



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Förändrade kostvanor till följd av Gastric bypass- personernas upplevelser.

En litteraturstudie

Therese Jakobsson

Handledare: Catrin Berglund Johansson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona December 2014

# Förändrade kostvanor till följd av Gastric bypass- personernas upplevelser.

En litteraturstudie

Therese Jakobsson

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Operation av övervikt har ökat och Gastric bypass [GBP] är den mest förekommande operationen. GBP ger en förminskad och förändrad anatomi i magsäcken och tarmen resten utav livet. Kostvanorna behöver förändras för att få en god effekt av GBP, men en del personer som genomgår en GBP har inte det och en orsak anses vara svårigheter med kosten. Personer kan uppleva förändrade kostvanor som en utmaning. En förändring i kroppen kan påverka personernas livsvärld och de kan då behöva stödjas i sina upplevelser.

**Syfte:** Belysa personers upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP.

**Metod:** En litteraturstudie baserad på sex vetenskapliga artiklar med kvalitativ design. Artiklarnas resultatdelar har analyserats med hjälp av Graneheim och Lundmans beskrivning av innehållsanalys.

**Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier som utgör resultatet; *Nya vanor i vardagen* där personerna kunde uppleva att de behöver planera, anpassa och lära sig ett nytt vardagsliv med nya begränsningar men där tidigare kostvanor fortfarande påverkar; *Emotionella förändringar* där personerna kunde uppleva förändring kring kostens känslomässiga betydelse som saknad av njutning eller skuld känslor av att äta fel; *Fysiska förändringar* belyser att personerna kunde uppleva fysiska reaktioner i samband med kostintag eller vid uteblivna måltider som kunde upplevas som smärtsamt, oförutsägbart eller som en förbättrad kontroll.

**Slutsats:** Personernas livsvärld kunde förändras och deras hälsa kunde påverkas via förändrade kostvanor till följd av en GBP. Studien kan ge ökad förståelse och kunskap hos sjuksköterskan vilket skulle kunna främja hälsa och en personcentrerad omvårdnad. Det skulle kunna bidra till att främja så att personerna får en så god effekt av en GBP som möjligt. Det kan finnas begränsat med forskning som belyser personernas upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP och vidare forskning skulle därför kunna vara betydelsefullt.

**Nyckelord:** Förändrade kostvanor, gastric bypass, innehållsanalys, litteraturstudie, livsvärld.

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Operation av övervikt	5
Gastric bypass	5
Upplevelser av förändrade kostvanor	7
Livsvärld	7
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling och urval	8
Analys	10
Resultat	11
Nya vanor i vardagen	11
Emotionella förändringar	12
Fysiska förändringar	13
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	19
Slutsatser	22
Referenser	24
Bilaga 1 Databassökningar 1(4)	29
Bilaga 2 Granskningsprotokoll 1(2)	33
Bilaga 3 Artikelöversikt 1(4)	35
Bilaga 4 Exempel på analysförfarande 1(2)	39

## Inledning

I takt med att övervikt tilltar som folkhälsoproblem (World Health Organization [WHO], 2014a) har efterfrågan på operation av övervikt ökat, från ca 700 operationer för tio år sedan till ca 8000 per år (Scandinavian Obesity Surgery Registry [SOREG], 2014a). Gastric bypass [GBP] är en av operationerna och den ger en förändring i mag-tarm kanalen för resten av livet, därmed behöver kostvanorna förändras för att personerna ska kunna gå ned i vikt, få förbättrad hälsa och för att undvika näringsbrist (Sundbom, 2014). Flera studier (Benson-Davies, Davies & Kattelmann, 2013; Laurenius et al., 2012; Sarwer et al., 2008; Sjöström et al., 2004; SOREG, 2014b; Zwaan et al., 2010) beskriver det som att majoriteten av de personer som genomgår en GBP går ned i vikt och får förbättrad hälsa men att en del personer inte går ned tillräckligt, töjer ut sin magsäck eller går upp i vikt igen (ibid.). En orsak till det skulle kunna vara olika svårigheter med kostvanorna (Benson-Davies, Davies & Kattelmann, 2013; Sarwer et al., 2008; Zwaan et al., 2010). Bocchieri, Meana och Fisher (2002) och Geraci, Brunt och Marihart (2014) menar att förändrade kostvanor till följd av en GBP kan upplevas som en utmaning som påverkar livet och Dahlberg, Segesten, Nyström, Suseryd och Fagerberg (2003) belyser att en förändring i kroppen som förändrar det vardagliga livet kan leda till att personernas livsvärld påverkas. Socialstyrelsen (2005) menar att sjuksköterskan bör främja hälsa utifrån varje persons behov och Dahlberg et al. (2003) förklarar att för att sjuksköterskan ska kunna ge personcentrerad omvårdnad behöver sjuksköterskan förstå personernas livsvärld. Därför kan det vara av vikt att sjuksköterskor får en ökad förståelse om personernas upplevelser.

Det finns forskning på hur kostvanor förändras till följd av en GBP men personernas upplevelser av och problem kring förändrade kostvanor till följd av en GBP är inte tydligt beskrivet i tidigare forskning. Således skulle en litteratursammanställning kunna tydliggöra detta. Det skulle kunna ge en ökad förståelse och kunskap hos sjuksköterskor vilket kan vara av betydelse för att främja evidensbaserad- och personcentrerad omvårdnad.

## Bakgrund

Kost är enligt Nationalencyklopedin [NE] (1993) ”den blandning av olika livsmedel som intas dagligen för att täcka en persons näringsbehov”. NE (1993) beskriver vidare att kostens sammansättning kan variera brett men ändå täcka näringsbehovet och påverkas av flera faktorer som socio-ekonomiska och kulturella förhållanden (ibid.). I denna litteraturstudie används begreppet kostvanor som ett begrepp för att belysa vad, när och hur en person äter för att ge ett helhetsperspektiv.

### Operation av övervikt

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002) menar att övervikt ökar risk för diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, gallsten, ledbesvär, sömnapné, barnlöshet och viss cancer. Det är ogynnsamt med övervikt både för sjukvårdskostnader och för personernas livskvalité och därför kan det vara lämpligt att det behandlas (ibid.). Sundbom och Gustavsson (2004) förklarar att det finns flera operationer av övervikt men alla operationerna har för- och nackdelar, är permanenta och målet är att ge viktminskning och förbättrad hälsa. Vidare beskriver Sundbom och Gustavsson (2004) att operationerna delas in i två grupper, den första gruppen förminskar magsäcken och därmed begränsar mängden kost som kan ätas. Den andra gruppen av operationer kopplar bort delar av tunntarmen vilket begränsar näringsupptaget av den kost som har ätits. Vidare menar Sundbom och Gustavsson (2004) att GBP är den enda kirurgiska behandlingen som kombinerar båda grupperna utav ovanstående operationer vilket bidrar till att GBP blivit det vanligaste ingreppet (ibid.). SOREG (2014a) menar att 95 % av alla viktminskningsoperationer är GBP.

### Gastric bypass

Anledning till att GBP har ökat och blivit det vanligaste ingreppet är även att det genom forskning har visat sig ge klara fördelar och positiva effekter för personernas hälsa; viktminskning, minskad risk för cancer, förbättrad diabetes och minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Sjöström et al, 2007).

Body mass index [BMI] används för att klassificera övervikt, där BMI över 25 räknas som övervikt och BMI över 30 räknas som fetma (WHO, 2014b). BMI hos äldre kan behöva justeras på grund av åldrandet (Socialstyrelsen, 2011). Det finns inga nationella kriterier men indikationen för att få genomgå en GBP är att personerna bör ha ett BMI över 35 (Hänni,

2014a). Vidare förklarar Hänni (2014a) att om personer har ett BMI under 35 men lider av hälsoproblem till följd av sin övervikt kan de få genomgå en GBP iallafall. Generellt sett så rekommenderas det att personerna ska ha försökt att gå ner i vikt tidigare och helst ändrat sin kost och minskat i vikt före en GBP (ibid.). Hänni (2014b) och Sundbom (2014) beskriver att ett team av sjukvårdspersonal, t. ex läkare, sjuksköterska, psykolog och dietist, träffar personerna i olika steg före en GBP. Personerna blir medicinskt utvärderade och informerade om GBP operationen (ibid.). Risk för ätstörningar eller psykisk ohälsa hos personerna bedöms och bör uteslutas (Edlund, 2014) och personerna bör få information och utbildning om den rekommenderade kosten efteråt (Laurenius, 2014).

Operationen går till så att den övre delen av magsäcken delas av och kopplas bort från resten av magsäcken och tolvfingertarmen (duodenum). Tunntarmens andra del (jejunum) separeras sedan från tolvfingertarmen. Den övre delen av magsäcken som nu bara består av en mindre ficka kopplas ihop med tunntarmens andra del (Mason, 1967; Sundbom & Gustavsson, 2004). Kosten kommer därefter inte passera tolvfingertarmen, den del där mest näring absorberas till blodbanan och som står i förbindelse med gallblåsa, lever och bukspottskörtel, vilket ger ett begränsat näringsupptag. Tolvfingertarmen kopplas dock på längre ner i tunntarmen för att föra vidare galla och först då börjar nedbrytning och absorption av näringsämnen (Mason, 1967; Sundbom, 2014).

