



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Påverkan på patienters psykiska och fysiska tillstånd efter en gastric bypass operation

- En litteraturstudie

Författare: Louise Andersson & Karolina Ljunggren

Handledare: Elisabet Werntoft

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Påverkan på patienters psykiska och fysiska tillstånd efter en gastric bypass operation

En litteraturstudie

Författare: Louise Andersson & Karolina Ljunggren

Handledare: Elisabet Werntoft

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Fetma och övervikt är ett globalt problem som innebär stort lidande för många människor. En av många metoder för att bota fetma är att genomgå en gastric bypass operation som innebär en kirurgisk förminskning av magsäcken. Syftet med studien var att belysa patienters psykiska och fysiska påverkan efter en gastric bypass operation. I studien granskades 10 artiklar som ligger till grund för resultatet. Det framkom att många patienter är nöjda med operationen och att den psykiska och fysiska hälsan förbättras kort efter operationen. Efter ett par år sågs en mindre viktökning och för vissa deltagare även en försämring av den psykiska och fysiska hälsan. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har kunskap om hur en patient mår både psykiskt och fysiskt efter en gastric bypass operation, för att på bästa sätt kunna hjälpa och stödja. Kunskapen är även viktig för att kunna informera och ge råd på ett adekvat sätt till personer som funderar på att genomgå eller har genomgått en sådan operation.

Nyckelord

Gastric bypass, Psykisk hälsa, Fysisk hälsa, Viktreducering,

Upplevelse av Operationen

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Gastric bypass operation	5
Förberedelser inför operationen	6
Fetmas påverkan på psykisk och fysisk hälsa	7
Livskvalitet	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Datainsamling	10
Sökschema	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Psykisk hälsa	13
Depression	13
Socialt liv och Livskvalitet	13
Vikt	14
Fysisk hälsa	15
Smärta	15
Diabetes Mellitus typ 2	15
Hypertoni	16
Kolesterol	16
Sömnapné	17
Kost och nutrition	17
Upplevelser av operationen	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	19
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	22
Referenser	23
Bilaga 1	27

Introduktion

Problemområde

I västvärlden idag är en stor del av befolkningen överviktig eller fet. Fetma medför ett stort lidande för patienten och kan leda till en dålig självbild. Personer som lider av fetma utsätts i större utsträckning för mobbning och nedvärderande åsikter på arbetsplatsen och/eller i sociala sammanhang (Lindroos & Rössner, 2007). Fetma medför även en betydande kostnad för samhället och sjukvården (SBU– [Statens beredning för medicinsk utvärdering], 2002).

Det finns metoder för viktreducering, den vanligaste formen är att med hjälp av olika kost- och träningsprogram försöker minska i vikt. Ett annat sätt är att med hjälp av läkemedel minska aptit/fettupptaget från födan och därmed minska i vikt. Det finns även psykologiska metoder såsom kognitiv beteendeterapi. Problemet för dessa viktreduceringsformer är att de sällan leder till en bestående viktnedgång hos personer som utvecklat en sjuklig fetma. För dessa personer är obesitaskirurgi en möjlig utväg (Järhult & Offenbartl, 2006).

Det utförs cirka 7000 gastric bypass operationer årligen i Sverige och siffran förväntas öka (Socialstyrelsen, 2011). Kunskapen om långtidseffekterna är idag begränsad, då det hittills bara utförts få studier på detta område (Olbers, 2011). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska är det sjuksköterskans plikt att hålla sig uppdaterad om nya råd och rön, för att kunna informera patienten på ett adekvat sätt samt utföra säker vård (Socialstyrelsen, 2005). För att på bästa sätt kunna hjälpa och vägleda personer som står inför beslut om operation är det därför relevant för sjuksköterskan att inhämta information om hur en gastric bypass operation påverkar en person både psykiskt och fysiskt.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt WHO (2013) innebär hälsa: "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease" WHO [World Health Organisation]. Många personer som lider av fetma har en psykisk och fysisk ohälsa samt en nedvärderande självbild där de ser sig själva som enbart feta. De har även en negativ bild gentemot andra personer som lider av fetma vilket gör att de som grupp inte kan finna stöd hos varandra (Lindroos & Rössner, 2007).

Omvårdnadsteoretikern Jean Watsons mål är att främja hälsa och inre harmoni och på så sätt hjälpa människan att må bättre. Hon anser att människan har tre dimensioner, ande, kropp och själ. Anden består av en persons känslor och är det som berör och styr kroppen och själen. Alla dimensionerna påverkas av självet som är den uppfattning personen har om sig själv som baseras på minnen, levnadshistoria, tankar och förnimmelser. De olika dimensionerna uppfattar olika delar av världen, men endast det som kan förstås kan uppfattas. En person måste mötas där den är, för att kunna förstå och på så sätt förändra. Människor kan bara bli hjälpta om de vill ha hjälp och är villiga att hjälpa sig själva. Målet med omvårdnaden enligt Watson är att hjälpa patienten att få bättre självförståelse, vilket innebär att det blir lättare att vara förberedd på förändringar i livet samt fatta egna beslut. Att uppmuntra patienterna, att tänka framåt och se hur situationen kan vara och inte hur den är, kan ge motivation till att fortsätta sträva framåt. Förmågan att hantera sin livssituation är ett tecken på hälsa (Watson, 1993).

En modell som kan underlätta för att uppfylla dessa omvårdnadsmål är SAUK-modellen som är en bekräftande omvårdnadsmodell. Bekräftad omvårdnad innebär att man förstärker självbedömande, självbestämmande samt självförverkligande hos människan. SAUK-modellen går ut på att bekräfta människans jag och innehåller fyra olika faser. S-fasen innebär att uttrycka *sympati* i relationen mellan sjuksköterska och patient. Som sjuksköterska uttrycker du oro och medkänsla för varje individs välbefinnande. Syftet med detta är att främja patientens kompetens till att själv skapa ett bättre liv. A-fasen står för accepterande.

Sjuksköterskan ska *acceptera* och skapa en icke dömande dialog, där patienten känner sig trygg att öppna sig och uttrycka sina tankar och känslor. U-fasen innebär att du som sjuksköterska ska förstå hur patienten själv *upplever* sin livssituation. K-fasen står för *kompetens*. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att ta tillvara på och utveckla sin kompetens. Dessa fyra faser är modellens bekräftelseprocess och omvårdnadsmål (Gustafsson, 2004).

Fetma och övervikt

Body Mass Index (BMI) är det vanligaste sättet att mäta kroppsmassa idag. BMI räknas ut genom att ta kroppsvikten delat med kroppslängden upphöjt i två. Detta får fram hur många kilogram personen i fråga väger per kvadratmeter, vilket blir detsamma som personens BMI (SBU, 2002). BMI mellan 18,5 och 24,9 räknas som normalt BMI (Vårdguiden, 2012). BMI på 25 eller mer räknas som övervikt och ett BMI på över 30 räknas som fetma (O'Brien & Dixon, 2002). Nackdelen med den här BMI-metoden är att den inte tar hänsyn till och kan skilja på personers kroppsbyggnad, såsom överflödigt fettmassa eller kraftig muskelmassa. Även var på kroppen fettets ansamlas har bevisats ha en stor betydelse för hälsoriskerna till exempel om fettets ansamlas kring bålen, och då framförallt buken, ökar risken för hälsoproblem (SBU, 2002).

