullhet i sin tillvaro. Livskvaliteten upplevs vara sämre.

Andersen et al. (2010) kom fram till att överviktiga patienter i större utsträckning än övrig befolkning lider av depression. Som denna studie visat påverkas patientens livskvalitet av den viktnedgång som en överviktsoperation ger men att ingreppet i sig inte ger några garantier för förbättrad livskvalitet på lång sikt. Vid analys av artiklar fann vi att det krävs mer omvårdnadsåtgärder i samband med en överviktsoperation för framtida långsiktiga förbättringar av livskvaliteten hos överviktsopererade patienter.

### ***Omvårdnadsåtgärder i syfte att främja livskvalitet***

Överviktsoperation är främst presenterad som en fristående lösning, etablerade normer för postoperativa omvårdnadsåtgärder saknas (Karlsson et al., 2007). Ostrukturerade matvanor, psykologiska svårigheter samt problem att hantera den nya situationen förekommer hos kirurgiskt behandlade patienter. Författarna till denna studie finner det troligt att effekten av kirurgiska ingrepp kan ökas genom postoperativ beteende- och kostrådgivning.

Några av de inkluderade artiklarna i denna studie har positiva erfarenheter av stödgrupper, vilket författarna till denna studie anser kan vara av värde för patienten. Tillsammans med beteendemässiga program för viktminskning, till exempel kognitiv beteendeterapi, kan ett långsiktigt viktunderhåll underlättas. Detta resonemang stöds även av Papalazarou et al. (2010).

Att förstå patientens uppfattning av situationen anser vi är viktigt för sjuksköterskan som medverkar i omvårdnaden av överviktiga patienter. Detta kan även vara till hjälp för framtida utveckling av dennes insatser i syfte att stödja och främja hälsa och livskvalitet. Fler personliga strategier för psykosocialt ingripande kan även utvecklas för att förbättra det postoperativa resultatet, särskilt hos patienter med psykiatriska problem. Här finns ett stort utrymme för sjuksköterskan att påverka omvårdnaden.

Att överviktsoperation är en bra behandling vid övervikt är väl förankrat inom forskningen, men även att operationen i sig inte löser orsaker till fetma, som till exempel känslomässigt ätande. Generellt resulterar en överviktsoperation alltid i viktnedgång, men livsstilsförändringar är viktiga efter operationen då detta styr resultatets varaktighet.

### **5.3 Metoddiskussion**

PubMed och CINAHL är två databaser inriktade på forskning kring både medicinska åtgärder och omvårdnadsåtgärder. Detta var viktigt för författarna av denna litteraturstudie, då syftet var att undersöka både effekterna av en medicinsk åtgärd samt omvårdnadsåtgärder kring detta. Sökorden som valdes i denna studie var MeSh-termerna *Bariatric*, *Bariatric Surgery*, *Quality of life*, *Bariatric patient*, *nursing*, *postoperative care* samt sökordet *treatment outcome*. Författarna valde att använda sig av MeSh-termer för att säkerställa att artiklarna använder sig av samma begrepp och därmed öka preciseringen av sökningarna av artiklar för denna studie.

De valda inklusionskriterierna är baserade på tidsram och relevans. Då intresset främst låg kring aktuell forskning valdes ett tidsintervall på sju år. Titel och abstrakt skulle även innehålla något av de ovan nämnda sökorden.

För att söka uppnå klinisk relevans valdes enbart artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklar på andra språk än svenska och engelska exkluderades relaterat till språkförståelse. Brist på tillgänglighet av fulltext eller möjlighet till nedladdning trots uppfyllda nämnda inklusionskriterier exkluderade ett antal studier.

För att jämföra sökte författarna även på artiklar ej tillgängliga i fulltext och fann att många relevanta artiklar föll bort på detta sätt. Detta fick oss att fundera kring svårigheten att förankra ny forskning i den kliniska verksamheten.

