

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði.

Verkefnið unnu :

Harpa Dögg Sigurðardóttir

Helga María Hermannsdóttir

Jóhanna Klausen Gísladóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til
B.S. prófs í hjúkrunarfræði.

Leiðbeinandi :

Sigfríður Inga Karlsdóttir

Útdráttur

Rannsóknaráætlun þessi er lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tilgangurinn er að afla upplýsinga um offitu og hjáveituaðgerðir með áherslu á ungar konur og í framhaldi af því leggja fram rannsóknaráætlun til að dýpka þekkingu á efninu.

Offita er vaxandi heilsufarslegt vandamál hér á landi sem og í heiminum. Konur eru í meirihluta þeirra sem kjósa að fara í hjáveituaðgerð, til þess að fá lausn á offituvanda sínum. Tilgangur fræðilegrar umfjöllunar þessa verkefnis er að skoða hvað rannsóknir hafa leitt í ljós varðandi viðfangsefnið. Meðal annars sýna rannsóknir að hjáveituaðgerð er talin örugg meðferðarleið. Ýmsir fylgikvillar hafa komið upp í kjölfar hjáveituaðgerða en með góðum undirbúningi og eftirfylgni má draga úr þeim. Fræðsla um næringu og breytingar á orku- og bætiefnaþörf er mikilvægur hluti ferilsins. Bætiefnameðferð er sérstaklega nauðsynleg fyrir konur á barneignaraldri. Hvað þyngdartap varðar hefur hjáveituaðgerð besta langtíma árangurinn af þeim meðferðum sem bjóðast einstaklingum í offitu .

Lögð voru drög að rannsókn sem hefur þann tilgang að rannsaka sérstaklega stöðu ungra kvenna á Íslandi sem hafa farið í hjáveituaðgerð. Með eigindlegri rannsóknaraðferð, byggðri á hugmyndafræði Vancouver-skólans í fyrirbærafræði, teljum við að hægt sé að átta sig betur á ástæðunum sem liggja að baki ákvörðunartöku ungra kvenna um aðgerð. Einnig hversu víðtæk áhrif geta komið fram í kjölfarið á hjáveituaðgerðum og hvaða áhrif aðgerð getur haft á líf þeirra í kjölfarið. Lítið er um ritrýndar fræðilegar heimildir um offitu og hjáveituaðgerðir hér á landi en við teljum að sérstök þörf sé á eigindlegum rannsóknum til þess að dýpka þekkingu og auka skilning hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Aukin þekking leiðir til betri fræðslu og undirbúnings.

Lykilhugtök : Offita, offituaðgerðir, hjáveituaðgerð, konur, hjúkrun, næring, meðganga

Abstract

This research proposal is a final thesis towards a B.S. degree in nursing at the University of Akureyri. The purpose of the proposal is to gather information regarding obesity and gastric bypass surgeries with the emphasis on young women. This research proposal consists of a literature review and a research proposal that will be presented to gain a deeper knowledge on the subject.

Obesity is a growing health problem in Iceland as well as in other countries. Women are in the majority when it comes to choosing a gastric bypass as a treatment for their obesity. The purpose of the literature review in this thesis is to gain a perspective on what knowledge has been brought forth by recent researches on the subject. Researches have shown that gastric bypass surgeries are considered to be a safe course of therapy. Complications are known but their frequency can be reduced with good preparations before surgeries and follow-up after they have been performed. Patient education is essential, especially considering nutrition and the changes in energy- and supplement intake following gastric bypass surgeries. Supplementary treatment is particularly necessary for women in their childbearing age. Of the treatment forms available for obesity today, gastric bypass surgeries have shown the best long-term results considering weight loss.

The research proposal suggests that the status of young women in Iceland who have undergone a gastric bypass should be examined notably. A qualitative research method based on the Vancouver-school of phenomenology will be used and it is our belief that it can deepen the understanding on the reasons why young women choose to undergo a gastric bypass surgery. The method would also gather information about how extensively gastric bypass surgeries can influence their lives. More peer-reviewed academic researches on obesity and gastric bypass surgeries are needed in our community, especially qualitative researches. They can broaden the span of knowledge for nurses and other professions within the healthcare sector. Greater knowledge leads to better education and preparation.

Key concepts: Obesity, bariatric surgeries, gastric bypass, women, nursing, nutrition, pregnancy

Efnisyfirlit

ÚTDRÁTTUR	III
ABSTRACT	IV
EFNISYFIRLIT	V
ÞAKKARORÐ	VII
1. KAFLI INNGANGUR	1
1.1. BAKGRUNNUR.....	1
1.2. TILGANGUR RANNSÓKNARÁÆTLUNAR	3
1.3. VAL Á RANNSÓKNARAÐFERÐ	3
1.4. RANNSÓKNARSPURNINGAR OG TILGÁTUR	4
1.5. FORSENDUR RANNSÓKNARÁÆTLUNAR	4
1.6. SKILGREINING HUGTAKA.....	5
1.7. GILDI FYRIR HJÚKRUNARFRÆÐI	5
1.8. GAGNAÖFLUN OG LEITARORÐ	5
1.9. SAMANTEKT.....	6
KAFLI 2. FRÆÐILEG UMFJÖLLUN	7
2.1. OFFITA, VAXANDI VANDAMÁL Í HEIMINUM	7
2.1.1. SKILGREINING OFFITU.....	7
2.1.2. TÍÐNI.....	8
2.1.3. HVÆÐ VELDUR OFFITU?	9
2.1.4. ÚRRÆÐI VIÐ OFFITU.....	9
2.2. HJÁVEITUAÐGERÐ Á MAGA	11
2.2.1. HJÁVEITUAÐGERÐIR Á ÍSLANDI.....	12
2.2.2. UNDIRBÚNINGUR FYRIR HJÁVEITUAÐGERÐ.	12
2.2.3. FRAMKVÆMD.....	15
2.2.4. HEILSUFARSLEGUR ÁVINNINGUR.....	15
2.2.5. FYLGIVILLAR.....	17
2.2.6. EFTIRFYLGNI.....	19
2.2.7. HLUTVERK HJÚKRUNARFRÆÐINGA.....	22
2.3. OFFITUMÆÐFERÐ Á KRISTNESSPÍTALA	23
2.3.1. OFFITUMÆÐFERÐIN.....	23
2.3.2. EINSTAKLINGAR SEM FARA Í HJÁVEITUAÐGERÐ.....	24
2.3.3. EFTIRFYLGNI EFTIR AÐGERÐ.....	25
2.4. BREYTING Á NÆRINGAREFNAÞÖRF Í KJÖLFAR HJÁVEITUAÐGERÐA	25
2.4.1. NÆRINGAREFNAÁSTAND EFTIR AÐGERÐ.....	25
2.4.2. ORKUÞÖRF EFTIR HJÁVEITUAÐGERÐ Á MAGA.....	26
2.4.3. BÆTIEFNASKORTUR EFTIR HJÁVEITUAÐGERÐ Á MAGA.....	26
2.4.4. NÆRINGARRÁÐGJÖF FYRIR OG EFTIR HJÁVEITUAÐGERÐ.....	28
2.5. FÉLAGSLEG ÁHRIF	29
2.5.1. LÍKAMSÍMYND.....	29
2.5.2. SJÁLFSMYND.....	31
2.5.3. ÁHRIF FJÖLMÍÐLA.....	32

2.6. BARNEIGNIR EFTIR HJÁVEITUAÐGERÐ	33
2.6.1. FRJÓSEMI.....	34
2.6.2. MEÐGANGA.....	34
2.6.3. NÆRINGAREFNAÞÖRF Á MEÐGÖNGU.....	36
2.6.4. FÆÐINGIN OG NÝBURINN.....	38
<u>KAFLI 3. AÐFERÐARFRÆÐI</u>	40
3.1. RANNSÓKNARAÐFERÐ.....	40
3.1.1. VANCOUVER-SKÓLINN Í FYRIRBÆRAFRÆÐI.....	40
3.1.2. GAGNASÖFNUNARAÐFERÐ.....	41
3.1.3. RÉTTMÆTI NIÐURSTAÐNA.....	42
3.2. VAL Á ÞÁTTTAKENDUM.....	43
3.3. GREINING GAGNA.....	43
3.4. GILDISMAT RANNSAKANDA.....	44
3.5. SIÐFRÆÐI RANNSÓKNARINNAR.....	44
3.6. SAMANTEKT.....	45
<u>KAFLI 4. UMRÆÐUR</u>	46
4.1. UMRÆÐUR UM FRÆÐILEGA UMFJÖLLUN	46
4.2. GILDI FYRIRHUGAÐRAR RANNSÓKNAR FYRIR HJÚKRUNFRÆÐI	48
4.4. SAMANTEKT.....	49
<u>KAFLI 5. LOKAORÐ</u>	50
<u>HEIMILDASKRÁ</u>	51
<u>FYLGISKJAL A.....</u>	59

Tölur

TAFLA 1 FLOKKUN LÍKAMSPYNGDARSTUÐULS.....	7
---	---

Þakkarorð

Við viljum þakka öllum þeim sem hafa aðstoðað okkur við gerð þessa lokaverkefnis. Viljum við sérstaklega þakka Sigfríði Ingu Karlsdóttur, leiðbeinanda okkar fyrir hvatningu, aðstoð og leiðbeiningar við gerð verkefnisins.

Kærar þakkir fá Kristín María Gísladóttir fyrir prófarkalestur og Selma Dögg Sigurjónsdóttir fyrir yfirlestur á enskum útdrætti.

Viljum við þakka Friðriki Vagni Guðjónssyni kærlega fyrir veittar upplýsingar um offitumeðferðina sem er í boði á Kristnesspítala.

Að lokum viljum við þakka fjölskyldum okkar fyrir ómældan stuðning, hvatningu og þolinmæði.

1. kafli Inngangur

Þessi rannsóknaráætlun er unnin sem lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri árið 2012. Rannsóknaráætlunin er unnin af þremur fjórða árs hjúkrunarfræðinimum og er leiðbeinandi verkefnisins Sigfríður Inga Karlsdóttir, lektor við Háskólann á Akureyri.

Í kaflanum hér á eftir gera höfundar grein fyrir bakgrunni rannsóknaráætlunarinnar þar sem fjallað verður um tíðni offitu með áherslu á hjáveituaðgerðir sem úrræði. Helstu hugtök verða skilgreind. Fjallað verður um þau gildi sem fyrirhuguð rannsókn hefur fyrir hjúkrunarfræði og gagnaöflun fyrir fræðilegu umfjöllunina lýst. Að lokum er sett fram stutt samantekt sem lýsir innihaldi fræðilegu umfjöllunarinnar.

1.1. Bakgrunnur

Tíðni offitu hefur aukist mikið mikið á undanförunum áratugum. Offita er orðin viðvarandi vandamál í vestrænum ríkjum. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni má í dag tengja fleiri dauðsföll við offitu heldur en vannæringu (World Health Organization (WHO, 2011)). Tíðnin er víðast hvar í heiminum hærri hjá konum en körlum. Í kjölfar þessarar þróunar hefur orðið mikil aukning í offituaðgerðum og þá sérstaklega í hópi ungra kvenna. Ýmis úrræði eru í boði fyrir þá sem að þjást af offitu en umfjöllunin mun beinast að hjáveituaðgerðum. Hér á landi eru framkvæmdar Roux-en-Y maga- og garna hjáveituaðgerðir en er það ein algengasta aðgerðin sem framkvæmd er í heiminum í dag við offitu. Aðgerðin þykir mjög árangursrík leið til þyngdartaps og hefur tilkoma hennar dregið úr dánartíðni þeirra sem þjást af offitu. Aðgerðin er ekki hættulaus og eru margir fylgikvillar þekktir en heilsufarslegur ávinningur hennar er oftast talinn vega þyngra

en afleiðingar fylgikvilla (Björn G. Leifsson, Hjörtur Gíslason, Ludvig Guðmundsson, Svava Engilbertsdóttir og Halldór R. Lárusson, 2005). Þeir sem stefna á að fara í aðgerð þurfa að gangast undir viðamikinn undirbúning og sýna fram á hugar- og heilsufarslegar breytingar sem að fela meðal annars í sér breytingar á fæðuvali og ákveðið þyngdartap.

Þar sem miklar breytingar verða á lífi einstaklinga eftir aðgerð er mjög mikilvægt að þeir séu vel upplýstir og sýni góða meðferðarheldni. Hlutverk hjúkrunarfræðinga í fræðslu og eftirfylgni getur spilað hér vegamikið hlutverk. Hjúkrunarfræðingar geta hjálpað einstaklingum við markmiðasetningu og að meta líkamlegt- og andlegt ástand (Kaser og Kukla, 2009). Eftirfylgni felst að stórum hluta í eftirliti með næringarefnaástandi og þyngd einstaklinga. Þyngdartap í kjölfar aðgerðarinnar hefur oft í för með sér miklar breytingar á upptöku næringarefna m.a. á járni, fólinsýru, B12, D-vítamíni og fituleysanlegum vítamínunum (Alvarez-Leite, 2004). Því spilar næringarráðgjöf stórt hlutverk í öllu aðgerðarferlinu. Getur það verið gagnlegt fyrir hjúkrunarfræðinga að búa yfir viðamikilli þekkingu í næringafræðum.

Þar sem tíðni ungra kvenna sem fara í hjáveituaðgerð hefur aukist ber að huga að ýmsum félagslegum þáttum sem hafa áhrif á þeirra daglega líf. Samfélagið gerir miklar kröfur til holdafars almennings og sækjast ungar konur sérstaklega eftir því að uppfylla kröfur um ákveðnar staðalímyndir. Líkamsímynd er mjög breytileg og eru konur líklegri en karlar til þess að upplifa brenglaða mynd af sjálfum sér (Kolodny, 2004). Fjölmíðlar geta þar talist stór áhrifaþáttur vegna þeirra staðalímynda sem að þeir setja fram (Klaczynski, Goold og Mudrey, 2004). Í kjölfar hjáveituaðgerðar getur líkamsímynd og sjálfsmýnd breyst mikið og getur góður andlegur stuðningur stuðlað að jákvæðari niðurstöðu fyrir ungar konur.

Konur á barneignaraldri í offitu, hvort sem þær glíma við ófrjósemi eða ekki, geta íhugað hjáveituaðgerð að öðrum meðferðarkostum reyndum. Rannsóknir hafa sýnt að offita hafi óæskileg áhrif á heilsufar verðandi mæðra og barna þeirra (Ólöf Jóna Elíasdóttir, Hildur Harðardóttir og Þórður Þórkelsson, 2010). Hjáveituaðgerð getur reynst gagnleg meðferð við ófrjósemi vegna þess þyngdartaps sem verður í kjölfar aðgerðarinnar (Teitelman, Grotegut, Williams og Lewis, 2006). Rannsóknir hafa einnig sýnt að tíðni meðgöngufylgikvilla er mun lægri hjá konum sem hafa náð þyngdartapi í kjölfar offituaðgerðar í samanburði við þær konur sem að þjást af offitu (Magdaleno, Pereira, Chaim og Turato, 2012; Bebbler o.fl., 2011).

Fæðingar þeirra kvenna sem gengist hafa undir hjáveituaðgerð ganga betur en hjá offeiturum konum og er heilsa barna þeirra einnig betri. Þó er mikilvægt að fylgjast vel með næringarástandi móður og barns á meðgöngunni og eftir fæðingu (Edwards, 2005).

1.2. Tilgangur rannsóknaráætlunar

Tilgangurinn með þessu verkefni er að búa til rannsóknaráætlun til að öðlast innsýn inn í líf ungra kvenna sem farið hafa í hjáveituaðgerð. Markmiðið með því að framkvæma rannsóknina yrði að varpa ljósi á upplifun ungra kvenna af því að gangast undir hjáveituaðgerð á maga og þeim áhrifum sem það hefur á líf þeirra í kjölfarið.