Enligt WHO är 35 procent av alla vuxna människor i världen överviktiga. Övervikt är något vanligare för kvinnor där 35 procent är överviktiga och bland männen är det 34 procent som är överviktiga. År 2008 led 14 procent av kvinnorna och 10 procent av männen i världen av fetma. USA är landet där flest människor är överviktiga med 62 procent medan 26 procent av dessa även lider av fetma. I Europa är det 22 procent som lider av fetma (WHO 2013). I Sverige idag är 12-14 procent av alla vuxna personer drabbade av fetma medan 35 procent av Sveriges vuxna befolkning är överviktig (Folkhälsoinstitutet, 2012). Fetmaepidemin har spridit sig till länder som tidigare inte haft problem med övervikt. Några exempel på dessa länder är Ryssland med 54 procent överviktiga personer, Brasilien med 36 procent överviktiga personer, Malaysia med 27 procent överviktiga personer och Kina med 29,5 procent överviktiga personer (O'Brien & Dixon, 2002).

Evolutionen har under miljontals år bildat en överlevnadsmekanism som innebär att människan samlar på sig fettdepåer under de tider det finns gott om föda, detta för att

underlätta och förbereda inför svältperioder. I västvärlden idag där det finns mat i överflöd blir denna mekanism till en nackdel med stora risker för övervikt (O'Brien & Dixon, 2002). Det är inte bara ökat kaloriintag som leder till utvecklingen av fetma, utan även andra faktorer såsom minskad aktivitet i form av stillasittande jobb, rulltrappor, hissar samt ökad tillgång till bil. Andra riskfaktorer för att utveckla fetma kan vara graviditet, klimakterie, rökstopp, vissa läkemedel, ärftlighet och överviktiga vårdnadshavare. Tvillingstudier visar att trots att barnen växt upp i olika miljöer utvecklar de ofta samma kroppsbyggnad, vilket visar genernas betydelse (SBU, 2002).

Gastric bypass operation

Det är främst två olika metoder av fetmakirurgi som utförs idag, gastric bypass och gastric banding (Järhult & Offenbartl, 2006). En gastric bypass resulterar i snabbare och större viktminskning men kan också orsaka fler komplikationer jämfört med en gastric banding. I Sverige rekommenderas därför patienter som har ett BMI mellan 35-40 att i första hand göra en gastric banding, om patienten har ett BMI på över 40 anses fördelarna överväga nackdelarna och därför rekommenderas en gastric bypass. En gastric banding kan göras om till en gastric bypass om inte önskat vikt mål uppnås, men inte tvärtom (Lindroos & Rössner, 2007).

En gastric bypass operation innebär att en liten ficka på cirka 30 milliliter skapas i övre delen av ventrikeln och att den resterande delen av ventrikeln kopplas bort helt. Tarmen delas sedan cirka 30 centimeter nedanför den bortkopplade delen av ventrikeln. Den nedre delen av tarmen kopplas ihop med den övre delen av ventrikeln och den övre delen av tarmen återkopplas sedan en meter längre ner vilket leder till att gallan och pankreassaften kan börja bryta ner maten först vid den nedre kopplingen. Syftet med operationen är att förändra kostintaget genom att äta mindre portioner mer regelbundet och hindra kaloriupptag i den metern av tarm som kopplats bort (Lindroos & Rössner, 2007).

Fördelarna med en gastric bypass är flera. Framförallt är det den kraftiga och snabba viktminskningen som leder till många hälsofrämjande effekter. Dessutom ökar operationen patientens funktionella livskvalitet. Verkningsmekanismerna för gastric bypass operationen är dock ännu inte helt kända och är med stor sannolikhet olika från olika individer. Enligt Olbers

(2011) drabbas mellan 5-10 procent av patienterna av komplikationer efter operationen, 3 procent av dessa är så allvarliga att patienten kommer behöva intensivvård eller ytterligare operationer. Den vanligaste komplikationen är buksmärta som är relaterad till inre bråck och som i sin tur kan orsaka tarmvred. Förmågan att kunna inta större måltider försvinner i och med operationen och dessutom föreligger minskat kalori- och vitaminupptag från tarmen. För att undvika bristsjukdomar ges allmänna rekommendationer om livslångt kosttillskott (Olbers, 2011).

En annan vanlig komplikation efter en gastric bypass operation är så kallat dumpingsyndrom som även förekommer vid andra bukoperationer i olika utsträckning. Dumpingsyndrom beror på att födan passerar magsäcken för snabbt och därför inte hinner brytas ner till optimal storlek innan det kommer ut i tarmen. Detta kan leda till yrsel, illamående, kräkning, diarréer samt svettningar i samband med måltid. Många gastric bypass opererade personer lider av dumpingsyndrom någon gång efter operationen och för vissa kvarstå problemen under många år (Decker, Swain, Crowell & Scolapio, 2007).

Förberedelser inför operationen

Kriterium för att genomgå en gastric bypass operation är att personen under mer än fem år haft ett BMI över 35, är över 18 år, gjort tidigare seriösa bantningsförsök, har en stabil psykosocial livssituation samt är medveten om vilka begränsningar och komplikationer operationen kan medföra. Personen skall även vara motiverad och godkänna deltagande i ett uppföljningsprogram (Socialstyrelsen, 2005). Innan operationen ska patienten få skriftlig och muntlig information, genomgå samtal med sjuksköterskan och få information om metod, vårdtid och sjukskrivning (Internetmedicin, 2013). Av vikt är även att sjuksköterskan får respons på att den preoperativa informationen är korrekt uppfattad av patienten som ska genomgå operationen (Socialstyrelsen, 2005). En utredning angående sömnapné kan också vara aktuellt samt en psykologisk bedömning om en tidigare psykisk sjukdom eller ätstörning föreligger (Internetmedicin, 2013). Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005, s.11): ”bör sjuksköterskan med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar”.

Fetmas påverkan på psykisk och fysisk hälsa

Den psykiska och fysiska hälsan kan påverkas negativt av övervikt och framförallt hos personer som lider av fetma. Smärta i leder och rygg är vanligt hos dessa personer vilket beror på en ökad belastning som är en direkt följd av tyngden personerna bär på. Smärtan kan även bero på en försämrad blodcirkulation i de delar av kroppen som har stora fettansamlingar och/eller en dålig kost som kan leda till näringsbrist och på så sätt en större påfrestning på vävnaderna. Enligt Lindroos & Rössner (2007) har tidigare studier visat att viktminskning kan leda till förbättring och för vissa även ett helt smärtfritt tillstånd. Fetma är ett allvarligt tillstånd som kan resultera i en rad olika sjukdomar, däribland diabetes mellitus typ 2, kardiovaskulära sjukdomar och sömnapné. Kardiovaskulära sjukdomar uppkommer ofta hos personer som lider av fetma, detta på grund av ateroskleros som kan uppkomma på grund av högt blodtryck, dyslipedemi och metabolt syndrom. En ökad fettmassa och en minskad muskelmassa innebär en ökad insulinresistens och en minskad insulinproduktion från pankreas. Resultatet kan bli ett förhöjt blodsockervärde som på sikt kan utvecklas till diabetes mellitus typ 2 och/eller kardiovaskulära sjukdomar. Hyperglukemi kan även ge skador på organ, till exempel ögon, njurar och hud. Fetman kan också ge upphov till nedsatt cerebral cirkulation som kan leda till kognitiv svikt som i sin tur kan ge upphov till demens och depression (ibid).