Artiklarnas kulturella hemvist var relativt jämnt fördelade mellan USA och Europa med sju studier härstammande från USA och de övriga nio från europeiska länder. Oavsett ursprung användes liknande fackspråk och terminologi i de olika studierna vilket främjade möjligheten att inbördes jämföra. Det fanns heller ingen fördelning mellan länderna angående valda diagnostiska metoder, som till exempel bruket av SF-36. Författarna till denna studie observerade förekomst av avvikande terminologi i en Israelisk studie där termen *neurotiska anlag* användes för att diskutera problematiken kring hetsätning. Ingen annan inkluderad artikel har använt liknande termer och författarna ställer sig tvivlande till användandet av denna term. Enligt Ottoson (2009) används termen numer sällan inom psykiatri och anses enligt dennes definition uppkomma till följd av stress och trauma. Detta anser författarna av denna studie vara en oönskad begränsning i forskningsresultatet men valde att inkludera denna artikel då den uppfyllde alla andra kriterier för inkludering.

#### **5.4 Resultatets trovärdighet och möjliga överförbarhet**

Inkluderad forskning i denna studie har visat att överviktsoperationer ger resultat i form av viktminskning och ökad livskvalitet. Patienter som valt denna metod för viktminskning uppnår viktnedgång oavsett andra åtgärder. Forskning har även visat att en lyckad viktminskning sett ur både ett livskvalitets- och ett rent viktmässigt perspektiv, är beroende av fler faktorer än enbart kirurgi.

Den ökade livskvaliteten efterföljande operation som bland annat Karlsson et al. (2007) redovisat avtar över tid. Författarna av denna litteraturstudie menar att detta kan ha ett samband med att de grundläggande orsakerna till övervikten inte behandlats.

Omvårdnad handlar om välbefinnandet av hela människan, därför är det viktigt att som sjuksköterska förstå patientens perspektiv av överviktsoperationens effekter (Sutton & Raines, 2010). I denna studies resultat syns ett tydligt behov av mer forskning kring- och utformning av personcentrerade omvårdnadsåtgärder för denna patientgrupp.

## **5.5 Slutsats**

Antalet patienter som genomgår överviktsoperation ökar och sjuksköterskan som i sin profession arbetar efter ett helhetsperspektiv har därför en viktig roll i omvårdnaden av dessa patienter.

Forskning stöder insättandet av omvårdnadsåtgärder för överviktiga patienter som genomgått en överviktsoperation. Det finns idag välförankrade omvårdnadsåtgärder vid behandling av övervikt. Resultatet i denna litteraturstudie har dock visat att det är få studier som använder sig av pre- och postoperativa omvårdnadsåtgärder i syfte att hjälpa dessa patienter i sin kamp om viktminskning och förbättrad livskvalitet.

Med kunskap kring hur dessa patienter upplever sin livskvalitet kan sjuksköterskor anpassa omvårdnadsåtgärderna efter patienten, vilket ligger i linje med dagens strävan om personcentrerad vård.

## **5.6 Förslag till vidare forskning**

Lätt till måttlig viktminskning är förknippad med förbättringar av funktionell status och livskvalitet, men om betydande viktminskning med överviktsoperation är en primär faktor för bättre livskvalitet och psykologisk status är för närvarande inte tillräckligt utforskat (Batsis et al., 2009). Postoperativa frågor såsom kräkning, förändring i måltidsstorlek, självkänsla, relationer, sexualitet och kroppsuppfattning kan alla påverka patientens långsiktiga livskvalitet negativt. Detta kräver därför både kvalitativa och kvantitativa studier utförda under en längre tid postoperativt i syfte att utröna patientens behov av omvårdnadsåtgärder.

Olika beteendemässiga program för postoperativ hantering har genomförts i klinisk praxis, men få fritt tillgängliga originalartiklar fanns vid tiden för denna litteraturstudie kring påståendet att de positiva effekterna av överviktskirurgi kan förbättras om de åtföljs av postoperativ beteendebehandling. Dessutom är de flesta av dessa program inriktade på viktminskning, vilket visar ett behov av en mer holistisk inriktning som även inkluderar strategier för främjande av livskvalitet (Sutton & Raines, 2010).

Som författare av denna litteraturstudie eftersöker vi därför studier kring effektiv postoperativ omvårdnad för överviktsopererade patienter. Denna omvårdnad kan sjuksköterskan använda i syfte att stödja patienten att bibehålla de livsstilsförändringar som krävs för ett långsiktigt positivt resultat både fysiskt och psykiskt.

