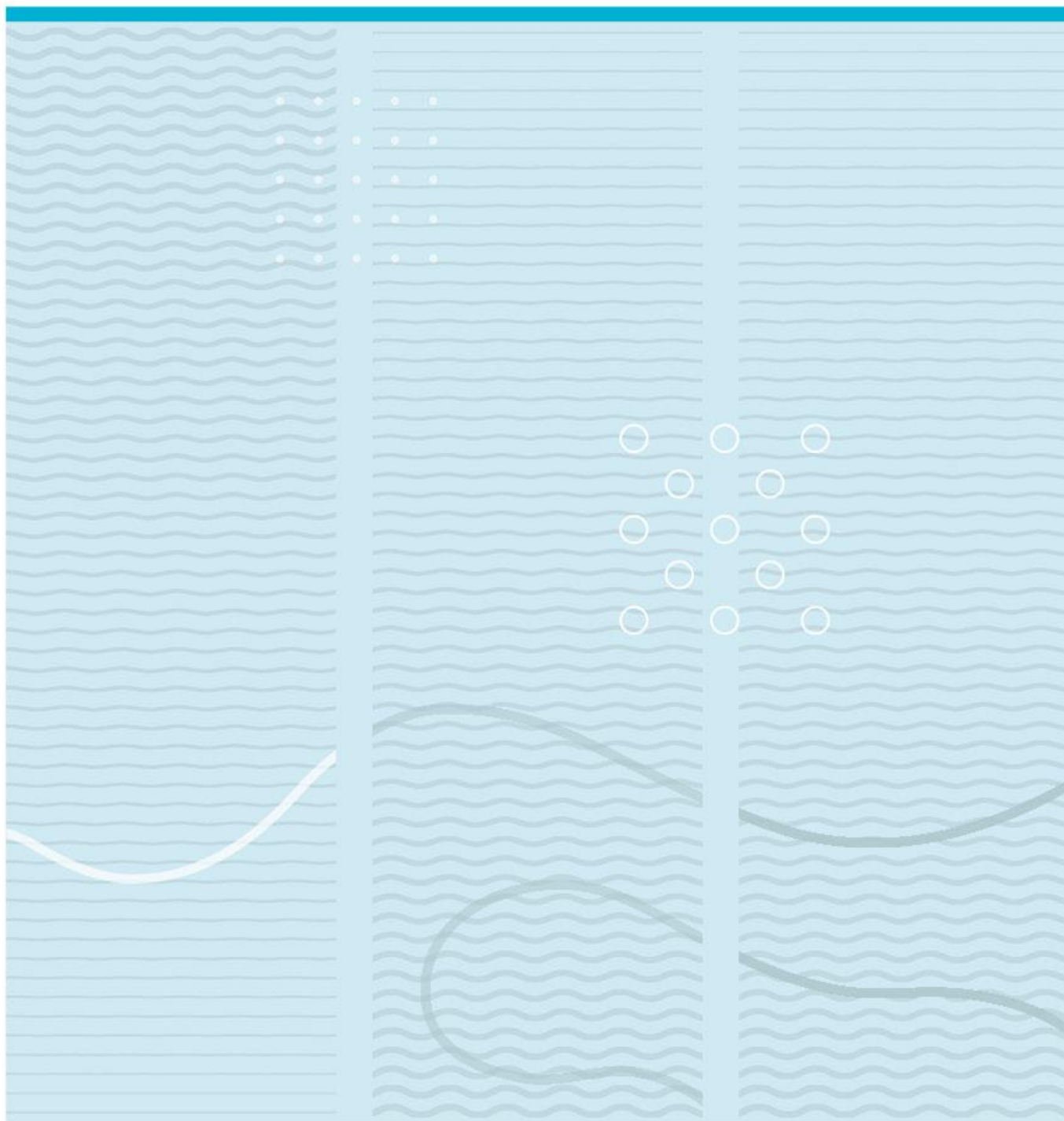


Kristine Røed

«Hvem er jeg uten fett?»

Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse -og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie -og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Kristine Røed

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt er en økende utfordring i Norge. Flere får tilbud om gastric-bypassoperasjon for å gå ned i vekt.

Hensikt: Undersøke hvilke konsekvenser gastric-bypass operasjon har for de operertes opplevelse av eget selvbilde, selvfølelse og identitet.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming, hvor informantene gjennomførte et semistrukturert intervju.

Teori: Studien bygger på en forståelse forankret i Marleau-Ponty sin helhetlige kroppsteori og Goffmans identitet og stigmatteori.

Resultat: Gastric-bypass operasjon kan medføre store sammensatte endringer av eksistensiell karakter av de operertes livsverden, selvfølelse, selvbilde og identitet. Oppfølgingen de opererte får med fokus på vekt og ernæringsstatus, kan øke de operertes opplevelse av stigma og skam.

Avslutning: Livsverden er en subjektiv opplevelse i kontekst med andre, og en oppfølging av en endret livsverden bør ta høyde for et behov for et fellesskap med andre i samme situasjon, grupper, men kanskje enda viktigere individuelt tilpasset oppfølging av den enkeltes helhetlige situasjon. Helsevesenet må skape trygghet og forståelse for kompleksiteten i prosessene den slankeopererte befinner seg i.

Helsepersonell har gode muligheter til å bidra til helsebringende endringsprosesser dersom de har innsikt i og forståelse av kompleksiteten i de prosessene som settes i sving etter gastric-bypass operasjon.

Nøkkelord: Gastric bypass oppresjon, overvekt/fedme, kvinner, psykiskhelse, identitet, selvfølelse, selvbilde, livsverden, kroppens fenomenologi, stigma, skam

Forord

For en reise! For en dannelsesreise dette ble for meg. En reise i den akademiske verden som dette masterløpet er. Læringskurven har vært bratt og jeg sitter igjen med et hav av opplevelser til mitt «reisebrev», masteroppgaven. Alle opplevelsene og erfaringene har vekket og satt i liv nye interesser, økt min kompetanse, innsikt og verdier. Disse har fått ord og begreper, og blitt tydeligere og utviklet seg. Det har i perioder vært veldig krevende.

For meg startet denne reisen allerede i juni 2013, hvor jeg gjennomførte en gastric bypass operasjon selv. For meg har min reise har vært svært utviklende, lærerik og bevisstgjørende. Med min dannelsesreise har det gitt meg større faglig selvsikkerhet, selvfølelse, selvbylde og større mestringstro.

Jeg er heldig og takknemlig, for jeg har ikke reist helt alene. Dette «reisebrevet», masteroppgaven, kunne ikke blitt til, om det ikke hadde vært for all støtten og hjelpen jeg har mottatt. Som deltidsstudent kan det oppleves til tider at det er et stort individuelt prosjekt, men det er ikke det:

Takk til Dr. Thorbjørn Henriksen, Dr. Robin Belaska og Dr. Martin Andre Bjørngaard for støtte og oppfølging før, under og etter min egen reisen.

Takk til Kristiane Hjelkrem, klinisk ernæringsfysiolog ved Aleris Sykehus i Oslo for innsikt, erfaringer, kloke ord, faglighet, respekt og imøtekommenhet under min egen reise.

Takk Jeanette, for ord, faglig tyngde, avgrensing, klare mål, ufarliggjøring og ro

Takk Mette og Stig, for omsorg, stavekontroll og all teknisk bistand.

Takk Hilde, for alle turer i nytt terreng, veivalg og heia rop.

Takk Hilde Sofie, for dysleksihjelpemidler, menyvalg, kartleser, oppturer og nedturer.

Takk Janne, for refleksjon, samtaler, frustrasjoner, mot og begeistring.

Takk Marianne, verdens beste medstudent for latter, dans, sang, ros, ris, tro og humor.

Reisen hadde ikke vært det samme uten deg!

Takk Corona pandemien, som ga mulighet til rom for tid, refleksjon, tanker og nye ideer.

Takk til kvinnene som deltok som informanter i studien for deres personlige fortellinger, ærlighet og åpenhet. Jeg er ydmyk over å få lov til å høre om deres livsverden.

Takk til «reiseleder» og veileder Ellen Andvik for tålmodighet og all støtte. Jeg er veldig glad for at det ble akkurat deg.

Tusen takk Mamma og Pappa for alltid å ha troen på, gitt meg håp og all kjærligheten. Og til slutt Frøya`n min for all tålmodigheten og forutsigbarheten under hele min reise. Nå er det på tide at du og jeg skal ut og reise sammen!

Horten 15.01-2021

Kristine Røed.

Innhold

1. Introduksjon.....	8
Formålet med oppgaven	9
1.1.1 Bakgrunn for valg av studiens tema og problemstilling	9
1.1.2 Forforståelse	10
1.1.3 Problemstilling.....	11
1.1.4 Temaets tilknytning til psykisk helsearbeid	11
2. Forskning og teoretisk bakgrunn.....	18
2.1.1 Kunnskapsstatus: prosess og funn.....	18
2.1.2 Oppsummering kunnskapsstatus	21
2.2 Teoretisk perspektiv	22
2.2.1 Fenomenologi	22
2.2.2. Det dualistiske synet på kroppen	23
2.2.3 Fra dualisme til dialektisk syn på kroppen	23
2.2.4 Livsverden.....	24
2.2.5 Levd kropp	24
2.2.6 Levd tid	25
2.2.7 Kroppsskjema.....	26
2.2.8 Goffman, identitet og stigmatologi.....	26
2.2.9 Goffmans identitetsbegreper	26
2.2.10 Stigma.....	27
3. Metode	28
3.1 Kvalitativ metode og hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming	28
3.2 Forberedelse og innsamling av data.....	29
3.2.1 Utvalg av informanter	29
3.2.2 Rekruttering	30
3.2.3 Semistrukturert intervju	31
3.2.4 Pilotintervju	31
3.2.5 Intervjuguide	32
3.2.6 Gjennomføring av intervjuer	32
4. Analyse	35
4.1 Transkribering av intervjuer	35

4.2 Analyse prosessen, koding og kategorisering.....	35
4.3 Refleksjonslogg.....	37
4.4 Metoderefleksjoner.....	37
4.4.1 Pålitelighet.....	37
4.4.2 Gyldighet	38
4.4.3 Overførbarhet.....	39
5. Forskningsetikk og personvern	40
6. Resultatene.....	42
6.1 Har blitt mer meg selv, i møte med meg selv og andre, og blir møtt annerledes av andre.....	42
6.2 Kroppen endret seg fysisk	47
6.3 Gått på en smell på grunn av ernæringsmessige mangler, og var helt uforberedt på komplikasjoner	49
6.4 Forholdet til mat og drikke	51
7. Drøfting	55
7.1 Introduksjon til drøfting.....	55
7.2 Drøfting av resultatene.....	55
7.3 Oppsummering av drøfting	61
Avslutning	63
Litteraturhenvisninger	65
Vedlegg	70

1. Introduksjon

Denne studien handler om kvinner i 40 årene som har gjennomført en gastric by pass operasjon for 3-6 år siden, og hvordan de opplever sin psykiske helse i etterkant. Jeg undersøker hvordan de opplever sin identitet, sitt selvilde og sin selvfølelse. Det innsamlede materialet i studien er basert på fire semistrukturerte forskningsintervjuer med kvinnene.

I denne studien ønsker jeg å utvide perspektivet på konsekvenser av gastric bypass operasjoner til ikke bare å gjelde fysiske endringer, men også inkludere endringer i psykisk helse. Jeg ønsker å undersøke nærmere konsekvensene en slik operasjon kan få for opplevelse av identitet, selvilde og selvfølelse. Hvordan opplever og beskriver informantene sin hverdag i etterkant av det kirurgiske inngrepet de har fått gjennomført?

Pasientgruppen som velger å ta gastric bypass operasjon er økende. Det forventes at antallet operasjoner kommer til å stige ytterligere både ved offentlige og private i sykehus, i årene som kommer (Hofsø mfl. 2011).

Gjennom mine semistrukturert intervjuer med kvinnene ønsker jeg å forstå og beskrive deres opplevelser og hvordan de har måtte forholde seg til denne livsstilsendringen, som det ble for dem. Med alle de forholdene som kom til syne, for den enkelte med endringer i den fysiske, sosiale og psykiske helsen.

Den enkeltes opplevelse på individnivå, kan ha en stor innvirkning på deres familier og omgivelser, og påvirkning på samfunnet og hvordan den enkelte blir tatt imot og oppleves. Det vil også påvirke hvordan de blir behandlet av behandlingsapparatet.

Jeg har valgt og ha en fenomenologisk tilnærming til tema, hvor jeg har blikket mitt rettet mot den enkeltes opplevelser/opdagelser.

Studien viser til tidligere forskning som har blitt gjort på dette aktuelle feltet, den presenterer metodevalg og hvordan analysen av resultater ble gjennomført med mål og ønske om å kunne besvare problemstillingen på en best måte. Avslutningsvis i metoddelen gjør jeg noen etiske refleksjoner og vurderinger.

Resultatene av analysen blir presentert og drøftes til slutt før jeg runder av med avslutning og noen tanker om videre aktuell forskning.

Formålet med oppgaven

Denne studien har fokus på personer som har gjennomgått en gastric-bypass-operasjon. Formålet med studien er å få innsikt i hvordan de opplever tiden i etterkant av operasjon, og hvordan de takler og opplever sin hverdag. Studien har i tillegg potensial til å kunne synliggjøre den totale forandringen hos den enkelte som gjennomgår en gastric by pass operasjon, ikke bare de fysiske endringene, men helheten av livssituasjonen, og den enkeltes livskvalitet. For å avgrense tema har jeg valgt å belyse deltagerne/ informantene opplevelse av sin identitet, sitt selvilde og sin selvfølelse. Studien kan også være med på å styrke innsikten og øke kunnskapen til behandlings og oppfølging apparatet rundt de kommende gastric -bypass opererte, og med dette kanskje bedre det helhetlige oppfølgingstilbudet.

1.1.1 Bakgrunn for valg av studiens tema og problemstilling

Overvekt og fedme er et økende helseproblem over hele verden, viser tall fra Verdens helse organisasjon (World Health Organization (WHO) 2000). Norge følger også denne internasjonale trenden.

Det er godt kjent at fedmereduserende kirurgi medfører en stor omveltning i livet til den enkelte. De fysiologiske endringene er godt dokumentert, vektnedgang, mindre vektrelaterte plager og sykdommer, samt ernæringsstatus dokumenteres og publiseres (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Når det kommer til den psykiske helsa og den den subjektive endringen de slankeopererte opplever, er det mindre forskning å finne. Med de subjektive endringene menes de operertes egen opplevelse av bedring av egen totale livssituasjon.

Jeg mener at både psykisk helse og subjektiv opplevelse av endring, er viktige mål når resultater av fedmereduserende kirurgi skal presenteres. Den totale og helhetlige livssituasjon til den enkelte bør vies større oppmerksomhet og fokus (Oria og Moorehead 1998). Min interesse inn mot dette fagfeltet er ikke bare det som forandrer seg til det bedre for den enkelte men også de ulike erfaringene de har gjort seg, og opplevelser de har måtte stå i sitt daglige liv i etterkant av kirurgi.