Sömnapné beror på att muskeltonus runt farynx försämras under sömnen, vilket leder till en mindre förträngning vid farynx. Hos många personer kan föreliggande ge upphov till snarkning eller sömnapné, vilket innebär korta andningsuppehåll under sömn. Sömnapné är vanligare hos överviktiga då de har tendens till ökad fettinlagring kring luftvägarna och runt halsen vilket trycker på luftvägarna. Bukfetma kan minska lungvolymen, framförallt i liggande ställning då buk fett trycker på lungorna. Försämrad andningsmuskelfunktion har påvisats hos överviktiga personer. Sömnapné kan ge upphov till nattliga svettningar och nedsatt sömnkvalitet som i sin tur leder till dagtrötthet. För överviktiga rekommenderas viktminskning för lindring av dessa symtom. Sömnapné kan leda till kardiovaskulära sjukdomar och en försämring av det sociala och psykiska livet på grund av dagtröttheten (Lindroos & Rössner, 2007).

Personer som lider av fetma har ofta sämre självbild. Det är vanligt att fetmadrabbade personer känner sig stigmatiserade, det vill säga utanför eller till och med mobbade på sin arbetsplats. Även sociala situationer som att åka buss eller flyg kan leda till ångest då till exempel sätet inte är tillräckligt stort och de har en känsla av att andra människor stirrar och dömer. Det kan också vara svårt att prova och köpa kläder då stora storlekar inte alltid finns i de vanliga butikerna. Samtliga faktorer kan leda till negativa konsekvenser för det psykiska måendet, som till exempel depression, nedvärderande självbild och en syn på sig själv som endast fet. Personen bortser då från alla sina positiva egenskaper. Det finns studier som visar att personer som lider av fetma oftare är deprimerade än normalviktiga personer. Det finns dock inga bevis på att fetma leder till depression, utan tvärtom att depression kan leda till fetma på grund av ett ökat ätbeteende som inleds i samband med depressiva symtom. Däremot kan den ökande vikten resultera i försämring av en befintlig depression (Lindroos & Rössner, 2007).

Livskvalitet

Livskvalitet är enligt (WHO [World Health Organisation], 1996) en persons känsla av samband med kultur och social ställning på den plats där de bor och känslan av att nå upp till sina förväntningar och mål samt att ha en tillfredställande vardag. Livskvalitet är beroende av olika parametrar. Det är till exempel inte sjukdomen i sig som avgör hur en person mår, utan hur sjukdomen påverkar det vardagliga livet och förmågan att kunna njuta och känna tillfredställelse. Livskvalitet påverkas av fysisk hälsa, såsom smärta, rörlighet, sömn, aktivitet och obehag men även den psykiska hälsan med självbedömning, positiva och negativa tankar, minnen samt möjligheten att lära och utvecklas har inflytande på livskvaliteten. För att uppnå god livskvalitet kan det vara relevant med sociala förhållanden, såsom en partner och sexualliv, men också stöd från familj och vänner. Omgivningen, hemmiljön, ekonomin, tillgång till sjukvård samt känslan av att ha en trygg miljö runt sig är för många en viktig del för att uppleva en god livskvalitet (ibid).

Genom handlingar, tolkningar och värderingar som människan utför skapas enligt Gustafsson (2004) en livshistoria. Människan är motivstyrd, vilket innebär att om ett mönster skapats kan det vara svårt att bryta. Sjuksköterskan behöver således anstränga sig för att sätta sig in i patientens situation för att på bästa möjliga sätt kunna hjälpa denne att minska sin vikt. För

bästa möjliga resultat bör sjuksköterskan utföra personcentrerad vård där patienten har nyckelrollen, vilket är viktigt för att sjuksköterskan skall se patienten som en enskild individ med egna tankar, känslor och problem och inte som en i mängden av alla patienter (ibid). Utifrån detta är det som sjuksköterska viktigt att inhämta information om vilka för-och nackdelar behandlingen innebär för att kunna hjälpa patienter som ska eller har genomgått en gastric bypass operation.

Syfte

Syftet med studien var att belysa psykisk och fysisk påverkan av en gastric bypass operation.

Metod

En litteraturstudie har genomförts. Enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär en litteraturstudie att ny redan befintlig forskning granskas och sammanställs för att se ett mer övergripande resultat (ibid). Artiklar från PubMed, Cinahl och Google scholar har granskats. Endast artiklar från PubMed och Google scholar har valts ut för att användas i litteraturstudien. Dess resultat har analyserats och sammanställts. Artiklar om gastric bypass kopplat till psykisk och fysisk hälsa har belysts. Endast engelskspråkiga artiklar har använts till resultatet.

Urval

Termer som har ingått i sökningarna är MESH-termerna obesity, gastric bypass, quality of life, health, sexual men även Sweden och Swedish. Avgränsningar till specifika länder har inte gjorts, utan fetman som ett globalt problem var avsikten att belysa. Detta uppfylldes inte då enbart artiklar från USA och en från Schweiz svarade på det efterfrågade syftet och godkändes i kvalitetsgranskningen enligt granskningsmallen av Friberg (2006). En inriktning på vuxna personer av båda könen valdes. Artiklar på både svenska och engelska har sökts,

men enbart engelskspråkiga artiklar har valts. En tidsram på 10 år sattes då målet är att granska den senaste forskningen.

Datainsamling

Insamlingen av data skedde via databaserna PubMed (Tabell 1), Cinahl (Tabell 2) och Google Scholar (Tabell 3). PubMed är en sökmotor som innehåller mer än 22 miljoner citeringar och vetenskapliga artiklar. PubMed innehåller många referenser som handlar om medicin och omvårdnad. Cinahl med cirka 2,6 miljoner artiklar är mer inriktat på omvårdnad jämfört med PubMed. Google Scholar är en allmän databas för vetenskapliga artiklar.

Sökningar efter både kvalitativa och kvantitativa artiklar utfördes och utifrån artikelsökningar som gjorts på PubMed, Cinahl och Google Scholar valdes 20 artiklar ut efter läsning av abstrakt. Kravet vid detta stadium var att artiklarna skulle svara på syftet och problemformuleringen. Sökningarna gav många träffar och begränsningar fick därför göras till artiklar som innehåller parametrarna som eftersträvades, dessutom föredrogs artiklar med en stor studiepopulation vid undersökningarna. Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av en granskningsmall (Friberg, 2006). Under kvalitetsgranskningen föll 10 artiklar bort, då de inte höll kvalitetsstandarden som eftersträvades. De 10 kvarvarande artiklarna var alla kvantitativa. Artiklarna är presenterade i en matris (Bilaga 1) och utmärkta med en asterix (*) i referenslistan.