## REFERENSER

Adams, T. D., Pendleton, R. C., Strong, M. B., Kolotkin, R. L., Walker, J. M., Litwin, E. S., & Hunt, S. C. (2010). Health Outcomes of Gastric Bypass Patients Compared to Nonsurgical, Nonintervened Severely Obese. *Obesity*, 18(1), 121-130. doi:10.1038/oby.2009.178

Andersen, J., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Våge, V., & Natvig, G. (2010). Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 52. doi:10.1186/1477-7525-8-52

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur

Batsis, J. A., Lopez-Jimenez, F., Collazo-Clavell, M. L., Clark, M. M., Somers, V. K., & Sarr, M. G. (2009). Quality of Life after Bariatric Surgery: A Population-based Cohort Study. *The American Journal of Medicine*, 122(11), 1055.e1-1055.e10. doi:10.1016/j.amjmed.2009.05.024

Buchwald, H., & Oien, D. M. (2009). Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2008. *Obesity Surgery*, 19(12), 1605-1611. doi:10.1007/s11695-009-0014-5

Canetti, L., Berry, E. M., & Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 109-117. doi:10.1002/eat.20592

Crossan, F. & Robb, A.(1998). Role of the nurse: Introducing theories and concepts. *British Journal of Nursing*, 7(10), s.608-612. doi: Hämtad från databsen PubMed.

Ericson, E & Ericson, T. (2013). Medicinska sjukdomar. Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling. (4., rev. och utök. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Erlanson-Albertsson, C. (2007). *Hunger och mättnad*. Lund: Studentlitteratur.



Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Grimaldi, D., & Van Etten, D. (2010). Psychosocial Adjustments Following Weight Loss Surgery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(3), 24-29. doi:10.3928/02793695-20100202-04

Karlsen, T. I., Lund, R. S., Røislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R., & Hjelmæsæth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 17. doi:10.1186/1477-7525-11-17

Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31(8), 1248-1261. doi:10.1038/sj.ijo.0803573

Kinzl, J.F., Schrattecker, M., Traweger, C., Aigner, F., Fiala, M. & Bieble, W. (2007). Quality of Life in Morbidly Obese Patients after Surgical Weight Loss. *Obesity Surgery*, 17(2), 229-235. Hämtad från databasen PubMed.

Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., & Golay, A. (2010). Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(4), 527-534. doi:10.1016/j.jada.2009.12.028

Lier, H., Biringer, E., Hove, O., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2011). Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 79. doi:10.1186/1477-7525-9-79

Livsmedelsverket (2012). Övervikt och fetma. Hämtat 3 Januari 2013 från Livsmedelsverket, <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/Overvikt-och-fetma/>

Livsmedelsverket (2013). Livsmedelsverkets livsmedelsdatabas version 2013-01-10. Hämtad fjärde mars 2013 från <http://www7.slv.se/Naringssok/SokLivsmedel.aspx>

Magdaleno, R., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2010). Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 20(8), 1086-1089. doi:10.1007/s11695-008-9697-2

Mårild, S., Hänni, A. & Zethelius, B. (2011). Övervikt och fetma. I Läkemedelsverket (red.) *Läkemedelsboken. 2011/2012.* Uppsala: Läkemedelsverket. Från [http://www.lakemedelsboken.se/overvikt\\_och\\_fetma.html?toc1806](http://www.lakemedelsboken.se/overvikt_och_fetma.html?toc1806)

Ottosson, J. (2009). *Psykiatri.* (7., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

Papalazarou, A., Yannakoulia, M., Kavouras, S. A., Komesidou, V., Dimitriadis, G., Papakonstantinou, A., & Sidossis, L. S. (2009). Lifestyle Intervention Favorably Affects Weight Loss and Maintenance Following Obesity Surgery. *Obesity*, 18(7), 1348-1353. doi:10.1038/oby.2009.346

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(6), 608-614. doi:10.1016/j.soard.2010.07.015

Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., & Carlsson, L. M. S. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 741-752. doi:10.1056/NEJMoa066254

Smith, B., Schauer, P. & Nguyen, N. (2011). Surgical Approaches to the Treatment of Obesity: Bariatric Surgery. *Medical Clinics of North America*, 95(5), 1009-1030. doi:10.1016/j.mcna.2011.06

Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Från [http://www.fhi.se/PageFiles/3158/FYSS\\_08\(1\).pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3158/FYSS_08(1).pdf)

Steffen, R., Potoczna, N., Bieri, N., & Horber, F. F. (2009). Successful Multi-Intervention Treatment of Severe Obesity: A 7-year Prospective Study with 96% Follow-up. *Obesity Surgery*, 19(1), 3-12. doi:10.1007/s11695-008-9675-8