Studien har som formål å øke forståelsen og kunnskapen om hvordan gastric bypass opererte opplever sin hverdag etter operasjonen. Jeg ønsker å finne ut om hvordan de opplever sin identitet, sitt selvbilde og sin selvfølelse etter vektreduksjon, og i forlengelsen av dette, se om disse svarene kan bidra til hva som kan være hensiktsmessig ivaretagelse i forhold til slankeoperertes psykisk helse.

1.1.2 Forforståelse

Forforståelse blir forklart som erfaringer, meninger, holdninger og oppfatninger/ forståelse av det fenomenet som skal studeres videre på (Thagaard 2013). Disse perspektivene om det er teoretiske eller faglige bringer forskeren med seg inn i studien. Elementer som dette kan være til stor nytte videre i forskerprosessen, men det kan også bidra til at en går inn med begrensinger og manglende mulighet til å ta lære av materialet. I følge Thagaard kan være nyttig å være kjent med det området som skal undersøkes, fordi dette kan bidra til å kunne stille spørsmål og videre følge disse opp (Thagaard 2013).

Underveis i arbeidet, gjorde jeg meg med noen tanker om hvordan jeg skulle ta fatt på møter med min egen forforståelse. Jeg er selv gastric bypass operert, og har de samme utvalgskriteriene som informantene. Det er derfor lett for meg å identifisere meg med kvinnene sin livsverden og livssituasjon i etterkant av inngrepet. Utarbeidelsen av problem stillingen og intervjuguiden (vedlegg 5) for studien bygger på min egen interesse og forforståelse for feltet. Jeg gjorde meg noen erfaringer, da jeg gjennomførte pilot intervju på meg selv for studien. Her opplevde jeg at min egen forforståelse ble utfordret, og dette utdyper jeg nærmere i metodekapittelet.

Jeg ønsker å bruke min forforståelse før denne studien som en ressurs. For å kunne gjøre dette, må mine egne verdier anerkjennes i forhold til forskningsfeltet (Nilssen 2012). Jeg har forsøkt å bruke ressursblikket og tenkt at min forforståelse på en måte er en slags «med-forsker» som tar del i alle prosessene.

1.1.3 Problemstilling

På bakgrunn av litteratursøk og egne erfaringer, som avdekket lite eller manglende forskning på hvordan gastric bypass operasjon påvirker den helhetlige helsesituasjonen til de opererte, og hvordan de subjektivt opplevde endringene av den psykiske helsen sin, har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

«Hvordan opplever gastric bypass opererte kvinner i 40 årene sin identitet, sitt selvilde og sin selvfølelse 3-6 år etter vektreduksjon?»

Denne studien har fokus på personer som har gjennomgått en gastric-bypass-operasjon. Hensikten er å få innsikt i hvordan de opplever seg selv, sin identitet og selvfølelse, og hverdagen noen år etter operasjon. Kunnskapen den enkelte informant beskriver kan være gjenkjennbart for andre som har vært eller er i samme livssituasjon. På denne måten kan denne informasjonen være nyttig for andre som har opplevd det samme, og for det kliniske arbeidet med slankeopererte. Det er behov for forskning for å kunne gjøre de rette tilpasningene for oppfølging og ivaretagelse av denne pasientgruppen. For å avgrense tema har jeg valgt å belyse deltagerens utfordringer med identitet, selvilde og selvfølelse, med kroppen som fundament. Jeg har også avgrenset ved og kun inkludere kvinner i 40 åra i studien.

Problemstillingen anser jeg som aktuell og relevant i forhold til den oppfølgingen som gjøres i forkant og i etterkant av gastric- bypass opererte.

1.1.4 Temaets tilknytning til psykisk helsearbeid

Det finnes flere definisjoner på psykisk helse, og det er en enighet om at psykisk helse handler om den enkeltes indre opplevelses verden, med tanker, følelser og atferd. Helse ses på som en ressurs, og en god psykisk helse handler om å kunne oppleve seg selv som et verdifullt menneske, ha troen på seg selv og ha evner til å kunne håndtere livets utfordringer, kunne oppleve gode og sunne relasjoner til andre medmennesker og videre ha fravær av psykiske lidelser.

En av de mest brukte definisjonene på psykisk helse i Norge er ifølge Store medisinske leksikon:

«En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra ovenfor andre og i samfunnet»
(Andersen 2018).

Samfunnet strekker seg etter ønsket om å vise at vi alle har en psykisk helse, og dette helhetlige perspektivet hvor helse blir sett på som ressurs, påvirker også psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid defineres av nettsiden helsebiblioteket som:

«Arbeid som har som formål å bedre eller ivareta enkeltmenneskers psykiske helse. Hensikten med psykisk helsearbeid vil ofte være å styrke enkeltmenneskers muligheter til mestring i hverdagen.» (Anon 2020)

Psykisk helsearbeid tar utgangspunkt i et helhetlig syn på mennesket og dens psykiske helse, belyser vår psykiske helse og uhelse og det som er med på å påvirke den, det mellom menneskelige i det sosiale i livet, livshendelser, utfordringer, problemer, smerte, lykke glede, sorg, tap og forandringer. Arbeidet som gjøres handler om relasjoner til andre mennesker, i ulike livsfaser, kulturer, tradisjoner og livsbetingelser, hvor brukermedvirkning er essensielt og avgjørende (Karlsson 2013).

1.1.4.1 Begrepsavklaringer

Det kan være hensiktsmessig å avklare noen av de begrepene som gjentas i teksten, helt innledningsvis i studien. Det kan være med på å skape en ryddig oversikt og helhetsinntrykk og sammenheng for leseren.

I dagens samfunn har sosiale medier et stort fokus på kropp og livsstil. Sunn livsstil og kropp kan fremstilles som et barometer på god livskvalitet. Under slike forutsetninger framstår begrepene identitet, selvbilde og selvfølelse som sentrale faktorer av betydning. Kropp og identitet knyttet til egen opplevelse av kroppen, er også en viktig faktor, og det er disse begrepene som først skal utdypes nærmere. Etter dette vil jeg kort beskrive hva en gastric-bypass operasjon er, før jeg ser på hvorfor denne studien er aktuell.

1.1.4.2 Selvfølelse og selvbilde

Selvfølelse handler om følelsen av seg selv, det å være menneske på godt og vondt. Det er selve kjernen i en selv og måten man er på. Selvbilde er den oppfatningen eller det bildet jeg har av meg selv både positivt og negativt. Dette gjelder tanker og inntrykk. Selvfølelsen omhandler også alle de positive og negative egenskapene vi tilegner oss, hva vi tenker og tror vi kan klare, hvordan vi verdsetter oss selv og alle generelle meninger og oppfattelser vi har knyttet til oss selv. Selvfølelsen bygges i relasjoner med andre mennesker. Hvordan man opplever seg selv i relasjon med mennesker skaper og videreutvikler selvfølelsen (Øiestad 2009). Dette skal utdypes nærmere i teoridelen, hvor jeg skal bruke den kjente kroppsfilosofen Merleau-Ponty for å beskrive utviklingen av selvfølelsen.

1.1.4.3 Identitet

Studiens problemstilling inneholder begrepet identitet, som er en av flere kjernebegreper det ønskes å rette et fokus og større viten på.

Identitet handler om hvem vi er og hvem vi oppfatter oss selv å være. Identitet er bygd opp av mange forskjellige deler, som til sammen utgjør den personen den enkelte er. Tiden vi lever i har et stort fokus på kropp og kroppsfasong. Kroppen er en identitetsmarkør som kan være med på å fortelle og beskrive hvem vi er eller ønsker å være. Identitet satt i sammenheng med psykisk helse arbeid og i denne studien, handler

om hvordan den enkelte forstår seg alene og i relasjon med andre og omgivelsene, resten av samfunnet (Collins 1994).

Ut ifra definisjonene over handler identitet om hvem en er som menneske. Selvbildet blir derfor en viktig del av identiteten vår. Det handler om hvordan vi ser på oss selv. Selvfølelse er da de følelsene vi har i tilknytning til selvbildet vårt og hvordan vi følelsesmessig verdsetter oss selv som den vi er ut fra både våre sterke og svake sider. Kroppen er i denne sammenheng svært viktig for både utvikling og opprettholdelse av menneskers identitet (Bengtsson 1999). Og dette vil jeg komme tilbake til når jeg presenterer den teoretiske forståelsesrammen som ligger til grunn for denne studien.

1.1.4.4 Gastric bypass-operasjon

Det er flere ulike kirurgiske inngrep som metode for å redusere fedme og overvekt, altså slankeoperasjoner. I prinsippet går det ut på å redusere magesekkenes volum for å minske mat og drikke inntaket og sjalte ut deler av tynntarmen for å redusere næringsopptaket fra tarmen. Alle informantene i denne studien har gjennomført gastric bypass operasjon. Gastric-by pass operasjon utføres ved kikkhullskirurgi og er det inngrepet som blir hyppigst benyttet i Norge i dag (Søvik mfl. 2007). Gastric- bypass operasjon blir heretter omtalt som GBP- operasjon.

I selve inngrepet lages det en liten magesekk som vil romme ca. 30 ml, som betyr at kapasiteten til magesekken reduseres med 95 %. Lommen skilles fra resten av magesekken og den resterende delen av magesekken vil bli liggende ubrukt. Tynntarmen blir kuttet ca. 60 cm fra magesekken og nedre del av tynntarmen strekkes og sys på den nye lille magesekken. Den øvre delen av tynntarmen sys på tynntarmen ca. 150 cm nedenfor magesekklommen. Den mest vanligste opptakslengden i tynntarmen etter operasjonen er 3-3.5 meter. Maten som tidligere hadde passert gjennom magesekken og tolvfingertarmen, passere nå forbi («bypass») denne delen av fordøyelseskanalen.

Med denne krympingen av magesekkenes størrelse, er det forventet at det skal gi en metthetsfølelse og begrense inntak av kalorier. Jo større del av tarmen som sjaltes ut, desto større risiko for vitamin og mineralmangel (Sosial- og helsedirektoratet 2004; Søvik mfl. 2007; Aasheim mfl. 2007). Under det kirurgiske inngrepet når det gjennomføres en gastric bypass operasjon blir magesekkenes volum redusert til en liten lomme. Inngrepet har til hensikt å minske mengden av inntak av mat. Pasienten blir pålagt å følge et strikt matregime og mister muligheten til å kunne spise store mengder med mat når og hvor ofte de ønsker. Det er mange som opplever ulike fysiske ubehag i etterkant av inngrepet: sure oppstøt, mangel på matlyst, oppkast, diare, luftplager, malabsorpsjon (manglende opptak av ulike næringsstoffer i tarmen), «dumping syndrom». Listen over virkninger er lang og godt dokumentert (Norge Helsedirektoratet 2010).

Ved fedmereduserende kirurgi er det flere som opplever et raskt vekttap på veldig kort tid. Det kan være vanlig å miste opp til 60-80% av sin overvekt, og den største vektreduksjonen skjer det første året etter inngrepet. Vekttapet kan ofte utgjøre 50-65 kg. Kroppen endrer seg raskt, og den blir lettere og utseende forandres. (Hustadnes 2012; Aasheim mfl. 2007).

Med disse store endringene antas det at endringene kan få en betydning både når det gjelder opplevelser av egen kropp, og egenkropp i relasjon til andre i omgivelsene. Min nysgjerrighet handler om hvordan informantene erfarer det å være seg selv med sin kropp og hele seg. Den psykiske helsen kan være avgjørende for den enkelte, på hvordan den enkelte tenker, handler og opplever seg selv alene, og opplever seg selv i sammen med andre. Hvem de har blitt, sin egen identitet, sitt selvbilde og sin selvfølelse.

Det er en forutsetning at den opererte gjør en egeninnsats med omlegging av levevaner for å kunne få et helsemessig godt resultat. Dette gjelder anbefalinger på kosthold, matvarer, mat inntaks mønster og fysisk aktivitet. Det legges også frem at det er viktig å ikke å ha et urealistiske forventninger som hva denne operasjonen kan gjøre med livet til den enkelte.

1.1.4.5 Aktualitet

Verdens helseorganisasjon (WHO) viser til alarmerende økning av overvekt og fedme over hele verden (World Health Organization (WHO) 2000) og tall viser at Norge også følger denne internasjonale trenden. Gjennomsnittskroppsvekt øker i alle folkegrupper over hele landet, uansett kjønn og alder. Folkehelseinstituttet viser til tall der det antas at hver femte nordmann er overvektig (Sandvik mfl. 2018; Ulset, Undheim, og Malterud 2007) Denne utviklingen er bekymringsfull, overvekt og fedme er satt på dagsorden av norske helsemyndigheter. Det beskrives som et økende folkehelseproblem som kan bidra til alvorlige konsekvenser for helse og velferd blant den norske befolkningen. I Norge gjennomføres det nær 3000 slankeoperasjoner hvert år. Dette gjennomføres både i privat og offentlig sektor. Det blir i tillegg operert et ukjent antall i utlandet hvert år (Sandvik mfl. 2018).

Overvekt og fedme kan øke risikoen for utviklingen av andre lidelser og sykdommer. Blant de vanligste sykdommene som kan assosiere med overvekt og fedme er diabetes type 2, hjerte-kar sykdommer, anstrengelsesutløsende astma, hjerneslag, høyt blodtrykk, ledd og ryggplager, søvnapnoe (episoder med gjentatte pust avbrudd under søvn), gallesteinssykdom, visse kreft former, infertilitet, stigmatisering, inkontinens problemer, psykiske plager og mistriivsel (Sandvik mfl. 2018).

Fedme og psykiske plager påvirker hverandre gjensidig. Fedme er årsak til psykiske plager og psykiske plager er årsak til fedme:

«Psykiske vanskar kan påverke både appetitt, vilje og sjølvkontroll, som alle er viktige faktorar for å forklare utviklinga av fedme. Personar som er ramma av angst, depresjon og psykosar, er òg meir sårbare for å oppleve stress og hjelpeløyse når dei møter utfordringar. Dette kan føre til endra regulering av appetitt og mettheit og høgare inntak av smakfull mat som er rik på feitt, sukker eller salt.» (Folkehelseinstituttet 2017)

«Befolkningsstudiar blant vaksne viser at det er ein høgare andel som har psykiske plager som angst og depresjon blant personar med fedme enn i befolkninga elles (de Wit, 2010). Oppfølgingsstudiar har vist at angst og depresjon aukar risikoen for utvikling av fedme. På den andre sida aukar også fedme risikoen for angst og depresjon» (Folkehelseinstituttet 2017)

1.1.4.6 Aktualitet i det kliniske psykisk helsearbeidet

Overvekt og fedme, er som tidligere beskrevet forbundet med psykisk helse problematikk, både som årsak til fedme og som resultat av fedme. Fedme i seg selv blir ikke definert som en psykisk lidelse, men de som allerede har en psykisk lidelse, som for eksempel angst eller depresjon, har økt sannsynlighet for å utvikle overvekt og fedme. Dette ses i flere studier, hvor det er funnet sammenhenger som belyser at fedme er forbundet med økt sannsynlighet for dårligere psykisk helse, og at dårlig psykisk helse er forbundet med økt risiko for fedme (Fock og Khoo 2013; Lier, Aastrom, og Rørtveit 2016)

To studier viser klinisk relevante sammenhenger mellom lav selvfølelse, skam, unntvikende mestringsstrategi og hjelpeløshet knyttet til følelsen av å ikke kunne regulere verken kroppsvekt eller skamfulle følelser relatert til overvekt (Conradt mfl. 2008; Goss og Allan 2009)

Flere studier viser at psykisk helse og fedme henger nøye sammen, dette viser at fedme, slankeoperasjoner og oppfølging av slankeopererte til aktuelle innsatsområder innenfor det kliniske psykiske helsearbeidet. Derfor er det også aktuelt å studere temaene nærmere, slik at man kan finne gode løsninger, støtte og behandlingsstrategier i det kliniske helsearbeidet.