1.3. Val á rannsóknaraðferð

Áætlunin leggur drög að eigindlegri rannsókn sem unnin er eftir hugmyndafræði Vancouver-skólans í fyrirbærafræði. Miðar áætlunin að því að notuð verði hugmyndafræði Vancouver-skólans við gagnaöflun og greiningu gagna. Notað

verður tilgangsrúrtak og óstöðluð einstaklingsviðtöl tekin við 12 ungar konur sem hafa gengist undir hjáveituaðgerð með það að markmiði að kanna reynslu þeirra og áhrif aðgerðarinnar. Öll viðtölin verða hljóðrituð og afrituð. Viðtölin verða greind niður í þemu og sett upp hugtakalíkan fyrir hverja konu. Í lokin verður unnin ein heildarmynd úr hugtakalíkönunum sem lýsir best reynslu kvennanna.

1.4. Rannsóknarspurningar og tilgátur

Rannsóknarspurningar eru:

- Hvað verður til þess að ungar konur velja að fara í hjáveituaðgerð?
- Hvaða áhrif hefur aðgerðin á líf þeirra í kjölfarið?

Tilgátur eru:

- Konur velja að fara í hjáveituaðgerð til þess að grennast og öðlast bætta heilsu.
- Aðgerðin getur haft bæði jákvæð og neikvæð áhrif á líf hvernar konu í kjölfarið.

1.5. Forsendur rannsóknaráætlunar

Forsendur þess að ráðist var í vinnu þessa verkefnis voru þær að höfundar eru meðvitaðar um að offita er að aukast á Íslandi í dag. Sífelld fleiri ungar konur velja þá leið að fara í hjáveituaðgerð til þess að fá lausn á offituvandamáli sínu. Við frekari skoðun á viðfangsefninu kom í ljós að þörf er á frekari rannsóknum á þessu sviði hér á landi, sérstaklega rannsóknum sem beinast að ungum konum og þeim breytingum sem verða á lífi þeirra í kjölfar hjáveituaðgerðar.

1.6 Skilgreining hugtaka

Hér á eftir koma skilgreiningar á helstu hugtökum sem koma fram í fræðilegu umfjölluninni.

Líkamsþyngdarstuðull: (Body Mass Index) þyngd einstaklings í kílógrömmum deilt með hæð í metrum í öðru veldi (WHO, 2011).

Offita: Líkamsþyngdarstuðull 30-39,9 (WHO, 2011).

Sjúkleg offita: Líkamsþyngdarstuðull 40 eða hærri (WHO, 2011).

Offitumeðferð: Atferlismeðferð sem nær til næringar, þjálfunar og hreyfingar, og/eða lyfjameðferð og skurðaðgerð (Ludvig Árni Guðmundsson, 2004).

Roux-en-Y hjáveituaðgerð: Maga- og garnahjáveituaðgerð sem framkvæmd er við offitu. Tengt er framhjá um 95% af maganum og efsta þriðjungi mjógirnis (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

1.7. Gildi fyrir hjúkrunarfræði

Höfundar telja að fyrirhuguð rannsókn geti bætt gagnlegri þekkingu við margvísleg störf hjúkrunarfræðinga. Niðurstöður rannsóknarinnar gætu leiðbeint hjúkrunarfræðingum um helstu áherslur í fræðslu til ungra kvenna sem íhuga að fara í hjáveituaðgerð. Hjúkrunarfræðingar gætu með þekkingunni sem skapast við rannsóknina aðstoðað ungar konur við að taka upplýsta ákvörðun um hjáveituaðgerð og stuðlað þannig að því að val þeirra hafi sem jákvæðust áhrif á líf þeirra í kjölfarið.

1.8. Gagnaöflun og leitarorð

Við byggingu fræðilegrar umfjöllunar var notast við heimildir úr bókum og greinar úr tímaritum. Erlendar tímaritsgreinar voru flestar fagnar gegnum gagnasafnið

EBSCO Host en einnig af CINAHL, ScienceDirect, Pubmed, ProQuest og Google Scholar. Meðal þeirra ensku leitarorða sem notuð voru eru obesity, bariatric surgery, gastric bypass, nursing, nutrition, women, body image, self-esteem, fertility og pregnancy. Íslenskar upplýsingar voru sóttar á vef Landlæknisembættisins. Annað íslenskt efni var m.a. sótt af vef Reykjalunds, úr Læknablaðinu og Tímariti íslenskra hjúkrunarfræðinga. Gagnasafnið Google Scholar var einnig notað við öflun íslenskra heimilda. Íslensku leitarorðin voru offita, hjáveituaðgerð, hjúkrun, næring, konur, líkamsímynd, sjálfmynd, frjósemi og meðganga.

Helstu takmarkanir í fræðilegu umfjölluninni byggjast á því að í mörgum heimildum var ekki einungis fjallað um hjáveituaðgerð heldur byggðust þær oft og tíðum á samanburði milli ólíkra offituaðgerða. Lítið er til af heimildum sem beinast að ungum konum. Einnig má þess geta að lítið er til af ritrýndum íslenskum heimildum um efnið.

1.9. Samantekt

Fræðilega umfjöllunin hefst á kynningu á offitu, tíðni hennar, orsökum og úrræðum. Í framhaldi af því er fjallað um hjáveituaðgerðir, sögu og framkvæmd hennar lýst. Ítarlega er fjallað um undirbúning og eftirfylgni aðgerðarinnar. Sýnt verður fram á heilsufarslegan ávinning með aðgerðinni en jafnframt fjallað um fylgikvilla. Kynnt verður starfsemi Kristnesspítala á sviði offitumeðferða. Ítarlega er fjallað um þær breytingar sem verða á næringarefnaástandi einstaklinga sem fara í hjáveituaðgerð. Þar sem umfjöllunin beinist að ungum konum töldu höfundar óhjákvæmilegt að fjalla um líkamsímynd, sjálfsmýnd og áhrif fjölmiðla. Í lokin verður farið yfir áhrif hjáveituaðgerða á frjósemi kvenna, meðgöngu, fæðingu og nýbura.

Kafla 2. Fræðileg umfjöllun

Í þessum kafla er fjallað um offituvandamálið í heiminum í dag. Ítarlega verður fjallað um hjáveituaðgerðir á maga og áhrif aðgerðarinnar. Kynnt verður offitumeðferð á Kristnesspítala og fjallað um þær breytingar sem verða á næringarefnabörf í kjölfar hjáveituaðgerðar. Í lokin verður fjallað um félagsleg áhrif og barneignir í tengslum við offitu og hjáveituaðgerðir.

2.1. Offita, vaxandi vandamál í heiminum

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur lagt mikið upp úr forvörnum gegn offitu. Offita er í dag fimmta algengasta dánarorsökin í heiminum og er hægt að tengja ofþyngd og offitu við fleiri dauðsföll í heiminum heldur en vannæringu. Áætlað er að um 2,8 milljónir manna deyi árlega í heiminum af völdum yfirþyngdar eða offitu (WHO, 2011).

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir skilgreiningu á offitu. Fjallað verður um tíðni, helstu ástæður og þau úrræði sem eru í boði fyrir þá sem þjást af offitu.

2.1.1. Skilgreining offitu.

Líkamsþyngdarstuðull (BMI – Body Mass Index) er staðlað kerfi sem er notað víða um heim til þess að skilgreina offitu. Líkamsþyngdarstuðull byggist á þyngd og hæð einstaklings, þyngd hans í kílógrömmum er deilt með hæð í metrum í öðru veldi (kg/m^2).

Vannæring	BMI < 18,5
Kjörþyngd	BMI 18,5-24,9
Ofþyngd (1.stigs offita)	BMI 25-29,5
Offita (2.stigs offita)	BMI 30-39,9
Sjúkleg offita (3.stigs offita)	BMI \geq 40

Tafla 1 Flokkun líkamsþyngdarstuðuls

Offita er skilgreind sem líkamsþyngdarstuðull hærri en 30, óeðlilegur eða of mikill fitumassi sem getur ógnað heilsu einstaklings. Þessa formúlu má nota fyrir karla og konur á fullorðinsaldri en ekki fyrir börn. Útkoman getur gefið góða mynd af líkamsástandi einstaklings en þó verður að hafa í huga að hann tekur ekki tillit til hvort þyngd einstaklings sé í vöðvamassa eða fitumassa (WHO, 2011; Hjartavernd, 2010).

2.1.2. Tíðni.

Offita er vaxandi vandamál í öllum heiminum og er talið að tíðnin muni aukast á næstu árum. Frá árinu 1980 hefur tíðni offitu tvöfaldast í heiminum. Árið 2008 voru 1,5 milljarður einstaklinga (20 ára og eldri) í ofþyngd. Af þeim hópi voru 500 milljónir einstaklinga í offitu, þar af 300 milljónir kvenna (WHO, 2011).

Talið er að meira en þriðjungur Bandaríkjamanna yfir tvítugu þjáist af offitu eða 33,8%. Konur eru þar í meirhluta eða 35,5% allra bandarískra kvenna en 32,2% karla. Talið er að um 5,7% Bandaríkjamanna þjáist af sjúklegri offitu (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK, 2010).

Á Íslandi er offita einnig vaxandi heilsufarsvandi. Tíðni offitu meðal 45-67 ára Reykvíkinga var rannsökuð á árunum 1975-1994. Í rannsókninni kom m.a. fram að líkamsþyngdarstuðull beggja kynja jókst marktækt á tímabilinu og var hlutfallsleg hækkun meiri hjá konum (Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir, Örn Ólafsson og Vilmundur Guðnason, 2001). Samkvæmt upplýsingum frá Landlæknisembættinu (2009) voru árið 2008 um 20,1% fullorðinna (eldri en 30 ára) á Íslandi í offitu. Hlutfall karla var 18,9% og kvenna 21,3%.

Í rannsókn Laufeyjar Steingrímsdóttur, Elínborgar J. Ólafsdóttur, Lilju Sigrúnar Jónsdóttur, Rafns Sigurðssonar og Laufeyjar Tryggvadóttur (2010) sem skoðaði m.a. holdafar kvenna á Íslandi kemur fram að af þeim 15.025 konum sem

svöruðu könnuninni flokkuðust 34,2% kvenna í offitu. Rannsóknin sýndi að tíðni offitu jókst með aldrinum en mesta hækkunin varð milli tveggja yngstu aldurshópanna frá 25-32 ára. Er þessi hækkun tengd við mögulegar breytingar á lífi kvenna sem verða á þessu aldursbili t.d. barneignir og vinnuálag.

2.1.3. Hvað veldur offitu?

Lykilþátturinn í því að skýra orsakir þess að einstaklingar þyngist og bæti á sig auknum fituvef er að ójafnvægi verður á milli orkuinntöku og þeirrar orku sem einstaklingurinn eyðir eða brennir (WHO, 2011). Líkaminn þarf ákveðinn fjölda kaloría úr fæðunni til þess að viðhalda grunnstarfsemi. Til að viðhalda þyngd þarf að innbyrða fjölda kaloría í samræmi við þann fjölda sem líkaminn brennir. Ef við innbyrðum meira en líkaminn þarf förum við að þyngjast. Talið er að margir þættir geti leitt til offitu s.s. erfðir, umhverfi, atferli og samfélagslegir þættir (NIDDK, 2010).

Í dag beinist neysla í auknum mæli að fæðu sem er mjög orkurík, inniheldur mikið af fitu, salti og sykri. Hreyfimyntur einstaklinga hefur breyst þar sem samfélagslegir þættir nútímans krefjast minni hreyfingar heldur en áður fyrr t.d. hvað varðar samgöngur og störf (WHO, 2011). Það eru því of mikil orkuinntaka, breytingar á fæðuvefjum og minni hreyfing sem hafa m.a. stuðlað að þeirri offitubróun sem er í heiminum í dag.

2.1.4. Úrræði við offitu.

Úrræði við offitu ættu almennt að beinast að heilsu- og atferlisbreytingum sem geta bætt líkamlega heilsu frekar en einblína á þyngdina eina og sér. Það er gert til að sporna við neikvæðum skilaboðum til þeirra sem eru yfir kjörþyngd (Cohen, Perales og Steadman, 2005). Atferlismeðferðir miða að því að einstaklingar nái fram varanlegum atferlisbreytingum svo hjá því verði komist að grípa til annarra leiða svo

sem lyfjameðferðar eða skurðaaðgerðar við offitunni. Einstaklingar eru aðstoðaðir við að breyta lífsháttum sínum svo þeir nái fram þyngdartapi. Mikilvægt er að þeir fylgi því eftir svo að þyngdaraukning eigi sér ekki stað aftur. Þetta er erfitt og krefjandi verkefni og er árangurinn misgóður. Meðferðin er í stöðugri þróun en árangurinn af henni hefur til lengri tíma hefur ekki reynst nægjanlegur (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Lyfjameðferð er eingöngu beitt ef önnur úrræði hafa ekki náð tilætluðum árangri. Þar að auki þarf líkamsþyngdarstuðullinn að vera 30 eða hærri og þekktir áhættuþættir til staðar (Hjartavernd, 2010). Notkun lyfja við offitu geta gefið lítilsháttar þyngdartap en án breytinga á lífsháttum hafa þau lítil sem engin áhrif. Þau geta þó dregið úr áhrifum af fylgikvillum offitutengdra sjúkdóma t.d. sykursýki 2 (Ludvig Árni Guðmundsson, 2004).

Nokkur lyf hafa verið þróuð við offitu, af þeim eru tvö lyf að mestu notuð í dag. Annað lyfið er Subutramin (Reductil) en það viðheldur brennslu í líkamanum og hefur áhrif á miðtaugakerfið. Rannsóknir hafa sýnt að aukaverkanir eru hækkaður blóðþrýstingur og aukin hjartsláttur. Hitt er Orlistat (Xenical) og það hamlar virkni lípasa sem brýtur niður fitu í meltingarvegi. Almennar aukaverkanir af notkun lyfsins eru meltingartruflanir (Padwal og Majumdar, 2007).

Þegar lyfjameðferð hefur verið fullreynd og hefur ekki skilað árangri er möguleiki á skurðaðgerð á meltingarvegi (Hjartavernd, 2010). Megrunaraðgerðir eru árangursríkar aðgerðir og geta breytt lífsháttum til hins betra þar sem einstaklingar geta misst 60 – 80% af umframþyngd sinni (Ludvig Árni Guðmundsson, 2004). Talið er að þyngdartap á yngri árum muni hindra eða minnka tilfinningalegar og líkamlegar afleiðingar offitu seinna meir. Það styður rannsókn sem gerð var á 19 unglíngum á aldrinum 13-17 ára sem að fóru í magabandsaðgerð vegna offitu. Eftir 10 ára

eftirfylgni voru fylgikvillar og sjúkdómar tengdir offitu horfnir og einstaklingarnir og fjölskyldur þeirra voru ánægð með árangur aðgerðarinnar (Capella og Capella, 2003). Hafa þarf í huga að megrunaraðgerðir geta haft alvarlegar aukaverkanir ef einstaklingar gæta þess ekki að fara eftir læknisráði (Devlin, Yanovski og Wilson, 2000).

2.2. Hjáveituaðgerð á maga

Í gegnum tíðina hafa verið reyndar ýmsar aðgerðir á meltingarvegi einstaklinga til þess vinna gegn ofþyngd. Árið 1965 voru gerðar aðgerðir á meltingarfærum sem fólust í því að garnir voru styttaðar verulega en tíðni síðkominna fylgikvilla þeirra aðgerða var of há til að þeim væri haldið áfram. Þá voru magabandsaðgerðir (gastric banding) framkvæmdar á tímabili en árangurinn af slíkum aðgerðum var einnig ekki talinn nógu góður. Slíkar aðgerðir eru framkvæmdar enn í dag en með breyttum aðferðum frá því áður fyrr (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Offituaðgerðir eru í dag taldar besta leiðin til að ná góðum og stöðugum árangri í þyngdartapi hjá þeim einstaklingum sem eru í sjúklegrri offitu og draga þær aðgerðir úr dánartíðni (SAGES Guidelines Committee, 2008; Sjöström, Narbro, Sjöström, Karason, Larsson, Wedel og Stenlöf, 2007). Fyrir þá einstaklinga sem eru yfir 55 í BMI getur verið ráðlegt að byrja á magabandsaðgerð þar til ákveðnu þyngdartapi hefur verið náð og framkvæma síðar hjáveituaðgerð til þess að ná fram frekari árangri (De Beaux, 2007). Hjáveituaðgerð hefur samt sem áður betri langtíma árangur hvað varðar þyngdartap eins og fram hefur komið í rannsóknum Cristou og Efthimiou (2009) og Sjöström o.fl. (2007).