Det finns inga nationella riktlinjer för råd av kostvanor efter en GBP och följande kostråd är därför generella. Laurenius (2014) förklarar att personerna inte bör äta eller dricka för fort, kosten behöver tuggas väldigt noga och måltiden ska ta minst 20-30 minuter för att förhindra att fysiska reaktioner uppkommer när osmält föda når tunntarmen för snabbt. Vidare förklarar Laurenius (2014) att kosten bör intas ofta med små mål jämnt fördelat över dagen men samtidigt kan för många mellanmål minska viktnedgången. Dessutom belyser Laurenius (2014) att personerna inte bör dricka i samband med måltiden men ändå behöver dricka mycket vätska under dagen (ibid.). De gamla kostvanorna bör förändras för att personerna ska få god effekt av deras GBP (gå ner i vikt och få förbättrad hälsa) och för att förhindra fysiska reaktioner vid kostintag, därigenom borde personerna undvika kaloririka livsmedel och alkohol (Edlund, 2014; Laurenius, 2014; Sundbom, 2014). Med tanke på att personerna får ett lägre kostintag, en förbikopplad första del av tunntarmen, en lägre syrasekretion i den nya lilla magsäcken och en bortkopplad stor del av magsäcken så försämras upptag och absorption av näringsämnen (Sundbom & Gustavsson, 2004). Sundbom och Gustavsson

(2004) förklarar vidare att det är därför som näringsbrist av framförallt protein, B12, järn, mineraler och fettlösliga vitaminer är vanligt (ibid.). För att undvika näringsbrist bör personerna äta proteinrik kost, frukt och grönsaker, mejeriprodukter och få i sig viktiga fettsyror varje dag (Laurenus, 2014). Hänni (2014c) förklarar att näringstillskott behöver ätas dagligen och personerna rekommenderas gå på regelbundna uppföljningar med kontroll av blodvärden resten av sina liv. Framförallt bör värden av vitamin B12, järn, kalcium, vitamin D, magnesium, zink, koppar, natrium, kalium, kreatinin, albumin, glukos och blodfetter tas (ibid.). Efter en GBP bör personerna förstå att kroppen har samma näringsbehov som innan en GBP och en stor utmaning anses ligga i att portionerna som får plats i den nya magsäcken är väldigt små och måste vara mycket näringsrika (Laurenus, 2014; Hänni, 2014c; Sundbom & Gustavsson, 2004).

## Upplevelser av förändrade kostvanor

Ullrich, Ernst, Wilms, Thurnbeer och Schultes (2013) beskriver att de flesta personerna kan anpassa sig till förändrade kostvanor och att hunger och matlust kan minska till följd av en GBP. Medan Alfonsson, Sundbom och Ghaderi (2014) belyser att förändrade kostvanor till följd av en GBP ändå kan upplevas individuellt och kan påverkas av kön, ålder eller ätstörnings- liknande beteenden. Bocchieri et al. (2002) menar att personer kan uppleva både fysiska och psykiska effekter av förändrade kostvanor till följd av en GBP. ”Dumping” kan vara en sådan fysisk effekt beskriver Banerjee, Ding, Mikami och Needleman (2013) och förklarar vidare att det uppkommer när osmält mat når tarmen för fort. Symptomen kan visa sig som illamående, diarré, hjärklappning och svettning. Sammanfattningsvis visar ovanstående att förändrade kostvanor till följd av en GBP kan ge förändringar för personernas hälsa och livsvärld.

## Livsvärld

En person är sin kropp och har tillgång till livet genom kroppen, varje förändring i kroppen kan leda till förändring i livet (Dahlberg et al., 2003). Dahlberg et al. (2003) tolkar Husserls filosofiska syn på livsvärlden som den levda världen som dagligen upplevs av personer och den verklighet de lever i och tar för givet. Personer bär med sig upplevelser från den levda erfarenheten i sin livsvärld och livsvärlden bestämmer hur en person upplever sin hälsa, välbefinnande, lidande eller sin vård. Dahlberg et al. (2003) förklarar vidare att förändras den levda världen personer dagligen upplever så förändras livsvärlden och därigenom även hur en person upplever hälsa, välbefinnande, lidande och vård. Detta kan inte konkret mätas

kvantitativt utan ges förståelse genom att vårdaren är öppen och ser livsvärlden ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. En annan persons livsvärld kan inte helt bli förstådd men vårdaren, t. ex sjuksköterskan, kan få en ökad förståelse av livsvärlden genom personernas egna berättelser. Det är viktigt för sjuksköterskan att ha förståelse för personernas livsvärld, eftersom personer som genomgått en kroppslig förändring kan behöva stödjas i sina upplevelser av sjuksköterskan (ibid.). Detta motiverar användandet av livsvärldsperspektivet för att belysa personernas upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP, eftersom ökad förståelse av personernas livsvärld hos sjuksköterskan möjligtvis kan främja personcentrerad omvårdnad.

## Syfte

Syftet var att belysa personers upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP.

## Metod

Den valda metoden för studien var en litteraturstudie med kvalitativ design, baserad på tidigare empiriska studier. Olsson och Sörensen (2011) förklarar att informationskällan i en litteraturstudie är litteraturen och kan vara aktuella empiriska studier som analyseras och sammanställs till vetenskapliga artiklar (ibid.). En kvalitativ design innebar att fenomen studerades och därigenom tolkades mening, upplevelser och erfarenheter (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Meningen var att få fram en helhetsbild för att nå det centrala i personers beskrivningar där data användes för att identifiera kategorier, modeller eller beskrivningar av sammanhang i omvärlden eller av personernas livsvärldar (Olsson & Sörensen, 2011).

## Datainsamling och urval

Artiklarnas inklusionskriterier var att de skulle vara vetenskapliga artiklar som använt en kvalitativ design. En vetenskaplig artikel är en forskningsrapport som uppnått särskilda krav på kvalitet och blivit publicerad i en internationell tidsskrift, samt följer en viss struktur med introduktion, metod, resultat och diskussion [IMRAD] (Olsson & Sörensen, 2011). De vetenskapliga artiklarna skulle vara från år 2005 och framåt, skrivna på engelska och vara granskade av kollegor inom forskningsområdet före publicering som Willman et al. (2006) förklarar kallas ”peer reviewed”. Kraven för urvalet i de vetenskapliga artiklarna var att personerna i respektive studie skulle vara över 18 år och hade genomgått en GBP.



Lämpliga sökord söktes upp inom svenska medicinska ämnestermer, ”Medical Subject Headings” [MeSH] på Karolinska Institutets hemsida. Ämnestermerna testades först i olika kombinationer i referensdatabaserna. Datainsamlingen gjordes i referensdatabaserna Pubmed och Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health). Pubmed innehåller artiklar från medicin och omvårdnad medan Cinahl innehåller främst omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Willman et al., 2006).

I Pubmed användes MeSH termer, som Karlsson (2012) förklarar är relevanta söktermer utifrån Medlines och Pubmeds eget uppslagsverk. Motsvarande i Cinahl gjordes med hjälp utav Cinahl Headings [CH]. CH bygger på MeSH termer där omvårdnadstermer har lagts till (Karlsson, 2012). Följande sökord användes: *gastric bypass, food habits, nursing, life change events, life experiences, patient attitudes, patients satisfaction, qualitative, eating behavior, diet, patient experiences, psychosocial factors, qualitative study, qualitative research, meals, meal preparation, menu planning, eating, bariatric surgery, food, food intake, feeding behavior, och appetite regulation*. Datainsamlingen kompletterades under sökningens gång med manuella sökningar på vetenskapliga artiklars referenslistor samt på relaterade citat som visas i Pubmed. Enligt Backman (1998) innebär en manuell sökning en målinriktad sökning i t. ex referenslistor eller sökning på internet. Även manuella sökningar med fritext utfördes i Pubmed och Cinahl.

Sökorden parades ihop och kombinerades med varandra genom de booleska söktermerna AND och OR, som Backman (1998) förklarar innebär det att man kombinerar olika sökord med varandra istället för ett i taget. AND innebär en kombination av sökord där båda sökorden måste ingå för att få visas i sökningens resultat och OR innebär att ena eller andra sökordet måste visas i resultatet av sökningen (Backman, 1998). Slutligen utfördes manuella sökningar på internet som ett komplement vilket resulterade i en vetenskaplig artikel (Bilaga 1).

Av de sökta vetenskapliga artiklarna lästes 554 relevanta titlar och utav dessa lästes 156 abstract. Av de lästa abstracten svarade 15 vetenskapliga artiklar till syftet och lästes i sin helhet. Sju utav dessa svarade mot kraven för urval samt svarade till syftet och valdes ut för kvalitetsgranskning (Bilaga 1). Kvalitetsgranskning innebar ett systematiskt sätt att kritiskt värdera de artiklar som samlats in (Willman et al., 2006). Kvalitetsgranskningen gjordes utifrån ett kvalitetsprotokoll från Willman et al. (2006) (Bilaga 2).

Kvalitetsgranskningsprotokollet innehöll sexton punkter där artikeln fick ett poäng för varje punkt som besvarades med ett JA (NEJ och VET EJ gav inga poäng). Poängsumman räknades därefter om i procent. Artiklar med 60-69 % räknas som låg kvalitet, 70-79 % räknas som medel kvalitet och 80-100 % som hög kvalitet (Willman et al., 2006). En artikel föll bort i kvalitetsgranskningen som hade låg kvalitet. Sex vetenskapliga artiklar fick medel och hög kvalitet och utgjorde analysenheten.

## Analys

De sex vetenskapliga artiklarnas resultatdelar analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. En innehållsanalys är enligt Danielsson (2012) en teknik där större textmaterial bearbetas objektivt och systematiskt, t. ex flera vetenskapliga artiklar, och med kvalitativ design används textmaterial som är kvalitativt, t. ex intervjuer (ibid.).