2. Forskning og teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for kunnskapsstatus på feltet med fokus på forskning som er blitt gjort i forhold kvinner som har gjennomført gastric bypass operasjon og deres opplevelse av deres livssituasjon og psykiske helse. Med kunnskapsstatusen som bakgrunn, har jeg valgt å presentere et teoretisk rammeverk, som er det aller mest sentrale for å kunne diskutere og oppdage ny kunnskap om temaene jeg utforsker. Teorien som er valgt ut er for å kunne belyse og drøfte problemstillingen for studien best mulig, presenteres i neste kapittel.

2.1.1 Kunnskapsstatus: prosess og funn

Det har vært en omfattende prosess med litteratur søk som har pågått igjennom hele perioden fra starten på utarbeidelse med prosjektbeskrivelse for studien, til innlevering i januar 2021. Jeg søkte i Oria, PubMed og i Medline på ulike begreper/emneord som gastricbypass, psykiskhelse, slankeopererte, psykiskhelse, kvinnehelse, slankeopererte kvinner, mental health, livskvalitet. Jeg har også brukt søkerordene på Statistisk Sentralbyrå (SSB), Folkehelseinstituttet (FHI), Helsedirektoratet og hos Verdens Helseorganisasjon (WHO). Det ble brukt både norske og engelske søkerord. Litteraturlistene i de bøkene og artiklene jeg brukte var gode informasjonskilder for innspill og for å komme videre. Noe av litteraturen var tips og innspill fra medstudenter, faglærere, bibliotekar ved USN og veileder.

Resultatene av søkene mine var utallige artikler, masteroppgaver og forskning som undersøkte ernæringsstatus, vekttap og konsekvenser for endring av livsstilssykdommer etter gastric bypassoperasjoner. Jeg fant også en masteroppgave som så på kroppen og kroppsuttrykket i møte med fedmereduserende kirurgi (Hustadnes 2012). Studien er en kvalitativ studie hvor Hustadnes sine informanter beskriver en «tung» hverdag med stor kropp før inngrepet og at hverdagen i etterkant der de har opplevelsen av alle endringene kroppen måtte stå i som utfordrende og krevende for den enkelte i sin hverdag (Hustadnes 2012).

I januar 2018 ble verdens største studie om fedmekirurgi presentert (Jakobsen mfl. 2018). En omfattende studie hvor forskerne ved Sykehuset i Vestfold bidrar, og har fulgt 2000 pasienter over 10 år. Studien konkluderer med at fedmekirurgi er den mest effektive behandlingen av fedme og overvekt. Men dette har også en bakside. Dataene

som også blir presentert er viser at flere av pasientene som deltar har en økt risiko for å bli deprimert, hele 50% er tablettbehandlet. Det er ikke definert noe klar årsaksfaktor på forekomst, men det antas at det kan ha noe med identitet, å gjøre. Kroppens størrelse forandrer seg fort på kort tid, og man kan oppleve at man blir en helt annen person. Det kan også bli vanskelig og utfordrende å kjenne seg igjen i den tynne kroppen uttaler Hjelmesæth i en artikkel publisert på NRK (Lysvold 2018). Videre sier han at den psykiske helsa får derfor utfordringer. Når det skal håndteres og bearbeides det gamle opp mot det nye «jeg`et» og for i tillegg er det en stor fysisk belastning. Flere har fått ulike store smerte ubehag, og må ta i bruk tung smertestillende medikamentell behandling for dette.

Hjelmesæth referere til kvinner som beskriver at de har en indre konflikt med seg selv, en slags sorg, sorgprosess for det de mister/taper. De hadde utfordringer med å se det som forandret seg, hodet hang ikke med. Dette ble vondt og vanskelig å håndtere, det tok lang tid. De oppdaget ikke dette før 3-4 år etter at alle rundt dem hadde sett det.

Studien presenterer også de helsebringende effektene som flere av studiens deltakere har fått innfridd, som å kunne trappe ned på blodtrykksmedisiner og diabetesmedisin. Det ble også dokumentert flere som fikk søvnforstyrrelser, fysiske plager og store magesmerter i årene i etterkant av inngrepet. Den totale helsegevinsten har vært positiv for flere av deltakerne. De angret ikke på valget de foretok seg ved å gjennomgå fedme kirurgi. Men det å kunne være normalvektig og kunne se mindre ut, er bedre, enn å være overvektig å bli stigmatisert av omverden og omgivelsene sier flere i Jakobsens undersøkelse (Jakobsen mfl. 2018)

I mine søk fant jeg, at det er utarbeidet en nordisk veileder for oppfølging etter fedmekirurgi. Her har de skandinaviske landene tilpasset nordiske forhold utfra de britiske og amerikanske retningslinjer. Størst fokus og oppmerksomhet får ernæringsstatus med forebygging av ulike mangeltilstander og vedlikehold av vekttao (Sandvik mfl. 2018).

Folkehelseinstituttet publiserte i 2017 folkehelse rapporten som overvekt og fedme i Norge. Fokuset her er rettet mot årsaker til fedme/overvekt, statistikk, utvikling av fedme i samfunnet, ulike risiko grupper og sosiale forhold som er medvirkende til fedme /overvekt, internasjonale trender og fødselsvekt. Den beskriver i korte trekk at den psykiske helsa kan ha en sammenheng mellom psykiske utfordringer ved å være overvektig og ha fedme (Folkehelseinstituttet 2017). Den beskriver ikke noe om livet i etterkant av fedmekirurgi.

Lynch gjennomførte semistrukturerte intervjuer av både kvinner og menn i sin undersøkelse (Lynch 2016). Der sammenligner hun det å gå raskt ned i vekt som en bryllupsreise. Når reisen er slutt så starter selve jobben med å finne seg selv, en normalvekt, vedlikehold av vekten og av seg selv. Det å finne ut av hvordan man skal være en mindre utgave av seg selv. På denne reisen har de slankeopererte måttet møte sitt eget matmønster og egen matadferd. Hun har systematisert funnene sine i seks tema som den slankede må jobbe med: forholdet til mat, fysiske behov, matatferd, sult og metthet, vaner og vanedannelse, og bevissthet om det å spise.

I undersøkelsene til (Faccio, Nardin, og Cipolletta 2016) beskrives utfordringer med identitet og kropp. Ved hjelp av semistrukturerte intervjuer blant 30 slankeopererte italienske kvinner før og ett år etter operasjonen. Artikkelen handler om kvinnens utfordringer, å forholde seg til egen identitet i deres nye kropp også en stund etter inngrepet. Resultatene viser at mange av dem har hatt enorme endringer og hatt utfordringer med ettervirkninger i lang tid etterpå. De lurer på hvem de er? De definerer seg som eks-feit, det de var tidligere. De opplever fortsatt at de er store eller tjukke, og undersøkelsen deres sier noe om at det tar lang tid å ta inn over seg at man ikke er overvektig lenger, men mer normalvektig. Det å forstå og oppleve at de ikke er store lenger. De opplever derfor at de er eks-tjukke fordi de er blitt tynnere enn de var. Artikkelskriverne oppsummerer med å si noe om viktighetene av å fremme og oppmuntre til pasientsentrert etterbehandling og omsorg etter operasjon. I dette ligger også informasjon om identitet og kroppsbilde.

I Gilmartins studie (Gilmartin 2013) med dybde intervjuer av 20 pasienter som har opplevd massivt vekttap, konkluderes det med at pasientene føler seg sosialt marginalisert, deprimert og at de hadde problemer med intimitet og seksualitet. Denne

artikkelen peker på at det er et behov for å utvikle gode retningslinjer for oppfølging av denne voksende pasientgruppen.

I en annen studie som tar for seg samme tema, fant Lier (Lier 2015) at informantene opplevde enorme endringer i sitt sosiale liv, forholdet til egen kropp og selvtillit. Den tidligere forskningen oppfordrer til videre forskning på familiestøtte, skyld og skam. Grunnen til denne oppfordringen er at skyld og skam er de sterkeste og mest fremtredende følelsene som kommer. Skyld og skamfølelse er sterke følelser som påvirker selvbilde, selvfølelse og identitet.

En studie som beskriver behovet for respekt for mennesket er (Forsberg, Engström, og Söderberg 2014) som konkluderer i sin studie med at pasienter i den akutte postoperative fasen har behov for individuelt tilpasset støtte og veiledning og bli behandlet med respekt og nærhet, ikke bare informasjon. De har en ny opplevelse, av sine nye kropper og derfor er det viktig.

Dette beskriver også Guardia m.fl. (2013) i sin studie kroppsskjema forstyrrelser hos en 40 år gammel kvinne, som følge av stor vektreduksjon etter slanke operasjon.

Artikkelen oppfordrer til en større studie med flere deltagere, som ser på misforholdet mellom pasientens kroppsskjema og ny vekt

2.1.2 Oppsummering kunnskapsstatus

Det er i beskrivelser av kunnskapsstatus tydelig dokumentert at pasienter som har opplevd stort vekttap i forbindelse med slankeoperasjon, strever med psykisk helse. De føler seg sosialt marginalisert, deprimert og har problemer med intimitet og seksualitet (Gilmartin 2013).

De store endringene som skjer med kroppen, gjenspeiles i store endringer i forhold til egen kropp, selvtillit og selvfølelse. Det sosiale livet til pasientene blir også endret, og det pekes på sterke følelser som skam og skyld, som påvirker selvfølelsen og identiteten til pasientene (Lier mfl. 2016).

Det er også funnet at forholdet til mat og kropp må reetablere og trenes på (Lynch 2016).

Oppfølging og veiledning i etterkant av det kirurgiske inngrepet, blir beskrevet som et svært viktig bidrag til at pasienter som gjennomfører gastric-bypassoperasjon opplever god helseeffekt. Studier presenterer oppfølging med fokus på det konkrete og målbare, som vekt, BMI, næringsstatus og treningsrutiner. Det beskrives at det er utfordringer knyttet til psykisk helse etter gastric-bypassoperasjoner, men ingen beskrivelser av hvordan oppfølgingen adresserer dette.

2.2 Teoretisk perspektiv

I den tradisjonelle medisinske vitenskapen, har kroppen blitt sett på som noe som er friskt eller sykt, noe man kan diagnostisere. Det er dualistisk tenkning som står bak dette synet, og dette medfører at de sosiale og erfaringsmessige aspektene ved kroppen ofte blir oversett. I denne studien er det behov for et teoretisk perspektiv som ser på fenomenene til de menneskelige, subjektive erfaringene så jeg vil presentere et teoretisk perspektiv, fenomenologi, som er basert på dialektisk tenkning (Kvale og Brinkmann 2015)

Siden denne studien belyser informantenes opplevelser og erfaringer etter en gastric-bypassoperasjon, er det nødvendig å ha en teori som inkluderer kroppen og opplevelser av kroppen. Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) sine teorier, har kroppen som utgangspunkt for selvbildet og kroppens erfaringer, som viktige påvirkere for fremtidig atferd knyttet til mat, selvbilde og kropp.

2.2.1 Fenomenologi

Fenomenologien forsøker å beskrive hvordan menneskene opplever fenomener rundt seg, den undersøker ulike meningsfylte menneskelige erfaringer. Disse erfaringene kan oppfattes og forstås på mange ulike måter, og å kartlegge fenomentyper ut i fra menneskers erfaring, har vært en av fenomenologiens viktigste bidrag til humanvitenskapen (Svenaesus 2005).

De meningsfylte fenomenene styrer hvordan vi oppfatter, føler og tenker, altså de måtene vi er til på som mennesker. Dette gjelder alt fra hvordan verden fremstår i tid, rom og tanke, til spørsmål som omhandler hverdagsverdenens meningsmønster (Svenaesus 2005).

2.2.2. Det dualistiske synet på kroppen

Å få en forståelse av kroppen som fenomen, ikke bare dens funksjon, er vesentlig for å forstå folks opplevelse av sin egen kropp. Fra tidlig av ble kroppen sett på som et objekt. Descartes mente at kroppen selv var utenfor refleksjonen. Dette betydde at kroppen ble sett på som en maskin (Engelsrud 2006). Rene`Decartes (1596-1650) mente at man kan dele verden i to substanser som ikke har noe med hverandre å gjøre, res extensa og res cognitias, den sansbare og den tenkende substans.

Res extensa var den utstrakte substans, som inkluderte naturen, kroppen og menneskeskapte ting. Res cognitias omfattet tenkning, kunnskap, sjel, ånd, følelser og intuisjon (Bengtsson 1999).

Decartes mente at menneskets eksistens først og fremst knyttes til tenkningen, ikke til den kroppslige eksistensen. På denne måten ble kropp og sinn tilhørende to forskjellige verdener. Der betyr en verden bestående av en fysisk substans og en verden bestående av psykisk substans. Den materielle substansen er da det fysiske og den immaterielle er det psykiske (Viggaklev 2008). Det psykiske hevdes å være det indre, det vil si tanker, forestillinger, drømmer og opplevelse. Mens det fysiske går på det ytre, hvor dualismen trekker frem alt fra ting i verden til kroppslige fenomener. Et slikt dualistisk syn dannet grunnlaget for vitenskapen som har dominert til nå, og som fremdeles henger igjen i kultur, språk og fagterminologi.

2.2.3 Fra dualisme til dialektisk syn på kroppen

Splittelsen mellom kropp og sinn som kom etter Descartes, ble kraftig kritisert av Merleau-Ponty, som har skrevet Kroppens fenomenologi (1945). Han gir kroppen forrang i all erkjennelse og erfaring, noe som betyr at han hevder at bevisstheten tar form igjennom kroppen. Han bryter med Decartes dualistiske tenkning om kropp og sjel som to atskilte deler, hvor kroppen (objektet) fremstilles som noe jeg'et (subjektet) forholder seg til. Han har et fenomenologisk perspektiv og sier at det ene fenomenet bestemmes i lys av, og i samspill med det andre. Han sier at vår forståelse av verden dannes underveis mens vi utforsker den, gjennom kroppen og at livserfaringer preger kroppen både som subjekt og objekt:

“My body is the common texture of all objects and is, at least with regard to the perceived world, the general instrument of my understanding” (Merleau-Ponty 2012, s. 244).