Í þessum kafla verður fjallað um hjáveituaðgerðir en það er eina tegund offituaðgerða sem er gerð hér á landi í dag. Fjallað verður um undirbúninginn fyrir

hjáveituaðgerð, hvernig aðgerðin er framkvæmd og hverju einstaklingar mega búast við eftir aðgerð hvað varðar heilsufarslegan ávinning. Einnig verður fjallað um fylgikvilla aðgerðar og eftirfylgni.

2.2.1. Hjáveituaðgerðir á Íslandi.

Frá árinu 2000 hafa hér á Íslandi verið framkvæmdar maga- og garna-hjáveituaðgerðir (Roux-en-Y gastric bypass) og þykir það áhrifamikil leið til þyngdartaps (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Hjúveituaðgerðir voru fyrst kynntar af Mason árið 1966 en í dag eru Roux-en-Y hjáveituaðgerðir notaðar í yfir 80% tilvika í Bandaríkjunum þar sem gerðar eru aðgerðir á meltingarvegi við offitu (SAGES Guidelines Committee, 2008).

Árið 2010 voru framkvæmdar á Landspítalanum 52 hjáveituaðgerðir. Árið 2011 hafði þeim fjölgað upp í 81 aðgerð (Landlæknisembættið, 2012). Ekki fundust eldri tölur um fjölda aðgerða. Um 80% þeirra sem fara í hjáveituaðgerð á Íslandi á ári hverju eru konur (María Karlsdóttir, 2009; Leifsson og Gíslason, 2005).

Erlendar rannsóknir sýna einnig að konur eru í miklum meirihluta þeirra einstaklinga sem fara í aðgerðir á meltingarvegi við offitu (Christou og Efthimiou, 2009; Sjöström o.fl., 2007; Buchwald o.fl., 2004)

2.2.2. Undirbúningur fyrir hjáveituaðgerð.

Undirbúningur fyrir hjáveituaðgerð er margþátta og þarf að huga að mörgum atriðum áður en einstaklingur fer í slíka aðgerð. Það er ekki sjálfgefið að ef einstaklingur vill fara í aðgerð að hann hafi kost á henni (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Samkvæmt bandarísku heilbrigðismálastofnuninni (National Institute of Health) er hjáveituaðgerð möguleg fyrir þá einstaklinga sem þjást af sjúklegri offitu. Undir þann hóp falla þeir einstaklingar sem eru með BMI yfir 40 og/eða einstaklingar

með BMI yfir 35 sem einnig kljást við offitutengda sjúkdóma. Talið er að aðgerðin sé kostur fyrir einstaklinga sem að hafa reynt megrun án árangurs, fyrir þá sem eru áhugasamir um aðgerðina, vel upplýstir og lausir við alvarlega sálræna kvilla (SAGES Guidelines Committee, 2008).

Samstarf var sett á laggirnar árið 2002, á milli skurðeildar Landsspítala Háskólasjúkrahúss og næringarteymis Reykjalundar og Kristnesspítala um meðferð á einstaklingum með alvarlega offitu sem kjósa að fara í hjáveituaðgerð.

Einstaklingarnir eru metnir í meðferðinni hvort þeir séu undir það búnir að gangast undir aðgerð og ef svo er eru þeir undirbúnir fyrir aðgerðina. Meðferðin hefur verið sett sem grunnskilyrði til að fá að gangast undir aðgerð. Sá möguleiki er þó fyrir hendi að ef einstaklingur er með alvarlega fylgisjúkdóma offitu er aðgerð flýtt en það er þó ekki gert nema í ýtrustu neyð (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Erlendar rannsóknir hafa leitt það í ljós að ef einstaklingum tekst ekki að sýna árangur í þyngdartapi fyrir aðgerð, gagnast aðgerðin ekki sem skyldi og glíma þeir við margskonar fylgikvilla eftir aðgerðina. Gert er ráð fyrir 5% þyngdartapi hið minnsta fyrir innlögn. Líklegra er að aðgerðin gangi betur tæknilega séð ef að þyngdartap verður fyrir aðgerð og einnig er einstaklingurinn fyrr að ná sér (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Nauðsynlegt er að einstaklingurinn geri sér grein fyrir offituvandamáli sínu og að aðgerðin ein og sér leysi það ekki að fullu. Ólíkt öðrum megrunarleiðum færðu aðeins eitt tækifæri með þessari leið (SAGES Guidelines Committee, 2008).

2.2.2.1. Teymisvinna. Teymi er hópur einstaklinga sem að sameina sérþekkingu og hæfileika sína við lausn á tilteknu viðfangefni, bera sameiginlega ábyrgð og stefna að sömu markmiðum samkvæmt ákveðnum vinnureglum (Ína Rós Jóhannesdóttir, 2010).

Reykjalundur og Kristnesspítali hafa starfsrækt teymi fagfólks sem sjá um að meta þá einstaklinga sem sækjast eftir því að fara í hjáveituaðgerð. Teymið samanstendur af læknum, hjúkrunarfræðingum, sjúkraþjálfum, iðjuþjálfum, félagsráðgjöfum og næringarráðgjöfum. Einnig er mögulegur aðgangur að sálfræðingi Teymið fræðir einstaklinginn um breytingar á lífstíl og einnig um atferlisbreytingar sem geta gert vart við sig eftir aðgerð. Nauðsynlegt er að einstaklingur sé vel undirbúinn til þess að sem bestur árangur náist og einnig til þess að hann taki upplýsta ákvörðun um að gangast undir aðgerðina. Einstaklingur er upplýstur um það í undirbúningnum að hann verður að vera tilbúinn til þess að hlíta ævilöngu eftirliti eftir aðgerð (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Næringarfræðingur fer yfir vinnuþátt einstaklingsins, kunnáttu hans í næringarfræði, matarvenjur og einnig hversu einstaklingurinn er vel að sér í matargerð. Nauðsynlegt er að fara yfir skammtastærðir því þær breytast mikið eftir aðgerð og einnig er mikilvægt að einstaklingurinn kunni að lesa úr innihaldslýsingum matvæla t.d. með tillit til næringargildis. Með því að vinna með þessa þætti er einnig verið að opna augu einstaklingsins fyrir því að hann er ábyrgur fyrir eigin neyslu og mun árangurinn vera undir honum kominn (Thomason, 2004).

Sálræna hliðin er ekki síður mikilvæg þegar kemur að mati á einstaklingum sem sækjast eftir aðgerð. Þrátt fyrir að flestar rannsóknir benda til þess að árangur aðgerðar verður lakari ef einstaklingur þjáist af sálrænum kvillum er þó ekkert staðfest í þeim efnum (SAGES Guidelines Committee, 2008). Dæmi eru um að einstaklingar hafi óraunhæfar væntingar til aðgerðarinnar. Þeir telja að aðgerðin muni ekki eingöngu hjálpa við þyngdartapið heldur muni hún einnig hjálpa þeim að fást við þann vanda sem að þeir eru að kljást við í sínu daglega lífi. Þetta getur verið áhyggjuefni ef að aðstæður þeirra breytast ekki eins og þeir hafa vænst til. Það er því

ákveðið áhyggjuefni ef að einstaklingar fara ekki nægjanlega vel upplýstir í aðgerð og á réttum forsendum. Því þarf undirbúningur að fara vel fram (Glinski, Wetzler og Goodman, 2001).

2.2.3. Framkvæmd.

Eins og nafnið gefur til kynna er tilgangur hjáveituaðgerðar að veita fæðunni fram hjá hluta af maga og görnum. Í aðgerðinni er tengt fram hjá um 95% af maganum og efsta þriðjungi mjógirnis. Magamál minnkar því mjög mikið þar sem lítill hluti er eftir af maganum til að taka á móti fæðunni. Melting fæðunnar fer svo fram í neðri 2/3 hlutum mjógirnisins. Í kjölfar aðgerðarinnar dregur verulega úr matarlyst og hungurtilfinningu vegna þeirra breytinga sem verða á tauga- og hormónastjórnun meltingarinnar (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Melting fæðunnar breytist einnig vegna þess að hún blandast ekki við gall og önnur meltingarensím fyrr en hún kemur frá maga að mótum mjógirnis og dausgarnar í stað þess að fara frá maga beint í mjógirni (De Beaux, 2007).

Hægt er að framkvæma aðgerðina með kviðsjártækni eða við opna skurðagerð. Íslenskir skurðlæknar hafa sýnt fram á góðan árangur, minni fylgikvilla, minni óþægindi og styttri sjúkrahúslegu með því að framkvæma hjáveituaðgerðir með kviðsjártækni (Leifsson og Gislason, 2005). Hjáveituaðgerð með kviðsjártækni tekur um 70-80 mínútur og þarf einstaklingur að dvelja á sjúkrahúsi í 3-4 daga í kjölfar aðgerðarinnar (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

2.2.4. Heilsufarslegur ávinningur.

Ávinningur aðgerðarinnar er oftast talinn vega meira en afleiðingarnar og mögulegir fylgikvillar (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Rannsóknir hafa sýnt að dánartíðni lækkar í kjölfar aðgerða við offitu (Sjöström o.fl., 2007) en jafnframt sýna

rannsóknir að á árunum eftir aðgerð eykst innlagnartíðni einstaklinga á sjúkrahús um helming (Zingmond, McGory og Ko, 2005).

Augljós ávinningur hjáveituaðgerðar er þyngdartap ef vel til tekst. Í Svíþjóð var gerð viðamikil rannsókn á árangri offituaðgerða. Í henni kom fram að á tíu ára tímabili var árangur hefðbundinnar meðferðar án skurðaðgerðar við offitu, m.a. lífsstílsbreytingar og atferlismeðferð, þyngdaraukning upp á 1,6%. Var mun betri árangur eftir skurðaðgerð, eða 13,2% þyngdartap eftir magabandsaðgerð og 25% þyngdartap eftir hjáveituaðgerð. Þar kemur einnig fram að 6,3% dánartíðni var í hópi þeirra sem ekki fóru í aðgerð við offitu en 5% hjá þeim sem fóru í slíka aðgerð. Helstu dánarorsakir voru hjarta- og æðatengd áföll og æxlisvöxtur (Sjöström o.fl., 2007).

Í heimildasamantekt Buchwald o.fl. (2004) kom fram að meðalþyngdartap eftir aðgerð á meltingarvegi í 136 rannsóknum var 61,2%. Eftir magabandsaðgerðir var meðalþyngdartap 47,5% og 61,6% eftir hjáveituaðgerð. Dánartíðni 5.644 einstaklinga sem fóru í hjáveituaðgerð var um 0,5% innan 30 daga frá aðgerðardegi.

Einstaklingar sem hafa þróað með sér offitutengda sjúkdóma fyrir aðgerð geta búist við bættu ástandi eða jafnvel fullum bata eftir hjáveituaðgerð. Jafnframt verður áhættan á þróun offitutengdra sjúkdóma minni í kjölfar aðgerðarinnar (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Rannsóknir hafa sýnt fram á bætt ástand og bata við offitutengdum sjúkdómum eins og sykursýki, hárrí blóðfitu, háþrýstingi og kæfisvefni (Björn G. Leifsson o.fl., 2005; Buchwald o.fl., 2004; Sjöström o.fl., 2007) auk stoðkerfisverkja og annarra heilsutengdra lífsgæða (Sjöström o.fl., 2007), hormónatruflana og frjósemisvandamála (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

2.2.5. Fylgikvillar.

Þrátt fyrir lága dánartíðni í kjölfar hjáveituaðgerðar getur aðgerðin leitt til dauða einstaklings ef ekki hefur verið komið auga á mögulega fylgikvilla nægjanlega snemma eða meðferð við þeim hafin nógu tímanlega (Clutts, 2009). Aðgerðin er stór kviðarholsaðgerð og fylgja ýmsar áhættur aðgerðinni sjálfri auk þess sem áhættuþættir tengdir offitu hafa áhrif á tíðni fylgikvilla í kjölfar hjáveituaðgerðar (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Í rannsókn Christou og Efthimiou (2009) var afturvirkri greiningu beitt til að skoða útkomur 1.035 offituaðgerða á sjö ára tímabili í Kanada. Í heildina voru framkvæmdar 886 hjáveituaðgerðir og komu upp ýmsir fylgikvillar í kjölfar þeirra. Var þeim skipt í skammtíma og langtíma fylgikvilla. Skammtíma fylgikvillar komu upp innan 30 daga frá aðgerð en langtíma 31 degi eða síðar eftir aðgerð. Alls komu fram fylgikvillar í 15,2% tilvika. Af þeim voru 8,4% skammtíma fylgikvillar. Í 6,8% tilvika voru fylgikvillarnir langtíma. Algengasti skammtíma fylgikvillinn var leki á samtengingum milli garna (3%). Þar á eftir komu magasár, óútskýrður hiti, blæðingar á samtengingum milli garna og sýking í kviðarholi. Algengasti langtíma fylgikvillinn var þegar myndast hafði þrenging á samtengingum milli garna (3,7%). Þar á eftir komu kviðslit, gallsteinaköst og leki á samtengingum milli garna (eða fistula).

Íslensku skurðlæknarnir Björn Geir Leifsson og Hjörtur Georg Gíslason hafa framkvæmt hjáveituaðgerðir með kviðsjártækni hér á landi. Þeir söfnuðu saman upplýsingum um 150 sjúklinga frá árinu 2001 til ársins 2003. Þeir skiptu fylgikvillum upp í skammtíma og langtíma fylgikvilla og miðuðu skiptinguna við 30 daga frá aðgerðardegi eins og gert var í kandísku rannsókninni. Af skammtíma fylgikvillum voru leki og blæðing frá samtengingum milli garna algengastir eða samtals 6% af 150 einstaklingum. Þurftu þeir einstaklingar allir að fara í aðra aðgerð.

Af langtímafylgikvillum var magasár langalgengasti kvillinn eða í 16,6% tilvika allra einstaklinganna. Þrír einstaklingar fengu gallsteina (Leifsson og Gislason, 2005).

Í undirbúningsbæklingi fyrir hjáveituaðgerð frá Reykjalundi kemur fram að aðrir mögulegir fylgikvillar en lýst hefur verið hér að ofan séu m.a. blóðtappi í lungum, lungnabólga og sýkingar í skurðsári. Einnig verða miklar breytingar á járn- og kalkupptöku úr fæðunni eftir aðgerð og því verður bætiefnameðferð lífsnauðsynleg. Ef einstaklingurinn sneiðir ekki alveg hjá sætindum og sykurríkri fæðu getur hann fengið Dumping-syndrome. Það er vítahringur sem fer af stað þegar brisið seytir stórum skammti af insúlíni í kjölfar neyslu sætmetis. Um 30 mínútum síðar fellur blóðsykurinn og einstaklingurinn fær drunga- og þyngslatilfinningu og meiri sykurlöngun (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Ógleði og uppköst er einn fylgikvillanna sem einstaklingar tala um að þeir finni talsvert fyrir eftir aðgerðina. Tengist það því að þeir hafa borðað yfir sig, of hratt eða ekki tuggið matinn nægilega vel (Shikora, Kim og Tarnoff, 2007). Í flestum tilfellum eru einstaklingar að kasta upp tvisvar til þrisvar sinnum á viku í nokkra mánuði eftir aðgerðina. Talað er um að verið sé að losa fæðuna sem kemst ekki fyrir vegna minnkunar á maga, eins og áður kemur fram er einungis 5% magans að taka við fæðunni eftir aðgerðina (Fujioka, 2005). Rannsóknir hafa sýnt að ógleði og uppbemba geti gert vart við sig eftir vissar fæðutegundir. Mikill þrýstingur er á vélinda sem veldur spasma og sárum verk fyrir miðju brjósti sem hefur að mati einstaklinganna neikvæð áhrif á líkamlega heilsu þeirra (Magro o.fl., 2008).