Analysmetoden som användes var en manifest analys inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av Krippendorfs innehållsanalys. Med *manifest* menas det uppenbara i texten (Olsson & Sörensen, 2011). Graneheim och Lundman (2004) förklarar att en manifest innehållsanalys ändå innehåller viss tolkning. Den kvalitativa innehållsanalysen innebar en granskning av det synliga och uppenbara i texten och användes som ett verktyg för att granska och tolka texter (ibid.). De vetenskapliga artiklarna som valdes till analysenhet lästes återigen igenom i sin helhet. Därefter ströks meningsenheter, som svarade mot syftet, under med en färgpenna för en artikel i taget. Graneheim och Lundman (2004) förklarar att en meningsenhet är en enhet av ord och meningar som relaterade till varandra och hade samma innebörd (ibid.). Artiklarna lästes sedan åter igenom och meningsenheterna skrevs in i ett dokument i datorn, översattes till svenska och kondenserades. Texten skars ner och alla onödiga ord togs bort men det centrala i meningen fanns kvar. Därefter kodades de kondenserade meningsenheterna vilket innebar att det centralaste i enheterna bevarades men de fick en etikett, en kod, på sig. På så vis menar Graneheim och Lundman (2004) att innehållet kan ses ur ett större perspektiv (ibid.). Alla koder granskades åter för att kontrollera så att de verkligen svarade på syftet. Därefter sorterades koder med samma betydelser ihop och skapade gemensamma kategorier. Detta utfördes genom att alla koder skrevs ner på papperslappar och sorterades i olika högar med samma betydelse, denna procedur gjordes om tre gånger för att det skulle bli så rätt som möjligt. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att kategorier är delar av textmaterial som har ett sammanhang och koderna ska alltså inte falla mellan olika kategorier och inte passa in i fler än en kategori.

## Resultat

Syftet med studien var att belysa personers upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP. Resultatet utmynnade i tre olika kategorier; *Nya vanor i vardagen* där personerna upplevde att det praktiska i vardagen förändrades genom nya vanor; *Emotionella förändringar* innebar upplevelser kring kostens känslomässiga betydelse; *Fysiska förändringar* belyste fysiska reaktioner i samband med kostintag eller vid missade måltider. Citat har använts i kategorierna, enligt Friberg (2012) kan citat förstärka illustrationen av personernas upplevelser.

### Nya vanor i vardagen

Personerna kunde uppleva att de kunde ha konstanta tankar och fortsatt fokus på mat men på ett annat sätt än innan deras GBP; när de ska äta, vad de ska äta och inte bör äta. Personerna uttryckte att de levde i en spänning mellan att ha kontroll och att förlora kontroll över kosten. Det kunde upplevas av personerna som lätt att tappa kontroll över vanorna och äta mer än de borde. Ändra sina kostvanor beskrevs som en utmaning och det förekom att personerna uttryckte att de omedvetet och medvetet fuskade med kostråden (Groven, 2014; Kruseman, Leimgruber, Zumbach & Golay, 2010; Ogden, Avenell & Ellis, 2011). Personerna beskrev att kosten krävde mer planering för att få i sig rätt näring och att hemmiljön behövde anpassas, t. ex genom att rensa ut olämplig kost från skåpen (Forsberg, Engström & Söderberg, 2014; Groven, Engelsrud & Råheim, 2012; Groven, Råheim, Braithwaite & Engelsrud, 2013). Personerna kunde uppleva att de bekymrade sig över att avslöja att de genomgått en GBP och detta kunde leda till att personerna åt små portioner i offentliga miljöer och hävdade att de ”gick på diet” (Groven, 2014).

Personerna beskrev att de var i en pågående process att lära sig vilken kost de tolererade och att de lärde sig genom erfarenhet. Personerna uttryckte att de försökte äta proteinrikt och minska sitt intag av kaloririk kost. Enligt personerna kunde intag av en proteinrik kost före en tillställning tillåta dem att äta lite godsaker som kaka eller glass på tillställningen. Personerna kunde uppleva intolerans av viss kost och att de därför behövde lära sig vilken kost kroppen tålde genom att testa sig fram. Valfriheten inom livsmedel kunde av personerna upplevas bli påverkad och variationen av livsmedel uttrycktes då bli förminskad. Personerna kunde beskriva att de inte längre tålde att äta vissa grönsaker, frukt eller mejeriprodukter och deras kost kunde då upplevas bli mindre hälsosam. Äta tillräckligt ofta, att äta små portioner och att

inte kunna äta som innan deras GBP kunde av personerna upplevas som svårt. Personerna beskrev att de insåg att de inte skulle kunna dricka som förut (Forsberg et al., 2014; Groven, 2014; Groven et al., 2012).

Personerna uttryckte att tidigare kostvanor och ät problem innan en GBP kunde påverka vanorna efter deras GBP. Personerna kunde bekymra sig över att ett tidigare matbegär eller sug efter mat fortfarande fanns kvar. Suget kunde upplevas vara svårt att motstå när personerna handlade vilket kunde resultera i att de köpte något de inte borde äta, t. ex choklad (Groven et al., 2013; Groven et al., 2012). Personerna kunde skaffa andra vanor för att ersätta eller avleda ett matbegär, t. ex dricka alkohol eller röka. Dricka alkohol och röka upplevdes av personerna kunna tillfredsställa ett inre behov som inte längre kunde tillfredställas med mat. Personerna kunde uppleva att det var en fortsatt kamp med kosten och att en GBP inte botade tidigare ät problem (Groven, 2014; Groven et al., 2012; Ogden et al., 2011). Personerna uttryckte ett behov av mer råd, stöd och utbildning om kost till exempel matlagningskurser och stöd grupper (Kruseman et al., 2010).

*I try not to think about it, but I still do...What to eat, what not to eat, when to eat...so my focus on food is still there, though it's changed (Groven, 2014, s. 14).*

## Emotionella förändringar

Personerna kunde uppleva att innan deras GBP kunde mat upplevas som något positivt som smakade gott och gav glädje och tröst men efter deras GBP kunde detta förändras till något som var jobbigt istället (Forsberg et al., 2014; Groven, 2014; Ogden et al., 2011). Det kunde beskrivas av personerna som frustrerande, kämpigt och svårt att leva med restriktioner och att följa kostråd. Nedstämdhet kunde uttryckas av personerna på grund av att de upplevde att de inte kunde äta i ett tidigt skede efter deras GBP (Groven, 2014; Groven et al., 2012; Groven et al., 2013; Kruseman et al., 2010; Ogden et al., 2011). Enligt personerna behövde de kämpa med kost rekommendationerna och att behöva kämpa kunde följas av skuldkänslor. Äta fel kost eller att "bryta mot" kostråden kunde ge känslor av dåligt samvete och skam. Personerna uttryckte att de tänkte på möjligheten de fått av samhället genom deras GBP och därigenom fick dåligt samvete när de bröt mot kostråden (Groven et al., 2012; Groven et al., 2013; Ogden et al., 2011). Personer kunde uppleva att deras tankar och attityd om kost förändrades, som att hjärnan bearbetade kost på ett annat sätt. Personerna kunde uttrycka att kosten fick en

större betydelse eftersom kosten tog mer beaktande i livet. En del personer beskrev att betydelsen förändrades negativt. De förändrade kostvanorna kunde upplevas av personerna som minskad tillfredsställelse samt ökat självförakt. Även upplevelser av sorg och saknad av att inte kunna njuta av mat på samma sätt som innan deras GBP uttrycktes av personerna, särskilt vid speciella tillfällen som födelsedagar och Jul (Forsberg et al., 2014; Groven, 2014; Ogden et al., 2011).

*Before it was this wonderful thing that tasted nice and made me feel good; very much a comforting and joyous thing and now it's just a pain in the arse, it really is. And it doesn't give me the satisfaction it use too (Ogden et al., 2011, s. 958).*

## Fysiska förändringar

Personerna beskrev en rad kroppsliga reaktioner som gav sig tillkänna vid kostintag eller när de inte åt tillräckligt ofta. Personerna uttryckte att de var oförberedda på de fysiska förändringarna trots att kirurgen hade informerat om detta. Hunger kunde upplevas av personerna som svår att läsa av och det kunde kännas frustrerande att vara hungrig utan att kunna äta som förut. Personerna kunde uppleva att fastän deras magsäck var full kände de en fortsatt hunger. Personerna uttryckte även en förbättrad uppkomst av en tillfredställande mättnad när de åt (Forsberg et al., 2014; Groven, 2014; Groven et al., 2012; Kruseman et al., 2010). Enligt personerna var det tacksamt med den begränsande anatomin för den kunde upplevas som en bättre kontroll över kostintaget; det blev lättare att begränsa sitt ätande och lättare att äta ofta. Stress på andra sidan uttrycktes av personerna kunna försämra kontrollen från den begränsande anatomin (Forsberg et al., 2014; Groven, 2014; Groven et al., 2012; Kruseman et al., 2010).

Personerna kunde uppleva akut ohälsa av att inte äta tillräckligt ofta, att missa, skjuta upp eller hoppa över måltider kunde leda till illamående och trötthet. Detta ledde till att personerna uttryckte att de behövde passa klockan för att förebygga blodsockerfall. Personerna beskrev att de kunde behöva ta med sig mat när de skulle vara hemifrån för att kunna förebygga ett blodsockerfall (Groven et al., 2012).