Merleau-Pontys filosofi inneholder begrepene livsverden, levd kropp, levd tid, og kroppsskjema. Disse begrepene skal jeg gjøre rede for.

2.2.4 Livsverden

Livsverden er et sosiologisk og filosofisk begrep som omhandler den konkrete levde verden som hver av oss lever i (Bengtsson 1999). Livsverden blir bakgrunnen og forståelsesbildet den enkelte har som bakteppe for alt en foretar seg. Det var Edmund Husserl (1859-1938) som introduserte begrepet i sin filosofi. Han hevdet at hverdagsverdenens meningsmønster utgjør livsverdenen til en person. Husserl hevdet at livsverden er den selvfølgelige verden vi lever i sammen med andre mennesker, og at livsverden alltid oppleves i relasjon til et subjekt. Vitenskap og forskning er en del av livsverdenen, det er her resultatene får mening og betydning (Bengtsson 1999).

Martin Heidegger videreutviklet livsverden begrepet og Merleau-Ponty ble inspirert av både Husserl og Heidegger (1889-1976) og utviklet livsverden begrepet videre til væren-til-verden (Bengtsson, 1999) I følge Merleau-Ponty, er vi primært i verdenen som kropp, det vil si eksistensielt. Menneskekroppen forholder seg til verden eksistensielt og ikke mekanisk, biologisk eller intellektuelt (Merleau-Ponty 1994) Med dette utvikler Merleau-Ponty en kroppsteori som også er en subjektteori, hvor han tar utgangspunkt i den levde kroppen, som er meningsfull og full av erfaringer som er grunnlaget for hvordan vi forstår og erfarer verden. Vi påvirker og påvirkes av omgivelsene (Bengtsson 1999). Det er altså kroppen sin forståelse og erfaringer som danner grunnlaget for selvet, selvfølelsen og i videre forstand vår identitet.

2.2.5 Levd kropp

Levd kropp er et av Merleau-Ponty sine sentrale begrep, som betyr at kroppen er grunnlaget, de fundamentale erfaringer. Livet leves og uttrykkes gjennom kroppen. Han sier at kroppen er grunnlaget og at subjekter kan ikke forstås uavhengig av kroppen. Dette betyr at den enkeltes forståelse og forhold til egen kropp vil være viktig i all eksistens. Fordi kroppen forstår og er utgangspunktet for forståelse, vil menneskets persepsjon være utviklet i relasjon til forholdet i verden (Merleau-Ponty 1994). I samspillet med omgivelsene blir vi kjent med egen kropp, andre mennesker og omgivelsene rundt oss. På denne måten hevder han at den levde kroppen er relasjonell,

og at alle mennesker vil ha en unik opplevelse og oppfatning av seg selv og andre (Bengtsson 2006). Dermed vil alle ha en unik oppfatning av verden og seg selv, Med at kroppen er levd, hevder Merleau-Ponty altså at kroppen ikke bare er levende, men også meningsskapende, en opplevd kropp (Svenaesus 2005). Merleau-Ponty sier at kroppen har flere betydninger fordi den er knyttet til opplevelser, erfaringer, følelser og emosjoner. Han viser til kroppens opplevelser av glede, angst, avhengighet, kjærlighet, velvære, autonomi og så videre. Kroppen er både grunnlaget for vår eksistens, og den lever. Han kaller det for den erfarende kroppen som sanser, føler, erkjenner, snakker, handler, er bærer av og stadig tilegner seg ny kunnskap. Slik blir kroppen grunnlaget for kunnskapen vi får og erfaringene vi gjør oss gjennom livet. Også bevisstheten er i kroppen og vi forstår verden gjennom kroppen vår (Merleau-Ponty 1994).

Fordi kroppen alltid er tilstede er kroppen et subjekt for alt og alle objekter. Merleau-Ponty presiserte at den ikke skal sammenlignes med en gjenstand, men ses på helhetlig som et slags kunstverk, fordi man ikke kan betrakte kunstverk ved å ta de ulike delene fra hverandre, men må se de sammen for å se det hele (Merleau-Ponty 1994).

Begrepet den levde kroppen gir også en mulighet til å forstå kroppen som tvetydig. Kroppen er noe vi har og noe vi er. Kroppen er noe vi har og er, den er erfarende og erfares, synlig og seende, berørt og berørende- alltid begge deler samtidig uten at de to sidene kan reduseres til hverandre (Engelsrud 2006).

2.2.6 Levd tid

Når Merleau-Ponty snakker om levd tid, tar han utgangspunkt i det erfarende subjektet og hvordan tiden slik den erfares, oppleves og gir mening for subjektet. Når tiden knyttes opp mot et erfarende subjekt, vil erfaringene fra tidligere være med på å prege refleksjoner subjektet gjør seg om nåtiden og fremtiden. Tiden er dynamisk, den kommer til oss hele tiden, den har ingen begynnelse eller ende, kan ikke låses i øyeblikket (Merleau-Ponty 1994).

Konsekvensene av dette er at hendelser som har skjedd tidligere i livet følger oss som levde erfaringer, og vil prege erfaringene vi gjør oss i nåtiden og inn i fremtiden. Hendelsene blir en del av vår levde kropps historie, som vi bærer med oss inn i fremtiden, selv om nåtiden ser annerledes ut enn den var i fortiden (Merleau-Ponty 2012) .

2.2.7 Kroppsskjema

Merleau-Ponty beskriver kroppsskjemaet som kroppens holdning til oppgaver i ulike situasjoner. Han sier at kroppsskjemaet blir gradvis utviklet gjennom barndommen ved at de ulike sansene, bevegelsene og erfaringene samspiller og gir mening. Han ser ikke de enkelte bevegelsene eller opplevelsene løsrevet fra hverandre, men som del av en dynamisk helhet, hvor nye opplevelser og aktiviteter vil kunne tilføre det gamle nye erfaringer. I følge Merleau-Ponty, har kroppsskjemaet oppstått gradvis gjennom barndommen. Gjennom gjensidig påvirkning og erfaring fra både taktil, kinestetisk, artikulert, og visuelt innhold, klarer kroppen lettere å gjenkjenne tidligere erfaringer og etablere kroppsskjema (Merleau-Ponty 2012).

2.2.8 Goffman, identitet og stigmatteori

For å kunne svare på problemstillingen min, må teorien til Merleau-Ponty suppleres med en teori som ser på identitetsbegrepet og stigma. Den kanadiske samfunnsforskeren Erving Goffman (1922-1982) forsket på identitet og det sosiologiske fenomenet stigma (Goffman 2000).

2.2.9 Goffmans identitetsbegreper

Goffman har delt identitetsbegrepet i tre kategorier, en sosial identitet, en personlig identitet og en subjektiv identitet (Goffman 2000).

Sosial identitet er ifølge Goffman den identiteten andre tilegner deg og den identiteten du får av andre i sosialt samspill. Han skiller mellom faktisk sosial identitet, som er de faktiske kjennetegn og egenskaper en person har, og tilsynelatende sosial identitet, som er de forventningene andre har til egenskaper hos en person ved første møte.

Den personlige identiteten er alle de faktorer som kan identifisere det unike ved det enkelte menneske, det som skiller et menneske fra et annet.

Den subjektive identiteten er de subjektive tankene, erfaringene, og følelsene det enkelte mennesket har om seg selv.

Jeg mener at med utgangspunkt i Merleau-Ponty sin teori om kroppens betydning for utvikling av selvfølelse, er det naturlig å tenke at også kroppsformemmelser er en del av den subjektive identiteten.

2.2.10 Stigma

Goffman definerte sosiologisk stigmatisering som prosesser som skjer mellom mennesker, hvor menneskene plasserer personer i en bestemt kategori, ved å tillegge dem kjennetegn og egenskaper. Stigmatisering oppstår dersom det ikke er samsvar mellom den tilsynelatende sosiale identiteten, altså de forventningene andre har til egenskaper hos en person, og den faktiske sosiale identiteten, altså de egenskaper en person faktisk besitter (Goffman 2000).

Goffman sier at all form for stigma handler om at det pekes på noe som er annerledes eller avviker fra hva som regnes som normalt. Han deler stigma inn i tre grupper, kroppen, personlige trekk og egenskaper, og genetiske og slekts betingende stigma. Det kroppslige stigma omfatter avvik som vises på kroppen, som en fysisk annerledes het, for eksempel handicap, synlige arr, eller utseende.

Stigma knyttet til personlige trekk og egenskaper, omhandler personlige egenskaper som viljestyrke, misbruk, følelsesregulering, seksualitet osv.

Genetiske og slekts betingede stigma handler om etnisitet, slekt og arv. Dette kan handle om enkelt personer eller grupper. I alle samfunn blir mennesker kategorisert, denne prosessen skjer som oftest helt ubevisst (Goffman 2000).

3. Metode

Denne studien av hvordan kvinner i 40 årene opplever sin gastric bypass operasjon og tiden etter, er basert på fire semistrukturerte intervjuer med kvinnene.

I dette kapitlet vil jeg beskrive «veien til målet», altså hvordan jeg har gått fram i arbeidet med metodevalg og datainnsamlingsprosessen for å kunne besvare problemstillingen. Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for oppgavens vitenskapelige tilnærming og forskerdesign. Videre beskrives valg av datainnsamlingsmetode, forberedelser og rekrutteringsprosess. Til slutt vil jeg gjøre rede for hvordan datainnsamlingen ble gjennomført.

3.1 Kvalitativ metode og hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming

Denne studien har en kvalitativ forsknings tilnærming. Karakteristiske trekk for kvalitativ forskning, er at vi søker en forståelse av virkeligheten, som baserer seg på hvordan de som studeres forstår og oppfatter sin livssituasjon (Thagaard 2013). På denne måten innebærer det at kvalitative studier med få enheter kan gi mye informasjon. Analysen vil derfor ha særlig stor betydning i kvalitativ forskning, da kvalitativ forskning benytter seg av ulike tilnærminger når det empiriske materialet blir analysert.

Det overordnede målet for kvalitativ forskning er ifølge Dalen (Dalen 2011) at forståelsen for fenomenet som er knyttet opp til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet utvikles. Det handler om at en oppnår større innsikt i informantenes livsverden, der en søker å forstå deres livssituasjon. «Livsverden» som begrep omfatter hvordan personens individuelle opplevelse av sin egen hverdag er, og hvordan vedkommende forholder seg til den.

I denne studien undersøker jeg kvinnenes «livsverden», der jeg søker å få en dypere forståelse på hvordan de opplever sin identitet, sitt selvilde og sin selvfølelse, knyttet opp mot hverdagen til den enkelte. Ved å velge kvalitativ metode med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming kan det bidra til en større forståelse og innsikt av tematikken.

Den hermeneutiske tilnærmingen i mitt forskningsprosjekt viser til fortolkningsprosessen. Hermeneutikk defineres som læren om fortolkning og meningsutledning (Wormnæs 1996). I min intervjuundersøkelse vil kvinnenes utsagn utgjøre det materiale som skal analyseres og bli forsøkt forstått. Kvalitativ forskning i

en hermeneutisk tradisjon er ikke en rettlinjet prosess fra informant til forsker og videre ut til samfunnet. Den hermeneutiske sirkel er et bilde på vekselvirkningen mellom helhet og deler for å oppnå en dypere forståelse. Den hermeneutiske sirkelen kan sammenlignes med en samtale eller dialog som gjennomsyrrer forskningsprosessen (Wormnæs 1996) Her blir det arbeidet med helheten i alt materialet.

Fenomenologi defineres som læren om fenomener slik de viser seg for bevisstheten (Wormnæs 1996). Det fenomenologiske vitenskapssynet tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og målet er å oppnå en forståelse av den dypere meningen av enkeltpersoners erfaringer (Thagaard 2013).

Jeg har valgt en fenomenologisk tilnærming fordi det er ønskelig å forstå fenomener ut fra kvinnenens egne perspektiver, med håp om å kunne løfte fram deres kunnskap, ved å beskrive dens livsverden slik den oppfattes ut i fra deres ståsted (Kvale og Brinkmann 2015). Samtidig er det sammenstillingen av alle intervjuene som danner grunnlaget for analysen. På den måten vil den hermeneutiske prosessen gi grunnlaget for analyse og en dypere forståelse, ny viten og oppdagelse av nye fenomen.

3.2 Forberedelse og innsamling av data

3.2.1 Utvalg av informanter

Informanter er de som besvarer spørsmål i kvalitativt intervju (Tjora 2012). Jeg har valgt et strategisk utvalg av informanter. Med dette menes at informantene velges ut fra egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til studiens problemstilling og teoretiske perspektiver. Thagaard (Thagaard 2013) beskriver i retningslinjer for kvalitative utvalg av antall informanter ikke bør være større enn at det kan gjennomføres omfattende analyser av materialet. Masterstudien har en begrenset tidsramme og denne formen for analyse er tid- og ressurskrevende. Tid og ressurser er med på å sette begrensninger for antall informanter i utvalget. Utvalget mitt besto av fire informanter.

Det er helt nødvendig å begrense utvalget i studien, slik at antall informanter blir håndterbart. For å kunne få svar på problemstillingen min har jeg valgt fire utvalgs-kriterier.

- Kriterie nummer en, var at informantene skulle være kvinner. Jeg tenker at en kvinnes kropp og manns kropp er ulik, og jeg ønsket å begrunne studien til å ha et kvinneperspektiv.
- Kriterie nummer to, er at de alle samme skulle være i 40 årene. Kvinnene er da omtrentlig i samme livsfase kroppslig. Slik at det kan være lettere og kunne gjøre en sammenlikning.
- Kriterie nummer tre, er at alle kvinnene skal ha gjennomført en gastric bypass operasjon. For å kunne svare godt på min problemstilling må jeg kunne sikre at informantenes erfaringsgrunnlag er så likt som mulig. Sikre at når de snakker om operasjon, snakker de alle sammen om den samme operasjon.
- Kriterie nummer fire, er at alle kvinnene skal ha gjennomført gastric bypass operasjon for 3 til 6 år siden. De alle skal ha erfart og levd hverdagslivet sitt i en mindre kropp og fått operasjonen de har tatt litt på avstand.

3.2.2 Rekruttering

I denne studien rekrutterte jeg deltakere gjennom snøballeffekten. Thagaard (Thagaard 2013) beskriver at snøballeffekten er en vanlig metode å bruke nå det skal tas ut informanter som er tilgjengelig. Analogien med en snøball er at utvalget i starten er lite, for så gradvis utvides som en rullende ball. Gjennom å kontakte personer med relevante egenskaper eller kvalifikasjoner for problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver kan forskeren be om navn eller annen informasjon om personer med tilsvarende egenskaper.

Snøballeffekten ble benyttet fra en mosjonist til en annen der flere var aktive på samme treningsstudio. Thagaard beskriver dette som en liten snøball. Disse mosjonistene kom jeg i kontakt med da jeg trener ved det samme treningsstudio. Jeg kom i snakk med en av informantene i etterkant av en treningsøkt, hun tok videre kontakt med de andre,» ballen gikk» videre. Kvinnene tok kontakt med meg om sin interesse.