Sökschema

Tabell 1: Sökschema i PubMed

<i>Databas PubMed</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Antal granskade</i>	<i>Urval 1</i>	<i>Urval 2 valda artiklar</i>
#1	Obesity	83931			
#2	Gastric bypass	4630			
#3	Quality of life	111664			
#4	Health	208473			
#5	Sexual	30514			
#6	Swedish	6971			
#7	Sweden	11838			
#1 AND #2 AND #3 AND #4		84	30	17	7
#1 AND #2 AND #3 AND #5		10	3	1	0
#2 AND #3 AND #6		2	2	2	1
#2 AND #3 AND #7		3	3	1	0

Limits: ålder vuxna +19 år, engelska och svenska artiklar, människor och inte äldre än 10 år gamla artiklar.

Tabell 2: Sökschema i Cinahl

<i>Databas Cinahl</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Antal granskade</i>	<i>Urval 1</i>	<i>Urval 2 valda artiklar</i>
#1	Quality of life	3194			
#2	Obesity	451			
#3	Gastric bypass	802			
#1 AND #2 AND #3		2	2	0	0

Limits: Engelska, artiklar mellan 2000-2013.

Tabell 3: Sökschema i Google Scholar

<i>Databas Google Scholar</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Antal granskade</i>	<i>Urval 1</i>	<i>Urval 2 valda artiklar</i>
#1	Quality of life	55400			
#2	Gastric bypass	4640			
#1 AND #2		46	15	2	2

Limits: 2000-2013, sökorden ska finnas i rubriken.

Analys av data

Artiklarna har analyserats och dess resultat har jämförts utifrån likheter och skillnader kopplat till syftet. Följande teman identifierades; Psykisk hälsa; depression, socialt liv, Livskvalitet; komplikationer och livskvalitet, Vikt, Medicinska tillstånd; smärta, diabetes mellitus typ 2, hypertoni, kolesterol, sömnapné, Kost och nutrition samt Upplevelser av operationen.

Artiklarna lästes grundligt av båda uppsatsförfattarna och sammanfattades.

Forskningsetiska avvägningar

Etik används i vardagen som ett begrepp för vad individen anser vara rätt eller fel, dessa åsikter är präglade från uppväxten, familj och vänners åsikter samt upplevelser i livet. Inom forskningen förekommer det konflikter gällande vad som är etiskt rätt eftersom studier kan vara kränkande för deltagarna. Därför sker en avvägning ifall nyttan med studien överväger den kränkning som kan ske av individen. Det finns vissa riktlinjer som ska följas, riktlinjerna är inte lag utan måste tolkas utefter den specifika situationen. Det är viktigt att skydda individens integritet genom att ta hänsyn till autonomi, självbestämmanderätt och privata svär. Detta innebär att information som samlats om individen inte sprids utan tillstånd från individen själv, att man accepterar individens privatliv och inte tvinga dem till att berätta eller utföra saker mot deras vilja. Individen får själv bestämma angående deltagande i studien samt är det viktigt att information ges att avhopp från studien kan ske om så önskas. Det är viktigt att individen själv känner sig ha kontroll över situationen. Det är också viktigt att deltagaren istället känner att samhället drar nytta av deltagandet, vilket kan ses som mindre kränkande när deltagaren i fråga "hjälper andra" (Alver & Øyen, 1998). Endast studier som granskats av någon form av etisk nämnd har använts i litteraturstudien.

Resultat

Psykisk hälsa

Två studier av Rea, Yarbrough, Leeth och Clements (2007) samt Sarwer et al. (2010) visar att den upplevda psykiska hälsan förbättras signifikant ett år efter en gastric bypass operation. Rea et al. (2007) visar att gastric bypass opererade personer upplevde en sämre psykisk hälsa jämfört med normalbefolkningen innan de opererades. Ett år efter operationen var deras upplevda psykiska hälsa istället signifikant bättre jämfört med normalbefolkningens. Enligt Rea et al. (2007) och Sarwer et al. (2010) sker en långsam försämring av den upplevda psykiska hälsan efter två år.

Depression

Tre studier (Wolfe & Terry, 2006; Peluso & Vanek, 2007; Sears, Fillmore, Bui & Rodriguez, 2008) visar att en gastric bypass operation har en positiv inverkan på depression. I studien av Wolfe och Terry (2006) föreligger en reducering av deltagarnas ångest postoperativt. I studien av Peluso och Vanek (2007) med totalt 400 deltagare upplevde 136 personer sig deprimerade preoperativt. Två år efter operationen var 27 personer inte längre deprimerade, medan 40 personer ansåg sig ha minskade depressiva symtom. I en studie av Sears et al. (2008) var 40 procent av totalt 75 deltagare medicinerade mot sin depression. Ett år efter operationen medicinerades 20 procent av de 75 personerna mot depression.

Socialt liv och Livskvalitet

Studien av Wolfe och Terry (2006) visar att patienterna som genomgått operationen är mer nöjda och har ett bättre självförtroende i familjen och i samhället och anser att operationen lett till en positiv påverkan i dessa relationer. Det visar sig ingen signifikant skillnad mellan år ett, två, tre och framåt.

Enligt Peluso och Vanek (2007); Kolotkin, Crosby, Gress, Hunt och Adams (2009); Suter, Donadini, Romy, Demartines och Giusti (2011) ses en förbättring av den upplevda

livskvaliteten i studiepopulationen inom ett år efter en gastric bypass operation. Efter sex veckor ansåg sig 81 procent av totalt 376 deltagare i studien av Peluso och Vanek (2007) uppleva en förbättring av livskvaliteten. Resterande deltagare ansåg sig ha oförändrad eller försämrad livskvalitet. Efter tre månader var det en procent som ansåg sig ha en försämrad livskvalitet medan 96 procent visade på en förbättrad livskvalitet. Liknade resultat visade sig även efter 18 månader. I studien av Kolotkin et al. (2009) framkom att 97 procent upplevde en meningsfull förbättring av livskvaliteten postoperativt.

I en studie utförd av Rea et al. (2007) med totalt 237 deltagarna hade 17 procent komplikationer ett år efter operationen. I studien benämns komplikationer som bland annat magsår, näringsbrist, läckage eller magblödningar. Efter två år led 22 procent av de då 106 deltagarna av komplikationer. Trots komplikationerna ansåg deltagarna att deras livskvalitet ökade i samband med operationen och den påföljande viktreduceringen. I två studier, Rea et al. (2007) och Suter et al. (2011) där totalt 1159 deltagare medverkade avled två personer som direkt följde av operationen.

Vikt

Samtliga granskade studier visar en signifikant viktnedgång både ett och två år efter en gastric bypass operation (Rea et al., 2007; Wolfe & Terry, 2006; Kolotkin et al., 2009; Suter et al., 2011; Peluso & Vanek, 2007; Sarwer et al., 2010; Sears et al., 2008; Adams et al., 2012; Myers, Adams, Barbera & Brantley, 2010; Adams et al., 2010).

I en studie av Rea et al. (2007) där medelvärdet för BMI var 48 innan operationen, med en spridning från 34-72. Medelvärdet för BMI hade ett år efter operationen sänkts till 30 med en spridning mellan 20-54. Två år efter operationen var medelvärdet för BMI 28, med en spridning från 20-44.