Personerna uttryckte obehagliga biverkningar vid kostintag som illamående, svettning, hjärtklappning, bröstsmärta, yrsel, darrningar, diarré, magkramp, buksmärta och att känna sig

varm som kunde följas av trötthet och utmattning. Personerna kunde känna en smygande smärta som eskalerade och blev intensiv när de åt, till exempel glass, och denna smärta kunde bli så intensiv att den uppfattades som livshotande. Dessa biverkningar kunde komma plötsligt och kunde upplevas av personerna som oförutsägbara t. ex att plötsligt svimma i affären efter att ha ätit lite popcorn. Dessa oförutsägbara biverkningar vid kostintag beskrevs som hanterbara hemma men som problematiska utanför hemmet, på jobbet eller i offentliga miljöer. Detta kunde leda till rädsla för att må akut dåligt som ledde till undvikande av att äta utanför hemmet, t. ex på restaurang. Personerna uttryckte att familjen kunde påverkas av dessa oförutsägbara biverkningar, t. ex att barnen kunde behöva hjälpa föräldern till sängs eller blev rädda när föräldern mådde dåligt. Personerna kunde uppleva att det var en utmaning att ta hand om sina barn när de plötsligt kunde må dåligt. Oförutsägbarheten kunde enligt personerna påverka relationen till andra personer, och de uttryckte en vilja av att dölja de fysiska biverkningarna för andra personer på grund av en oro att avslöja sin GBP. Personerna kunde uppleva att oförutsägbara biverkningar gjorde att de kunde tappa kontroll över kostintaget. Personerna uttryckte en rädsla av att få dumping men om de kunde undvika dumping när de åt kunde de känna glädje och lättnad. Personerna beskrev att det var dem själva som triggade dumping genom att äta för mycket eller fel kost vilket gav känslor av vrede, skuld, skam och självförakt mot sig själva när de inte kunde undvika dumping. Dumping kunde även upplevas av personerna som användbart genom att rädslan utav att få dumping kunde fungera som en antabus effekt som hjälpte till att avstå från att äta mycket eller fel kost. Personerna beskrev att dumping kunde hjälpa dem att hålla sig till kostråden (Forsberg et al., 2014; Groven et al., 2012).

*Lisa and Kathy, used the phrases "warning system" and "necessary evil" to highlight the usefulness of "dumping" as a threat which reinforced their efforts to maintain food restrictions, and therefore enhanced their sense of control (Groven et al., 2012, s.45).*

Personerna kunde beskriva att tolerans av viss kost kunde skifta från gång till gång och upptäckte att kroppen kunde tolerera viss kost som egentligen inte borde kunna tolereras, t. ex alkohol. Intolerans av pasta, bröd, ris och kött upplevdes av personerna som svårt medan intolerans av sötsaker och fet mat upplevdes som en förbättring (Groven et al., 2012; Ogden et al., 2011; Kruseman et al., 2010). Personerna uttryckte att trots bra kostvanor kunde de ändå uppleva obehagliga biverkningar (Groven et al., 2012).

# Diskussion

## Metoddiskussion

En litteraturstudie med kvalitativ design valdes eftersom syftet med studien var att belysa personernas upplevelser. Valet av metod motiveras av Polit och Beck (2011) som menar att kvalitativ design är lämplig när personernas upplevelser ska belysas. En empirisk studie skulle kunna ha varit gynnsam för forskningsområdet, då det kan finnas behov av mer forskning av personernas upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP. En nackdel med den valda litteraturstudien skulle kunna vara att resultatet är baserat på studier med ett redan analyserat resultat. Därför skulle resultatet i föreliggande litteraturstudie kunna ha blivit färgat utav analyserna ifrån de vetenskapliga artiklarna som ligger till grund för resultatet. Fördelen med en litteraturstudie var dock att fler studier kunde sammanställas med ett bredare resultat från flera länder vilket Henricsson och Billhult (2012) menar kan vara positivt för en eventuell tillämpning av ett resultat. Olsson och Sörensen (2011) menar att en litteraturstudie dessutom kan vara lämplig då studenter bör undvika att störa verksamheten i hälso- och sjukvård. Studier med kvantitativ design uteslöts då Olsson och Sörensen (2011) förklarar att de inte går på djupet av ett fenomen eller tar hänsyn till kontext, vilket alltså inte ansågs relevant för att belysa personers upplevelser. Fördelen med en kvalitativ design var att det enligt Olsson och Sörensen (2011) undersöker ett fenomen utifrån personernas syn på den verklighet de upplever, som i detta fall förändrade kostvanor till följd av GBP.

Fördelen med avgränsningen att artiklarna skulle vara vetenskapliga artiklar var att enligt Backman (1998) är de forskningsrapporter som har blivit kvalitetsgranskade före publicering i en tidsskrift. På så vis beaktades kvalitén av det material som ligger till grund för resultatet i studien. Artiklarna valdes att vara publicerade från år 2005 och framåt på grund av att SOREG (2014a) menar att GBP har ökat mest det senaste decenniet. Nackdelen med att exkludera artiklar före år 2005 kan vara att det blev färre träffar i referensdatabaserna och att relevant forskning som svarade på syftet kan ha fallit bort. Detta kan ha påverkat resultatet, men Olsson och Sörensen (2011) menar att kvalitet bör eftersträvas före kvantitet vid studier med kvalitativ design, så därför ansågs vetenskapliga artiklar från år 2005 ändå vara av störst betydelse. Därigenom kan det ha varit en fördel att ha med så ny forskning som möjligt vilket stöds av Olsson och Sörensen (2011).

Det var en utmaning att hitta passande sökord och därför söktes MeSH termer upp på Svenska MeSH via Karolinska institutet [KI]. Det var till hjälp för att ringa in valt forskningsområde och för att förstå sökordens definitioner och betydelser, Willman et al. (2006) belyser att detta kan vara ett lämpligt första steg. Därigenom undveks dessutom subjektiv översättning från engelska till svenska vilket skulle kunna ha ökat trovärdigheten i litteraturstudien. Trots detta förberedande steg (KI) uppkom det ändå nya relevanta sökord under datainsamlingens gång (se Bilaga 1). Därför utfördes en extra sökning med fler och nya sökord (se Bilaga 1). Det kan ses som en begränsning att sökorden inte fanns med från början och det kan inte uteslutas ha påverkat datainsamlingen och resultatet. De extra sökningarna gav dock inte någon ny relevant artikel, men flera kopior (se Bilaga 1) som kan tyda på att om sökorden hade funnits med från början kunde datainsamlingen blivit mer effektiv. En begränsning i studien kan vara att enbart två referensdatabaser användes, hade flera olika referensdatabaser använts hade det möjligtvis blivit en bredare sökning och resultatet sett annorlunda ut. Om en ny litteraturstudie skulle göras hade ännu mer tid lagts på att ta fram passande sökord och synonymer från början och fler referensdatabaser skulle ha använts. Detta kan ha påverkat antalet vetenskapliga artiklar som ligger till resultatet. Willman et al. (2006) förklarar att sökning i flera referensdatabaser är av vikt.

Manuella sökning gjordes som ett komplement, det kan vara nödvändigt enligt Willman et al. (2006) för att få en bredare sökning. Trots att de manuella sökningarna på referenslistor upplevdes tidskrävande gav de relevanta artiklar vilket ansågs positivt. De booleska söktermerna AND och OR var en hjälp till att ringa in och avgränsa relevant litteratur. Willman et al. (2006) förklarar att det inte räcker att söka med ett sökord i taget utan booleska söktermer är av vikt. Den manuella sökningen på internet (se Bilaga 1) bidrog till en sökning med flera träffar som kan ha varit en fördel. Dock kunde denna sökning inte avgränsas lika effektivt som i referensdatabaserna och kan ha inneburit en nackdel då många titlar behövdes läsas igenom för att relevant litteratur inte skulle uteslutas. Däremot resulterade den manuella sökningen i en relevant artikel vilket skulle kunna anses som gynnsamt. Av de titlar och abstract som lästes igenom uppmärksammades det att majoriteten av studierna vid sökningarna var av kvantitativ design, och tillsammans med de andra avgränsningarna som gjordes i urvalet kan förklara bortfallet som finns i datainsamlingen.

Vetenskapliga artiklar från USA valdes att inte utgöra en del av resultatet för att sjukvårdssystemet i USA skiljer sig markant från Sverige (Sveriges Kommuner & Landsting,



2005) vilket kan innebära att pre- och post uppföljning, information om kostråd och näringstillskott kan vara så pass olika att personernas upplevelser skulle kunna påverka en eventuell tillämpning av resultatet. Artiklar från USA valdes bort också för att amerikanska personers kostvanor, attityder till kost och utbud av livsmedel i USA kan vara för olika de i Europa och Sverige (Jordbruksverket, 2013; Rozin, Fischler, Shields & Masson, 2006; Rozin, Fischler & Shields-Argelés, 2012; Rozin, Kabnick, Pete, Fischler & Shields, 2003; WHO, 2003 ), vilket eventuellt kunde förminska resultatets applicering i Sverige. Nackdelen med att inte inkludera de artiklar från USA är att färre artiklar ligger till grund för resultatet. Fördelen är dock att risken för att resultatet blev för snedvridet kan ha minskat och Olsson och Sörensen (2011) menar att kvalitet är viktigare än kvantitet i en kvalitativ studie.

Kvalitetsgranskningsprotokollet (Bilaga 2) var en hjälp för att den var enkel att följa och lätt att förstå. En nackdel med att alla punkter fick lika mycket poäng oavsett relevans var att det kan ha lett till att de punkter som granskade viktigare delar av en studie fick lika många poäng som punkter som granskade mindre viktiga delar. Willman et al. (2006) menar att varje granskningsprotokoll bör modifieras för varje studie. Således kan kvalitén av de granskade artiklarna ha blivit vinklat men en styrka ligger i att alla artiklar ändå har granskats likadant och kvalitén har bedömts på samma sätt. Hade kvalitetsgranskningen utförts av en annan person eller med mer än en person finns det risk att resultatet hade kunnat bli annorlunda i denna litteraturstudie. Henricsson (2012) förklarar att om en person enskilt utför kvalitetsgranskningen kan det påverka tillförlitligheten.

Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av Krippendorfs innehållsanalys har varit till god hjälp för att den har tydliga steg att följa. I andra steget i analysen då meningsenhet på engelska skulle översättas till svenska har svenskt-engelskt lexikon använts för att minska feltolkning vilket kan ha ökat trovärdigheten. Den största utmaningen låg i att sortera in koderna i olika kategorier men att skriva ner koderna på papperslappar och sortera i olika högar var en hjälp. Dessutom att göra denna procedur tre gånger kan ha minskat risken att koderna hamnade i fel kategorier och kan eventuellt därför ha ökat trovärdigheten. Det har varit svårt att enskilt analysera resultatet utan att kunna diskutera med någon annan person, vilket kan ha påverkat resultatet ensidigt men Henricsson (2012) skriver att det inte går att utesluta att viss förförståelse ändå påverkar dataanalysen och resultatet. En fördel kan ha varit att hjälp tagits av kollegor och grupphandledning där fler personer har läst föreliggande

studie och bedömt rimlighet av analys och resultat, vilket Henricsson (2012) menar kan vara till hjälp.

Alla de vetenskapliga artiklarna som ligger till grund för resultatet har använt sig av kvalitativa intervjuer. Olsson och Sörensen (2011) förklarar att en kvalitativ forskningsintervju är ett samtal där ämnet handlar om den intervjuade personens livsvärld. Detta är gynnsamt för resultatet eftersom de vetenskapliga artiklarnas resultat då är baserat på personernas livsvärld. Tre vetenskapliga artiklar från Norge har samma försteförfattare vilket kan ha lett till färgning av studiernas resultat (Groven, 2014; Groven et al., 2012; Groven et al., 2013). Däremot är det olika medförfattare till studierna vilket kan ha bidragit med minskad ensidig tolkning från enbart försteförfattaren. Två av dessa tre norska vetenskapliga artiklar har samma 22 intervjuer som grund men har blivit analyserade mot olika syfte (Groven, 2014; Groven et al., 2012) vilket därför har bidragit med olika och djupare nyanser av betydelse för fenomenet. Studien från England (Ogden et al., 2011) belyser upplevelser hos personer där viktminskningsoperationen inte nått upp till personernas förväntningar. Det skulle kunna vara en nackdel då eventuellt negativa upplevelser kan ha färgat resultatet, men studien svarade mot syftet och ansågs kunna ge djupare förståelse av fenomenet vilket istället kan vara till en fördel. Ogden et al. (2011) använder sig utav personer som har genomgått olika viktminskningsoperationer men här finns tydliga angränsningar vilka personer som genomgått en GBP och ansågs därför relevant till syftet. Några utav personerna i studien av Ogden et al. (2011) har fått komplikationer efter deras GBP och fått göra om operationen men det avgränsas tydligt i studien vilka personer det gäller. Enbart citat från de personer som svarade mot syftet och som inte gjort om sin första GBP utgör en del av resultatet för att undvika ett snedvridet resultat. Studien ifrån Schweiz (Kruseman et al., 2010) är en kohortstudie där flera faktorer blivit undersökta med kvantitativ metod och kvalitativ metod. Det är tydligt avgränsat vad som är kvalitativt och därför har den delen ansetts vara relevant till syftet och utgör en del av resultatet. Majoriteten av personerna i de vetenskapliga artiklarna som ligger till grund för resultatet är baserat på kvinnor och Olsson och Sörensen (2011) menar att skillnader mellan kön kan påverka.

Artiklarna som utgör föreliggande litteraturstudies resultat kommer från Norge, Sverige, England och Schweiz. Sveriges Kommuner och Landsting (2005) menar att dessa länder har liknande sjukvårdssystem men att vården i Sverige enbart kan jämföras med länder i Norden. Rasmussen et al. (2012) visar att kostvanorna inom Norden kan vara lika varandra men

skillnader mellan dessa länder finns. WHO (2003) förklarar att inkomst, priser, personliga värderingar och attityder, kultur, geografiska skillnader, miljömässiga-, sociala- och ekonomiska faktorer utgör ett komplext samband som formar personers kostvanor. Det bör reflekteras över i föreliggande litteraturstudies resultat. Därför kan litteraturstudiens resultat inte fullkomligt appliceras i Sverige. Det kan dock vara en fördel att flera artiklar kommer från andra länder då Sverige är mångkulturellt och personer med ursprung från dessa länder skulle kunna komma att genomgå en GBP i Sverige.

Etiskt resonemang eller godkännande från en etisk kommitté finns i alla de vetenskapliga artiklar som ligger till grund för resultatet. Olsson och Sörensen (2011) menar att studier enbart bör genomföras om de kan bevara respekt för människovärdet och mänskliga rättigheter, vilket då kan ses som en styrka i denna litteraturstudie.

## Resultatdiskussion

Litteraturstudiens resultat visar att personernas livsvärld kunde förändras genom att vanor i vardagen kunde förändras, kostens emotionella betydelse kunde förändras och fysiska förändringar kunde upplevas på grund av de förändrade kostvanorna till följd av en GBP. Dahlberg et al. (2003) beskriver som att varje förändring i kroppen, t. ex efter en GBP, medför en förändring av tillgången till världen, t. ex genom förändrade kostvanor, och till själva livet både på gott och ont.

I resultatet framkommer det att personerna kunde uppleva en intolerans av vissa kaloririka livsmedel, kolhydrater, kött, frukt, grönsaker och mejeriprodukter vilket av personerna kunde upplevas ge en mindre hälsosam kost. Detta kunde upplevas av personerna både som positivt och negativt. Dahlberg et al. (2003) förklarar att personer kan känna en form av otrygghet av att en förändring i kroppen påverkar det vardagliga livet och försöker undkomma detta genom att försöka återskapa trygghet, som att vilja ha kontroll över sin situation. Om personerna får kontroll över sin situation, t. ex att hantera intolerans, kan de känna trygghet. Trygghet och otrygghet är kopplat till välbefinnande och lidande. Vidare menar Dahlberg et al. (2003) att en livslång förändring, t. ex förändrade kostvanor till följd av en GBP, behöver upplevas som en naturlig del för att kunna fungera i det vardagliga livet. Laurenius (2014) menade att efter en GBP behöver personerna ändra sina kostvanor, äta proteinrikt, äta mycket frukt, grönsaker och mejeriprodukter samt undvika kaloririka livsmedel. Bland annat för att undvika näringsbrist. Bocchieri et al. (2002) ligger i linje med resultatet i föreliggande

litteraturstudie och menar att personerna kunde uppleva en intolerans och testar vilken kost de kunde tolerera; vad de tål att äta, hur mycket och hur ofta. Geraci et al. (2014) styrker resultatet och förklarar det som att personerna kunde uppleva att det var bra att de inte längre kunde äta stora mängder av sötsaker och kaloririka livsmedel. Ortega, Ortega-Evangilo, Cassinello och Sebastia (2012) styrker resultatet i denna litteraturstudie genom att bekräfta att det kunde förekomma intolerans av både kolhydrater och proteinrika livsmedel; ris, pasta, potatis, bröd, sötsaker, rött kött, mejeriprodukter och alkohol men även kyckling, vissa bönor och ägg. Sarwer et al. (2008) beskriver också att det kunde finnas svårigheter för personerna att få i sig tillräckligt med kött och protein medan Olbers, Björkman, Lindroos, Maleckas, Lönn, Sjöström och Lönnroth (2006) istället visar att personerna kan äta alla typer av kost efter en GBP men att många undviker fet kost.

I resultat framkommer det att personerna kunde uppleva fysiska effekter vid kostintag som kunde upplevas som oförutsägbara t. ex illamående, svettningar, bröstsmärta, yrsel, darrningar, diarré, magkramp och buksmärta som kunde följas av trötthet och utmattning. Personerna kunde uppleva att en smärta kunde komma smygande och eskalera till att bli intensiv och kanske kunde upplevas av personerna som livshotande. De oförutsägbara effekterna upplevdes kunna hanteras hemma men var problematiska utanför hemmet och kunde upplevas begränsa personerna. Dahlberg et al. (2003) menar att smärta, illamående, yrsel och trötthet är symptom på ett lidande. Lidande kan ge känslor som skam, saknad, osäkerhet och en känsla av sårbarhet. Vidare förklarar Dahlberg et al. (2003) att om personer inte kan lita på sin kropp kan det göra att de tappar kontroll. Lidande är en form av ohälsa som handlar om en förlorad förmåga, en förlorad tillgång till världen och livet som innebär att vilja men inte kunna. Sundbom (2014) förklarade att anatomin i mag-tarm kanalen förminskades radikalt och förändrade funktionen i tarmen vilket skulle påverka kostvanorna. Resultatet stryks av Bocchieri et al. (2002) som menar att personerna kunde uppleva fysiska effekter av förändrade kostvanor till följd av en GBP. Även Banerjee et al. (2013) överensstämmer med resultatet i denna litteraturstudie och har funnit att yrsel, smärta, svettningar, illamående, diarré, trötthet och utmattning är förekommande symptom vid t, ex dumping. Symptomen kan uppkomma direkt eller en lång stund efter att personerna ätit och påverkas direkt av personernas kostvanor (ibid.). Det uppfattades som att forskning om personernas upplevelser av dessa oförutsägbara fysiska effekter efter en GBP var bristfällig men liknande symptom beskrivs av Fletcher, Schneider, Ravenswaay och Leon (2008) hos

personer som lever med en mag-tarmsjukdom. Symptomen kunde upplevas som oförutsägbara vilket kunde ge personerna känslor av rädsla och begränsningar i livet.