Derfor kom jeg raskt i kontakt med aktuelle personer som jeg fikk bekreftet falt innenfor mine utvalgs-kriterier, som var satt for studien. Responsen var positiv. I og med

kvalitative studier ofte omhandler personlige og sensitive temaer var responsen overraskende positiv (Thagaard 2013).

3.2.3 Semistrukturert intervju

I denne studien har jeg valgt å benytte semistrukturert intervju til innsamling av data. Semistrukturert intervju er særlig egnet til å gi informasjon om personers opplevelser og erfaringer. Det semistrukturerte forskningsintervjuet blir ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann 2015) definert som et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av informantens livsverden, med fokus på fortolkning av de ulike beskrevne fenomenene. Dette samsvarer med valg av en hermeneutisk-fenomenologiske tilnærming, fordi informantene sin livsverden, omhandler temaer fra dagliglivet som skal forstås og beskrives ut fra den enkelte persons eget perspektiv.

3.2.4 Pilotintervju

For å bevisstgjøre min egen rolle som intervjuer gjennomførte jeg et pilot-intervju. Kvale (Kvale og Brinkmann 2015) anbefaler at intervju situasjonen blir testet ut før den faktiske studien skal starte. Hensikten med å gjennomføre pilotintervjuer skulle forhåpentligvis føre til at jeg ble en bedre intervjuer i møte med kvinnene. Intervjuguiden ble prøvd ut for å gi svar på hva som kan være lurt å legge til, trekke fra og eventuelt tydeliggjøres enda mere. For meg var det også viktig å få testet ut alt av det tekniske utstyret, med diktafon og om det ble behov for bruk av mobiltelefon som «back up». Jeg opplevde det som en nyttig erfaring å få testet konteksten og det tekniske utstyrt, i en ikke fullt så alvorlig situasjon.

Pilotintervjuet valgte jeg å gjennomføre på meg selv. Jeg har alle de kriteriene som er satt for studien. Jeg ønsket å komme i møte med meg selv, om det kunne oppstå nye oppdagelser i forhold til selvopplevelser i forhold til temaet. Jeg så for meg at det kunne være nyttig å oppleve dette på egenhånd, enn å komme det i møte med nye oppdagelser for meg selv i intervjusituasjonen tilstede sammen med kvinnene. Min opplevelse av å gjennomføre pilotintervjuet på meg selv var en enorm lettelse og mestring av hele situasjonen der og da. Underveis oppdaget jeg og så noen ny sammenhenger mellom min egenopplevelse og det studien spør etter. Det å høre sin egen stemme snakke høyt om emnene ble som en forsoning, det ble en sannhet og avklaring for meg. I møte med kvinnene opplevde jeg meg selvsikker, ydmyk og klar til å mestere situasjonen. Pilotintervjuet var helt klart med på å bidra til å danne meg til å bli en god forsker og tilrettelegge for en forventningsavklaring til hva jeg kunne/ skulle møte. Valget med å

gjennomføre pilotintervjuet på meg selv ble tatt på bakgrunn av anbefaling fra min veileder. Jeg noterte ikke under intervjuet, men hadde pen og papir tilgjengelig om det skulle bli behov for det.

3.2.5 Intervjuguide

Utarbeidelsen av intervjuguiden ble gjort i god tid før intervjuene skulle gjennomføres. Dalen (Dalen 2011) anbefaler å ha problemstillingen klar, når det skal utarbeides intervjuguide, og dette gjorde jeg. Intervjuguiden ble laget på et tidspunkt hvor jeg skulle søke om godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for studien.

I min problemstilling belyses tre begreper som jeg ønsket å se nærmere på; identitet, selvbilde og selvfølelse. Disse begrepene brukte jeg som et utgangspunkt da jeg skulle utarbeide intervjuguiden for denne studien. Jeg jobbet mye med utarbeidelsen av hvordan spørsmålene skulle lyde, slik at vi enklere kunne føre en samtale om temaene. Jeg leste de høyt for meg selv flere ganger under utarbeidelsen. Dette fordi jeg ønsket at det skulle være lettfattelig, korte og forståelig slik at det kunne oppleves som et dagligdags språk, fremfor et akademisk språk for å unngå misforståelser. Jeg ville være sikker på at de forsto hva jeg spurte om (Vedlegg 5)

3.2.6 Gjennomføring av intervjuer

Før gjennomføring av intervjuene gjorde jeg noen forberedelser. Jeg visualiserte intervju situasjonen for meg selv, gikk igjennom ulike momenter som kunne oppstå, og hvordan jeg skulle håndtere disse.

Alt av utstyr var klargjort, pen til meg, pen til informant som skulle brukes til signering av samtykkeerklæring og beredskapsplan, ark, diktafon, full oppladet mobiltelefon som kunne brukes om diktafon ikke fungerte, kopi av intervjuguide som jeg kunne notere på og en vannflaske til meg. Forespørsel om frivillig deltagelse i forskningsprosjekt/samtykkeerklæring to kopier, en til informant og en til meg, beredskapsplan og intervjuguide lå samlet i en mappe, til hver informant.

Jeg hadde også gjort meg noen tanker om min bekledning og hvordan jeg skulle framstå i møte med den enkelte. Jeg valgte derfor helt bevisst å være kledd helt nøytralt. For å legge til rette for en intervjusituasjon som skulle preges av minst mulig distraksjoner fra meg som intervjuer. Alt av mitt medbrakte utstyr hadde jeg samlet i en veske, for å ikke framstå som invaderende, i møte med den enkelte. Jeg valgte å ikke ta med meg noe form for bevertning, da jeg ønsket at intervjuet skulle få størst fokus.

Jeg hadde gjort individuelle avtaler med informantene på telefon. I denne telefonsamtalen gjorde jeg noen forventningsavklaringer med en kort gjennomgang av hvordan intervjuet skulle forgå, og de fikk mulighet til å stille avklarende spørsmål. De fikk ikke sendt noe skriftlig på forhånd. De fikk kun muntlig informasjon om tittel og problemstillingen jeg ønsket å få svar på. Jeg presiserte at deres rolle som informant var viktig for meg. Jeg orienterte om at jeg beregnet å bruke inntil 60 minutter, men var det behov for lengere tid, var jeg fleksibel. Jeg ytret også et ønske om at ingen andre skulle være tilstede i rommet under intervjuet, da dette kunne bidra til at fokuset ble rettet vekk fra samtalen.

Jeg reiste hjem til den enkelte, dette var et bevist valg fra min side. Jeg ønsket at det skulle oppleves som en positiv erfaring å delta i intervjuet, ved at de var inne i sine kjente og trygge omgivelser. Om dette ikke passet den enkelte, hadde de muligheten til å velge sted selv. Jeg valgte å tilpasse meg deres ønsker og behov om aktuelt tidspunkt. Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann 2015) beskriver også betydningen av informantene sin mulighet til å kunne være med på å bestemme de ytre rammene for intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført i oktober 2019. Intervjuene hadde en varighet fra 17 -70 minutter.

Alle intervjuene startet med en gjennomgang av forespørsel om frivillig deltagelse i forskningsprosjekt (Vedlegg 1). Jeg hadde med meg to kopier, informant signert på begge to. Informanten beholdt en selv. Vi gikk igjennom Beredskapsplan (Vedlegg 2), og fylte ut det som manglet, av lokal informasjon. Jeg informerte kort om det praktiske i intervjuet og om hva som skulle skje. Informanten fikk mulighet til å stille spørsmål for å unngå misforståelser. Det ble også litt småprat før jeg satte på diktafonen for opptak. Hensikten var å legge til rette for å bli litt kjent ved å skape en trygg relasjon til den enkelte. Jeg innledet alle intervjuene med problemstilling og informant nr. Jeg hadde intervjuguiden som utgangspunkt for samtalen. Samtalen gikk av seg selv når jeg stilte spørsmål for spørsmål. Jeg var bevisst på å gi dem rom og god tid til å svare. Det var flere ganger i samtalen naturlig å stille oppfølgingsspørsmål. Jeg opplevde at informantene var motivert til å snakke om temaene med meg.

Jeg notere under intervjuene der det var behov for det. Dette ønsket jeg å gjøre som en sikkerhet for meg selv. Jeg så for meg at det kunne være nyttig å notere reaksjoner, kroppsspråk, hendelser, opplevelser og klarheter. Alt det ikke-verbale som kom til syne som ikke kommer så godt fram på lydfil. Resultater som kunne komme fram ønsket jeg bruke videre inn i analysearbeidet (Kvale og Brinkmann 2015).

I etterkant av hvert intervju ble det skrevet en kort refleksjonslogg, som inneholdt mine opplevelser og erfaringer under selve intervjuet.

4. Analyse

4.1 Transkribering av intervjuer

Alle intervjuene ble transkribert. Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann 2015) beskriver transkribering som en prosess der intervjuene overføres fra muntlig til skriftlig form slik at de blir bedre egnet for analyse. Når materialet blir strukturert til tekst blir det lettere å få en oversikt over det hele, og denne struktureringen er ifølge Kvale og Brinkmann er begynnelsen på analysen.

Jeg transkriberte ikke intervjuene mine selv. En kvinne med lang erfaring med transkribering av intervjuer for studenter og som mestret denne metoden godt ble benyttet. Denne avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av tidsbegrensninger for innlevering av min master. Lydfilene ble sendt henne, via Filesender.uninett.no etter hvert som de ble gjennomført. Hun var rask med retur av ferdig resultat. Når jeg mottok ferdig transkribert intervju ble lydfilet slettet, etter hvert som jeg fikk returer.

Vi hadde på forhånd blitt enige over hvordan det praktisk og logistikk skulle løses. Hun fikk en kort innføring om emne og problemstilling på studien. På forhånd sendte hun meg ulike eksempler på hvordan en transkripsjon kunne se ut i ferdig resultat. Slik at jeg kunne velge det som ble mest forståelig for meg med koder, merker og tidskoder, når jeg skulle i gang med selve analyse arbeidet. Her ble anonymisering overholdt. For eksempel valgte vi at alt materialet skulle transkribes på bokmål selv om noen av informantene hadde ulike dialekter.

4.2 Analyse prosessen, koding og kategorisering

Malterud beskriver at analysen skal være selve brobyggeren mellom all rådata og de resultatene av materialet som blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud 2011).

Målet med dette er å finne de overordnede og de meningsfylte kategoriene, og som kan gi en klar mening til kategoriene (Jacobsen 2015). Tjora mener at i denne fasen er det krevende, fordi her får forskeren virkelig brukt for sin intellektuelle og kreative kapasitet (Tjora 2012). All den tidligere leste teorien og forskning hadde jeg med i bakhodet når jeg gikk inn i selve analyseprosessen. Jeg jobbet med å finne empiri som hadde sammenheng med det som er mitt teorigrunnlag.

Den dataen som er blitt produsert er det meg som forsker av studien som har lest og lyttet på, og videre fortolket gjennom koding og kategorisering. Intervjuteksten er

utgangspunkt for analysen. Analysen kan preges av mine erfaringer, forståelse og forforståelse, selv om jeg har hele tiden underveis forsøkt å være bevist i forhold til dette. Nilssen (Nilssen 2012) sier at det er nødvendig med en åpen holdning for å kunne få til en åpen koding av dataen. Dette har jeg forsøkt så godt jeg kan.

For å analysere data er det mange måter å gjøre det på. Jeg valgte å anvende Braun og Clark`s trinnvise temaanalyse (Braun og Clarke 2006).

Med mitt ferdige transkriberte datamateriale bestående av 69 sider, var det behov for å redusere mengden data. Med inspirasjon av Braun og Clark`s trinnvise og systematiske temaanalyse lagde jeg meg en plan for analysearbeidet. Deres metode består av ulike trinn og jeg har systematisert min analyse prosess på en liknende måte.

Den først fasen var å bli kjent med datamaterialet. Arbeidet i denne fasen startet allerede når jeg gjennomførte pilotintervjuet og intervjuene. Når det transkriberte materialet var klargjort, var målet å grave dypt inn i detaljene. Jeg gikk grundig inn i alt det transkriberte materialet, intervju for intervju og linje for linje. Leste og lyttet igjennom alt flere ganger. Jeg noterte og markerte i teksten for å gjøre det lettere å finne frem i det videre arbeidet. De transkriberte intervjuene fikk hver sin farge, informant 1:rød, 2: blå, 3: gul og 4: grønn. Dette for å tilrettelegge for en oversikt.

I andre fase tok jeg for meg studiens problemstilling, for å kunne finne informantenes svar. Jeg markerte dette i den transkriberte teksten med tallene 1, 2 og 3. 1 markerte «identitet», 2 markerte «selvbilde» og 3 markerte «selvfølelse» som er kjernebegrepene i problemstilling. I et nytt dokument samlet jeg sitater som omhandlet de tre ulike kjernebegrepene. Deretter leset jeg igjennom alt flere ganger. Jeg stilte meg selv spørsmål underveis: Hva er det som er felles ved disse ulike sitatene? Hva hører sammen? Hva beskriver de? Er det noen fellesnevner? Hva er det de er opptatt av? – Hva er det de egentlig forteller meg? Har de noen like erfaringer? Eller er erfaringene ulike?

I fase tre søkte jeg etter klare tema og koder fra hele datamaterialet samlet, med utgangspunkt i det sorterte materialet fra fase to. I arbeidet med å redusere datamaterialet måtte jeg lete etter de meningsbærende enhetene. Noen koder kom til synet, disse markert jeg med ulike farger. Når kodingsarbeidet var gjennomført, satt jeg igjen med data sortert etter tema. De kodene som var relevante og relaterte seg til problemstillingen samlet jeg, og satte i ulike grupper. Kodene ble så samlet i fem grupper som bidrar til å besvare problemstillingen til studien.

Fase fire handler om å kvalitetssikre at det er en sammenheng mellom fasene i analyseprosessen. Nå måtte jeg ta for meg kodene og temaene fra fase tre, og se at de hang sammen med kategoriene fra fase to. Dette gjorde jeg ved å spørre en annen student om kunne se på materialet med et klart blikk. Dette kalles hermeneutisk metode, at en jobber med materialet frem og tilbake, mellom helhet og deler, dette var helt nødvendig for å skape å legge tilrettelegge for en dypere forståelse av meningen (Jacobsen 2015). I fase fem satte jeg navn på de ulike temaene.

4.3 Refleksjonslogg

Jeg skrev refleksjonslogg rett i etterkant av intervjuene. Her noterte jeg hva jeg opplevde, sanset, erfarte, spesielle hendelser og andre inntrykk jeg satt igjen med i etterkant. Altså min opplevelse av intervjuet og informantens, av alt det som ikke blir sagt. Refleksjonsloggen vil være dokumentasjonen av kunnskap jeg sitter igjen med etter studien (Tiller 2006).

Refleksjonsloggen ble også transkribert. Refleksjonsloggen ble sammen med intervjuene, grunnlag for mitt analysearbeid. Jeg brukte en huskeliste til forberedelser, gjennomføring og i etterarbeid. Etter at analysearbeidet ble gjennomført ble disse makulert (Vedlegg 6).