Suter et al. (2011) genomförde en studie över sju år. Studiedeltagarna uppmätte ett medelvärde för BMI på 46 preoperativt. Ett år efter operationen var medelvärdet för BMI 30, vilket bibehölls fram till år tre, då en signifikant ökning av medelvärdet för BMI sker, en ökning på 1,2 BMI-enheter i genomsnitt. Mellan år fem och sju sker ännu en ökning på 1,5 BMI-enheter. Även Myers et al. (2010) visar på signifikant viktökning fyra år efter

operationen och Adams et al. (2012) visar en mindre viktökning efter år två som fortskrider fram till studiens slut fyra år senare.

Fysisk hälsa

Smärta

Fem av de granskade studierna visar att smärta framförallt i leder och rygg minskar efter en gastric bypass operation (Rea et al, 2007; Wolfe & Terry, 2006; Kolotkin et al, 2009; Suter et al, 2011; Peluso & Vanek, 2007).

Enligt Rea et al. (2007) sker den största smärtreduceringen mellan operationen och ett år framåt och smärtreduceringen är efter två år fortfarande signifikant. Även personer som haft komplikationer relaterade till operationen har efter ett år uppnått smärtförbättring, dock inte i samma utsträckning som personerna utan komplikationer. Efter två år har båda grupperna samma smärtstatus. Studien visar även att personerna som genomgick operationen i genomsnitt hade mindre kroppssmärter jämfört med normalbefolkningen i USA. Däremot visar en studie utförd av Suter et al. (2011) att nästan en fjärdedel av de totalt 922 deltagarna upplevde att smärtan var densamma eller värre än innan operationen.

Diabetes Mellitus typ 2

De granskade studierna av Adams et al. (2010) ;Suter et al. (2011); Sears et al. (2008) och Adams et al. (2012) visar att prevalensen av diabetes minskar hos patienter som genomgått en gastric bypass operation. I studien av Sears et al. (2008) medicinerades 25 procent av totalt 119 deltagare för sin diabetes. Ett år efter operationen var det 7 procent som medicinerades för sin diabetes.

Adams et al. (2012) visade på att 49 procent av totalt 415 studiedeltagare uppmätte ett förhöjt fasteblodssocker innan operationen. Två år efter operationen kvarstod 7 procent med förhöjt fasteblodssocker. Fyra år senare sågs en liten förhöjning då 11 procent uppmätte ett förhöjt

fastblodsocker. Suter et al. visar (2011) att förbättringen av blodsockret som skett kvarstår fem år efter operationen.

Hypertoni

De granskade studierna utförda av Adams et al. (2010), Sears et al. (2008), Peluso och Vanek (2007) och Adams et al. (2012) uppvisas en signifikant förbättring av blodtrycket inom två år efter en gastric bypass operation. Enligt Sears et al. (2008) medicinerades 55 procent av totalt 75 deltagare för sin hypertoni innan operationen. Ett år efter operationen medicinerades 21 procent för sin hypertoni. Det framkom även att det systoliska blodtrycket sänktes med genomsnitt 10 mmHg ett år efter operationen. Adams et al. (2010) visar att det systoliska blodtrycket sänkts med 13 mmHg i genomsnitt vid mätning två år efter operationen.

I en mer långsiktig studie (Adams et al., 2012) där högt blodtryck definierades som 140/90 mmHg i vilotillstånd eller om medicinering mot hypertoni pågick diagnostiserades 234 personer med högt blodtryck innan operationen. Två år efter operationen uppvisade nio personer fortfarande högt blodtryck. Efter sex år följdes 220 personer upp, av dessa uppvisade 34 personer hypertoni. Suter et al. (2011) visar att förbättringen som skett kvarstår fem år efter operationen.

Kolesterol

Flera av de granskade studierna visar att majoriteten av personerna som genomgått en gastric bypass påvisade signifikant förbättring av kolesterolvärden inom två år efter operationen (Adams et al., 2010; Suter et al., 2011; Adams et al., 2012; Sears et al., 2008; Peluso & Vanek, 2007). I studien som utförts av Sears et al. (2008) var det innan operationen 27 procent av totalt 119 deltagarna som medicinerades mot högt kolesterol, ett år efter operationen var det 11 procent av totalt 75 uppföljande deltagare som medicinerades mot höga kolesterolvärden. Suter et al. (2011) visar att förbättringen av kolesterol kvarstår fem år efter operationen.

Sömnapné

Enligt Peluso & Vanek (2007) och Adams et al. (2010) uppvisade de opererade en signifikant förbättring av sin sömnapné två år efter operation. Cirka 80 procent av totalt 497 deltagare som led av sömnapné botades efter operation. Även studien utförd av Suter et al. (2011) visar på en förbättring av sömnapné inom tre år efter operationen, dock ses ingen förändring i personernas tillstånd mellan år tre och fem.

Kost och nutrition

Myers et al. (2010) visar att närmare hälften av deltagarna är missnöjda med sina matvanor efter operationen, då de fortfarande har ett stort intag av kaloririk mat, speciellt fettrika livsmedel. Intaget är dock inte större än hos normalbefolkningen i USA.

Wolfe och Terry (2006) beskriver att en gastric bypass ger en viss förändring i upplevelse av hunger och tillfredställelse efter måltid hos en del personer. Ingen signifikant skillnad i viktnedgång påvisas mellan personerna som känner sig tillfredställda efter måltid och de som inte gör det. Första månaden efter operationen kände sig 90 procent av totalt 194 deltagare illamående och kräktes regelbundet. Cirka 75 procent av deltagarna rapporterar problematik med dumpningssyndrom postoperativt. Ett år och framåt efter operationen lider fortfarande cirka 60 procent av deltagarna av illamående och kräkning och 48 procent av dumpningssyndrom (ibid).

Upplevelser av operationen

I studien genomförd av Myers et al. (2010) framkommer att av totalt 39 deltagare var alla nöjda med operationen och att större delen av deltagarna kände sig väl förberedda inför operationen och skulle kunna tänka sig att rekommendera andra att genomgå en gastric bypass operation. Personerna fick även frågan om de kunde tänka sig att göra om operationen varav 93 procent av deltagarna svarade ja. De flesta deltagarna upplevde en förbättring i utseendet och lade inte längre stor vikt vid vad andra tyckte och tänkte om deras utseende.

Deltagarna i studien av Wolfe och Terry (2006) upplevde att operationen och de postoperativa symtomen var mer besvärliga än vad de förutsett, trots detta ansåg 98 procent av totalt 212 deltagare att operationen var värt lidandet.

Diskussion

Diskussion av vald metod

En empirisk kvalitativ studie hade kunnat ge en inblick i hur patienter som genomgått en gastric bypass mår efter operation samt hur förberedda de var inför ingreppet då patienternas erfarenheter och upplevelser enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani, (2011) tolkats individuellt. Resultatet hade blivit patienternas egna ord och de hade själva kunnat svara på hur relevant informationen var från sjuksköterskan inför operationen samt vad de önskat de vore bättre förberedda på. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) ger en litteraturstudie större bredd på grund av den stora populationen som undersöks. På grund av detta valdes en litteraturstudie men också för att inbringa kunskap från andra delar av världen. En empirisk studie med kvalitativ metod hade endast belyst ett fåtal patienter utifrån svenska förhållanden.