I resultatet framkommer det att personerna kunde uppleva att tidigare kostvanor fortfarande kunde påverka nya vanor och vardagen. Ett fortsatt sug efter mat som inte mättades kunde upplevas av personerna. Personerna kunde ersätta en längtan efter mat med andra ohälsosamma vanor som alkohol och rökning för att avleda suget efter mat. Personerna kunde uppleva att tidigare matbegär inte försvann efter en GBP. Dahlberg et al. (2003) förklarar att en förändrad livsvärld kan göra att en person tappar kontroll. Personer kan vilja ha kontroll över sin situation och försöker därmed skaffa en form av kontroll, t. ex ersätta suget efter mat, för att skapa trygghet. Dahlberg et al. (2003) beskriver som att personer som har svårigheter att äta av olika slag men har en ökad aptit kan känna en form av ångest. En ångest som personerna kan försöka dämpa med en konsumtion av andra saker de kan stoppa i munnen som cigaretter, mat och godis. Sundbom (2014) menade att de gamla kostvanorna bör förändras efter en GBP för att personerna ska få effekt av operationen. Bocchieri et al. (2002) har likheter med resultatet i denna litteraturstudie och beskriver det som att tidigare ätproblematik fortfarande kunde finnas kvar hos personerna. De personer som ansåg sig ofta äta utav känslomässiga skäl före en GBP kunde ha svårast att lära sig nya kostvanor, och de kunde vara tvungna att hitta nya sätt att hantera känslor. Saunders (2001) överensstämmer med resultatet men beskriver att ett tidigare sug efter mat eller matmissbruk inte alltid försvann hos personerna utan kunde bytas ut mot ett annat missbruk. Vidare formulerar sig Saunders (2001) som att personerna kunde etablera andra lämpligare sätt att hantera sina känslor och att personerna kunde lära sig detta med tiden genom att bli mer medvetna om orsaken till matbegäret. Lepage (2010) har likheter med föreliggande resultat och formulerar sig som att personerna kunde ersätta ett tidigare matbegär med ätstörningsliknande beteenden, droger, tatueringar eller shopping som ett sätt att hantera ilska, upprördhet, sorg och en inre tomhet. Alfonsson et al. (2014) och Svensson et al. (2013) belyser att alkoholkonsumtion skulle kunna öka efter GBP samtidigt som Edlund (2014) och Laurenus (2014) beskriver att alkohol bör undvikas. Bocchieri et al. (2002) menar att en GBP kunde hjälpa dessa personer att känna igen när de åt av emotionella skäl och inte utav hunger.

I resultatet framkommer det att personerna kunde uppleva att information kunde vara av betydelse. Personerna kunde uttrycka ett behov av mer råd, stöd och utbildning inom kosten efter en GBP. Dahlberg et al. (2003) förklarar det som att information, att förstå vårdaren och

tydlighet från vården kan ha en koppling till välbefinnande och trygghet hos personerna. Bristande information menar Dahlberg et al. (2003) skulle istället kunna ge lidande. Lidande och ohälsa är kopplat till varandra men välbefinnande är inte samma sak som hälsa. Personer kan känna välbefinnande trots ohälsa men det är beroende av hur personerna hanterar och förhåller sig till förändringen, t. ex förändrade kostvanor till följd av en GBP. Laurenius (2014) beskriver att personerna bör få information och utbildning om kosten innan en GBP. Sarwer et al. (2008) har likheter med föreliggande litteraturstudies resultat och visar det som att förberedelser och information före en GBP kunde ha ett samband med hur de rekommenderade kostvanorna följdes efter en GBP. Sarwer et al. (2008) menar vidare att personernas kostvanor före GBP kunde ha ett samband med kostvanorna efter en GBP och personer som hade större självkontroll och lyckades ändra sin kost före en GBP kunde ha det lättare att följa kost rekommendationer efter en GBP (ibid.). Det skulle kunna tyda på att den pre- och post vården har betydelse för personernas upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP.

Resultatet visar att personerna kunde uppleva förändrade kostvanor till följd av en GBP med ambivalenta känslor. Resultatet bygger på personers upplevelser från hemgång ifrån sjukhuset upp till åtta år efter GBP. Om kostvanorna förändras över tid skulle det kunna tyda på att personernas upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP också till viss del skulle kunna förändras över tid, och därigenom kunna påverka resultatet. Sarwer et al. (2008) och Laurenius et al. (2012) beskriver att kostvanorna skulle kunna förändras över tid (ibid.) och om det är så skulle det kunna vara en del av en förklaring till att personernas upplevelser i föreliggande litteraturstudies resultat i vissa delar kunde vara ambivalenta (ibid.). Kriterierna för operation, den pre- och postoperativa vården, uppföljningen samt personernas BMI är faktorer som kan påverka resultatet av en GBP (Hänni, 2014a; Hänni, 2014b; Sundbom, 2014; Hänni, 2014c) vilket skulle kunna tyda på att personernas upplevelser också skulle kunna påverkas av dessa faktorer och därigenom ha påverkat resultatet.

## Slutsatser

Studien syfte var att belysa personers upplevelser av förändrade kostvanor till följd av en GBP och resultatet visar att personernas kunde uppleva positiva effekter och svårigheter med kostförändringar i livet; genom vanor, emotionellt och fysiskt. Personernas livsvärld kunde

förändras och deras hälsa kunde påverkas. Enligt Socialstyrelsen (2005) bör sjuksköterskan arbeta hälsofrämjande och förebygga ohälsa genom att t. ex motverka komplikationer av behandling, motivera till livsstilsförändringar, undervisa och stödja i egenvård. En ökad förståelse och kunskap hos sjuksköterskor utifrån föreliggande litteraturstudies resultat kan ge en insikt i personernas livsvärld. Det skulle möjligen kunna vara betydelsefullt för det hälsofrämjande arbetet samt för en evidensbaserad omvårdnad, personcentrerad omvårdnad och i teamsamverkan med läkare, dietist och psykolog. Då den kirurgiska behandlingen av övervikt ökar och majoriteten av personerna som genomgår en GBP är relativt unga (SOREG, 2014a) skulle det kunna tyda på att sjuksköterskor i större utsträckning kan komma att vårda dessa personer nu och i framtiden inom hela vårdkedjan.

Frågor har väckts kring hur personernas hälsa påverkas av intolerans av viss rekommenderad kost och oförutsägbara fysiska biverkningar vid kostintag. Det har även väckts frågor kring hur personerna påverkas som äldre av förändrade kostvanor till följd av en GBP och hur sjuksköterskan ska förhålla sig till detta i omvårdnaden. Det uppfattades som svårt att jämföra föreliggande litteraturstudies resultat med relevanta tidigare studier eventuellt på grund av bristfällig forskning. Det behövs mer forskning i Sverige som undersöker förändrade kostvanor till följd av en GBP t. ex; personernas upplevelser, hur äldre personers näringsbehov påverkas av förändrade kostvanor till följd av en GBP, hur intolerans av viss rekommenderad kost påverkar personernas näringsbehov och livsvärld samt hur vården kan förbättra informationen och stödet till personerna angående kostvanor efter en GBP. Sjukvården kan möjligtvis behöva reflektera mer kring att förändrade kostvanor till följd av en GBP på flera olika sätt kan förändra personernas livsvärld, samt eventuellt förbättra informationen om detta till personerna före en GBP.

## Referenser

- Alfonsson, S., Sundbom, M., & Ghaderi, A. (2014). Is age a better predictor of weight loss one year after gastric bypass than symptoms of disordered eating, depression, adult ADHD and alcohol consumption? *Eating Behaviors, 15*, 644-647.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Banerjee, A., Ding, Y., Mikami, D., & Needleman, B. (2013). The role of dumping syndrome in weight loss after gastric bypass surgery. *Surgical Endoscopy, 27*, 1573-1578.
- Benson-Davies, S., Davies, M., & Kattelman, K. (2013). Understanding Eating and Exercise Behaviors in Post Roux-en-Y Gastric Bypass Patients: A Quantitative and Qualitative Study. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care, 8*(2), 61-68.
- Bocchieri, L.E., Meana, M., & Fisher, B-L. (2002). Perceived Psychosocial Outcomes of Gastric Bypass Surgery: A Qualitative Study. *Obesity Surgery, 12*, 781-788.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination* (sid 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Edlund, K. (2014). Psykologisk bedömning. I K. Edlund, & A. Hänni (Red.), *Kirurgisk behandling av fetma. Medicinska och psykologiska aspekter* (sid 97-108).
- Fletcher, C.P., Schneider, M.A., van Ravenswaay, V., & Leon, Z. (2008). I Am Doing the Best That I Can! Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome (Part II). *Clinical Nurse Specialist, 22*(6), 278-285.
- Forsberg, A., Engström, Å., & Söderberg, S. (2014). From reaching the end of the road to a new lighter life- People's experiences of undergoing gastric bypass surgery. *Intensive and Critical Care Nursing, 30*, 93-100.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Geraci, A.A., Brunt, A., & Marihart, C. (2014). The Work behind Weight-Loss Surgery: A Qualitative Analysis of Food Intake after the First Years Post-Op. *International Scholarly Research Network Obesity, 2014*, 1-6.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.
- Groven, K.S. (2014). "Then I Can Become Very Ill": Women's Experience of Living With Irreversible Changes in Their Viscera. *Health Care for Women International, 0*, 1-21.