4.4 Metoderefleksjoner

4.4.1 Pålitelighet

Pålitelighet eller relabilitet handler om hvilken grad vi kan stole på dataen som kommer frem av en undersøkelse (Nyeng 2012). De indikatorene som knyttet til alle dataen hvor de er blitt samlet inn, brukt og bearbeidet (Johannessen og Tuft 2010).

I kvalitativ forskning hvor det er forskeren som er instrumentet (Nilssen 2012), knyttes pålitelighet i stor grad til den som utfører studien og vedkommende evne til å reflektere underveis i prosessen. Jeg har en nærhet til tematikken i studien. Jeg er i samme situasjon som informantene ved å være kvinne i 40 årene, som tok gastric bypass operasjon for 6 år siden. Derfor har jeg måttet være svært bevisst min rolle i denne prosessen. Min bakgrunn kan ha vært en styrke i rekrutteringsarbeidet og i samtalen under intervjusituasjonen fordi jeg har en god kjennskap og innsikt i feltet og i begrepsbruken. Samtidig kan det medføre noen svakheter også, i intervjusituasjon og med analyseringen av dataene. Jeg kan ha oversett viktige poengteringer, fordi jeg kan

ha vært forutinntatt ut fra vår felles opplevelse. Tjora (Tjora 2012) beskriver akkurat det, at forskeren vil alltid ha en form for engasjement i forhold til det han eller hun skal forske på, noe som gjør det umulig å være fullstendig nøytral.

Andre utvalgsriterier kunne vært brukt, da måtte også problemstillingen vært annerledes. En studie med andre utvalgsriterier ville også kunne gitt nyttig kunnskap til fagfeltet. Utvalgsriteriene jeg har valgt mener jeg at svarer på den problemstillingen jeg valgte.

Pålitelighet handler også om problemstillingen min besvares. Problemstillingen har vært under alt av arbeidet med studien vært kompasset, og et godt og viktig verktøy under alle de ulike valg som måtte tas underveis i prosessen.

4.4.2 Gyldighet

I følge Malterud er det å kunne stille spørsmål om kunnskapen er gyldig, eller har gyldighet viktig. Det innebærer å forsøke å klargjøre hvilke muligheter og begrensninger studien har (Malterud 2011). I følge Johannessen beskriver validitetsbegrepet som vurderingen av sammenheng mellom det fenomenet som skal undersøkes, sss nærmere på og de dataene som er blitt samlet inn (Johannessen og Tufte 2010).

De metodiske valgene som ble er tatt underveis i prosessen, blir redegjort i metodekapittelet og på denne måten godt synliggjort. Det ble gjennomført et pilotintervju med intervjuguiden, og jeg fikk definert min rolle og markert klarere rolleavklaring i forhold til tematikken og egenerfaring. Dette mener jeg at bidro til å kvalitetssikre og danne min rolle som intervjuer, slik at jeg muligens lettere fanget opp det som frem. Med dannelse i denne sammenheng mener jeg å forme meg slik at jeg får en forståelse og sett sammenhenger, som kan tilrettelegge for at jeg klarer å mestre rollen min og kan gi meg en avstand til dataen jeg oppdager.

4.4.3 Overførbarhet

I kvalitativforskning er det ikke et overordnet mål å kunne generalisere dataene, slik det er i kvantitativ forskning. Tjora beskriver at en undersøkelse er overførbar og kan generaliseres rettet mot det som har blitt forsket på (Tjora 2012).

Med mer tid og ressurser tilgjengelig, kunne det vært interessant og spennende å ha et større utvalg av informanter. Det kunne gitt større innsikt og innblikk i tematikken.

Det ville også gitt studien større overførbarhet.

I denne studien har fire kvinner fått komme til orde. Og jeg opplever at de beskriver godt hvordan deres livsverden har blitt i etterkant av sin operasjon, og studien mener jeg kan bidra til en ny forståelse og innsikt i hva disse kvinnene står i og kunnskap om hva informasjonsbehovet er i en slik situasjon.

5. Forskningsetikk og personvern

I en rekke forskningsarbeid stilles det klare krav til forskerens etiske ansvar. All forskning der mennesker er involvert i datainnsamlingen kan få ulike konsekvenser for den enkelte. Derfor er det viktig å sikre at arbeidet blir berømt ut fra en klar etisk standard (Johannessen og Tufte 2010).

Studien ble gjennomført etter kravene som er satt av Helsinki-deklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014). Den er knyttet til fire overordnede prinsipper til forskning med mennesker. Disse er informert og frivillig samtykke, at alle deltagerne i forskningsprosjektet har rett til å beskytte sin fysiske og mentale integritet og personlighet, at de blir sikret fortrolighet og anonymitet og at deres egen risiko veies opp mot den verdien av den kunnskapen som vil komme ut fra undersøkelsen/ studien. Før forskningsprosjektet startet opp, ble det kvalitetssikret gjennom godkjenning fra REK (Vedlegg 1).

På grunn av misforståelser (blant annet fordi det ble bytte av veileder underveis i arbeidet med studien), ble meldeskjema til NSD først sendt inn etter at datainnsamlingen var gjennomført (Vedlegg 2)

Jeg kontaktet deretter alle informantene på mail og informerte om hvordan data ville bli oppbevart og behandlet. Det vil si at de fikk et oppdatert informasjonsskriv slik at informasjonsplikten ble ivarettatt.

I forkant av hvert intervju ble samtykkeskjema for frivillig deltagelse og informasjon om prosjektdeltagelse signert og gjennomgått med hver enkelt informant (Vedlegg 3). Et informert og frivillig samtykke innebærer at informantene blir godt informert om studien og dens intensjon og mål på en slik måte at det kan være mulig for den enkelte informant å vurdere mulige ulemper og fordeler ved å delta. Deltagelsen skal hele tiden være frivillig, og det ble opplyst om at det er mulig å trekke seg når som helst (Kvale og Brinkmann 2015).

Å snakke om personlige og sensitive temaer som dette intervjuet invitere til, kan sette i gang ulike prosesser hos informantene. Det kan komme ulike reaksjoner eller tanker knyttet til egen kropp og identitet. Dersom prosessen blir destruktiv eller uhåndterbar er det viktig at informantene er forberedt på dette og vet hva de skal gjøre slik at de kan ivareta seg selv. Derfor lagde jeg en beredskapsplan for å forberede og orientere informantene (Vedlegg 4) Dette ble gjort med bakgrunn i retningslinjene REK hadde

satt. Beredskapsplanen ble nøye gjennomgått med hver enkelt informant før gjennomføringen av intervjuet. Beredskapsplanen inneholdt individuelle og lokale tilpasninger som vi fylte ut i felleskap, som fastlege, kommunal psykiatrisk tjeneste og legevakt. De fikk et tilbud om å ta kontakt med meg dersom de ble usikre, så kunne jeg veilede til videre til rett hjelp. Dette ble gjort for å kvalitetssikre at intervjuet hadde foregått på en forsvarlig måte.

6. Resultatene

I analysen vil jeg presentere informantenes svar på spørsmålene jeg stilte. De forteller om sine opp- og nedturen, om forholdet til seg selv, selvbilde og identitet, og forholdet til andre før og etter operasjon. Jeg har valgt å kategorisere resultatene i temaene:

- Har blitt mer meg selv, i møte med meg selv og andre, og blir møtt annerledes av andre.
- Kroppen endrer seg fysisk.
- Gått på en smell på grunn av ernæringsmessige mangler, og var helt uforberedt på komplikasjoner.
- Forholdet til mat og drikke.

6.1 Har blitt mer meg selv, i møte med meg selv og andre, og blir møtt annerledes av andre

Informantene beskriver at de føler seg mere vel i sin nye kropp. Vektreduksjonen har bidratt til at hverdagen har blitt enklere og lettere på mange måter og de kommer med konkrete eksempler fra deres liv:

«Hvordan livet mitt er nå etter operasjonen, er veldig mye lettere-alt jeg opplever er enklere».

«Alt er enklere. Det er enklere å stå opp, det er enklere å gå på jobb, det er enklere å gå ut, møte venner, gå ut å møte ukjente og ta seg til»

De beskriver både det fysiske og psykiske i forhold til det å bli en lettere utgave av seg selv. Mange av disse konkrete eksemplene kommer til uttrykk med flere forskjellige utsagn, om det å oppleve endringer med sin egen kropp, som igjen gjør at de endrer fokus på seg selv. Fokuset på kroppen endret seg, både fysisk og psykisk:

«Jeg føler meg mer vel i min egen kropp, og jeg føler at jeg er meg».

Flere av informantene uttrykker dette på forskjellig måter. De beskriver at de er blitt sterkere, roligere, mindre stressa, har en opplevelse av velvære, ønsker å leve, har blitt tøffere, har blitt mindre, tar mindre plass, får mange bekreftelser fra omgivelsene, opplever mestring, vellykkethet, økt livskvalitet, økt selvtillit, økt lykke, lykkerus, ro og aksept. De forteller om tilfredshet og følelsen av å være mer attraktiv. Carina beskriver og uttrykker dette veldig tydelig. Hun trykker hendene på brystet sitt, når hun sier:

«Alle de små tingene i hverdagen som jeg synes er den store forskjellen fra det livet jeg hadde før så føler jeg at jeg er mere meg. Jeg føler kanskje at den kroppen her, var inni den andre kroppen før, og nå er mer meg. Nå har jeg ikke en drakt på utsiden av meg, som jeg føler ikke hørte til meg, som jeg kunne identifisere meg med, selv om jeg på en måte hadde egentlig hatt den i veldig mange år. Og jeg kan få lov til å være Carina som den personen jeg er inni meg».

Kvinnene legger stor vekt på opplevelsen av ro og velvære i den nye kroppen. Kroppen oppleves som sterkere og mer motstandsdyktig. De beskriver at de mestrer mer:

«Jeg føler vel kanskje at jeg har fått mere selvtillit» og videre «fått mere troen på meg selv, og jeg tør å stå på mer og tar mer initiativ enn tidligere».

Disse opplevelsene oppleves som store for den enkelte, alle informantene beskriver dette litt ulikt, men de alle er innom det. Innledningsvis skriver jeg noe om hvordan kvinnene opplever at de føler seg vel i sin nye kropp, dette kommer frem på ulike måter. De beskriver en annen ro og velvære, både sammen med andre og med seg selv. De sier at fordi egen atferd endrer seg, førte det til at også omgivelsene endret seg. Carina kommer med mange betraktninger og eksempler på dette fra sin hverdag. Hun sier:

«Jeg føler jeg har skuldrene lengre ned, får mindre sånn stoppsignaler i ansiktet mitt hvor ting stopper opp, og føler at jeg kan slappe mye mer av med meg og mitt. Og jeg føler at jeg er mere avbalansert (.....) personlighetsmessig, så er jeg mye mer avslappet og raus i den personen jeg er nå, enn den jeg var før».

Hennes bevisstgjøring på hvordan hun er med seg selv, og også sammen med andre, har gjort noen med hennes holdning til seg selv. Carina beskriver det slik:

«Så er jeg mer avslappa i møte med mennesker (...) Så jeg tror jeg er mer behagelig for mennesker rundt meg også. Jeg hadde mye mere humør opp og ned før, med den store kroppen, enn det jeg har nå (...)føler at jeg er jeg- er - mer relaxa. At jeg ikke har med meg alt det stresset og alle bekymringene som jeg hadde før kanskje - hadde med meg».

Flere ganger under intervjuet er Carina innom «relaxheta» og hennes opplevelser knyttet til den opplevelsen. Hun utdyper begrepet med å si:

«Når du fjerner alt stresset og bekymringene, så blir du en annen person. Du blir en bedre utgave av deg selv».

Hun snakker om hvordan kroppen hennes har vært å leve med og forholde seg til, og hvordan hun har plassert «ting» på kroppen, som hun i etterkant ser har vært helt feil plassert: «relaxhet, som gjør at ikke jeg så, den barrieren på å putte det på den kroppen min hele tiden». Hennes opplevelse av velvære og lykke kommer også fram når hun opplever fravær av bekymringer:

«Jeg følte bare sånn stor indre avspenhet og lykke over at, nå trenger jeg ikke være bekymret. Jeg føler meg fantastisk fin når jeg går ut. Jeg føler meg ikke sånn «at den er for trang.»

Kvinnene snakker mye om hvordan de opplevde å bli møtt i etterkant av operasjonen. Alle gikk raskt ned i vekt, slik at de fort var synlige endringer på kroppen. Flere av dem opplever bemerkninger og tilbakemeldinger fortsatt. Når de snakker om opplevelsen de har når de blir møtt annerledes av andre, legger de ikke skjul på at det oppleves som fint. Kommentarer som bekrefter hvor flott jobb de hadde gjort, bekreftelser på endring av utseende, ros, blikk, oppmerksomhet, og positive tilbakemeldinger på å være mer attraktiv. De fikk en annen kroppsholdning og opplevde å bli hørt og anerkjent som den en er. Alma sier noe om den opplevelsen hun har i forhold til akkurat dette:

«Folk ser på deg med andre øyne. Folk har en annen respekt for deg. Det er akkurat som om nå hører de på det jeg har å si. Jeg er ikke hu tjukke Alma».

Alma forteller mye om hvordan hun opplever å bli respektert av omgivelsene sine. Hva det gjør med henne som menneske, og bli løftet og heiet på av andre.

Berte sier mye om en sterkere kropp:

«Kanskje blitt tøffere. Jeg er blitt sikrere på meg selv. -tør å si imot. -Tør å være i både jobbsammenheng, og i organisasjonslivet. – De andre møter litt mer motstand fordi jeg dilter ikke etter bestandig, jeg tør å ta igjen.»

Dagny var helt overveldet over seg selv da hun kom innom dette temaet, hun sier:

«Fordi nå virker jeg! Kroppen virker. Det er det jeg vil bruke han til. Så vi samarbeider, kroppen min, og jeg.»

I møte med andre mennesker kommer de også innom livet de hadde i en større og mer belastende kropp. De sammenligner seg automatisk med hvordan det var før og nå etter operasjon. De opplever dette som veldig sårt. Fordi det kommer frem nye undringer og betraktninger om hvordan livet deres var som overvektig, eller som Dagny beskriver det: «Skikkelig feit». Denne betraktningen berører flere av kvinnene. Opplevelsen av å være overvektig er individuell. De har sett på seg selv, som mindre enn de egentlig har vært. Dagny sier:

«Illusjonen går i stykker»

Oppmerksomheten de får fra det motsatte kjønn er positivt, men likevel blir det sårt fordi de tidligere har erfart lite eller helt fraværende oppmerksomhet. Kvinnene snakker om det å identifisere seg med egen kropp i dag, og hvordan kroppen deres var tidligere. Menneskene rundt dem er med på å påpeke og bekrefte dette, noe de som oppleves forvirrende. Carina beskriver det slikt:

«Alle andre identifiserte meg som hun store, noe jeg følte jeg ikke gjorde».