Sutton, D., & Raines, D. A. (2010). Health-related quality of life following a surgical weight loss intervention. *Applied Nursing Research*, 23(1), 52-56. doi:10.1016/j.apnr.2008.01.001

Sutton, D., & Raines, D. A. (2008). Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 3(4), 271-277. doi:10.1089/bar.2008.9948

Svensk sjuksköterskeförening (2010). Värdegrund för omvårdnad [Broschyr]. Bromma: Brommatryck & Brolins AB. Från [http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55\\_13okt\\_NYWEB.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf)

Wallenberg, C., Henricson, M. (2012). Kapitel 28: Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Från idé till examination inom omvårdnad (s. 480-496). Lund: Studentlitteratur.

White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2010). Loss of Control Over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(02), 175-184. doi:10.4088/JCP.08m04328blu

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A. Edberg & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (1. uppl. s. 27-43). Lund: Studentlitteratur.

Wolfe, B., & Terry, M. (2006). Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 16(12), 1622-1629. doi:10.1381/096089206779319473

## BILAGA 1

### GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Maxpoäng:** 29

**Erhållen poäng:** \_\_\_\_\_

**Kvalitet:** låg (<17), medel (17-22), hög(23-29).

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

## BILAGA 2

Författare, År, Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., Golay, A. 2010 Schweiz	Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass	Att dokumentera förändringar under en tidsspann på mer än 5 år hos överviktiga patienter som undergår behandling	En kohortstudie med enkäter samt semistrukturerade intervjuer	N= 80 Kvinnor som undergått en överviktsoperation mellan 1997-2002 på ett Schweiziskt universitetssjukhus och följts under en medeltid av 8+-1.2 år.	Viktnedgång var 30,1 +-13,8kg. Enkäter visade ingen förändring kring depression men högre ångest. Intervjuerna visade att mer än hälften (N=41, 51%) hade efter operationen lidit av episoder av hetsätning och/eller nattätning. N=35 patienter önskade mer intensiv uppföljning efter operationen, speciellt psykologisk support.	26=Hög
Andersen, J-R., Aasprang, A., Bergsholm, P., Sletteskog, N., Våge, V., Natvig, G.K. 2010 Norway	Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch	Att bedöma symtom av depression och ångest hos en grupp patienter som undergått en duodenal switch och fastställa om förändringar i självrapporterad fysisk hälsa förutsåg förändringar i dessa (depression och ångest) symtom	Hospital Anxiety and Depression Scale och SF-36	De första 51 patienterna som anmälades för överviktsoperation vid Forde Hospital.	Symtombördan av depression och ångest var hög innan operation men normaliserad ett och två år efter operation. Nivån av förbättring av fysisk hälsa var statistiskt signifikant associerad med reducering av symtom av ångest och depression	26p=Hög
Karlsen, T.I., Lund, J.S., Roislien, J., Tonstad, S., Natvig, G.K., Sandbu, R., Hjelmesaeth, J. 2013 Norway/USA	Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study	Att beskriva och jämföra förändringar hälsorelaterad livskvalitet hos sjukligt feta subjekt som indelats i två grupper.	Enkätstudie SF-36 samt andra mätmetoder	totalt N=139 uppdelat N=76 RYGB och N=63 ILI	Båda testgrupper visade förbättrad livskvalitet, kirurggruppen visade högre poäng än kontrollgruppen. Detta kan eventuellt förklaras av skillnaden i viktning mellan de två grupperna.	27p=Hög
Lier, Haldis., Biringer, E., Oddbjorn, H., Stubhaud, B., Tangen, T. 2011 Norway	Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health - A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients.	Att bedöma pre- och postoperativa psykiska sjukdomar och deras associering/samband med pre- och postoperativ HRQoL	SF-36, Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) och Structured Clinical Interview (SCID-II).	N=169 subjekt utvärderades, data ifylldes av N=127 innan operation och N=87 ett år efter operation	Signifikanta förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet sågs ett år efter operation jämfört med innan operation. Patienter som hade fortsatta psykiska besvär efter operation hade försämrad livskvalitet jämfört med norm.	27p=Hög

Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., Sullivan, M. 2007 Sweden	Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study	Att över 10 år undersöka trender och effekter av behandling för viktminskning på hälsorelaterad livskvalitet hos kraftigt överviktiga	Kontrollerad longitudinell studie med bland annat SF-36, MACL, HAD	Operation: N=851 vid start, N=655 vid 10 år Konventionell behandling: N=852 vid start, N=621 vid 10 år	De förändringar i livskvalitet som skedde under dessa 10 år följde viktkurvan förutom förekomsten av ångest. Slutsatsen är att bibehållen viktmedgång är associerad med långvarig förbättrad livskvalitet.	23p=Hög
Steffen, R., Potoczna, N. & Bieri, N. 2008 Switzerland	Successful Multi-Intervention Treatment of Severe Obesity: A 7 year Prospective Study with 96% Follow-Up	Att utföra en långsiktig studie med hög delaktighet angående resultatet av en multibehandlingsmodell mot svår fetma	Enkätstudie genom BAROS formulär	N=404 valdes ut, N=388 fullföljde uppföljningen sju år efter operation	Denna studie visade ett statistiskt signifikant samband mellan antalet konsultationer per patient och viktminskning, där patienterna som hade 51 eller fler konsultationer visade 20% större viktminskning vid sju år än de som hade 30 eller färre konsultationer. Detta antyder att denna personliga uppföljning av patienter har en betydelse i en långsiktig viktminskning.	23p=Hög
Canetti, L., Berry, E.M., Elizur, Y. 2009 Israel	Psychosocial Predictors of Weight Loss and Psychological Adjustment Following Bariatric Surgery and A Weight-Loss Program: The Mediating Role of Emotional Eating	Syftet var att undersöka effekterna av personliga och interpersonella faktorer på behandlingsresultatet av kirurgi för viktminskning och viktminskningsprogram	Enkätform, SF-36 och Mental Health Inventory	N=51 med kirurgisk behandling N=51 med konventionell behandling,	Neurotiska anlag hade en latent variabel som indikerades av neuroticism, låg självkänsla och rädsla för intimitet samt en effekt på viktminskning som var fullt förmedlad av känslomässigt ätande. Neurotiska anlag hade också en effekt på förbättring av livskvaliteten som var fullt förmedlad av känslomässigt ätande och viktminskning i båda behandlingsgrupperna	27p=Hög
Sutton, D., Raines, D.A. 2008 USA	Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery	Att undersöka patienters individuella perceptioner av fysisk och psykisk hälsa efter en överviktsoperation	SF-12	N=164	Personer som genomgått en överviktsoperation uppgav god till mycket god hälsorelaterad livskvalitet efter operation. Liknande graderades komponenterna i hälsorelaterad livskvalitet, det vill säga fysisk funktion och psykiska funktioner.	23p=Hög

Papalazarou, A., Yannakoulia, M., Kavouras, S. A., Komesidou, V., Dimitriadis, G., Papakonstantinou, Al., Sidossis, L.S. 2009. Grekland.	Lifestyle Intervention Favorably Affects Weight Loss and Maintenance Following Obesity Surgery	Syftet med denna studie var att utvärdera effekten av överviktsoperation och livsstilsförändringar på viktnedgång	Kvantitativ randomiserad studie. DEBQ.	N=30. Endast kvinnor och uppdelade i två grupper: Usual Care (UC) samt Lifestyle intervention (LS).	Personer i LS-grupp: lägre kroppsvikt, större viktnedgång procentuellt, förbättring av ätbeteende, äter mer frukt och grönt, äter mindre sötsaker, tränar mer, äter oftare frukost vilket påverkar viktnedgång, tittar mindre på tv och tränar mer.	25p=Hög
Sutton, D., Raines, D.A. 2008 USA	Health-related Quality of Life following a surgical weight loss intervention	Att undersöka självskattade nivåer av hälsorelaterad livskvalitet hos individer som genomgått en överviktsoperation	SF-12	N=87	Resultatet indikerar att även om den övergripande livskvaliteten rankades som god så var resultaten inte lika positiva angående social funktion, vitalitet och psykisk hälsa.	25p=Hög
Wolfe, B.L., Terry, M.L. 2006 USA	Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery	Att undersöka om förutfattade meningar inom vården kring vilka patienter som kommer att gå ner i vikt efter en överviktsoperation är korrekta.	Ett bekvämlighetsurval samt en 65 frågors enkät kring 8 teman	N=194 patienter som hade genomgått en överviktsoperation vid University of New Mexico Hospital innan 2003.	Av de 47,9% som svarade på enkäten rapporterade alla signifikanta förbättringar i upplevd fysisk hälsa, emotionell status och minskad hetsättning. Professionella och icke-romantiska relationer förbättrades medan ingen förändring syntes i romantiska förhållanden. Det fanns inga signifikanta förändringar i yrkesliv.	24p=Hög
Kinzl, J.F., Schratteckner, M., Traweger, C., Aigner, F., Fiala, M., Bieble, W. 2007 Austria	Quality of Life in Morbidly Obese Patients after Surgical Weight Loss	Att undersöka det prediktiva värdet av olika parametrar såsom ålder, kön, vikt och preoperativa psykiska störningar med avseende på livskvalitet efter operation	Intervjuer samt Moorehead-Ardelt QoL enkät.	N=300 ( N=140 63% kvinnor, N=36 45% män)	En majoritet av de som genomgick operationen visade psykologiska och interpersonella förbättringar efter operation. Vissa överviktiga patienter, särskilt de som hade en preoperativ psykiatrisk- eller personlighetsstörning, behöver mer individuella strategier för psykosocialt ingripande än vad överviktiga individer utan psykisk sjukdom behövde.	25p=Hög