- Groven, K.S., Engelsrud, G., & Råheim, M. (2012). Living with Bodily Changes after Weight Loss Surgery Women's Experiences of Food and "Dumping". *Phenomenology & Practise*, 6(1), 36-54.
- Groven, K.S., Råheim, M., Braithwaite, J., & Engelsrud, G. (2013). Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 699-708.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination* (sid 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination* (sid 129-160). Lund: Studentlitteratur.
- Hänni, A. (2014a). Indikationer och kontraindikationer. I K. Edlund, & A. Hänni (Red.), *Kirurgisk behandling av fetma. Medicinska och psykologiska aspekter* (sid 51-58).
- Hänni, A. (2014b). Bedömning och preoperativ utredning. I K. Edlund, & A. Hänni (Red.), *Kirurgisk behandling av fetma. Medicinska och psykologiska aspekter* (sid 59-72).
- Hänni, A. (2014c). Postoperativ uppföljning. I K. Edlund, & A. Hänni (Red.), *Kirurgisk behandling av fetma. Medicinska och psykologiska aspekter* (sid 133-149).
- Jordbruksverket. (2013). *Köttkonsumtionen i siffror. Utveckling och orsaker*. Jönköping: Jordbruksverket.
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination* (sid 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Laurenus, A. (2014). Att äta som opererad. I K. Edlund, & A. Hänni (Red.), *Kirurgisk behandling av fetma. Medicinska och psykologiska aspekter* (sid 119-131).
- Laurenus, A., Larsson, I., Bueter, M., Melanson, K.J., Bosaeus, I., Bertéus-Forslund, H., Lönroth, H., Fändriks, L., & Olbers, T. (2012). Changes in eating behavior and meal pattern following Roux-en-Y gastric bypass. *Bariatric Original Article*, 36, 348-355.
- Lepage, C. (2010). The Lived Experience of Individuals following Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: A phenomenological Study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5(1), 57-64.
- Mason, E.E. (1967). Gastric bypass in obesity. *Surgical Clinics of North America*, 47, 1345-1351.
- Nationalencyklopedin*. (1993). Höganäs: Bra böcker.
- Ogden, J., Avenell, S., & Ellis, G. (2011). Negotiating control: Patient's experiences of unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology and Health*, 26(7), 949-964.

- Olbers, T., Björkman, S., Lindroos, A.K., Maleckas, A., Lönn, L., Sjöström, L., & Lönroth, H. (2006). Body Composition, Dietary Intake, and Energy Expenditure After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass and Laparoscopic Vertical Banded Gastroplasty. *Annals of Surgery*, 244(5), 715-722.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv (3e uppl.)*. Stockholm: Liber.
- Ortega, J., Ortega-Evangilo, G., Cassinello, N., & Sebastia, V. (2012). What Are Obese Patients Able to Eat after Roux-en-Y Gastric Bypass? *Obesity Facts*, 5, 339-348.
- Polit, F.D & Beck, T.C. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Rasmussen, L.B., Andersen, L.F., Borodulin, K., Enghardt, B.H., Fagt, S., Matthiessen, J., Sveinsson, T., Thorgeirsdottir, H., & Trolle, E. (2012). *Nordic monitoring of diet, physical activity and overweight: First collection of data in all Nordic Countries 2011 (552)*. Danmark: Kailow Express ApS.
- Rozin, P., Fischler, C., & Shields-Argelés, C. (2012). European and American perspectives on the meaning of natural. *Appetite*, 59, 448-455.
- Rozin, P., Fischler, C., Shields, C., & Masson, E. (2006). Attitudes towards large numbers of choices in the food domain: A cross-cultural study of five countries in Europe and the USA. *Appetite*, 46, 304-308.
- Rozin, P., Kabnick, K., Pete, E., Fischler, C., & Shields, C. (2003). THE ECOLOGY OF EATING: Smaller Portion Sizes in France Than in the United States Help Explain the French Paradox. *Psychological Science*, 14(5), 450-454.
- Sarwer, D., Wadden, T., Moore, R., Baker, A., Gibbons, L., Raper, S., & Williams, N. (2008). Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4, 640-646.
- Saunders, R. (2001). Compulsive Eating and Gastric Bypass Surgery: What does Hunger have to do with It? *Obesity Surgery*, 11, 757-761.
- Scandinavian Obesity Surgery Registry. (2014a). *Årsrapport SOReg 2013 Del 1 – operationsstatistik, case mix och tidiga komplikationer*. Örebro: Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi.
- Scandinavian Obesity Surgery Registry. (2014b). *Annual report SOReg 2013 Part 2 Follow up, changes in weight and comorbidity, long term complications and quality indicators for each hospital*. Örebro: Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi.
- Sjöström, L., Lindroos, A.K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöström, C.D., Sullivan, M., & Wedel, H. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England Journal of Medicine*, 26, 2683-2693.

Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A-K., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., Stenlöf, K., Torgersson, J., Ågren, G., & Carlsson, L. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 741-752.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma- problem och åtgärder*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Sundbom, M. (2014). Det kirurgiska ingreppet- hur går det till? I K. Edlund & A. Hänni (Red.), *Kirurgisk behandling av fetma. Medicinska och psykologiska aspekter* (sid 109-118). Lund: Studentlitteratur

Sundbom, M., & Gustavsson, S. (2004). Bariatric Surgery. *Clinics in Dermatology*, 22, 325-331.

Svensson, P.A., Anveden, Å., Romeo, S., Peltonen, M., Ahlin, S., Burza, A.M., Carlsson, B., Jacobson, P., Lindroos, A.K., Lönroth, H., Maglio, C., Näslund, I., Sjöholm, K., Wedel, H., Söderpalm, B., Sjöström, L., & Carlsson, L. (2013). Alcohol Consumption and Alcohol Problems After Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *Obesity*, 21(12), 2444-2451.

Sveriges kommuner och landsting. (2005). *Svensk sjukvård I internationell belysning: en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Ullrich, J., Ernst, B., Wilms, B., Thurnheer, M., & Schultes, B. (2013). Roux-en Y Gastric Bypass Surgery Reduces Hedonic Hunger and Improves Dietary Habits in Severely Obese Subjects. *Obesity Surgery*, 23, 50-55.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization Europe. (2014a). *Obesity*. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity> (2014-10-20).

World Health Organization. (2014b). *Obesity and overweight*. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (2014-10-20).

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Schweiz: WHO.

Zwaan, M., Hilbert, A., Swan-Kremier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, M.L, Monson, T., Crosby, R.D., & Mitchell, J.E. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6, 79-87.

## Bilaga 1 Databassökningar 1(4)

Pubmed

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda
1. Gastric bypass (MeSH)	5249	141006		
2. Life Change Events (MeSH)	19203	141006		
3. Food Habits (MeSH)	140769	141006		
4. S1 AND S2	3	141006	2	
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Healthy body healthy mind: discovering a new me” <b>Related citations</b>		141006	1	
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”My journey from there to here” <b>Related citations</b>		141006	1	
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Living large: a personal story” <b>See all</b>		141006	1	
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Expectations and outcomes with gastric bypass surgery” <b>Related citations</b>		141006	1	1
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Dietary, weight, and psychological changes among patients with obesity, 8 years after gastric bypass” <b>Related citations</b>		141006	1	1
5. S1 AND S2 AND S3	0	141006		
6. S1 AND S3	40	141007	18	
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass” <b>Cited by</b>		141007	2	0
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Food selections of Roux-en-Y gastric bypass patients up to 2.5 years postsurgery” <b>Related citations</b>		141007	2	0
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review” <b>Cited by</b>		141007		
<b>Manuell sökning</b> via artikel ”They think surgery is just a quick fix” <b>Related citations</b>		141007	1	1
7. Qualitative Research (MeSH)	19677	141008		

## Bilaga 1 Databassökningar 2(4)

Pubmed

8. Bariatric Surgery (MeSH)	11680	141008		
9. Patient Satisfaction (MeSH)	53102	141008		
10. S1 AND S9	79	141008		
11. S1 AND S9 AND S2	0	141008		
12. S1 AND S7	0	141008		
13. S8 AND S3 AND S2	0	141008		
14. gastric bypass	8532	141008		
15. food habits	145203	141008		
16. patient experience	250259	141008		
17. qualitative study	114468	141008		
18. S14 AND S15 AND S16 AND S17	0	141008		
19. S14 AND S15 AND S17	2	141008	2	1
20. <b>Manuell sökning</b> via artikel "Then I Can Become Very Ill": Women's Experiences of Living With Irreversible Changes in Their Viscera" <b>Referenser</b>	2	141008	2	1
21. Nursing	589354	141008		
22. S14 AND S21	97	141008		
23. Qualitative	137270	141008		
24. S22 AND S23	2	141008	1	1
25. Eating (MeSH) OR Feeding behavior (MeSH) OR Food (MeSH) OR Food intake (MeSH) OR Appetite regulation (MeSH) OR Food habits (MeSH) OR Meals (MeSH) AND Gastric bypass (MeSH)	239	141114	23	0 (2*)

\* står för dubletter.