2.2.5.1. Sjúkrahúsinnlagnir í kjölfar hjáveituaðgerða. Í rannsókn Zingmond o.fl. (2005) voru skoðaðar sjúkrahúsinnlagnir einstaklinga í offitu fyrir og eftir hjáveituaðgerð. Í henni kom fram að helstu ástæður þess að einstaklingar lögðust inn á sjúkrahús áður en þeir fóru í hjáveituaðgerð voru tengdar offituástandi þeirra t.d.

vegna gigtar og húðnetjubólgu eða vegna valaðgerða t.d. legnáms og gallblöðrutöku. Innlagnir fyrsta árið eftir hjáveituaðgerð voru oftast vegna fylgikvilla aðgerðarinnar. Innlögnum fjölgaði um helming eftir að einstaklingar höfðu farið í hjáveituaðgerð og náði innlagnartímabilið yfir eitt ár. Þremur árum eftir aðgerð fóru innlagnirnar aftur að snúa að val tengdum aðgerðum t.d. liðaskiptaaðgerðum og lýtaaðgerðum.

Mitchell o.fl. (2001) framkvæmdu rannsókn á 78 einstaklingum, 13 körlum og 65 konum sem fylgt var eftir í 13 til 15 ár eftir hjáveituaðgerð. Niðurstöður sýndu að 54 einstaklingar eða 69,2% einstaklinganna höfði lagst inn á spítala af einhverjum ástæðum frá þeim tíma sem þeir gengust undir aðgerðina. Hækkun á blóðþrýstingi var hjá 24 einstaklingum, 11 höfðu hjartavandamál og 5 með sykursýki tegund tvö. Uppköst voru viðvarandi hjá 52 einstaklingum og niðurgangur hjá 24 einstaklingum.

2.2.6. Eftirfylgni.

Yfir 100.000 offituaðgerðir eru framkvæmdar árlega í heiminum og er hjáveituaðgerð ein af algengustu aðgerðunum. Samræmi í eftirfylgni á einstaklingum eftir aðgerð er mjög mikilvægt. Tíðni aðgerða er að aukast og því er mikilvægt að lækna og skurðlækna séu hluti af eftirfylgniteymi. Með góðri eftirfylgni er hægt að leysa vandamál sem koma upp fyrr og markvissara eða hreinlega hindra það að vandamál komi upp (Fujioka, 2005).

Hér á landi fer einstaklingurinn tveimur vikum eftir aðgerð á göngudeild megrunaraðgerða á Landspítalanum og hittir þar teymi sem samanstendur af skurðlækni, hjúkrunarfræðingi og næringarráðgjafa. Mjög mikilvægt er, að ef einstaklingur hefur þurft að vera hjá t.d. geðlækni, hjartalækni eða lungnalækni að þeir séu hafðir með í teyminu. Einstaklingurinn mætir svo aftur eftir þrjá mánuði og svo á hálfis árs fresti ævilangt. Að þremur árum liðnum getur einstaklingurinn verið undir eftirliti hjá sínum heimilislækni (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Hjúkrunarfræðingar og næringarráðgjafar sjá að mestu leyti um eftirfylgnina. Eftirfylgnin felur meðal annars í sér að fylgjast með vítamínum, járnbirgðum og kalkbúskapi líkamans. Einstaklingarnir eru einnig vigtaðir til að geta fylgst með þyngdartapi í kjölfar aðgerðarinnar. Einstaklingum eru gefin ráð hvað varðar næringu. Þyngdartap er mest í byrjun og því er mikilvægt að einstaklingurinn fái stuðning í að setja sér raunhæf markmið til þess að ná takmarki sínu í þyngd (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

Samkvæmt rannsókn Harper, Madan, Ternovits og Tichansky (2007) er það mikið áhyggjuefni ef að einstaklingar nýta sér ekki þá eftirfylgni sem í boði er eftir offituaðgerð. Ef einstaklingar nýta sér ekki eftirfylgnina sem í boði er tekst þeim ekki að ná tilætluðum árangri í þyngdartapi eða eru í mikilli hættu á því að missa tökin þegar líður á og fitna aftur. Margar ástæður liggja að baki lélegri eftirfylgni hjá einstaklingum. Í fyrsta lagi var talið að sumir einstaklingar teldu sér ganga það vel að þeir hefðu ekkert að gera við stuðninginn sem að felst í eftirfylgninni. Í öðru lagi að einstaklingar hafi ekki náð tilskyldum árangri og þeir skömmuðust sín fyrir það og vildu því ekki koma. Í þriðja lagi að einstaklingarnir væru ekki ánægðir með árangur af aðgerðinni, væru óánægðir með skurðlækninn og/eða heilbrigðisstarfsfólkið. Ef að einstaklingar nýta sér ekki þá eftirfylgni sem í boði er, verður meðferðarheldnin minni og árangur aðgerðar ekki eins góður. Þegar á heildina er litið er það einnig dýrt fyrir heilbrigðiskerfið.

Samkvæmt rannsókn Glinski o.fl. (2001) hefur ekki verið nægjanlega mikið rannsakað hversu mikil áhrif hópameðferð hefur á einstaklinga sem að gengist hafa undir hjáveituaðgerð. Hins vegar leiddu niðurstöður þeirra rannsókna það í ljós að einstaklingunum fannst gott að geta leitað stuðnings annarra sem höfðu gengið í gegnum sömu reynslu og einnig sýndi það sig að ef einstaklingur var virkur í

hópameðferðinni var þyngdartap hans meira. Framkvæmd var rannsókn árið 2005 af Fanneyju Grétarsdóttur og Fjólu Ingimundardóttur og voru þátttakendur í þeirri rannsókn konur sem gengist höfðu undir hjáveituaðgerð. Niðurstöður sýndu að sumar konurnar hefðu þegið meiri stuðning og eftirfylgni en þær fengu þegar þær litu tilbaka um farinn veg.

Á árunum 2001-2003 var rannsakað hversu góð eftirfylgni var á meðal 150 einstaklinga sem fóru í hjáveituaðgerð á Íslandi. Var tíðnin 100% þar sem allir einstaklingarnir mættu í þá tíma sem þeir áttu bókaða í eftirfylgni. Telja lækarnir sem henni sinntu að smæð landsins okkar gæti haft áhrif á þennan góða árangur. Einnig telja þeir að einstaklingar sem fara í hjáveituaðgerð á Íslandi fari í gegnum það góðan undirbúning að þeir séu vel til þess fallnir að sýna góða meðferðarhaldni og séu afar vel upplýstir um ferlið í heild sinni og mikilvægi eftirfyllgninnar (Leifsson og Gislason, 2005).

2.2.6.1. Þyngdaraukning í kjölfar hjáveituaðgerðar á maga. Talið er að um 25% einstaklinga nái ekki að viðhalda þyngdartapi eftir hjáveituaðgerð. Ástæður eru m.a. að hegðun og matarvenjum hefur ekki verið breytt í samræmi við ráðleggingar fagaðila. Misnotkun er á matvælum og sælgæti. Með aukinni matarinntekt eykst rúmmál maga sem leiðir til þess að matarlyst eykst og smá saman verður þyngdaraukning (Shikora o.fl., 2007).

Samkvæmt rannsókn Magro o.fl. (2008) á þyngdaraukningu eftir hjáveituaðgerð kom fram að mesta þyngdaraukning er tveimur til fimm árum eftir aðgerð. Í rannsókninni var 782 einstaklingum fylgt eftir í fimm ár eftir hjáveituaðgerð. Einungis voru valdir einstaklingar sem höfðu gengist undir aðgerðina á síðustu tveimur árum. Rannsóknin fór fram í Brasilíu frá júní 2000 til júní 2005. Af hópnum voru 78% sem að sýndu þyngdaraukningu eftir 18 mánaða tímabil.

Þyngdaraukning fór minnkandi niður í 69% fimm árum síðar. Þyngdaraukning í heildina var 46 – 63,6% á tímabilinu 24 til 48 mánuðum eftir aðgerðina, enginn munur var á körlum og konum. Í rannsókninni kom fram að 60% einstaklinga hittu aldrei næringarráðgjafa og 80% hittu aldrei sálfræðing. Rannsóknin styður mikilvægi eftirfylgni eftir aðgerð.

2.2.7. Hlutverk hjúkrunarfræðinga.

Hjúkrunarfræðingar sjá meðal annars um fræðslu, ráðgjöf, umönnun, meðferð og stuðning til skjólstæðinga sinna. Samskipti hjúkrunarfræðings og skjólstæðings eru þungamiðja hjúkrunar. Hjúkrunarfræðingum ber að sýna skjólstæðingnum umhyggju og virðingu fyrir lífi hans, mannhelgi og frelsi. Skjólstæðingar hjúkrunarfræðinga eru ýmist sjúkir eða heilbrigðir, úr öllum þjóðfélagsstéttum og á öllum aldri (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (FÍH, 2011).

Skurðhjúkrunarfræðingar líta á sig sem málsvara sjúklingsins sem fer á skurðarborðið. Þeir telja að grudvallarþáttur í hjúkruninni sé að tryggja öryggi sjúklings m.a. með því að fyrirbyggja ógnir eða hættu sem hugsanlega geta komið upp. Hjúkrunarfræðingurinn reynir að styrkja öryggiskennd sjúklingsins með því að veit honum umhyggju og nærveru (Herdís Alfreðsdóttir og Kristín Björnsdóttir, 2009).

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Kaser og Kukla (2009) þjónuðu hjúkrunarfræðingar veigamiklu hlutverki í umönnun, fræðslu og eftirfylgni sjúklinga sem að höfðu gengist undir hjáveituaðgerð. Hjúkrunarfræðingurinn hjálpaði einstaklingum við markmiðsetningu, gerði honum grein fyrir hversu mikilvægt það sé að geta metið líkamlegt og andlegt ástand sitt. Hjúkrunarfræðingur veitti einstaklingnum sálrænan stuðning og leiðbeindi honum hvernig ætti að komast yfir

erfiðleika sína. Það að horfa á einstakling takast að ná markmiðum sínum, breytast líkamlega og líða betur í eigin skinni gerir hjúkrunarstarfið þess virði.

Hugmyndafræði hjúkrunar miðar af því að horfa á einstaklinginn heildrænt og höfða til sjálfsábyrgðar hans á eigin lífstíl og heilsu. Hjúkrunarfræðingar eru í lykilstöðu til þess að auka þátt forvarna, heilsueflingar og heilsuverndar. Þeir hafa góða þekkingu á heilbrigðiskerfinu og ættu því að geta leiðbeint notendum þess hvert þeir eigi að snúa sér (FÍH, 2011). Hjúkrunarfræðingar verða að gera sér grein fyrir því að þeir eru ákveðin fyrirmynd. Þeir hafa það hlutverk að veita fræðslu um heilbrigðan lífstíl. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar séu vel meðvitaðir um eigin heilsu og séu vel upplýstir um hvað það er sem veldur offitu og ofþyngd (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2008).

2.3. Offitumeðferð á Kristnesspítala

Á Kristnesspítala í Eyjafirði er starfrækt teymi sem sérhæfir sig í meðferð einstaklinga með offituvandamál og hefur verið starfrækt í sex ár. Þar sem Kristnesspítali er staðsettur nálægt heimabyggð höfunda töldu þeir áhugavert að varpa ljósi á starfsemina sem þar fer fram. Nær engar skriflegar upplýsingar eru til staðar um offitumeðferðina á Kristnesspítala og voru því fengnar upplýsingar hjá Friðriki Vagni Guðjónssyni lækni á Kristnesspítala meðal annars um fyrirkomulag offitumeðferðar sem boðið er upp á þar.

2.3.1. Offitumeðferðin.

Í viðtalinu við Friðrik Vagn Guðjónsson kom fram að fjórir hópar eru teknir inn á ári sem innihalda átta einstaklinga í hverjum hópi. Það þýðir að 32 einstaklingar fara í gegnum þessa hópameðferð á ári hverju og biðlistinn er langur eða um það bil tvö ár. Ekki er lögð megin áhersla á það að einstaklingarnir sem sækja meðferðina séu

að stefna á hjáveituaðgerð, heldur er umfram allt verið að fræða þá um heilbrigðan lífstíl, veita þeim sálræna aðstoð, næringaraðstoð, hvetja til hreyfingar, veita stuðning og hvatningu til að breyta til betra lífs. Offitumeðferðin er sett saman á þann hátt að einstaklingarnir fara eftir ákveðinni stundarskrá sem að hefst að morgni og er búin um miðjan dag. Með því að leggja einstaklingana ekki inn er verið að ögra þeim að vissu leyti á þann hátt að þeir verða að takast á við sitt eigið líf þegar heim er komið eftir dagskrá dagsins. Þetta fyrirkomulag hefur reynst vel og eins og áður sagði er mjög eftirsóknarvert að komast að.

2.3.2. Einstaklingar sem fara í hjáveituaðgerð.

Í viðtalinu við Friðrik Vagn Guðjónsson kom fram að fyrstu tvö árin sem hópameðferðin var starfrækt var það svo að einstaklingar komu nær eingöngu þar inn til þess að fara í hjáveituaðgerð eftir meðferðina. Töluverðar breytingar hafa því átt sér stað. Af þeim 64 einstaklingum sem komið hafa í hópameðferðina á síðustu tveim árum eru það einungis 15 einstaklingar sem eru búnir að fara í aðgerð eða fá tilvísun á aðgerð. Það gera því ekki nema 23% af heildinni eða fjórði hver einstaklingur sem kemur í hópameðferð.

Í undirbúningi reyna teymin að átta sig líðan og hugsun einstaklinganna eftir bestu getu til þess að sjá hvort þeir séu andlega tilbúnir fyrir aðgerð. Það hefur gengið upp og ofan, því hver einstaklingur er einstakur og getur sýnt á sér hlið í meðferð sem reynist svo ekki vera hans rétt hlið þegar upp er staðið. Teymin geta þó ekki tekið á sig fulla ábyrgð því það er einstaklingurinn sjálfur sem verður að taka ábyrgð á eigin lífi. Teymið á Kristnesi veitir fræðslu um aðgerðina en fyrirkomulagið er í raun þannig háttað að sá skurðlæknir sem framkvæmir aðgerðina kemur á Kristnes og sér um ítarlegri fræðslu sem að viðkemur aðgerðinni sjálfri, undirbúningi og eftirfylgni.

2.3.3. Eftirfylgni eftir aðgerð.

Að sögn Friðriks Vagns Guðjónssonar er ekki til staðar nein sérhæfð eftirfylgni með hjáveituaðgerðinni nema á höfuðborgarsvæðinu. Því verða einstaklingar sem búa á öðrum stöðum á landinu að gera sér ferð þangað. Einstaklingar geta leitað til síns heimilislæknis í sinni heimabyggð ef það kom upp vandkvæði í kjölfar aðgerðar sem ekki geta beðið til næsta endurkomutíma í eftirfylgni meðferðarinnar.

2.4. Breyting á næringarefnaþörf í kjölfar hjáveituaðgerða

Við hjáveituaðgerð á maga eins og áður hefur komið fram er tengt framhjá 95% af maganum og er aðeins 5% hluti magans að taka á móti fæðunni. Strax eftir aðgerðina þarf að framkvæma róttækar breytingar á matarvenjum vegna minnkaðs rúmmáls maga. Einstaklingar finna fljótt fyrir mettunartilfinningu og þarf því að neita minni matarskammta sex til átta sinnum á dag að jafnaði um 1000 kaloría. Tærum vökva má neyta strax eftir aðgerð og mjög fljótt má fara neyta léttrar fæðu. Rannsóknir hafa sýnt að 12 vikum eftir aðgerð er óhætt að fara neyta almennrar fæðu en um 14% þola ekki vel mjólkurvörur og 10% kjötvörur. Einstaklingar eru að jafnaði ekki að neyta mjólkurvara né kjötvara allt að þremur árum eftir aðgerðina sem getur til lengri tíma litið leitt til næringar og bætiefnaskorts (Collene og Hertzeler, 2003).

2.4.1. Næringarefnaástand eftir aðgerð.

Mikil hætta er á ófullnægjandi næringarefnaástandi eftir hjáveituaðgerð. Næringarskortur þróast hægt, jafnvel í mörg ár eftir aðgerðina. Ástæðan getur verið minnkaðar skammtastærðir, breyting á mataræði og uppköst. Á hverju ári þarf að meta heilsuna, fylgjast með blóðgildum og það þarf að taka inn bætiefni til frambúðar (Shikora o.fl., 2007).