Trots åtskilliga försök att finna både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar vid datasökningar på både PubMed, Cinahl och Google Scholar hittades endast kvantitativa artiklar som ligger till grund för resultatet. För att uppnå en bredd hade både metoderna varit att föredra. Detta gick inte att uppfylla då de kvalitativa artiklarna inte svarade på det efterfrågade syftet. När artikelsökningen inför resultatdiskussionen påbörjades påträffades en relevant kvalitativ artikel i en annan artikels referenslista. Denna hade kunnat ingå i föreliggande resultatet men användes istället i diskussionen. Samtliga utvalda artiklar till resultatet genomgick kvalitetsgranskningen med granskningsmallen av Friberg (2006).

Majoriteten av artiklarna som ligger till grund för resultatet är från USA. En artikel är från Schweiz. Inga studier utförda i Sverige svarade på litteraturstudiens syfte. Målet var vid

studiens början att belysa fetman och gastric bypass operation utifrån ett globalt perspektiv, detta mål fick senare ändras då artiklarna till största del är från USA.

Omvårdnadsperspektivet var svårt att belysa på grund av svårigheterna att finna studier med detta perspektiv. Om andra sökord med tydligare omvårdnadsinriktning används finns det en möjlighet att fler kvalitativa artiklar hittats och möjligen svarat på syftet. Mer forskning som studerar patienters upplevelser före och efter en gastric bypass operation är således önskvärt.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visar att kort efter en gastric bypass operation erfar majoriteten av deltagarna i samtliga granskade studier förbättrad psykisk och fysisk hälsa relaterat till signifikant viktreducering (Rea et al., 2007; Wolfe & Terry, 2006; Kolotkin et al., 2009; Suter et al., 2011; Peluso & Vanek, 2007; Sarwer et al., 2010; Sears et al., 2008; Adams et al., 2012; Myers et al., 2010; Adams et al., 2010). Enligt Watsons teori (1993) består människan av ande, kropp och själ och dessa delar måste beaktas för att uppnå god hälsa. Att undgå smärta vid rörelse, ha en god nattsömn och slippa oro sig över följsjukdomar relaterat till fetma, såsom diabetes mellitus typ 2 och hjärt-och kärlsjukdomar leder till att personerna upplever ökad hälsa. Studien av Wolfe & Terry (2006) visar att deltagarna efter en gastric bypass operation även har ökat självförtroende än innan operationen. Således förefaller det som om operationen i ett kortsiktigt perspektiv har stora fördelar utifrån psykisk och fysisk hälsa.

Långtidsstudierna av Adams et al. (2012) och Myers et al. (2010) utförda i USA visar en försämring av den psykiska och fysiska hälsan tre år efter operationen samt en långsam viktökning, dock inte i samma utsträckning som före operationen. Den Schweiziska studien utförd av Suter et al. (2011), skiljer sig från de andra då den inte visar någon försämring av den psykiska och fysiska hälsan mellan tre och sex år efter operationen, trots att deltagarna även i denna studie har en långsam viktökning efter år tre. I nya studier utförda av Obeid et al. (2012) och Higa, Jo, Tercero, Yunus och Boone (2011) framkommer snarlika resultat som i den Schweiziska studien. Det förefaller som att en viktökning är vanlig efter cirka tre år hos många som genomgår en gastric bypass operation. Det är allmänt känt att övervikt leder till försämrat medicinskt tillstånd och därför är det troligt att en sådan försämring kommer att ske

hos de deltagare som går upp mycket i vikt. Ingen av de granskade artiklarna sträcker sig över mer än sju år vilket gör det svårt att förutse långsiktig effekt av gastric bypass operationen. I en svensk reviewartikel av Sjöström (2012) ses också en viktuppgång efter ett par år. När ökningen uppmärksammas har sjuksköterskan en viktig roll i att hjälpa patienterna att hitta sin plats i tillvaron samt motivera och stödja. Enligt SAUK-modellen (Gustafsson, 2004) innebär god omvårdnad att främja och bevara människans unika resurser som till exempel att själv skapa en god tillvaro, vilket kan innebära olika från person till person och skillnaderna kan vara stora mellan olika kulturer. I västvärlden anses det viktigt att vara stark, fri och självständig. I andra kulturer ses det som en styrka att vara en del av en familj med stark gemenskap. För sjuksköterskan är det viktigt att acceptera, visa förståelse och inte döma patienter, vilket kan leda till ett förtroende mellan sjuksköterska och patient och medföra en bättre kommunikation. En patient som vågar dela med sig av sina känslor och erfarenheter kan vara lättare att hjälpa till välmående och en person som mår bra i själen förmodas lättare ta itu med andra problem som i detta fall kan vara individens kost- och motionsvanor.

Det framkommer i resultatet att dumpingsyndrom är vanligt efter en gastric bypass operation (Wolfe & Terry, 2006). Dumpingsyndrom inbringar lidande för de drabbade då varje måltid har kan ge obehagliga konsekvenser såsom illamående, diarré eller kräkning. Det sociala livet blir lidande på grund av svårigheter att delta i sociala sammanhang där förtäring av mat ingår. Enligt Clutts (2009) är kostreglering det enda sättet att lindra problemen. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om dumpingsyndrom och vad patienter bör undvika för att slippa drabbas. För att undvika dumpingsyndrom bör personer som genomgått en gastric bypass operation inte äta fett och kolhydratrik mat samt undvika intag av vätska i samband med måltid (ibid). Återigen är personcentrerad vård viktigt, där sjuksköterskan måste inhämta information om varje patient för att kunna utforma en personlig plan med syfte att hantera problematiken på bästa sätt.

Myers et al. (2010) och Wolfe och Terry (2006) konstaterar att majoriteten av populationen i respektive studie ansåg att, trots postoperativa komplikationer och att hälften av deltagarna var missnöjda med sina nya matvanor, var de ändå tillfredsställda med att ha genomgått operationen. Deltagarna ansåg sig fått avsevärt förbättrad psykisk och fysisk hälsa. Motstridiga resultat framkom i en kvalitativ studie utförd av LePage (2010) där 12 personer, som genomgått en gastric bypass operation, fick svara på frågor om sin upplevelse av

operationen. Många av deltagarna pratade om fetman som en stor börda som ledde till lidande och sorg, vilket gav dem modet att genomgå en operation. Efter operationen upplevde flertal av deltagarna en känsla av tomhet som de innan operationen fyllt med mat. Deltagarna uttryckte frustration, ånger och självhat då de inte själva klarat av att gå ner i vikt likaså rädslan för framtiden och om de någonsin kommer att kunna leva ett så kallat normalt liv. Problemen som uppkom vid varje måltid och den nya relationen till mat gjorde det svårt att fokusera på annat än mat och måltider (ibid). Enligt Clutts (2009) krävs stora förberedelser inför operationen och däribland ska patienten informeras om operationen och dess innebörd. Det är ett krav att patienten visar en förståelse för den information som ges. Trots detta är det inte ovanligt att personer som genomgått en gastric bypass operation inte är fullt förberedda på de svårigheter de ställs inför och har svårt att rätta sig efter restriktioner (ibid), vilket visar sig då majoriteten av deltagarna i långtidsstudierna har en viktuppgång efter cirka tre år och att många av deltagarna i studien av LePage (2010) mår psykiskt dåligt efter operationen.