Hennes nye innsikt i forhold til sin egen kropp om hvordan denne oppleves i forhold til seg selv, og overfor andre, har gjort henne oppmerksom på hvordan det var å bli tatt imot mer imøtekommende og anerkjennende enn før, både av familie, venner og på jobb. Alle de sosiale arenaene de beveger seg i som i jobb, fritid, venner og i familierelasjoner får kvinnene tilbakemeldinger og bekreftelser på at kroppen har forandret seg. Mange av de sosiale sammenhengene opplever kvinnene nå mye enklere å være i enn tidligere. Alle de positive tilbakemeldinger er med på å bidra til å bare kunne være seg selv. Alma sier:

«Sosiale sammenhenger så gleder jeg meg mer til å gå ut, det er utrolig deilig å få bekreftelser på at jeg er fin og flott og ser godt ut».

Kvinnene beskriver også en annen side av det å bli møtt annerledes, møtet med misunnelse. Misunnelse på at de selv har fått en stor vektreduksjon og en venninne eller bekjent ikke har fått til tilsvarende. Dagny sier noe om dette:

«Misunnelse, på at jeg har gått masse ned i vekt. Det opplever jeg som smålig. Til tross for misunnelsen, så får jeg bekreftet at jeg har blitt sett!».

Kvinnene forteller om omgangskrets som endrer oppførsel fordi kroppen deres har endret seg. Det kommer frem flere sider av det å bli tatt imot annerledes. Møte med et samfunn som oppleves av å være fullt av fordommer og stigmatisering av det å være overvektig. De reflekterer over samfunnets manglende forståelse for overvekt, og hvordan det er å ha vært kraftig overvektig, til å bli normalvektig. Dagny sier:

«Samfunnet vet ingen ting om det å være tjukk»

Hun har selv erfart dette og liker ikke at vi alle lever i et samfunn hvor overvektige ikke blir tatt seriøst. Hun sier videre:

«Omverden ser på meg annerledes nå. Selv om jeg er meg, tjukk eller tynn. For det å være tjukk er vanvittig stigmatisert»

En informant forteller om at hun nå etter flere år hvor hun har følt seg stigmatisert av samfunnet, ikke blitt tatt seriøst og respektert hva angår for eksempel hennes yrkesliv, men også det sosiale. At det nå er hun som setter overvektige i bås, at hun ikke forstår hvorfor de velger den største burgeren istedenfor en salat, eller hvorfor de ikke kan kle seg bedre – at de er dårligere mennesker, fordi de er overvektige. Hun sier også at hun føler at dette gjør henne til en dårligere person, som har disse tankene om andre, som er i den situasjonen hun selv har vært i. Men at det også gjør at hun kan relatere seg til og forstå hvorfor folk har endret seg og sin oppfatning til henne, etter det store vekttapet.

6.2 Kroppen endret seg fysisk

Det er flere av informantene som ble operert for en tid siden. De forteller alle sammen at de opplevde å få kommentarer og bemerkninger på at kroppen hadde endret seg etter veldig kort tid etter operasjonen. Kroppen hadde blitt mindre, de tok mindre plass fysisk. Det var en synlig vektreduksjon raskt etter inngrepet:

«Det var jo utrolig deilig å få bekreftelser på at du er fin, flott og attraktiv. For en flott jobb du har gjort».

Kvinnene sier de må tenke litt etter, på hvordan det var å få kommentarer, og hva som egentlig ble sakt. De husker det som har blitt sagt til dem som veldig positivt.

Alma sier det rett ut:

«Du føler deg mere vellykka da, når du har gått ned 40-50 kilo».

Med en så stor vektreduksjon kommer det også frem flere av de fysiske opplevelsene av endring på egen kropp. Tallene får en praktisk betydning når de blir bekreftet av nye opplevelser og erfaringer, på ting de ikke har fått til de siste årene som overvektige.

Dagny sier:

«Så fikk jeg det til, å løpe» og «det er normalt, faktisk, å kunne gå til trikken».

Dagny snakker mye om kroppen sin og alle de fysiske endringene og opplevelsen hun har hatt, og har i ettertid av sin operasjon. Hun er stolt når hun retter seg opp og sier:

«Det var mulig å sitte med beina i kors. Og når jeg kunne det, så var det en sånn deilig befriende følelse i hele meg. En sånn tilbake til normaliteten. Jeg kan bruke kroppen – nå fungerer kroppen min. Sånn som den egentlig har alltid har gjort. Nå kan jeg bruke den sånn som jeg gjorde. Jeg har dansa. Kroppen min virker til å danse! Dette gjør at jeg har funnet meg».

Hun legger heller ikke skjul på at hun lagde og skapte seg flere begrensninger for seg selv, når hun levde med sin tidligere, store, belastende kropp. Dagny er engasjert når hun videre forteller:

«Ja. Også er jeg i meg. Og det er helt fantastisk. For kroppen og jeg, vi er det samme. Ja. Det er jo selvfølgelig ikke til å glemme, for når jeg gikk ned i vekt og så meg i det speilet, så skjønte jeg ingenting! - Hvem faaen er hun? Og jeg kjente meg ikke igjen».

Alle kvinnene kommer med ærlige og ekte beskrivelser om det de har opplevd etter en stor vektreduksjon på tilsynelatende kort tid. Kroppen har endret seg fysisk fordi de veier mindre, og de ser at de har blitt mindre. På grunn av dette har de samtidig endret synet og opplevelsen av seg selv. Dagny kommer med en illustrerende kommentar i forhold til dette med å oppleve seg selv som en ny og sterkere person:

«Det blåser litt i toppen, men jeg har det godt her oppe i vinden»

6.3 Gått på en smell på grunn av ernæringsmessige mangler, og var helt uforberedt på komplikasjoner

Informantene forteller om en hverdag med mange forskjellige fysiske utfordringer i etterkant av inngrepet. Hverdagen har for noen av dem blitt snudd på hodet. De fysiske manglene har bidratt til, at de har måtte forholde og takle seg selv på en ny måte. Overraskelsen som kom som følge av de ulike komplikasjonene, var også utfordrende å ta underveis. Det er tre av kvinnene som opplevde komplikasjonene som spesielt utfordrende.

Kvinnene beskriver en hverdag med lite energi og at denne energiløsheten kommer på grunn av ulike mangler som vitaminer, proteiner, mineraler, jern og B-12. De måtte lære å kjenne kroppen sin på nytt, og å komme seg til hektene. Opplevelsen av å ikke være godt nok forberedt på mangler, og å forholde seg til en kropp som ikke ville samarbeide var vanskelig. Det var mye nytt med et utfordrende fordøyelsessystem, og så kom sorgen over alt det nye som ikke ble helt som forventet, i tillegg. Kvinnene beskriver kaoset i hodet med alle disse endringene, som også førte til at de ble sykemeldt og langtidssykemeldt. Kvinnene beskriver også hvordan det er å leve med de fysiske endringene av fordøyelsessystemet. Dagny sier:

«Magesekken min er blitt mindre, den tar ikke opp næring som tidligere. Jeg blir kvalm, og det er vanskelig for meg å spise»

Carina kommer tidlig innom mangler og hva de utfordringene påførte henne i vår samtale. Når hun forteller dette, legger hun ikke skjul på at hun er litt oppgitt over den situasjonen hun var i. Fordi denne utfordringen kom i tillegg til alt det andre hun sto i:

«Til å begynne med, så hadde jeg jo en liten smell, med å bli sliten. Ble sykemeldt hele det først året.(...) det å miste så mange kilo, så fort, og få i meg for lite næring i kroppen, gjorde at jeg mista konsentrasjon. Jeg ble sliten av alle prosessene av å kjenne på det å bli og være sliten. Den først tiden fikk jeg bare i meg flytende føde og hjernen min funka ikke- det var den største overraskelsen».

Alma og Dagny forteller også om overraskelsen over å bli sykemeldt over en lengre periode enn de var blitt forespeilet på forhånd. Alma og Dagny sier hver for seg at:

«Det tok lang tid før jeg kom meg til hektene, det tok tid å få energi. Jeg var sykemeldt i 6 måneder. Det var jeg ikke forberedt på. Det tok nesten to år før jeg hadde energi nivået tilbake»

Kvinnene kommer inn på de konkrete manglene som gjør at hverdagen er, og kan være utfordrende når de ikke har energi og overskudd. Dagny sier:

«- av komplikasjoner, så er det vanskelig å faktisk spise. Jeg har jernmangel og proteinmangel. Jernmangel har vært det verste. Nå er jeg helt og totalt utslitt til enhver tid. Og har ingen krefter. Så bare det å gå opp trappa her hjemme, er helt håpløst. Jeg hadde ikke krefter til å bære kroppen opp trappa».

Carina beskriver mye om sine utfordringer i forhold til ulike mangler:

«Utfordringen som jeg ikke var helt forberedt på, var vitaminbiten, jeg må holde kontroll hele tiden. For jeg blir fort er helt tom på B-12, og jeg synes ofte at det går utover hodet. Konsentrasjon. Jeg har være sykemeldt for depresjon, men om det er direkte relatert til næring i min kropp, eller at jeg har gått gjennom et samlivsbrudd de 2 siste årene og hatt stress, vet jeg ikke sikkert»

Hun beskriver livet sitt med oppturer og nedturer og prøver å beskrive hva som egentlig skjedde med henne. Hun sier det er enkelt å beskrive det som skjer med de fysiske endringene, de blir mer håndterbare, enn med det som skjer inni hodet. Hodet tenker annerledes:

«Jeg tenker lettere, det gjør noe med hele meg»

Ut fra det som hun sier her, kommer hun selv til en konklusjon:

«Jeg visste at jeg måtte ha tilskudd av vitaminer og mineraler. Jeg tar alt dette, men det er ikke alltid det hjelper fordi kroppen tar ikke opp tilstrekkelig av det jeg tilfører».

Egen oppfølging av nivået på vitaminer og mineraler er og blir kjempeviktig! Carina sier noe om hvor sensitiv hennes kropp er i forhold til akkurat dette. På tross av at hun følger dette nøye opp selv, er det tilsynelatende vanskelig, fordi det oppleves at det varierer på inntak og dagsformen til kroppen, for å kunne ha et stabilt vitaminnivå.

En av informantene sier at gruppeoppfølgingen hun fikk i etterkant av operasjonen fungerte bra. Men de tre andre har savnet tett, individuell oppfølging. De beskriver en situasjon som ble mer krevende enn de hadde sett for seg. De sier ganske mye om at de kunne ønske at de hadde vært bedre forberedt på at situasjonen ikke er lik for alle, at ikke alle kan følge den samme meny eller opplever det samme i forhold til egen kropp, noen bruker lang tid på å kjenne seg hjemme i den nye kroppen, for andre går det raskere. De sier at de har fått god, konkret (fakta)informasjon, men tre av de fire opplever at de ikke har prosessert den og tatt den inn over seg. De uttrykker at de i ettertid ser at de kunne trengt hjelp til å gjøre den kunnskapen til deres, kople den til deres situasjon. Dette var vanskelig å få til på egenhånd i periode som var krevende.

6.4 Forholdet til mat og drikke

Forholdet til mat og drikke snakker kvinnene mye om underveis i vår samtale. Dette får mye fokus. Her beskriver de forholdet nå i etterkant av operasjonen. Flere av dem, sammenligner også hvordan livet med mat var før, opp mot hvordan det har blitt i dag. De beskriver den enorme store forandringen som skjedde på relativt kort tid. Nærmest som et sjokk. Sjokket om å ikke kunne spise og drikke som de hadde gjort tidligere. Tapet på egen rytme og kontroll, og individuelle valg av matinntak. Den første tiden etter operasjonen var det minimalt av inntak av mat og drikke. Inntaket var etter nøye instruksjoner, veiledning og råd fra sykehuset på hvordan konsistens maten skulle ha, mengde, og at den måtte spises etter en oppsatt timeplan.

Kvinnene forteller om det å måtte lære seg å spise på nytt. Alma sier hun opplevde seg selv som et spebarn som skulle lære seg å spise på nytt:

«Alt med mat og drikke ble veldig vanskelig for meg, alt måtte erfares, av mattyper, produkter, drikker, konsistens. ALT! Det var veldig rart. Det var ingen ting som var som før. Mat har blitt jobben min, jeg sliter enda med å få i meg mat»

De beskriver redselen for mat og drikke, redselen for å få blodtrykksfall eller blodsukkerfall (spist for lite), angsten for å få dumping (spist for mye), stresset ved å ikke ha tilgang på mat, ubehaget for å ikke få i seg nok og riktig mengde mat, utfordringene med å gå ut å spise, og å spise sammen med andre. Det er en bratt læringskurve på erfaringer med mat, og endring av gammelt spisemønster i forhold til mengde og konsistens. Kvinnene beskriver kaoset som oppsto med de endringene som kom i forhold til mat og drikke, med følsomheten for mindre inntak av alt.

Kvinnene beskriver redselen for mat og drikke, som tidligere var deres venn, trøst, og belønning, og hvordan den nå har fått en annen betydning og virkning for den enkelte. Alt fokuset og kreftene som ble brukt i forhold til mat og drikke var krevende for den enkelte å stå i. De måtte jobbe for å finne ut av hva de tålte å spise og ikke tålte.

Dagny beskriver det nye livet sitt:

«Det nye livet mitt handler ikke om mat og drikke regimet jeg hadde før, nå er det om hva jeg tåler og ikke tåler»

Alma sier:

«Jeg klarer ikke å skru om, jeg klarer ikke å ta mindre mat på tallerken. Jeg spiser aldri opp, fordi jeg tar alltid for mye på uansett»

Carina forteller mye om sitt forhold til mat og drikke før operasjonen, med alle de ulike dietten, kurene, slankekurene og menyene, og det matregime hun hadde i årevis. Hun sier hun opplevde seg selv som godt trent på å måtte forholde seg til mat og drikke på nye måter. Hun var dietteksperten. Hun tenkte at dette nye ikke vill by på de store utfordringene. Likevel opplevde hun det frustrerende at hun ikke var godt nok informert

og forberedt på de endringene som kom i forhold til mat og drikke. Hun sier videre at til tross for disse utfordringene, har hun fått innfridd noen av de målene hun ønsket. Carina sier det slik:

«Jeg har fått den kroppen jeg ville ha, som jeg følte var meg inni der ett sted. Jeg har et avbalansert forhold til mat og vekt i dag».

Det er flere av kvinnene som kommer innom alkohol, og deres forhold til å drikke alkohol. Opplevelsen deres er også her at kroppen må læres opp på nytt. Toleransen for alkohol og rus, har endret seg enormt. Forbrenningen av alkohol i kroppen har forandret seg, ved at det er veldig lav promille som skal til før de kjente seg beruset. De synes dette kunne oppleves som skremmende, da de ikke opplevde å ha den kontrollen og oversikten de hadde hatt tidligere. Smak og lukt kunne også spille en større rolle enn tidligere, fordi de var blitt mye mer sensitive.