2.4.2. Orkuþörf eftir hjáveituaðgerð á maga.

Hlutverk líkamans er að viðhalda orkuþörf með nauðsynlegri næringarinntekt til að geta viðhaldið líkamsstarfsemi. Orkuþörf einstaklinga er mismunandi og miðast við aldur, kyn, líkamsþyngd og hreyfingu. Hún er mæld í hitaeiningum sem fást með næringarinntekt og við ákvörðun hitaeiningafjölda einstaklinga þarf að hafa í huga heildarnæringaástand einstaklingsins (Kolbrún Eva Sigurðardóttir, 2009).

Eftir hjáveituaðgerð á maga er líkaminn í stöðugri uppbyggingu og meltingarfærin eru að aðlagast breytingunum. Nauðsynlegt er að neyta fæðu úr öllum aðalfæðuflokkum sem sjá okkur fyrir orku og tryggja líkamanum öll þau nauðsynlegu næringarefni sem hann þarfnast. Helstu orkugjafarnir eru fita, kolvetni og prótein (Björn G. Leifsson o.fl., 2005).

2.4.2.1. Orkugjafar. Fita er flokkuð í ómettaða og mettaða fitu. Æskilegt er að neyta frekar ómettaðrar fitu þar sem hún fer betur með hjarta og æðakerfi. Fita er nauðsynlegt burðarefni fyrir fituleysanleg vítamín og gefur jafnframt mestu orkuna á hvert gramm. Því er ráðlögð hófleg fituneysla.

Kolvetni er mikilvægur orkugjafi sem nærir líffæri, heila og vöðva. Kolvetni er hægt að finna í kornmeti, ávöxtum, mjólk, grænmeti, gosi og sælgæti. Æskilegt er að neyta grófs kornmetis alla daga, ávexta, grænmetis og sneiða fram hjá sætabrauði, sælgæti og gosi því það inniheldur mikla orku sem getur leitt til þyngdaraukningar.

Prótein er lífsnauðsynlegt til að viðhalda vexti líkamans. Prótein tekur þátt í að byggja upp og endurnýja vefi, framleiða mótefni, ensím og hormón. Prótein finnst í kjöti, mjólkurvörum og fiski (Kolbrún Eva Sigurðardóttir, 2009).

2.4.3. Bætiefnaskortur eftir hjáveituaðgerð á maga.

Í kjölfar hjáveituaðgerðar verður helst skortur á járn, fólinsýru, B12 vítamíni, D-vítamíni og fituleysanlegum vítamínum vegna minni frásogs í meltingarvegi.

Rannsóknir hafa sýnt að um einn þriðji hluti einstaklinga sýna merki um blóðleysi og einkenni um skort af fituleysanlegum vítamínum. Til lengri tíma litið eru um 44% einstaklinga sem þjást af blóðleysi, járn og B12 skorti (Alvarez-Leite, 2004).

Breyting á frásogi bætiefna eftir hjáveituaðgerð getur komið fram af ýmsum ástæðum. Minni seyting fer fram af magasýrum sem eru mikilvægar fyrir frásog sumra bætiefna og sérstaklega B12, járn og kalks (Shikora o.fl., 2007). Rannsókn Vargas-Ruiz, Hernández-Rivera og Herrera (2008) sýndi að ekki er nægilegt að taka inn fjölvítamín eitt og sér. Rannsakaðir voru 30 einstaklingar sem höfðu gengist undir hjáveituaðgerð á maga og var þeim ráðlagt fjölvítamín daglega. Tveimur árum eftir hjáveituaðgerðina voru 40% þátttakenda sem þjáðust af járnskorti og 33% þeirra af B12 vítamínskorti. Blóðleysi fannst hjá 47% einstaklinga og undirliggjandi ástæður voru í flestum tilfellum af járnskorti og B12 vítamín skorti en þó sást ekki alvarlegt blóðleysi.

2.4.3.1. Skortur á járn, B12 og D-vítamíni . Rannsóknir hafa sýnt að járnskortur er helsti áhrifaþáttur blóðleysis eftir hjáveituaðgerð. Talið er að um 40% einstaklinga þjáist af járnskorti tveimur árum eftir aðgerð og 54% þremur árum eftir aðgerð. Hlutfall járn er mjög lágt í venjulegum skammti fjölvítamíns eða um 10-20 mg. Ráðlagður skammtur er 40-65 mg á dag og 200-400 mg ef um járnskort er að ræða. Til að fyrirbyggja járnskort eftir hjáveituaðgerð hefur náðst betri árangur ef C-vítamín er tekið með 320 mg af járn um munn. Járn myndar hemoglobin í blóði sem flytur súrefni til vefja og við langvarandi járnskort verður blóðleysi sem lýsir sér sem þreyta og slappleiki. Járn frásogast í skeifugörn og fremri hluta smáþarma á þeim stað sem tengt er framhjá í aðgerðinni. Frásog verður minna og eru það margir aðrir þættir sem spila saman og hafa áhrif. Má þar nefna minni matarskammta og ófullnægjandi neyslu járnrikrar fæðu (Vargas-Ruiz o.fl., 2008).

Einstaka rannsóknir hafa sýnt að 26%-70% einstaklinga þróa með sér B12 skort. B12 skortur getur verið mörg ár að þróast en mikið áhyggjuefni er hversu hratt skorturinn verður eftir hjáveituaðgerð á maga (Collene og Hertzler, 2003). Við hjáveituaðgerðina eru skeifugörn og magi nánast útilokuð frá meltingunni og verður B12 skortur því ekki næst nægilegur aðskilnaður á B12 frá próteini í fæðu. Við venjulegar aðstæður í maga er B12 bundið próteinum í fæðunni sem við neytum. Peptin sýra og pH gildi hjálpa B12 að losna frá próteininu til frásogunar. Ráðlagður skammtur er 1 mg þrisvar sinnum í viku í tvær vikur, í vöðva og þar eftir á þriggja mánaða fresti. Til er meðferð í töfluformi og benda ýmsa rannsóknir til þess að B12 gjöf í töfluformi, 1-2 mg á dag sé jafn áreiðanleg og lyfjagjöf í vöðva. Skortur á B12 vítamíni getur valdið ýmsum vandamálum s.s tauga-, blóð- og geðrænum vandamálum sem þarf að greina og bæta sem fyrst. B12 vítamín tekur þátt í myndun blóðfruma, myndun DNA og viðheldur heilbrigðu taugakerfi (Elín I. Jacobsen og Einar S. Björnsson, 2011).

Skortur á D-vítamíni getur leitt til beinþynningar og hafa rannsóknir sýnt að þó að inntaka á D-vítamíni hafi verið aukin fyrst eftir hjáveituaðgerð hafi það engin áhrif níu mánuðum seinna, heldur sjáist aukin beinþynningu á öllum líkamanum (Alvarez-Leite, 2004). D-vítamín fáum við úr fæðunni s.s úr sjávarfangi, lifur og eggjum og með útfjólublárrí geislun frá sólinni á húðina. Til að geta haldið uppi nægilegum kalk búskapi og heilbrigði er ráðlagður dagskammtur af D-vítamíni fyrir fólk á miðjum aldri 7 míkrógrömm (Örvar Gunnarsson, Ólafur Skúli Indriðason, Leifur Franzson, Edda Halldórsdóttir og Gunnar Sigurðsson, 2004).

2.4.4. Næringarráðgjöf fyrir og eftir hjáveituaðgerð.

Margir af þeim sem gangast undir hjáveituaðgerð hafa haft vandamál með næringarástand fyrir aðgerðina vegna lélegs mataræðis sem hefur leitt til næringar- og

bætiefnaskorts. Mikilvægt er að meta næringarástand einstaklings vel fyrir aðgerðina til að fyrirbyggja frekari fylgikvilla eftir aðgerðina (Alvarez-Leite, 2004).

Í rannsókn Kruseman, Leimgruber, Zumbach og Golay (2010) var 135 einstaklingum fylgt eftir á Háskólasjúkrahúsinu í Geneva í Þýskalandi í fimm ár eftir hjáveituaðgerð. Þessir einstaklingar fóru í aðgerðina á árunum 1997-2002. Þar kemur fram að um helmingur einstaklinganna sem gengust undir aðgerðina náðu hámarksárangri á þessum fimm árum en hámarksárangur var metinn sem 50% þyngdartap af heildar líkamsþyngd. Þó að mikil breyting verði á vali einstaklingsins á fæðu er aðgerðin ekki einföld lausn þar sem vandamál einstaklingsins er enn til staðar. Sýndi rannsóknin fram á að regluleg fræðsla um næringu fyrir og eftir aðgerð leiddi til betri árangurs til framtíðar.

2.5. Félagsleg áhrif

Umfjöllun þessa kafla er líkamsímynd, sjálfsmynd og áhrif fjölmiðla á einstaklinga. Umfjöllunin beinist að ungum konum, hvernig þær sjá líkama sinn og upplifa sjálfa sig í samfélaginu. Einnig verður fjallað um hvernig áhrif miðla geta haft áhrif á líf ungra kvenna.

2.5.1. Líkamsímynd.

Við lifum í samfélagi sem er mjög meðvitað um útlit og tísku. Þeir einstaklinga sem líta betur út en aðrir verða oft á tíðum meira metnir af samfélaginu. Það eru þeir sem eru grannir og flottir útlits sem eru oft álitnir vera gáfaðri, heppnari og eftirsóknarverðari. Það er því ekki að ástæðulausu að ungar konur sækjast eftir þeirri líkamsímynd sem samfélagið telur vera eftirsóknarverðast (Kolodny, 2004). Líkamsímynd er skilgreind sem viðhorf, tilfinning og hugsun sem einstaklingurinn

hefur til líkama síns. Hún tengist því einnig hvernig einstaklingurinn ber sig og hver líkamsbygging hans er (Grogan, 2006).

Líkamsímynd er mjög breytileg á milli einstaklinga en hún snýst um það hvernig einstaklingnum líkar við stærð, útlit og lögun líkama síns. Einstaklingur getur hins vegar talið líkamsímynd sína vera allt aðra en hún í raun er eða með öðrum orðum verið með brenglaða sýn á eigin líkama hvort heldur sem einstaklingurinn er grannvaxinn eða feitlaginn (Kolodny, 2004). Samkvæmt samanburðarrannsókn Bergström, Stenlund og Svedjehäll (2000) er ríkt í ungum konum að ofmeta líkamsímynd sína. Þær töldu sig oftast en ekki vera mun breiðari en þær voru í raun. Í gögnum heilbrigðisstofnanna var ekkert sem sýndi það eða gaf skýringu á því hvers vegna þær ofmátu líkamsímynd sína eins mikið og raun var. Konurnar ofmátu helst mjaðmir, rass og mitti og var líkleg skýring sú að þetta eru þeir líkamshlutar sem að mest er einblínt á í auglýsingum hjá fjölmiðlum.

Einstaklingar sem gangast undir hjáveituaðgerð upplifa oft og tíðum miklar tilfinningasveiflur á meðan þeir eru að aðlagast breyttri líkamsímynd eftir aðgerðina (Gallagher, 2004). Mikil umfram húð myndast á líkamanum eftir hjáveituaðgerð og ráðfæra flestir einstaklingar sig við lýtalækni til þess að láta fjarlægja hana. Það hefur bæði mikil áhrif á hreyfigetu og umfram allt líður einstaklingnum betur með líkamsímynd sína eftir slíka lýtaaðgerð (Greene og Winograd, 2006).

Líkamsímynd getur haft mikil áhrif á heilbrigðisvitund einstaklingsins. Hún getur haft áhrif á líkurnar á því hvort við hreyfum okkur og einnig hvernig matarvenjum er háttað. Hjá sumum einstaklingum getur það verði hvatning til hreyfingar að finnast þeir of feitir og vilja þá gera eitthvað í sínum málum til þess að öðlast betri líkamsímynd. Að sama skapi getur það verðið erfitt fyrir einstakling með

lélega líkamsímynd að taka það skref að fara inn á líkamsræktarstöð, þar sem þeir upplifa sig ekki í takt við menningu staðsins (Grogan, 2006).

2.5.2. Sjálfsmynd.

Allir einstaklingar hafa ákveðna mynd af sjálfum sér innst inni sem þeir eru oft ómeðvitaðir um. Þessi mynd segir til um hverjir þeir eru sem manneskjur og hvers virði þeir eru í samskiptum og sambandi við aðra. Flestar hliðar lífs okkar eins og sköpunargáfa, skyldur, hamingja, árangur, sambönd við aðra og jafnvel kynlíf tengjast sjálfsmynd okkar. Góð sjálfsmynd gerir einstaklinginn sáttari við sjálfan sig, getur hjálpað honum að taka sjálfstæðar ákvarðanir og gert honum kleift að búa yfir meiri lífsgleði og vellíðan. Hann nær frekar markmiðum sínum í lífinu og nýtur meiri virðingar (Dóra Guðrún Guðmundsdóttir, 2006).

Algennt er að þeir sem gangast undir hjáveituaðgerð þjáist af þunglyndi eða kvíða, aðallega þó vegna ofþyngdar sinnar en þó einnig vegna annarrar sálarangistar. Þessir einstaklingar þurfa oft og tíðum að þola neikvæð viðhorf frá samfélaginu í sinn garð. Þegar einstaklingarnir byrja að léttast eftir hjáveituaðgerð finna þeir fyrir bættri sjálfsmynd. Þó ber að hafa í huga að sambandið á milli offitu og sjálfsmyndar er ekki einátta. Þó að offita geti stuðlað að lélegri sjálfsmynd getur það einnig verið á hinn veginn að léleg sjálfsmynd stuðli að offitu (Glinski o.fl., 2001).

Niðurstöður úr rannsókn Fanneyjar Grétarsdóttur og Fjólu Ingimundardóttur (2005) sýndu að sálfélagsleg líðan og sjálfsmynd þeirra kvenna sem gengist höfðu undir hjáveituaðgerð bættist til muna við það að missa yfirþyngdina. Þær nutu lífsins, fengu aukna orku og voru ekki eins hræddar við að láta sjá sig á meðal fólks.

Niðurstöður leiddu það hins vegar í ljós að þær hefðu viljað meiri andlegan stuðning eftir aðgerð. Þrátt fyrir þessar niðurstöður eru einnig niðurstöður rannsókna sem að sýna hið gagnstæða. Einstaklingar sem höfðu lélega sjálfsmynd fyrir aðgerð áttu

einnig erfitt eftir aðgerð með að vinna úr þeim breytingum sem urðu á líkama þeirra og öðluðust því ekki eins fljótt bættu sjálfsmynd (Livhits o.fl., 2010).

Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar sinni eftirfylgni þeirra sem gangast undir offituaðgerðir vel. Hjúkrunarfræðingur á að geta aðstoðað einstaklinginn og fjölskyldu hans við að vinna úr þeim sálarflækjum sem upp geta komið og einnig að aðstoða einstaklinginn að aðlagast þeim nýja lífnaðarhætti sem aðgerðinni fylgir (Grindel og Grindel, 2006).

2.5.3. Áhrif fjölmiðla.

Ungar konur í nútímasamfélagi eru undir stöðugu áreiti frá samfélaginu, fjölmiðlum og jafningjum sínum um að staðalímyndin sé grönn kona. Áhrif auglýsinga með þvengmjóum fyrirsætum allt frá því að auglýsa förðunarvörur til þvottaefnis geta haft áhrif á ímynd ungra kvenna um sjálfa sig (Klaczynski o.fl., 2004). Niðurstöður rannsóknar sýndu að þær konur sem eyddu miklum tíma í að horfa á sjónvarpið og skoðuðu mikið tískutímarit, höfðu frekari tilhneigingu til að hafa neikvæða líkamsímynd en þær sem gerðu það ekki (Grogan, 2006). Á síðustu árum hafa tónlistarmyndbönd einnig verið áberandi í fjölmiðlum og geta slík myndbönd leitt til þess að konur berir líkama sinn við þær konur sem þar koma fram. Slík myndbönd geta brenglað líkamsímynd hjá ungum stúlkum hvort sem þær eru grannar eða feitar (Tiggermann, 2005). Samantektarrannsókn sem unnin var úr 25 öðrum rannsóknum á þessu sviði sýndi fram á sterkt samband á milli líðan kvenna, líkamsímyndar þeirra og fjölmiðla. Líðan kvennanna var mun neikvæðari eftir að hafa séð grannar staðalímyndir frekar en eftir að hafa séð ímyndir sem voru í meðalvexti eða í stærra lagi (Groesz, Levine og Murnen, 2002).