För flertal människor är det svårt att acceptera att den psykiska hälsan kan vara nedsatt och det kan därför vara lättare att se den psykiska hälsan som ett fysiskt problem, som i detta fall, övervikten, än att inse det faktiska problemet. En del personer försöker istället hitta en psykisk förklaring till sin fetma med syfte att finna en orsak (Lindroos & Rössner, 2007). Om övervikten varit det enda problemet hade en gastric bypass operation varit en snabb och okomplicerad lösning, dock går det inte att lösa ett psykiskt problem genom att lösa ett fysiskt problem. Enligt Watson (1993) måste individen vårdas utifrån ett helhetsperspektiv där eventuell psykisk och fysisk lidanden kan föreligga. För att uppnå full effekt av operationen måste underliggande problem till fetman utredas och behandlas, därför behöver dessa personer professionell hjälp för att lyckas. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan vara ett stöd, ge vägledning och motivera patienten för optimal vård och behandling. Enligt do Rego Furtado (2010) är sjuksköterskans kunskaper om gastric bypass operationen av stor vikt för att kunna hjälpa och stödja patienter då patienter som får stöd av en sjuksköterska har större chanser att uppnå sitt mål om ett hälsosammare liv. Gastric bypass kan vara *en* lösning för att reducera fettmängd och därmed vinna levnadsår (ibid).

Slutsats och kliniska implikationer

Gastric bypass opererade personer uppnår en snabb förbättring både psykiskt och fysiskt, vilket gör operationen till en effektiv lösning för människor med kraftig övervikt.

Långtidseffekterna är ännu inte helt kända och troligen individuella. Då fetmaproblematiken ökar kommer hälso- och sjukvården i större utsträckning vårda patienter som genomgått en gastric bypass operation. Därför är kunskap om operationen och dess psykiska och fysiska påverkan av stor vikt i sjuksköterskans omvårdningsroll.

Författarnas arbetsfördelning

All text i bakgrunden har producerats tillsammans. Sökningar och första granskningen av artiklar har gjorts enskilt av båda författarna. Andra granskningen och kvalitetsgranskningen har gjorts gemensamt. Alla de valda artiklarna har sedan granskats noggrant av båda författarna som tillsammans sammanställt ett resultat och en diskussion. Författarna har sedan var för sig granskat och korrigerat texten. Slutligen lästes texten tillsammans och de sista ändringarna gjordes.

Referenser

*Adams, T.D., Davidson, L.E., Litwin, S.E., Kolotkin, R.L., LaMonte, M.J., Pendleton, R.C., Strong, M.B., Vinik, R., Wanner, N.A., Hopkins, P.N., Gress, R.E., Walker, J.M., Cloward, T.V., Nuttall, R.T., Hammoud, A., Greenwood, J.L.J., Crosby, R.D., McKinlay, R., Simper, S.C., Smith, S.C., & Hunt, S.C. (2012). Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years. *JAMA*, (308), 1122-1131.

*Adams, T.D., Pendleton, R.C., Strong, M.B., Kolotkin, R.L., Walker, J.M., Litwin, S.E., Berjaoui, W.K., LaMonte, M.J., Cloward, T.V., Avelar, E., Owan, T.E., Nuttall, R.T., Gress, R.E., Crosby, R.D., Hopkins, P.N., Brinton, E.A., Rosamond, W.D., Wiebke, G.A., Yanowitz, F.G., Farney, R.J., Halverson, R.C., Simper, S.C., Smith, S.c., & Hunt, S.C. (2010). Health Outcomes of Gastric Bypass Patients Compared to Nonsurgical, Nonintervened Severely Obese. *Obesity (Silver Spring)*, (18), 121-130.

Alver, B.G. & Øyen, Ø. (1998). *Etik och praktik i forskarens vardag*. Lund: Studentlitteratur.

Clutts, B.J. (2009) Recognition and Management of Complications Following Roux-en-Y Gastric Bypass: A Guide for Health Care Workers In Non-Bariatric Hospitals. *Medsurg Nursing*, (18), 335-342.

Decker, G.A., Swain, J.M., Crowell, M.D., & Scolapio, J.M. (2007). Gastrointestinal and Nutritional Complications After Bariatric Surgery. *The American Journal of Gastroenterology*, (102), 2571-2580.

Do Rego Furtado, L.C. (2010). Procedure and outcomes of Roux-en-Y gastric bypass. *British Journal of Nursing*, (19), 307-314.

Folkhälsoinstitutet. (2012) hämtad den 22 januari från,
<http://www.fhi.se/PageFiles/14572/2012-3-6-Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2012.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Higa, K., Jo, T., Tercero, F., Yunus, T., & Boone, K.B. (2011) Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 10-year follow-up. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, (7), 516-525.

Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad: SAUK-modellen för vård och omsorg*. (2., [rev.och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Internetmedicin (2013) hämtad den 5 mars från,
http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=452

Järhult, J. & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken: vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. (4., rev. och uppdaterade uppl.) Stockholm: Liber.

*Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Gress, R.E., Hunt, S.C., & Adams, T.D. (2009). Two-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, (5), 250-256.

LePage, C.T. (2010) The Lived Experience of Individuals following Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: A Phenomenological Study. *Bariatric Nursing*, (5), 57-64.

Lindroos, A. & Rössner, S. (red.) (2007). *Fetma: från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur.

*Myers, V.H., Adams, C.E., Barbera, B.L., & Brantley, P.J. (2010). Medical and Psychosocial Outcomes of Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Cross-sectional Findings at 4-Year Follow-up. *Springer Science+Business Media, LCC*, (22), 230-239.

Obeid, A., Long, J., Kakade., Clements, R.H., Stahl, R., & Grams, J. (2012). Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: longterm clinical outcomes. *Springer Science+Buisness Media, LLC*, (26), 3515-3520.

O'Brien, P-E & Dixon, J-B. (2002) The extent of the problem of obesity, *The American Journal of Surgery*, (184), 4S-8S

Olbers, Torsten, 2011. *Obesitaskirurgi eller sagan om den fula ankungen*. Läkartidningen nr 49, sid 2570-2573.

*Peluso, L., & Vanek, V.W. (2007). Efficacy of Gastric Bypass in the Treatment of Obesity-Related Comorbidities. *Nutrition in Clinical Practice*, (22), 21-28.

*Rea, J.D., Yarbrough, D.E., Leeth, R.R., & Clements, R.H. (2007). Influence of complications and extent of weight loss on quality of life after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Springer Science+Business Media, LLC*, (21), 1095-1100.

*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), 608-614.

*Sears, D., Fillmore, G., Bui, M., & Rodriguez, J. (2008). Evaluation of Gastric Bypass Patients 1 year After Surgery: Changes in Quality of Life and Obesity- Related Conditions. *Obesity Surgery*, (18), 1522-1525.