Adams, T et al., 2010 USA	Health Outcomes of Gastric Bypass Patients Compared to Nonsurgical, Nonintervened Severely Obese	Att mäta effektiviteten av gastric bypass på en grupp patienter jämfört med två separata kraftigt överviktiga grupper som inte deltar i konstruerade viktminsknings åtgärder.	SF-36 och kvantitativa metoder för att mäta fysiska vitalparametrar vid start och slut av studien	N=1156 i 3 grupper: 1. Kirurggrupp N=420 2. Sökt kirurgi N= 415 3. Feta, ej sökt hjälp N=321	Kvantitativa variabler såsom bland annat diabetes, blodtryck och BMI förbättrades signifikant i kirurggruppen jämfört med de andra. Slutsatsen är att gastric bypass (enda ingreppet som undersöks) är mer effektivt för viktminskning än andra icke-kirurgiska behandlingar	27p=Hög
Sarwer, D., Wadden, T., Moore, R., Eisenberg, M., Raper, S., Williams, N. 2010 USA	Changes in Quality of life and body image after gastric bypass surgery	Att bedöma förändringar i livskvalitet och kroppsuppfattning efter en gastric bypass operation	SF-36, Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL), Body Image Quality of Life Inventory (BIQOLI) och Body Shape Questionnaire (BSQ) enkäter	N=200 patienter som genomgått en Roux-en-Y gastric bypass vid Hospital of Pennsylvania mellan November 2001 och Juni 2005	Det finns samband mellan livskvalitet och bättre kroppsuppfattning, speciellt för kvinnor.	24p=Hög
Batsis, J., Lopez-Jimenez, F., Collazo-Clavell, M., Clark, M., Somers, V., Sarr, M. 2009 USA	Quality of Life after Bariatric Surgery: A Population-based Cohort Study	Att undersöka om patienter som genomgått överviktsoperation har bättre livskvalitet och självrapporterad funktionell status jämfört med feta vuxna som inte genomgått operation	Population based Linear Analogue Self-Assessment Questionnaire (LASA), SF-12	N=148 kirurgiska patienter N= 88 icke kirurgiska patienter	Överviktskirurgi leder till långsiktiga förbättringar i livskvalitet och fysisk status hos patienter med klass II-III fetma, med viktminskning som den viktigaste indikatorn på bättre och högre uppföljning av livskvalitet.	26p=Hög
White, M., Kalarchian, M., Masheb, R., Marcus, M., Grilo, C. 2010 USA	Loss of Control over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery: A Prospective 24-Month Follow-up Study	Att undersöka den kliniska betydelsen vid förlorad kontroll över ätbeteende (Loss of control over eating, LOC) och resultat av överviktsoperation över 24 månader	Enkätbaserad studie med mätmetoder: SF-36, EDE-Q som mäter hetsätning, Beck depression-scale samt mätmetoder för vitala parametrar.	N=361 kirurgiska patienter	Preoperativt hetsätande har ingen påverkan på postoperativ viktminskning. Postoperativt hetsätande hade dock stor påverkan på viktminskning och livskvalitet. Därför bör patienter som registrerar att de hetsäter efter operation följas upp med speciella åtgärder.	26p=Hög