Hafa ber í huga að áhrif fjölmiðla má ekki telja sem beina orsök fyrir því að konur hafi slæma líkamsímynd heldur ætti frekar að flokka þau sem áhrifaþátt. Að

kenna fjölmiðlum eingöngu um þessa líðan er of mikil einföldun. Þegar upp er staðið eru það konurnar sjálfar sem bera sig sjálfviljugar við ímyndina sem að sett er upp í fjölmiðlum (Polivy og Herman, 2004).

2.6. Barneignir eftir hjáveituaðgerð

Ófrjósemi og óreglulegur tíðarhringur er algengt vandamál hjá sjúklega offeittum konum á barneignaraldri. Mikilvægt er að offeitar konur viti af þeim áhrifum sem offituaðgerð og þyngdartap getur haft á frjósemi þeirra (Teitelman o.fl., 2006). Offíta hefur óæskileg áhrif á heilsufar verðandi mæðra og barna þeirra, þar sem vandamál tengd meðgöngu, fæðingu og nýburum eru aukin (Ólöf Jóna Elíasdóttir, Hildur Harðardóttir og Þórður Þórkelsson, 2010). Rannsóknir hafa sýnt að offíta hafi áhrif í allt að þriðjungi tilfella mæðradauða (Grundy, Woodcock og Attwood, 2008).

Tíðni aðgerða á meltingarvegi hefur aukist í hópi kvenna á barneignaraldri. Í kerfisbundinni úttekt Maggard o.fl. (2008) voru 49% aðgerðarsjúklinga við offitu konur á aldrinum 18-45 ára. Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk sé vakandi fyrir áhættunum sem geta fylgt meðgöngu bæði fyrir móður og barn eftir að kona gengst undir slíka aðgerð. Rannsóknir hafa sýnt að með góðu eftirliti fyrir og eftir meðgöngu, ásamt sérlega góðu eftirliti á meðgöngunni sjálfri t.d. tengt næringarástandi móður, sé hægt að koma í veg fyrir næringartengda fylgikvilla og þannig sé hægt að bæta heilsu móður og barns. Útkomur úr barneignarferli þessara kvenna eru öruggari og betri en þeirra sem þjást af offitu (Magdaleno o.fl., 2012).

Hér verður fjallað um ófrjósemi offeitra kvenna, áhrif offitu á barneignarferlið og breytingarnar sem geta orðið í kjölfar verulegs þyngdartaps. Einnig verður fjallað um meðgöngu kvenna í kjölfar hjáveituaðgerðar og möguleg áhrif á börn þeirra.

2.6.1. Frjósemi.

Frjósemi eykst í kjölfar offítuaðgerða vegna þess þyngdartaps sem á sér stað (Magdaleno o.fl., 2012) en rannsóknir hafa sýnt að a.m.k. 5% þyngdartap hjá konum sem hafa ekki egglos vegna sjúklegrar offítu geti orðið til þess að það hefjist á ný (Teitelman o.fl., 2006).

Rannsókn Teitelman o.fl. (2006) styður þá kenningu að aðgerðir á meltingarvegi kvenna sem þjást af sjúklegrri offítu sé gagnleg meðferð við óreglulegum tíðarhring og ófrjósemi þeirra kvenna sem ekki hafa egglos. Þátttakendur í rannsókninni voru 195 konur sem höfðu farið í offítuaðgerð, flestar í hjáveituaðgerð. Fyrir aðgerðina höfðu 50,3% þeirra óreglulegan tíðarhring en eftir aðgerðina lækkaði sú tala niður í 17,5%. Alls voru 98 konur sem höfðu ekki egglos fyrir aðgerðina en 70 konur fóru aftur að hafa egglos eftir aðgerðina og varð tíðarhringur þeirra reglulegur. Þessar konur léttust mun meira eftir aðgerðina heldur en þær konur hófu ekki að hafa egglos, auk þess sem líkamsþyngdarstuðull þeirra varð mun lægri. Egglos hófst á ný eftir að meðaltali 1,6 mánuð frá aðgerð hjá þessum konum.

Konur á barneignaraldri sem fara í offítuaðgerðir ættu að fá sérstaka fræðslu varðandi frjósemi vegna þeirra breytinga sem geta átt sér stað í kjölfar aðgerðar (Magdaleno o.fl., 2012).

2.6.2. Meðganga.

Of feitar konur eru líklegri til að hafa meðgönguháþrýsting, meðgöngusykursýki og einkenni frá stoðkerfinu á meðgöngu heldur en ofþungar konur og konur í kjörþyngd (Ólöf Jóna Elíasdóttir o.fl., 2010). Meðganga í kjölfar offítuaðgerðar er talin örugg fyrir móður og barn, jafnvel öruggari heldur en meðganga hjá konu sem þjáist af sjúklegrri offítu (Magdaleno o.fl., 2012).

Rannsóknir hafa sýnt að tíðni meðgöngufylgikvilla eins og meðgöngusykursýki og meðgöngueitrunar er lægri hjá konum sem hafa náð þyngdartapi í kjölfar aðgerðar samanborið við þær konur sem þjást af offitu. Þrátt fyrir það eru til dæmi þess að konur sem hafa farið í aðgerð hljóti einhverja af langtímafylgikvillum hjáveituaðgerðar s.s. þarmateppu á meðgöngunni, himnur rofna og koma af stað fæðingu eða að það þurfi að ljúka meðgöngunni með bráðakeisaraskurði (Maggard o.fl., 2008). Þau tilfelli eru þó afar fáttíð (Wax o.fl., 2008; Bebbler o.fl., 2011; Maggard o.fl., 2008).

Wax o.fl. (2008) báru saman meðgöngur 38 kvenna sem höfðu gengist undir hjáveituaðgerð við meðgöngur 76 annarra kvenna. Konurnar í aðgerðarhópnum voru frekar með of háan blóðþrýsting og of mikið legvatn heldur en samanburðarhópurinn. Munurinn var þó ekki marktækur ef hann var tengdur við BMI kvennanna í báðum hópum. Önnur frávik á meðgöngu voru ekki marktækt hærri hjá aðgerðarhópnum. Í rannsókn Bebbler o.fl. (2011) voru 29 meðgöngum í kjölfar offituaðgerðar fylgt eftir frá upphafi til fæðingar barns. Aðeins tvær konur fengu meðgönguháþrýsting en engin meðgöngusykursýki, þrátt fyrir að meðal BMI kvennanna væri 30,7 í upphafi meðgöngunnar. Sýna þessar rannsóknir að konur eru ekki í meiri áhættu á að fá meðgöngutengda fylgikvilla eftir offituaðgerðir heldur en hið almenna þýði óháð þyngd.

2.6.2.1. Mæðraeftirlit. Samkvæmt Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 160/1982 fer mæðraeftirlit fram á heilsugæslustöðvum þar sem læknar, ljósmæður og hjúkrunarfræðingar sinna verðandi mæðrum eftir því sem við á hverju sinni. Samkvæmt rannsókn Ólafar Jónu Elíasdóttur o.fl. (2010) má huga betur að ráðleggingum til þungaðra kvenna hvað varðar mataræði og æskilega þyngdaraukningu á meðgöngu. Það er mismunandi hve oft kona er vigtuð á

meðgöngu og skráning um veitta ráðgjöf um mataræði og æskilega þyngdaraukningu er ábótavant. Það þarf að fræða konur á barneignaraldri um áhrif þyngdar á barneignarferlið allt frá meðgöngu til nýburans.

Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar lýsir hlutverki hjúkrunarfræðinga á heilsugæslustöðvum meðal annars þannig að meta hjúkrunarþarfir einstaklinga og veita ráðgjöf og fræðslu um heilsuvernd. Hér geta hjúkrunarfræðingar því séð tækifæri til þess að hafa jákvæð áhrif á barneignarferli íslenskra kvenna með auknu eftirliti og aukinni fræðslu í mæðraeftirliti.

Í lokaverkefni Maríu Karlsdóttur (2009) til kandiátsprófs í ljósmóðurfræði kemur fram að mæðraeftirlit kvenna sem hafa farið í hjáveituaðgerð er sinnt af áhættumæðravernd á Kvennadeild Landspítalans. Ekki eru til sérstakar verklagsreglur fyrir mæðravernd þessa hóps á Íslandi en áherslur í fræðslu og eftirliti þarf að setja niður til þess að heilbrigðisstarfsfólk sinni betur þörfum þessara kvenna. Það eru fáar konur á ári hverju sem ganga með barn eftir slíka aðgerð hér á landi og þörfin á verklagsreglum því meiri. María telur að mæðraeftirliti þessa hóps mætti vel sinna á heilsugæslustöðvum og því mikilvægt að hjúkrunarfræðingar þekki vel þá þætti sem taka þarf tillit til varðandi meðgöngu eftir hjáveituaðgerð.

2.6.3. Næringarefnaþörf á meðgöngu.

Í hjáveituaðgerðum eru gerðar miklar breytingar á meltingarfærunum og geta þau ekki sinnt hlutverki sínu að fullu eins og áður. Eins og áður hefur komið fram verða breytingar á orkuþörf og frásogi bætiefna (Björn G. Leifsson o.fl., 2005). Rannsóknir hafa sýnt að meiri hætta er fyrir konur á barneignaraldri að verða fyrir skorti á járn, B12 og fólinsýru eftir hjáveituaðgerð (Magdaleno o.fl., 2012). Fólinsýra er nauðsynleg fyrir vöxt blóðfruma í beinmerg. Skortur á fólinsýru verður vegna lækkunar á yfirborði til frásogs í þörmum. Skortur hjá konum sem verða þungaðar

eftir hjáveituaðgerð á maga veldur hættu á klofnum hrygg eða heilaleysi hjá fóstri (Collen og Hertzler, 2003). Við alvarlegan næringarefnaskort geta komið fram alvarleg heilsuvandamál hjá fósturinu s.s hömlun á þroska, vexti, elektrolytaójafnvægi, heilablæðingar vegna skorts á K-vítamíni og blóðleysi vegna skorts á B12 og járni. Hjáveituaðgerð á maga veldur líffræðilegum og lífeðlisfræðilegum breytingum sem geta haft áhrif á hugsanlegar barneignir í framtíðinni (Magdaleno o.fl., 2012).

2.6.3.1. Áhrif næringarástands móður á barn. Konur í sjúklegrri offitu sem hafa ekki náð að létta sig án skurðaðgerðar ætti að meta til aðgerðar áður en barneignir eru skipulagðar. Mikilvægt er að þær nái fram hæfilegu þyngdartapi áður en meðgangan hefst svo bæði móðir og barn hagnist af (Magdaleno o.fl., 2012; Grundy o.fl., 2008). Bebbler o.fl. (2011) leggja áherslu á að konur verði ekki þungaðar á fyrstu 12-18 mánuðunum eftir hjáveituaðgerð á meðan að mesta þyngdartapið á sér stað. Þær konur í rannsókninni sem urðu þungaðar innan við ár eftir aðgerð léttust að meðaltali um 1,7 kg á meðgöngunni samanborið við þyngdaraukningu upp á að meðaltali 9,5 kg hjá þeim konum sem urðu þungaðar þegar lengra var liðið frá aðgerð. Greina mátti næringar- og bætiefnaskort hjá fjölda kvennanna þar af var ein með alvarlegan næringarskort. Þó mátti ekki greina mun á þyngd og stærð barnanna í rannsókninni eftir því hvort móðirin varð þunguð innan við ár eftir aðgerð eða síðar. Til þess að draga úr líkum á fylgikvillum næringarskorts hjá móður og barni ætti samt sem áður að halda áfram að miða við þennan tímaramma.

Mikilvægt er að það sé búið að koma jafnvægi á þyngdartap og næringarástand móðurinnar áður en stefnt er að þungun. Á meðan á mesta þyngdartapið á sér stað í kjölfar hjáveituaðgerðar getur konan náð að innbyrða um 500-1000 kalóríur á dag en það er langt því frá nóg til þess að mæta næringarþörfum móður og vaxandi fósturs. Fylgjast þarf áfram með næringarástandi móður og barns

eftir fæðingu þar sem innihald brjóstamjólkur er lýsandi fyrir ástand móðurinnar. Ef hún er með næringarskort er brjóstamjólkin ekki nógu næringarrík fyrir barnið og því mikilvægt að fylgjast með því hvernig barnið þrífst (Edwards, 2005).

2.6.4. Fæðingin og nýburinn.

Í íslenskri rannsókn Ólafar Jónu Elísadóttur o.fl. (2010) var upplýsingum safnað um 600 konur sem fæddu einbura á Kvennadeild Landspítala á árinu 2003. 150 konur voru offeitar, 150 konur voru ofþungar og 300 konur voru í kjörþyngd. Í henni kom fram að hjá offeitum konum þurfti oftast að framkalla fæðingu heldur en hjá konum í kjörþyngd og ofþyngd. Einnig fæddu þær konur oftast með keisaraskurði, bæði bráða- og valkeisaraskurði. Börn offeitra kvenna voru bæði þyngri og með stærra höfuðmál en börn kvenna í kjörþyngd og ofþyngd en auk þess þurfti oftast að leggja börn þeirra inn á nýburagjörgæslu.

Í samanburðarrannsókn Wax o.fl. (2008) kom fram að tíðni framkallaðra fæðinga, keisaraskurða og fæðingaráverka á spöng var ekki hærrí hjá þeim konum sem höfðu farið í hjáveituaðgerð heldur en hjá samanburðarhópnum. Í afturvirkri rannsókn Bebbler o.fl. (2011) voru gögn úr sjúkraskrá 39 kvenna sem höfðu orðið þungaðar í kjölfar offituaðgerðar skoðuð. Enduðu 69% fæðinga kvenna eftir offituaðgerð með keisaraskurði. Er þessi háa tíðni rakin til aukinnar tíðni keisaraskurða almennt í heiminum í dag en ekki er hægt að rekja hana til vandamála á meðgöngu kvennanna tengt offituaðgerðinni.

Ýmis vandamál nýbura má tengja við offituvandamál mæðra þeirra. Þeir eru m.a. í aukinni hættu á að fæðast með taugakerfisgalla, hjartagalla og kviðarholslíffæri utan kviðveggjar (omphalocèle). Galla getur reynst erfitt að uppgötva því kviðfita móður veldur erfíðleikum við ómun auk þess sem þreifing fyrir fósturi á kvið móður getur reynst erfíð til að meta stærð og legu fóstursins. Nýburar offeitra mæðra eru

einnig í aukinni hættu fyrir áverkum við fæðingu, eiga í erfiðleikum við að nærast og stjórna líkamshita. Þeir eru auk þess í aukinni áhættu á því að þróa með sér efnaskiptasjúkdóma hvenær sem er á ævinni (Grundy o.fl., 2008).

Rannsóknir hafa sýnt að nýburum kvenna sem hefja meðgöngu eftir að hafa gengist undir hjáveituaðgerð vegnar jafn vel og þeim nýburum sem fæðast konum sem hafa ekki gengist undir hjáveituaðgerð. Ekki er marktækur munur á milli fæðingarþyngdar þeirra, lágu skori á Apgar skalanum (einni og fimm mínútum eftir fæðingu), tíðni nýburagjörgæsluinnlagna og fæðingagalla (Wax o.fl., 2008).

Rannsókn Sheiner o.fl. (2004) skoðaði ástand nýbura eftir 159.210 fæðingar. Í 298 tilfellum hafði móðirin farið í offituaðgerð. Tíðni nýburavandamála, s.s. litað legvatn, fæðingargallar, dánartíðni og lágt skor á Apgar skalanum (einni og fimm mínútum eftir fæðingu), var ekki marktækt hærri ef móðirin hafði farið í offituaðgerð.