Sjöström, L. (2012). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of INTERNAL MEDICINE*, (273), 219-234.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* hämtad den 12 mars, 2013, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2011) hämtad den 24 september, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/obesitaskirurgi-fetma>

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

*Suter, M., Donadini, A., Romy, S., Demartines, N., & Giusti, V. (2011). Laparoscopic Roux-En-Y Gastric Bypass: Significant Long-Term Weight Loss, Improvement of Obesity-Related Comorbidities and Quality of Life. *Annals of Surgery*, (254), 267-273.

Vårdguiden. (2012) hämtad den 20 september, 2012, från <http://www.vardguiden.se/Tema/Halsa/Livsstil/BMIidjem>

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad :omvårdnad och humanvetenskap*. studentlitteratur

WHO (1996). Hämtad den 19 september, 2012, från http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

WHO (2013). Hämtad den 22 januari, 2013, från http://www.who.int/topics/mental_health/en/

WHO (2013). Hämtad den 17 mars, 2013, från http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/index.html

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

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Wolfe, B.L., & Terry, M.L. (2006). Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, (16), 1622-1629.

Bilaga 1

Författare, år, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat
Adams, T.D et.al, 2012, JAMA, USA	<i>Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years</i>	Sambandet mellan gastric bypass, viktminskning, diabetes och andra hälsorisker 6 år efter operation.	Prospektiv studie som genomförts på en grupp som gått igenom op, en som sökt men ej genomgått op, en slumpmässigt utvald population som ej sökt op. Läkarundersökning har genomförts.	n= 1156 (n=1094 efter 2 år, n=968 efter 6 år)	De som genomgått op har i genomsnitt gått ner 34,9 procent av sin kroppsvikt
Rea, J.D et.al, 2007, USA	<i>Influence of complications and extent of weight loss on quality of life after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass</i>	Undersöka livskvaliteten hos patienter som genomgått gastric bypass samt fått komplikationer av operationen.	Patienterna fick frågeformulär 1 och 2 år efter operationen. Patienterna hade genomgått gastric by pass hos samma kirurg mellan augusti 2001- augusti 2005.	n= 502 (n=237 år 2)	De som fick komplikationer efter operationen hade fortfarande sämre livskvalité. Efter 2 år började de med komplikationer komma ifatt de utan komplikationer. Signifikant bättre livskvalité om inga komplikationer fanns.

<p>Sears, Dawn., Fillmore, Geoffrey., Bui, Michael., Rodriguez, Joaquin., 2008, USA</p>	<p><i>Evaluation of Gastric Bypass Patients 1 year After Surgery: Changes in Quality of Life and Obesity-Related Conditions</i></p>	<p>Undersöka livskvalitén hos gastric bypass-patienter.</p>	<p>Rutinmässiga kontroller utfördes på patienterna och frågeformulär ifylldes av dem både före och efter operationen.</p>	<p>n= 119 (n=75 som följdes upp efter 1 år)</p>	<p>Viktninskning, lägre blodtryck, bättre kolesterolvärden, förbättrad livskvalité efter ett år. Ingen signifikant skillnad från olika kön, ras och ålder.</p>
<p>Wolfe, B.L., Terry, M.L., 2006, USA</p>	<p><i>Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery</i></p>	<p>Utreda fysiska och psykiska faktorer efter en gastric bypass.</p>	<p>Frågeformulär med diverse olika frågor 3 månader innan operation och 3 månader efter operation. Vissa frågor även 6 och 12 månader efter operationen.</p>	<p>n= 194 (93 st mailade tillbaka svar på frågorna)</p>	<p>Prevalensen av diabetes, högt blodtryck och sömnapné sjönk rejält efter operationen jämfört med före.</p>

Adams, T.D., et.al, 2010, USA	<i>Health Outcomes of Gastric Bypass Patients Compared to Nonsurgical, Nonintervened Severely Obese</i>	Undersöka vilka hälsofrämjande effekter en gastric bypass operation har.	Deltagarna hittades i en databas med hjälp av stickprov bland överviktiga personer. Hälsokontroller utfördes innan, efter och 2 år efter gastric bypass operationen. Ett BMI på över 60 krävdes för att delta i studien.	n= 1156	Artikelns resultat visar att BMI, vikt, midjemått och blodtryck sjunker efter en gastric bypass.
Sarwer, D.B., et.al, 2010, USA	<i>Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery</i>	Ta reda på livskvalitetsförändringar och kroppsuppfattning efter en gastric bypass	Deltagarnas ätbeteende dokumenterades 4 veckor innan operation, intervju med patienten, vägdes. 20, 40 och 92 veckor efter operation fick de fylla i ett frågeformulär.	n= 200	Deltagarna som genomförde en gastric by pass förlorade vikt och signifikant skillnad vad det gäller livskvalité och kroppsuppfattning påvisades.

Suter, Michel, Et.al, 2011, Schweiz	<i>Laparoscopic Roux-En-Y Gastric Bypass</i>	Ta reda på viktne­dgång, utveck­lande av olika sjukdomar samt livs­kvalité efter en gastric by pass.	Deltagarna som genomgått en gastric bypass mellan 1999-2008 samlades från en databas. Frågeformulär om livs­kvalité 12, 24, 36, 48 och 60 månader efter operationen.	n=922 (efter 5 år n= 373)	Efter operationen hade i stort sett alla för­bät­trad sjukdomsstatus inom de parametrar som mätts i studien.
Peluso, LeeAnn & Vanek, W. Vincent, 2007, USA	<i>Efficacy of Gastric Bypass in the Treatment of Obesity-Related Comorbidities</i>	Många i världen dör på grund av viktrelaterade sjukdomar. Denna studie vill undersöka hur sjukdomarna minskar om en gastric bypass utförs.	Journalgranskning har skett 2 veckor, 6 veckor, 3 månader, 6 månader, 12 månader, 18 månader och 24 månader efter operationen.	n= 400	Redan efter 6 veckor hade många bättre livs­kvalité och efter 18 månader hade 97 procent för­bät­trat sin livs­kvalité.

<p>Kolorkin, R.I., et.al, 2009, USA</p>	<p><i>Two-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls</i></p>	<p>Syftet med studien är att jämföra livskvaliteten mellan personer som genomgår gastric bypass och personer som inte genomgår.</p>	<p>En medicinsk del och en livskvalitetsdel har fyllts i (frågeformulär) först vid baseline och sedan 2 år efter operationen.</p>	<p>n= 308</p>	<p>Livskvalitén blir bättre för patienter som genomgår en gastric bypass. De förlorar också mer i vikt och det var större sannolikhet att de gifte sig än de som inte genomgick en gastric bypass.</p>
<p>Myers, V.H., et.al, 2010, USA</p>	<p><i>Medical and Psychosocial Outcomes of Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Cross-sectional Findings at 4-Year Follow-up</i></p>	<p>Syftet med studien är att belysa patienter som genomgått en gastric bypass fysiskt och psykiskt efter fyra år. Alla deltagare ingår i ett statligt hälsoprogram.</p>	<p>Samlat in information om hälsostatus både från patienterna själva och från journaler. Detta har gjorts innan operationen och 4 år efter.</p>	<p>n=40 (n= 39 efter 4 år, 1 dog pga hjärt-kärlsjukdom)</p>	<p>Patienterna påvisar viktninskning, bra medicinska värden och anser sig ha bra livskvalité efter operationen. De flesta är även nöjda med operationen.</p>