## Bilaga 1 Databassökningar 3(4)

Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstract	Antal valda
1. CH Gastric Bypass	1397	141009		
2. CH Life Experiences	12353	141009		
3. CH Patient Attitudes <b>OR</b> Patient Satisfaction	56708	141009		
4. <b>S1 AND S2</b>	<b>3</b>	141009	<b>3</b>	<b>0</b>
5. CH Food Habits	8011	141009		
6. <b>S1 AND S3</b>	<b>7</b>	141009	<b>3</b>	<b>0</b>
7. <b>S1 AND S5</b>	<b>7</b>	141009	<b>5</b>	<b>0</b>
8. <b>S2 AND S3</b>	68157	141009		
9. <b>S1 AND S5 AND S8</b>	0	141009		
10. <b>S1 AND qualitative</b>	<b>3</b>	141009	<b>2</b>	<b>0 (1*)</b>
11. <b>S5 OR eating behavior OR diet</b>	84565	141009		
12. <b>S2 AND CH Patient Attitudes OR CH Patients Satisfaction OR qualitative OR patient experiences</b>	13489	141009		
13. <b>S1 AND S11 AND S12</b>	<b>5</b>	141009	<b>4</b>	<b>0 (1*)</b>
14. gastric bypass AND psychosocial factors	<b>51</b>	141009	<b>19</b>	<b>0 (3*)</b>

## Bilaga 1 Databassökningar 4(4)

Cinahl

15. gastric bypass AND food habits AND qualitative	0	141010		
16. gastric bypass AND food habits	8	141010	6	0
17. gastriv bypass AND qualitative	1	141010	1	0
18. CH Meals	180	141010		
19. CH Gastric Bypass	952	141010		
20. S18 AND S19	0	141010		
21. CH Meal preparation	1000			
22. CH Menu planning	928	141010		
23. CH Eating behavior	7893	141010		
24. CH Eating	3799	141010		
25. S18 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	13177	141010		
26. S19 AND S25	16	141010	10	0 (6*)
27. food OR food habits OR food intake OR diet OR eating OR eating behavior OR meals AND CH Gastric bypass	37	141114	9	0 (4*)

\* står för dubletter.

<b>Manuella sökningar</b>	Internet Google 36400 träffar	141114	<b>36</b>	<b>1</b>
-------------------------------	----------------------------------	--------	-----------	----------



## Bilaga 2 Granskningsprotokoll 1(2)

### Bilaga H

#### Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

##### Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

##### Patientkaraktäristika

Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?

Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja  Nej  Vet ej

##### Urval

– Relevant?

Ja  Nej  Vet ej

– Strategiskt?

Ja  Nej  Vet ej

##### Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja  Nej  Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

##### Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja  Nej  Vet ej

– Råder datamätnad?

Ja  Nej  Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja  Nej  Vet ej

##### Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja  Nej  Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?

Ja  Nej  Vet ej

## Bilaga 2 Granskningsprotokoll 2(2)

*Evidensbaserad omvärldnad*

*Bilaga H*

### Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/  
analys adekvat?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

**Kommentar** .....

.....  
.....

**Granskare (sign)** .....

## Bilaga 3 Artikelöversikt 1(4)

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalité
Forsberg, A., Engström, Å., & Söderberg, S. (2013). Sverige.	”From reaching the end of the road to a new lighter life- People´s experiences of undergoing gastric bypass surgery”.	Beskriva personers upplevelser av att genomgå GBP, från beslut perioden före operationen till 2 månader efter operationen.	Intervjuer (hemmet eller arbetsplatsen). Kvalitativ innehållsanalys (manifest och latent), meningsenheter togs ut kondenserades, kategorier skapades med ett tema.	Strategiskt urval av 8 kvinnor och 2 män som blev rekryterade via post-operativ uppföljning på kirurg mottagning. 30-53 år.	13/16 poäng, 81%=Hög
Groven, K-S. (2014). Norge.	“Then I Can Become Very Ill”: Womens Experiences of Living With Irreversible in Their Viscera”.	Undersöka kvinnors upplevelser av att hantera förändringarna i mag-tarmkanalen efter GBP samtidigt med att begränsa sitt kostintag	Semistrukturerade-intervjuer (på café eller i hemmet). Analys inspirerad av Van Manen (1997) beskrivning av tema analys. Transkription, meningsenheter, teman och tolkning.	22 kvinnor som blev rekryterade från östra delen av Norge, 24-54 år.	13/16 poäng, 81%=Hög

## Bilaga 3 Artikelöversikt 2(4)

<p>Groven, K-S., Engelsrud, &amp; G., Råheim, M. (2012). Norge.</p>	<p>”Living with Bodily Changes after Weight Loss Surgery Women’s Experiences of Food and Dumping”.</p>	<p>Undersöka kvinnors upplevelser av dumping efter GBP.</p>	<p>Semistrukturerade-intervjuer (på café eller i hemmet). Analys inspirerad av Van Manen (1997) beskrivning av tema analys. Transkription, meningensheter, teman och tolkning.</p>	<p>22 kvinnor som blev rekryterade från östra delen av Norge, 24-54 år.</p>	<p>13/16 poäng, 81%=Hög</p>
<p>Groven, K-S., Råheim, M., Braithwaite, J., &amp; Engelsrud, G. (2013). Norge.</p>	<p>”Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle?”.</p>	<p>Undersöka hur 11 kvinnor upplevde sina kroppsliga förändringar samtidigt som de försöker ändra sin livsstil.</p>	<p>Fokusgrupp och intervjuer. Analys inspirerad av van Manen (1997), intervjuer och anteckningar transkriberades och teman togs fram.</p>	<p>11 kvinnor som deltog i post-operations rehabiliteringsprogram efter rekommendation från sina kirurger. 30-55 år. I intervju nummer två deltog 9/11 kvinnor.</p>	<p>13/16 poäng, 81%=Hög</p>

## Bilaga 3 Artikelöversikt 3(4)

<p>Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., &amp; Golay, A. (2010). Schweiz.</p>	<p>”Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass”.</p>	<p>Primärt att dokumentera vikt och kroppsförändringar hos patienter mer än fem år efter viktminskningsoperation, och att undersöka om kost, vanor eller psykologiska faktorer hade samband med viktminskning över lång tid. Sekundärt att undersöka patienternas upplevelser om långsiktiga förbättringar och svårigheter relaterade till operationen.</p>	<p>Kohortstudie med frågeformulär och semistrukturerade intervjuer (intervjuerna utspelade sig under sista besöket för uppföljning på kliniken). Kvantitativ data analyserades statistiskt medan intervjuernas analys är otydlig men teman har skapats.</p>	<p>80 kvinnor rekryterade från ett universitetssjukhus där operationen utfördes och blev uppföljda via deras klinik. 27-53 år.</p>	<p>14/16 poäng, 87%=Hög</p>
--	--	---	---	--	-----------------------------

## Bilaga 3 Artikelöversikt 4(4)

<p>Ogden, J., Avenell, S., &amp; Ellis, E. (2011). England</p>	<p>”Negotiating control: Patients’ experiences of unsuccessful weight-loss surgery”.</p>	<p>Undersöka patienters upplevelser av viktminskningsoperation som inte ansågs framgångsrik (om de hade gått upp i vikt efter operationen, om de inte tyckte att de hade gått ner tillräckligt eller minimalt i vikt).</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer (på kliniken eller via telefon). Tolkande analys (IPA). Delar av text togs ut, bildade kategorier, underkategorier och huvudteman.</p>	<p>8 kvinnor och 2 män som blev rekryterade från en obesitas-klinik och från en patient- stödgrupp. 38-56 år.</p>	<p>12/16 poäng, 75%=Medel</p>
--	--	--	--	---	-------------------------------

## Bilaga 4 Exempel på analysförfarande 1(2)

Meningsenhet	Översättning	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
<i>Participants expressed that they were in an on-going process to learn which food they could tolerate</i> (Forsberg, Engström & Söderberg, 2013, s. 97).	Deltagarna uttryckte att de var i en pågående process att lära sig vilken kost de kunde tolerera	Är i en pågående process att lära sig vilken kost de tolererar	Pågående läroprocess om kosten	Nya vanor i vardagen
<i>Live in a state of tension between losing control (over eating) and maintaining control</i> (Groven, 2014, s. 12).	Lever i ett tillstånd av spänning mellan att förlora kontroll (över ätandet) och behålla kontroll	Spänning mellan förlora och behålla kontroll över ätandet	Spänning erhålla kontroll över ätande	
<i>On special occasions such as birthdays, Christmas, I really miss being able to enjoy food in the way I did previously</i> (Groven, 2014, s. 14).	Vid speciella tillfällen som födelsedagar, Jul, saknar jag verkligen att kunna njuta av mat på samma sätt jag gjorde tidigare	Vid speciella tillfällen som födelsedagar och Jul saknar jag att kunna njuta av mat	Saknar att njuta av mat vid speciella tillfällen	Emotionella förändringar
<i>I definitely think that the surgery has altered how my brain processes food, even just the very fact of eating</i> (Ogden, Avenell & Ellis, 2010, s. 958).	Jag tror definitivt att operationen har förändrat hur min hjärna bearbetar mat, även just själva faktumet att äta	Jag tror att operationen har förändrat hur min hjärna bearbetar mat och ätande	Förändrade tankar och attityd om mat och ätande	

## Bilaga 4 Exempel på analysförfarande 2(2)

<p><i>The fear of dumping was described as similar to an antabuse effect and helped them to retrain from eating too much or wrong food</i> (Forsberg, Engström &amp; Söderberg, 2013, s. 97).</p>	<p>Rädslan för dumping var beskriven som lik en antabus effekt och hjälpte dem att avstå från att äta för mycket eller fel mat</p>	<p>Rädsla att drabbas av dumping var som en antabuse effekt</p> <p>Rädslan hjälpte dem att avstå från för mycket eller fel kost</p>	<p>Rädsla att få dumping</p> <p>Rädslan hjälpte till att avstå från fel kost</p>	<p>Fysiska förändringar</p>
<p><i>Even...adjusted their diet, they occasionally experienced episodes of illness and discomfort</i> (Groven, Engelsrud &amp; Råheim, 2012, s. 43).</p>	<p>Även om/när de justerade sin kost, upplevde dem emellanåt episoder av ohälsa och obehag</p>	<p>Kunde uppleva ohälsa och obehag trots att de följde kostråden</p>	<p>Upplevd ohälsa och obehag trots bra kostvanor</p>	