Kaflí 3. Aðferðarfræði

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir þeirri aðferð sem notuð verður við rannsóknina og val hennar rökstutt. Greint verður frá því hvernig þátttakendur verða valdir, upplýsingum aflað og unnið úr gögnum. Markmiðið með rannsókninni verður að svara rannsóknarspurningunum „Hvað verður til þess að ungar konur velja að fara í hjáveituaðgerð?“ og „hvaða áhrif hefur aðgerðin á líf þeirra í kjölfarið?“. Tilgátur okkar eru þær að konur velji að fara í hjáveituaðgerð til þess að grennast og öðlast bætta heilsu. Við teljum að aðgerðin geti bæði haft jákvæð og neikvæð áhrif á líf þeirra í kjölfarið. Í lok kaflans verður fjallað um siðferði rannsóknarinnar og gerð stutt samantekt.

3.1. Rannsóknaraðferð

Rannsóknin verður byggð á eigindlegri aðferðarfræði og sú rannsóknaraðferð sem stuðst verður við er hugmyndafræði Vancouver skólaaðferðarinnar í fyrirbærafræði. Ástæða fyrir vali á þessari rannsóknaraðferð er sú að með henni er hægt að skilja betur mannlega reynslu út frá þeim einstaklingum sem að þekkja til frá fyrstu hendi. Notkun þessarar aðferðar getur veitt rannsakendum góða sýn inn í heim þátttakandanna (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

3.1.1. Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði.

Til þess að rannsakendur skilji eitthvað ákveðið mannlegt fyrirbæri t.d. reynslu einstaklinga af heilbrigðisþjónustu, þurfa þeir að eiga í samræðum við þá einstaklinga sem hafa upplifað þessa tilteknu reynslu. Með textagreininaraðferðum má mynda smám saman heildstæða mynd af fyrirbærinu í eigin huga. Megineinkenni Vancouver-skólans er að sýn sérhvers einstaklings mótist af fyrri reynslu hans og eigin túlkun af upplifun hans. Líta verður á hvern einstakling sem hann býi yfir

mikilvægum upplýsingum og koma fram við hann sem dýrmætan einstakling með virðingu, hógværð og hlýju (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Rannsakendurnir telja að Vancouver skólafræðin henti vel í rannsókn þeirra á viðfangsefninu. Ítarleg gagnasöfnun hefur farið fram og því eru rannsakendur betur í stakk búnir að nýta sér aðferðarfræðina. Þeir eru opnir og næmir fyrir því efni sem þeir vilja fá meiri dýpt og skilning á með rannsókn sinni.

Stuðst verður við tólf meginþrep í rannsóknarferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði sem fela m.a. í sér val á úrtaki, gagnasöfnun, gagnagreiningu og túlkun á rannsóknarniðurstöðum (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

3.1.2. Gagnasöfnunaraðferð.

Notast verður við óstöðluð einstaklingsviðtöl í rannsókninni. Þau hafa þann tilgang að lýsa reynsluheimi einstaklinga og lýsa þannig og veita skilning á fyrirbærum í tilveru einstaklinga. Grundvallaratriðið er að viðtalið sé opið og rannsakandi sé eins lítið stýrandi og kostur er. Rannsakendur munu þannig reyna að skilja reynslu þátttakenda frá sjónarhóli þeirra. Stuðst verður við viðtalsramma í viðtölunum til þess að ákveðinn rammi sé um umræðuefnið. Viðtölin geta verið mismunandi frá einum þátttakanda til annars þó viðfangsefnið sé eitt og hið sama. Ef að viðtalsramminn er of mikil festa í viðtalinu getur það hindrað að viðmælandi tjái sig frjálst og óhindrað. Ramminn getur þó gert gagnagreininguna aðgengilegri ef hann er skýrt afmarkaður (Helga Jónsdóttir, 2003).

Þróaður verður viðtalsrammi byggður á opnum spurningum (sjá fylgiskjal A) til þess að þátttakendur getið gefið góða mynd af reynslu sinni án þess að vera of fast skorðaðir við ákveðna svarmöguleika. Miðað verður við að hvert viðtal taki 45-60 mínútur og hver rannsakandi taki fjögur viðtöl. Viðtölin munu fara fram í persónulegu og hlýju umhverfi í samráði við þátttakendur. Rannsakendur munu leiða viðmælendur

dýpra í þá þætti sem hann telur vega mikið, byggt á þekkingu sinni á efninu.

Rannsakendur telja að þessi leið henti vel til þess að fá greinargóðar upplýsingar til þess að byggja niðurstöðurnar á.

3.1.3. Réttmæti niðurstaðna.

Réttmæti rannsóknarniðurstaðna byggir meðal annars á því hversu trúverðuglega rannsakendum tekst að setja niðurstöðurnar fram. Áhersla Vancouver-skólans er að rannsóknarferlið byggist á stöðugri gagnrýni á gæði gagnagreiningar, gagnasöfnunar og framsetningar á niðurstöðum. Allir rannsakendurnir vinna saman að þessu verkefni á meðan rannsókn stendur og hafa sífellt í huga þá sjö þætti hins vitræna ferils Vancouver fyrirbærafræðinnar. Þættirnir eru eftirfarandi: að vera kyrr, ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna.

Rannsakendur munu reyna að tryggja réttmæti og trúverðugleika rannsóknarinnar með því að vera vakandi fyrir þeim fjórum meginógnum eiginlegra rannsókna sem Lincoln og Guba (1985) settu fram (vitnað til í Sigríður Halldórsdóttir, 2003) og eru eftirfarandi: 1. *Vantar fyllri mynd af fyrirbærinu*, felst í að fleiri viðmælendur eða fleiri viðtöl þurfi til þess að ná mettun á viðfangsefninu. 2. *Skekkja í úrtaki*, felst í að breidd í úrtaki er ekki nægjanleg og getur það orsakast í því að skekkja verður á heildarmyndinni. 3. *Ónóg fagleg fjarlægð*, felst í að rannsakandinn missir gagnrýnis augað vegna þess að hann heldur ekki faglegri fjarlægð. 4. *Ótímabær rannsóknarlok*, felst í að rannsakandinn endar greiningarferlið of fljótt, þannig niðurstöður missa trúverðugleika sinn (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

3.2. Val á þátttakendum

Samkvæmt fyrsta þrepi í rannsóknarferli Vancouver-skólans er mikilvægt að velja þátttakendur sem hafa áhuga og getu til að lýsa reynslu sinni af því fyrirbæri sem á að rannsaka. Einstaklingarnir ættu ekki að vera staddir í miðri reynslunni svo þeir geti sagt frá reynslu sinni og litið yfir farinn veg með ígrunduðum hætti (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Í rannsókninni verður notað tilgangsrúrtak þar sem valdar verða tólf ungar konur sem hafa farið í hjáveituaðgerð. Við val á þátttakendum munu rannsakendur vera í samstarfi við Reykjalund og Kristnesspítala. Þær þurfa að vera búsettar á Íslandi og tala íslensku til að gæta samræmis í niðurstöðum. Sett verða ákveðin tímamörk hvað varðar tímalengd frá því aðgerðin var framkvæmd og þar til viðtalið á sér stað. Ár eða meira þarf að vera liðið frá því að aðgerðin var framkvæmd en þó ekki meira en fimm ár. Ástæðan fyrir þessu úrtaki er sú að rannsakendur telja þennan hóp geta gefið gleggstu mynd af viðfangsefninu.

3.3. Greining gagna

Óformleg greining gagna hefst strax við gagnaöflunina skv. Vancouver-skólanum. Öll viðtölin verða hljóðrituð og afrituð orðrétt í tölvu. Eftir það hefst gagnagreiningin fyrir alvöru þar sem viðtölin verða lesin yfir og greind í þemu. Þemun verða sett saman í heildarmynd og búið til hugtakalíkan til þess að finna rauða þráðinn í gegnum viðtal hvers þátttakanda. Í kjölfarið er unnin ein heildarmynd upp úr hugtakalíkonunum sem lýsir best reynslu allra þátttakenda.

3.4. Gildismat rannsakanda

Rannsakendur telja að mikilvægt sé að framkvæma þessa rannsókn vegna vaxandi tíðni offitu og hjáveituaðgerða í hópi ungra kvenna. Viðfangsefnið er ekki nægjanlega mikið rannsakað hér á landi með tilliti til þeirra áhrifa sem svo viðamikil aðgerð getur haft á líf ungra kvenna. Einnig er forvitnilegt að varpa ljósi á líðan þeirra fyrir aðgerð. Tilgátur okkar eru þær að konur velji að fara í hjáveituaðgerð til þess að greinast og öðlast bættu heilsu. Við teljum að aðgerðin geti haft bæði jákvæð og neikvæð áhrif á líf hvernar konu í kjölfarið.

3.5. Siðfræði rannsóknarinnar

Leitast verður við að hafa í huga þær fjórar meginreglur sem ganga út á að vernda þátttakendur í vísindarannsóknum. Þær eru sjálfræðisreglan, skaðleysisreglan, velgjörðarreglan og réttlætisreglan (Sigurður Kristinsson, 2003). Fengin verða tilskilin leyfi frá Persónuvernd og viðeigandi siðanefndum. Öllum þátttakendum verður afhent kynningarbréf og upplýsingar um eðli rannsóknarinnar verða veittar munnlega á sama tíma. Verður þátttakendum gerð grein fyrir því að val um þátttöku er frjálst og óþvingað en kjósi þeir að taka þátt verða þeir að skrifa undir upplýst samþykki. Hver einstaklingur getur dregið þátttöku sína til baka á hvaða tímapunkti sem er og hafnað að svara stökum spurningum ef að honum sýnist svo. Fyllsta trúnaðar gagnvart upplýsingum verður gætt og nafnleynd tryggð. Hver einstaklingur fær tækifæri til að fara yfir úrvinnsluna á sínu viðtali áður en niðurstöðum er komið á framfæri. Rannsakendur einir hafa aðgang að gögnum á meðan á úrvinnslu stendur en þeim verður eytt að henni lokinni.

3.6. Samantekt

Við gerð rannsóknarinnar verður eigindlegri aðferðarfræði beitt til þess að leita svara við rannsóknarspurningunum „Hvað verður til þess að ungar konur velja að fara í hjáveituaðgerð? “ og „hvaða áhrif hefur aðgerðin á líf þeirra í kjölfarið?“ Tilgangurinn með fyrirhugaðri rannsókn er að öðlast innsýn inn í líf ungra kvenna sem farið hafa í hjáveituaðgerð. Stuðst verður við aðferðarfræði Vancouver-skólans í fyrirbærafræði við úrvinnslu og greiningu gagna. Tekin verða óstöðluð viðtöl við tólf ungar konur á Íslandi sem hafa farið í hjáveituaðgerð.

Kaflí 4. Umræður

Í þessum kafla verður fjallað í stuttu máli um þá fræðilegu umfjöllun sem fram kemur í kafla tvö. Tekin verða saman helstu atriði sem höfundar telja að hafi gildi fyrir hjúkrunarfræði. Einnig verður gerð grein fyrir gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunarfræði. Að lokum er sett fram stutt samantekt úr kaflanum.

4.1. Umræður um fræðilega umfjöllun

Við lestur heimilda varð höfundum ljóst að offíta er alvarlegt heilsufarslegt vandamál víða um heim. Þrátt fyrir tíðar rannsóknir á sviði offitu og aukna þekkingu á vandamálinu fer tíðni offitu enn vaxandi í heiminum, tíðnin hefur tvöfaldast frá árinu 1980 (WHO, 2011). Vakti það umhugsun hjá höfundum að samkvæmt WHO (2011) er þróunin orðin sú að offþyngd og offíta tengist í dag fleiri dauðsföllum heldur en vannæring. Höfundar telja að offítuvandamálið megi rannsaka betur hér á landi með tilliti til tíðni, samanburðar milli aldurshópa og kynja.

Þróun offítuvandamálsins hefur orðið til þess að mikil aukning hefur orðið á offítuaðgerðum. Roux-en-Y maga- og garnahjáveituaðgerð er eina offítuaðgerðin sem framkvæmd er á Íslandi í dag (Björn G. Leifsson o.fl., 2005) og er notuð í yfir 80% tilvika í Bandaríkjunum (SAGES Guidelines Committee, 2008). Á Íslandi eru um 80% þeirra sem gangast undir slíka aðgerð konur (Leifsson og Gislason, 2005). Áhugavert væri að beina rannsóknum sérstaklega að konum þar sem þær eru í meirihluta aðgerðasjúklinga. Aðeins var um eina íslenska megindelega rannsókn að ræða hvað varðar útkomur úr hjáveituaðgerðum. Teljum við að eigindlegar rannsóknir gætu varpað betra ljósi á líðan ungra kvenna fyrir hjáveituaðgerð og áhrif aðgerðarinnar á líf þeirra. Hjáveituaðgerð getur haft víðtæk áhrif á til dæmis hvað varðar and- og félagslega líðan og barneignir.

Mikilvægt er að einstaklingar taki upplýsta ákvörðun um aðgerð og sýni fram á ákveðin vilja til breytingar á lífstíl svo tilætluðum árangri sé náð. Fræðsla um næringu og matarvenjur spila veigamiknið hlutverk fyrir og eftir aðgerð og er það undir einstaklingnum komið hvort hann nái að tileinka sér þekkinguna. Bætiefnaskortur er þekkt vandamál í kjölfar hjáveituaðgerðar og mikilvægt er að þeir einstaklingar sem gangast undir aðgerð geri sér grein fyrir bætiefnameðferð til frambúðar. Á þetta sérstaklega við konur á barneignaraldri. Rannsóknir hafa sýnt að skipulögð regluleg fræðsla um næringu leiði til betri árangurs til framtíðar (Kruseman o.fl., 2010).

Í kjölfar hjáveituaðgerðar verða miklar breytingar á líkamanum og fylgja því miklar tilfinninga sveiflur (Gallagher, 2004). Konur hafa öðlast bættu sálfélagslega líðan í kjölfar aðgerðar og teljum við að góður andlegur stuðningur fyrir og eftir aðgerð sé nauðsynlegur. Líkamsímynd getur haft mikil áhrif á heilbrigðisvitund einstaklings (Grogan, 2006). Þess vegna teljum við mikilvægt að fræðsla heilbrigðisstarfsfólks snúi að bættri líkamsímynd og heilsufarslegum ávinningi án tilliti til stærðar.

Konur í offitu kljást frekar við vandamál tengd frjósemi, meðgöngu og fæðingu en konur í ofþyngd og kjörþyngd. Þær konur sem hafa ekki náð fram þyngdartapi með öðrum leiðum gætu með hjáveituaðgerð fengið lausn á ófrjósemisvandamálum sínum (Teitelman o.fl., 2006). Meðganga í kjölfar offituaðgerðar er talin örugg fyrir móður og barn, jafnvel öruggari heldur en meðganga hjá konu sem þjáist af sjúklegru offitu (Magdaleno o.fl., 2012). Þó er talið öruggara ef konur bíða með að verða þungaðar á meðan að mesta þyngdartapið á sér stað í kjölfar aðgerðarinnar, eða í 12-18 mánuði. Það er til þess að koma í veg fyrir áhrif næringar- og bætiefnaskorts á fóstrið (Bebber o.fl., 2011).

Tíðni nýburavandamála er ekki marktækt hærri ef móðir hefur gengist undir hjáveituaðgerð (Wax o.fl., 2008; Sheiner o.fl., 2004). Þegar upp koma hugleiðingar um barneignir er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geti frætt konur á barneignaraldri um þær breytingar sem verða á líkama þeirra í kjölfar hjáveituaðgerðar.

Fræðilega umfjöllunin sýnir að hjáveituaðgerð kallar á viðamikla fræðslu frá hjúkrunarfræðingum. Fræðslan þarf að ná til einstaklinga sem íhuga aðgerð jafnt og þeirra sem gengist hafa undir hana. Þar sem konur eru í meirihluta þeirra sem gangast undir aðgerð ber að hafa í huga kynjamiðaða fræðslu. Til að grunnur þekkingar nýtist verða góðar eigindlegar rannsóknir að liggja þar að baki. Þá verður fræðslan markvissari og skilvirkari.

4.2. Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunfræði

Þar sem fræðilega umfjöllunin sýnir að hjáveituaðgerð er algengari meðal kvenna en karla er nauðsynlegt fyrir hjúkrunarfræðinga að þekkja þau áhrif sem aðgerðin getur haft á líf þeirra. Við teljum að vanþekking á hjáveituaðgerð geti oft og tíðum leitt til fordóma, bæði meðal almennings og heilbrigðisstarfsfólks og því mikilvægt að dýpka þekkinguna á viðfangsefninu. Umfjöllun okkar sýnir að aðgerðin hefur ekki bara reynst örugg heilsu kvenna heldur hefur einnig bestan langtíma árangur allra offitumeðferða sem í boði eru.

Við teljum að fyrirhuguð rannsókn gæti gert hjúkrunarfræðingum auðveldara með að setja sig í spor þeirra kvenna sem íhuga að gangast undir hjáveituaðgerð. Hjúkrunarfræðingar þurfa að hafa þekkingu til að geta hjálpað þeim að ígrunda vel áður en þær taka ákvörðun. Megindlegar rannsóknir hafa sýnt að hjáveituaðgerð veldur þyngdartapi og telst það jákvætt. Við teljum að með því að nota eigindlega

rannsóknaraðferð mætti fá niðurstöður sem myndu dýpka skilning hjúkrunarfræðinga á viðfangsefninu og um leið fengist raunveruleg mynd af íslenskum veruleika.

4.4. Samantekt

Tíðni offitu hefur aukist í heiminum og tíðni hjáveituaðgerða samhliða því. Konur eru þar í miklum meirihluta og því brýnt að beina rannsóknum á þessu sviði að þeim. Nauðsynlegt er að hjúkrunarfræðingar kynni sér þau víðtæku áhrif sem aðgerðin hefur í för með sér og þá sérstaklega með tilliti til heilsu kvenna. Niðurstöður fyrirhugaðrar rannsóknar er ætlað að dýpka skilning hjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks á viðfangsefninu.

Kafli 5. Lokaorð

Vinnan við rannsóknaráætlunina mun án efa verða okkur veganesti í störf okkar sem hjúkrunafræðingar. Í gegnum vinnuna höfum við öðlast aðra sýn og aukna vitund á viðfangsefninu. Við teljum þó að enn sé hægt að afla víðtækari þekkingar og því mikilvægt að hjúkrunafræðingar fái svör við þeim rannsóknarspurningum sem við höfum sett fram. Við teljum mikilvægt að íslenskur raunveruleiki sé rannsakaður í tengslum við þróun offitu og hjáveituaðgerða. Mun fyrirhuguð rannsókn varpa betra ljósi á líðan ungra kvenna fyrir hjáveituaðgerð. Hún mun einnig gefa greinargóða mynd af áhrifum aðgerðarinnar á líf þeirra í kjölfarið. Vonumst við til að það mun gera hjúkrunafræðingum kleift að veita betri fræðslu um offitu og hjáveituaðgerðir.

Góður undirbúningur og eftirfylgni getur haft mikil áhrif á hversu góður árangur næst með hjáveituaðgerð. Tryggja þarf að einstaklingar geri sér grein fyrir því að bætiefnamedferð þarf til frambúðar og getur fræðsla hjúkrunafræðinga bætt meðferðarheldnina á því sviði. Huga þarf sérstaklega að næringarástandi kvenna á barneignaraldri þar sem slæmt næringarástand getur leitt til alvarlegra vandamála fyrir börn þeirra. Teljum við að það verði áhugavert að rannsaka í framtíðinni hvaða langtímaáhrif hjáveituaðgerðir hafa á líf einstaklinga.

Offita er viðvarandi heilsufarsvandamál í heiminum í dag. Sífelld fleiri fara í hjáveituaðgerðir og teljum við að það þurfi að koma í veg fyrir að þróunin verði sú að offeitir einstaklingar telji hjáveituaðgerð vera bestu lausnina við vanda sínum. Það gæti leitt til þess að einstaklingarnir sinni öðrum meðferðarkostum ekki af heilum hug. Langtímaárangur atferlismeðferðar hefur reynst takmarkaður og er það okkar von að það takist að efla og þróa meðferðina á markvissari hátt þannig hún fari að sýna slíkan árangur að hún teljist jafn árangursríkur kostur og hjáveituaðgerðir.

Heimildaskrá

- Alvarez-Leite, J. I. (2004). Nutrient deficiencies secondary to bariatric surgery. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 7(5), 569.
- Bebber, F.E., Rizzolli, J., Casagrande, D.S., Rodrigues, M.T., Padoin, A.V., Mottin, C.C. og Repetto, G. (2011). Pregnancy after bariatric surgery: 39 pregnancies follow-up in a multidisciplinary team. *Obesity Surgery*, 21(10), 2546-1551. doi: 10.1007/s11695-010-0263-3
- Bergström, E., Stenlund, H. og Svedjehäll, B. (2000). Assessment of body perception among swedish adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 70-75.
- Björn G. Leifsson, Hjörtur Gíslason, Ludvig Guðmundsson, Svava Engilbertsdóttir og Halldór R. Lárusson. (2005). *Hjáveituaðgerð á maga* [bæklingur]. Reykjavík: H.R.L.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M.D., Pories, W., Fahrbach, K. og Schoelles, K. (2004). *Journal of the American Medical Association*, 292(14), 1724-1737. doi:10.1001/jama.292.14.1724
- Capella, J. F. og Capella, R. F. (2003). Bariatric surgery in adolescence. is this the best age to operate? *Obesity Surgery*, 13(6), 826-832.
- Christou, N. og Efthimiou, E. (2009). Five-year outcomes of laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic roux-en-Y gastric bypass in a comprehensive bariatric surgery program in canada. *Canadian Journal of Surgery*, 52(6), E249-E258.
- 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(6), 335-341.

- Cohen, L., Perales, D. P. og Steadman, C. (2005). The O word: Why the focus on obesity is harmful to community health. *Californian J Health Promot*, 3(3), 154-161.
- Collene, A. L. og Hertzler, S. (2003). Metabolic outcomes of gastric bypass. *Nutrition in Clinical Practice*, 18(2), 136-140.
- De Beaux, A.C. (2007). Gastroduodenal disorders. Í Garden O.J., Bradbury, A.W., Forsythe, J.L.R. og Parks, R.W (ritstjórar), *Pinciples and Practice of Surgery* (bls. 224-242). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Devlin, M. J., Yanovski, S. Z. og Wilson, G. T. (2000). Obesity: What mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 854-866.
- Dóra Guðrún Guðmundsdóttir. (2006). *Sjálfsmynd – myndin sem hefur áhrif á kynlíf, klæðaburð og makaval*. Sótt af <http://www.lydheilsustod.is/greinar/greinasafn/gedraekt/nr/2061>
- Edwards, J.E. (2005). Pregnancy After Bariatric Surgery. *AWHONN Lifelines*, 9(5), 388-393. doi: 10.1177/1091592305283176.
- Elín I. Jacobsen og Einar S. Björnsson. (2011). B12-vítamín–hvernig á að gefa það og hversu oft? *Læknablaðið*, 97(10) 565.
- Faney Grétarsdóttir og Fjóla Ingimundardóttir. (2005). *Úr fyrirbæri í rétta stærð fyrir þjóðfélagið: sálfélagleg líðan kvenna fyrir og eftir offituaðgerð: Fræðileg úttekt*. Lokaverkefni til B.S. prófs við hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri.
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga. (2011). *Hjúkrun-þekking í þína þágu*. Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrun- og heilbrigðismálum 2011-2020.

- Fujioka, K. (2005). Follow-up of nutritional and metabolic problems after bariatric surgery. *Care*, 28(2), 481-484.
- Gallagher, S. (2004). Taking the weight off with bariatric surgery. *Nursing*, 34(3), 58-63.
- Glinski, J., Wetzler, S. og Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11(5), 581-588.
- Greene, A. K. og Winograd, J. M. (2006). Images in clinical medicine: Skin redundancy after massive weight loss. *The New England Journal of Medicine*, 355(8), 830-830.
- Grindel, M. E., og Grindel, C. G. (2006). Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg Nursing*, 15(3), 129-45; quiz 146. Sótt af <http://search.proquest.com/docview/230519230?accountid=49537>
- Groesz, L. M., Levine, M. P. og Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorder*, 31, 1-16.
- Grogan, S. (2006). Body image and health. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 523-530.
- Grundy, M. A., Woodcock, S. og Attwood, S. E. (2008). The surgical management of obesity in young women: Consideration of the mother's and baby's health before, during, and after pregnancy. *Surgical Endoscopy*, 22(10), 2107-2116. doi:10.1007/s00464-008-0019-5
- Harper, J., Madan, A. K., Ternovits, C. A. og Tichansky, D. S. (2007). What happens to patients who do not follow-up after bariatric surgery? *The American Surgeon*, 73(2), 181-184.

- Helga Jónsdóttir. (2003). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðgerð. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson, *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls.67-84). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Herdís Alfreðsdóttir og Kristín Björnsdóttir. (2009). Öryggi sjúklinga á skurðstofu: Rannsókn á starfsaðstæðum og áhrifum skurðhjúkrunar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 53-60.
- Hjartavernd (2010). *OFFITA - taktu hana alvarlega...*[Bæklingur]. Kópavogur: Hjartavernd.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir og Kristinn Tómasson. (2008). Holdafar starfshópa. Líkamsþyngdarstuðull og hlutfall of feittra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(4), 10-17.
- Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir, Örn Ólafsson og Vilmundur Guðnason. (2001). Þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994. *Læknablaðið*, 87, 699-704.
- Ína Rós Jóhannesdóttir. (2010). Þankastrik – Að stofna og tilheyra þverfaglegu teymi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(5), 52-53.
- Kaser, N. J. og Kukla, A. (2009). Weight-loss surgery. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(1), 10. Sótt af <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=36979318&site=ehost-live>
- Klaczynski, P. A., Goold, K. W. og Mudry, J. J. (2004). Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the “thin ideal”: A social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307-317.

- Kolbrún Eva Sigurðardóttir. (2009). Hlutverk næringar í sáragræðslu. Í Herdís Sveinsdóttir (ritstjóri). *Aðgerðasjúklingar liggja ekki aðgerðalausir II: Um hjúkrun sjúklinga á skurðeildum* (bls. 49-60). [rafbók]. Reykjavík: Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landsspítala háskólasjúkrahús.
- Kolodny, N. J. (2004). *The beginner's guide to eating disorders recovery*. Gurze Designs og Books.
- Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F. og 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.
- Landlæknisembættið. (2009). *Heilsu- og gæðavísar Embættis Landlæknis*. Sótt af <http://landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=5005>
- Landlæknisembættið. (2012). *Valdar aðgerðir framkvæmdar á sjúkrahúsum 2000-2009*. Sótt af <http://landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4903>
- Laufey Steingrímsdóttir, Elínborg J. Ólafsdóttir, Lilja Sigrún Jónsdóttir, Rafn Sigurðsson og Laufey Tryggvadóttir. (2010). Reykingar, holdafar og menntun kvenna í borg og bæ. *Læknablaðið*, 96, 259-264.
- Leifsson, B. G. og Gislason, H. G. (2005). Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass with 2-metre Long Biliopancreatic Limb for Morbid Obesity: Technique and Experience with the First 150 Patients. *Obesity Surgery*, 15, 35-42.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A ... Gibbons, M. M. (2010). Behavioral factors associated with successful weight loss after gastric bypass. *The American Surgeon*, 76(10), 1139-42.
- Ludvig Árni Guðmundsson. 2004. Offita-hvað er til ráða? *Læknablaðið*, 90(7/8), 539-540.

- Magdaleno, R., Pereira, B., Chaim, E. og Turato, E. (2012). Pregnancy after bariatric surgery: A current view of maternal, obstetrical and perinatal challenges. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 285(3), 559-566. doi:10.1007/s00404-011-2187-0
- Maggard, M. A., Yermilov, I., Li, Z., Maglione, M., Newberry, S., Suttorp, M. og Shekelle, P. G. (2008). Pregnancy and fertility following bariatric surgery. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 300(19), 2286-2296.
- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F. og Pareja, J. C. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: A 5-year prospective study. *Obesity Surgery*, 18(6), 648-651.
- María Karlsdóttir. (2009). *Meðganga eftir hjáveituaðgerð á maga: Fræðileg úttekt*. Lokaverkefni til kandidateksprófs í ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Mitchell, J. E., Lancaster, K. L., Burgard, M. A., Howell, L. M., Krahn, D. D., Crosby, R. D. og Gosnell, B. A. (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 11(4), 464-468.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney diseases. (2010). *Overweight and obesity statistics*. Sótt af <http://www.win.niddk.nih.gov/publications/PDFs/stat904z.pdf>
- Ólöf Jóna Elíasdóttir, Hildur Harðardóttir og Þórður Þórkelsson. (2010). Áhrif þyngdar verðandi mæðra á meðgöngu, fæðingu og nýbura. *Læknablaðið*, 96, 691-696.
- Padwal, R. S. og Majumdar, S. R. (2007). Drug treatments for obesity: Orlistat, sibutramine, and rimonabant. *The Lancet*, 369(9555), 71-77.

- Polivy, J. og Herman, C. P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(1), 1-6.
- Reglugerð um heilsugæslustöðvar* nr. 160/1982.
- SAGES Guidelines Committe. (2008), Guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. *Surgical Endoscopy*, 22, 2281-2300.
doi:10.1007/s00464-008-9913
- Sheiner, E., Levy, A., Silverberg, D., Menes, T. S., Levy, I., Katz, M. og Mazor, M. (2004). Pregnancy after bariatric surgery is not associated with adverse perinatal outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(5), 1335-1340. doi:10.1016/j.ajog.2003.11.004
- Shikora, S. A., Kim, J. J. og Tarnoff, M. E. (2007). Nutrition and gastrointestinal complications of bariatric surgery. *Nutrition in Clinical Practice*, 22(1), 29-40.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2003). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðgerð. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 67-84). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C.D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H. og Stenlöf, K. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in swedish obese subjects. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 741-752.
doi:10.1056/NEJMoa066254

- Teitelman, M., Grotegut, C.A., Williams, N.N. og Lewis, J.D. (2006). The impact of bariatric surgery on menstrual patterns. *Obesity Surgery*, 16(11), 1457-1463.
- Thomason, P. (2004). Preparation of the gastric bypass surgery patient for post-operative dietary changes. *Nutrition in Clinical Care*, 7(1), 37-39.
- Tiggemann, M. (2005). Television and adolescent body image: The role of program content and viewing motivation. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24(3), 361-381.
- Vargas-Ruiz, A. G., Hernández-Rivera, G. og Herrera, M. F. (2008). Prevalence of iron, folate, and vitamin B12 deficiency anemia after laparoscopic roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*, 18(3), 288-293.
- Wax, J.R., Cartin, A., Wolff, R., Lepich, S., Pinette, M.G. og Blackstone, J. (2008). Pregnancy following gastric bypass surgery for morbid obesity: Maternal and neonatal outcomes. *Obesity Surgery*, 18(5), 540-544.
- World Health Organization. (2011). *Obesity and overweight. Fact sheet N°311*. Genf: WHO. Sótt af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Zingmond, D.S., McGory, M.L. og Ko, C.Y. (2005). Hospitalization before and after gastric bypass surgery. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 294(15), 1918-1924.
- Örvar Gunnarsson, Ólafur Skúli Indriðason, Leifur Franzson, Edda Halldórsdóttir og Gunnar Sigurðsson. (2004). D-vítamínþúskapur fullorðinna íslendinga. *Læknablaðið* 90(1), 29-36.

Fylgiskjal A

Viðtalsrammi

Mig langar að biðja þig um að segja mér aðeins frá lífi þínu fyrir hjáveituaðgerðina?

Hvað telur þú að hafi haft áhrif á það að þú ákvaðst að fara í hjáveituaðgerðina?

Hvernig gekk/gengur þér að takast á við breyttan lífstíl í kjölfar aðgerðar?

Hvaðan fékkst þú helst stuðning í ferlinu?

Hvaða jákvæðu áhrif telur þú að aðgerðin hafi haft á líf þitt í kjölfarið?

Hvaða neikvæðu áhrif telur þú að aðgerðin hafi haft á líf þitt í kjölfarið?

Ertu í dag sátt við ákvarðanartöku þína?

Er eitthvað sem að þú vilt bæta við í lokin?