Når Alma og Dagny forteller om sitt forhold til mat og drikke stopper de begge litt opp underveis og gjør seg noen refleksjoner om sitt egentlige forhold til mat og matens funksjon og betydning for dem. De har begge satt ord på hvilken funksjon mat har vært for dem. Alma sier:

«Forholdet til mat har endret seg helt. Jeg ser hva jeg har brukt mat til før. Jeg ser at jeg har brukt mat som trøst, belønning, stress regulering, rus og velvære».

Når hun beskriver dette, blir hun trist og alvorlig i stemmen. Hun kunne ønske hun hadde oppdaget dette matmønsteret sitt på et tidligere tidspunkt. Hun syntes det var trist at det måtte det en operasjon til for at hun skulle forstå og få denne innsikten.

Dagny beskriver sitt forhold til mat, som en form for rus og velvære. Hun legger ikke skjul på sitt forhold til alkoholrusen, som i likhet med mat har vært hennes rusmidler. Dagny er ærlig og veldig direkte når hun snakker om dette. Hun beskriver det slik:

«Mat er rus. Og jeg strever med dette. Jeg er rus glad, sånn er det bare. Hadde jeg ikke vært rusglad, hadde jeg nok heller ikke vært så overvektig som jeg har vært. Har du et rusproblem, så er det noe en døyver. Det er kjempeenkelt å bruke mat. Jeg tror at mat som rus er underkommunisert i forbindelse med slankeoperasjon»

Med alle disse store omveltningene i forholdet til mat og drikke i livet som slankeoperert sier Alma det som det er:

«Det handler om å være kokk i eget liv»

7. Drøfting

7.1 Introduksjon til drøfting

Hensikten med studien har vært å undersøke hvordan kvinner i 40 årene som har gjennomført gastric-bypassoperasjon, opplever sin identitet, sitt selvilde og selvfølelse, 3-6 år etter vektreduksjon. Videre ønsket jeg å se på hva dette kan bety for klinisk praksis i oppfølging av slankeopererte.

I drøftingsdelen tar jeg for meg problemstillingen i lys av funnene mine, og drøfter de opp mot tidligere forskning og teorien jeg har lagt til grunn. Jeg forsøker å gå fra et beskrivende til et fortolkende perspektiv. Fordi temaene flyter i hverandre og er faktorer som gjensidig påvirker hverandre, har jeg valgt å ikke dele opp drøftingen i enkeltbegreper og kapitler, men å drøfte temaene som kom fram i analysen i et helhetlig perspektiv. Jeg avslutter med å reflektere over hvordan funnene mine kan påvirke oppfølging av slankeopererte.

7.2 Drøfting av resultatene

Et sentralt trekk ved funnene er at informantene opplevde tiden etter slankeoperasjonen som en «berg og dalbane av følelser, tanker og erfaringer». De har opplevd støtte og fokus på den målbare delen av vektreduksjonen, kg og ernæringsstatus. Informantene rapporterer at de har stått alene i utfordringer knyttet til opplevelser av egen kropp, selvfølelse, selvilde og identitet.

Videre viser studien at stigmatiseringen de opplevde fra samfunnet da de var overvektige, endret seg da de gikk ned i vekt. Samtidig ble de selv en del av samfunnet som stigmatiserer overvektige. Men ikke minst førte det til en opplevelse av å komme til kort over egen skam over selvstigmatiseringen. Selvstigmatisering betyr at den sosialt devaluerte statusen som man har som overvektig, blir internalisert (Ueland 2019). Videre viser studien at informantenes forhold til mat, både hvordan de erfarte å spise rent teknisk, hva slags funksjon maten hadde for dem, og relasjonen til mat, endret seg.

Informantene beskriver at de føler seg mere vel i sin nye kropp. Vektreduksjonen har bidratt til at de opplever hverdagen enklere og lettere. De beskriver en endring i egen kropp de er fornøyd med. Kroppen fungerer, er funksjonell og til mindre byrde enn tidligere. De opplever at det er større samsvar mellom kroppen de er og har, og selvfølelsen og selvbildet. Da de var overvektige hadde de en opplevelse av at volumet på kroppen var mindre, enn de i ettertid så at de var. Da de opplevde å minke i vekt, var opplevelsen av seg selv at de var større enn de faktisk var. Utfordringen var at de hadde store problemer med å se, føle, erfare og oppleve kroppen slik den faktisk var.

Vektendringen ved det kirurgiske inngrepet var så radikal og rask at kroppsskjemaet, jamfør Merleau-Ponty sin teori, ikke var i takt med de store fysiske endringene. Denne avstanden mellom alle erfaringene til kroppen over tid og den dramatiske endringen, skapte en eksistensiell krise hos informantene. I artikkelen til Facio, Nardin og Cipolletta (Facio mfl. 2016) beskriver forskerne kvinner som har utfordringer knyttet til hvem de er blitt i dag og hvem de var før operasjonen. Kvinnene her beskriver mye om hvordan de opplever å ikke kunne klare å se seg selv «klart», ta inn over seg den enorme vektreduksjonen, og at kroppen i dag er tynnere enn den har vært tidligere. For å beskrive dette velger de å omtale dette med ex-kroppen, slik den var før.

Kroppens erfaringer og hukommelse er ikke i takt, den erfarte kroppen og den nye kroppen gir forskjellige beskjeder.

Det som allikevel kommer tydeligst fram i dette temaet, er hvordan det å bli normalisert og ha en funksjonell kropp, med nye ferdigheter, endret informantenes selvfølelse og selvbilde. Dette gir mening sett i lys av Merleau-Ponty, som sier at kroppen både er grunnlaget for vår eksistens, og den lever (Merleau-Ponty 1994). Den erfarte kroppen er grunnlaget for kunnskapen vi får og erfaringene vi gjør oss gjennom livet, og en kropp som er funksjonell, gir opplevelse av mestring og opphav til god selvfølelse og et godt selvbilde.

Det er interessant hvordan informantene i studien min setter likhetstegn mellom kroppen sin og identiteten sin når de mestrer innenfor normalitet, eller samfunnets forventninger, mens de lager et klart skille i uttalelsene sine om seg selv og kroppen, når det er noe som er utfordrende:

*«Ja. Også er jeg i meg. Og det er helt fantastisk. **For kroppen og jeg, vi er det samme.**»*

*«Så bare det å gå opp trappa her hjemme, er helt håpløst. **Jeg hadde ikke krefter til å bære kroppen opp trappa.**»*

I det første sitatet beskriver informanten seg i ett med kroppen, de er det samme, en enhet uløselig knyttet sammen til en helhet og ene. Mestringen og den fantastiske følelsen er ikke bare forankret i kroppen, den er kroppen. I det andre sitatet er skillet mellom jeg`et og kroppen klart og definert: Jeget var viljestyrt og hadde ikke krefter til å bære kroppen, som plutselig var redusert til noe utenfor personen.

Kan det være slik at stigma fra samfunnet ved å være overvektig er så forankret i kulturen vår, at den overvektige må fornekte sin kropp for å overleve i samfunnet? Dette spørsmålet ble jeg også nysgjerrig på da jeg så at informantene stigmatiserte seg selv i uttalelser om seg selv som håpløse, og spesielt etter at en av informantene fortalte at hun selv var en del av de i samfunnet som stigmatiserer overvektige i dag.

Tilbakemeldingene på vektreduksjonen fra andre mennesker, støtteapparatet og samfunnet, gjorde at informantene opplevde seg mer verdifulle. Når informantene fikk positive tilbakemeldinger og opplevde at de ble tatt på alvor og lyttet til i ulike kontekster på en helt annen måte enn tidligere etter vektnedgangen, ble de oppmerksomme på i hvor omfattende grad de var blitt utsatt for stigma på grunn av sin overvekt tidligere.

Hvis vi ser på deres opplevelser i lys av Goffmans stigmatologi (Goffman 2000) ser vi at informantene både har vært utsatt for det Goffman kaller det kroppslige stigma, altså stigma på grunn av avvik eller annerledeshet i kroppen, og stigma knyttet til personlige trekk og egenskaper hos personen. Det siste fordi samfunnet har en holdning til at overvekt skyldes dårlig karakter, dårlig selvbeherskelse, dårlig følelsesregulering,

latskap og fråtsing. Denne holdningen til overvektige fra samfunnet er en av de viktigste årsakene til at overvektige føler skam over seg selv og overvekten sin (Ueland 2019). Denne skammen har også en sentral rolle når informantene forteller om at de har gått på en smell på grunn av ernæringsmessige mangler, fordi de tolker det som at de ikke mestret.

Den sosiale identiteten samfunnet har tilegnet informantene som overvektige, samsvarte ikke nødvendigvis med de egenskapene de har som personer. Det er diskrepansen mellom den faktiske sosiale identiteten og den tilsynelatende sosiale identiteten til informantene som overvektige, som har skapt dette stigmaet (Goffman 2000), og som på veldig kort tid endrer seg fordi informantene har gått ned i vekt. Stigmaet fra omgivelsene i hverdagen ble altså mindre.

Informantene i min undersøkelse bruker ikke begrepet bryllupsreisen, men de beskriver allikevel mye av den samme opplevelsen som Lynch (Lynch 2016) setter ord på i sin undersøkelse. De beskriver den første fasen med masse oppmerksomhet fra omverden og opplevelsen av velvære slik som informantene beskriver som en periode preget av fravær av bekymring. Dette fraværet av bekymring handlet mye om å ikke være utsatt for sosialt stigma, som følge av overvekten. Når den faktiske sosiale identiteten deres samsvarte med den tilsynelatende sosiale identiteten, opplevde de ikke stigma fra samfunnet, men mye tyder på at de fortsatte med selvstigmatisering. De opplever seg selv som mindreverdige og dårligere fordi de har vært eller fremdeles er overvektige.. Dette sammenfaller med Goffmans teori om Stigma (Goffman 2000). Synergien av at informantenes livsverden endrer seg, og stigma som forsvinner gradvis med den endrede kroppen, gjør at de opplever at de endrer deler av opplevelsen og synet på seg selv, i kontekst med den verden de ferdes i.

Selv om alle informantene opplevde store endringer med kroppen sin, som hadde stor innvirkning på hvordan selvfølelsen og selvbildet deres ble bedre, og mindre stigma fra samfunnet fordi de ikke var like overvektige, var det andre prosesser i gang, som kompliserte opplevelsen deres av økt selvfølelse, bedre selvbilde og tydelig identitet. Både utfordringer med ernæring, som resulterte i det informantene kalte å gå på en ernæringsmessig og kroppslig smell, forholdet til mat og alkohol, og opplevelse av mislykkethet og selvstigmatisering i alt dette, hindret informantenes ensidige positive

utvikling av selvfølelsen, selvbildet og identitet. Det jeg allikevel ble mest opptatt av, var hvordan informantenes opplevelse av fokuset i oppfølgingen bidro til skam og stigmatisering.

Etter den første tiden med stor vektneidgang og selvtillits-boost, forteller informantene at de opplevde en stor nedtur, både fysisk og psykisk. Plutselig fikk de utfordringer med kroppen sin og ting ble ikke slik de hadde forestilt seg. Informantene opplevde utfordringer med ernæringsmessige mangler. De hadde fått kirurgisk hjelp til å begrense matinntaket, men kroppens erfaringer og kunnskap om mat og ernæring, var ikke forberedt på dette. Dette samsvarer med Merleau-Pontys teori om kroppsskjema, hvor kroppen må lære gjennom erfaring og at kroppen er erfaring. Det ble ikke tatt høyde for, hverken av informantene selv, eller av støtteapparatet, den enorme forskjellen det var for kroppen å forholde seg til begrensningene det opererte fordøyelsessystemet medførte. Kroppsskjemaet informantene satt med, var etter en operasjon ugyldiggjort, og de var med ett nybegynnere i forhold til mat og ernæring. Det er gjennom og i kroppen mennesker vet hva mat er (Merleau-Ponty 1994), og nå er kroppen endret. I møte med hjelpeapparatet sitt fokus på vekt og ernæring, kommer flere av deltagerne til kort. De opplever at kroppen ikke responderer slik de hadde trodd, og blitt fortalt, noe som påvirker deres opplevelse av mestring og håndtering av egen vektsituasjon.

Informantene i studien snakker mye om forholdet de har hatt og har til mat og drikke. De er opptatt av både hvordan den nye kroppen deres reagerer på, og opplever maten det rent tekniske rundt mat og måltider. De er like opptatt av hva slags funksjon maten har og har hatt for dem, det sosiale i et måltid, mat som rus og følelsesregulerende middel. Forholdet til mat og drikke, trer tydelig frem som en viktig del av deres selvfølelse, selvbilde og identitet.

Gjennom det kirurgiske inngrepet ble informantenes forhold til mat, radikalt endret. Det de hadde fått informasjon om av endringer på forhånd, måtte erfares og læres. Informantene beskriver møtet med mat i den nye kroppen som brutalt og vanskelig, men det var i utforskningen av dette nye, den delen som handlet om det tekniske rundt det å spise, at de opplevde å ha felles fokus med støtteapparatet. De fikk god støtte og informasjon om innhold i måltider, hyppighet, ernærings sammensetning, konsistens, mengde, meny og timeplan. De opplevde derimot å stå alene i opplevelsen av å måtte

erfare mat på nytt, å bli satt tilbake til babystadiet, selv om kroppens tidligere erfaringer og deres identitet var erfarne i matens verden. De beskrev både en eksistensiell frykt for mat, og en frykt for de fysiske konsekvensene av matinntak. Den eksistensielle frykten tolker jeg kom fordi det nye regimet ikke samsvarte med det kroppsskjemaet de hadde fra tidligere erfaringer med mat, jamfør Merleau-Pontys teori om kroppsskjema, og kroppens holdninger til ulike situasjoner. Frykten for de fysiske konsekvensene handlet om nye kroppslige erfaringer de tidligere ikke hadde hatt, som dumping, blodtrykksfall og blodsukkerfall, som i kraft av at det var «nye» erfaringer for kroppen, utenfor det eksisterende kroppsskjemaet, var ukjent. Det var også svært ubehagelig. Dette førte til mye stress, uro og plager. Samtidig med dette opplevde de et tap av kontroll og egen autonomi i forbindelse med måltider, som i stor grad påvirker selvfølelse og selvbilde.

Informantene reflekterer også over matens funksjon og rolle. Maten er en del av det sosiale fellesskapet, den livsverden alle mennesker beveger seg i. Samtidig har maten hatt en annen funksjon for informantene. De forteller om mat som rus og følelsesregulerende middel, og utfordringer de har hatt med dette. De er opptatt av å måtte finne nye måter å regulere seg selv på, og dette påvirker deres selvfølelse. Det nye fordøyelsessystemet etter slankeoperasjon, hindrer den opererte å bruke mat på denne måten, og tidligere mestringsstrategier blir fjernet momentant før nye er på plass. Dette skaper uro og psykisk stress.

Lykkefølelsen og velværet som kom etter det store vekttapet, blir overskygget av opplevelsen av å ikke mestre, ikke være bra nok og ikke leve opp til hjelpeapparatets og egne krav og forventninger. De opplever seg selv som lite mestrende og begynner å bruke samfunnets stigmatiserende karakteristikk på seg selv, som udugelige, late, håpløse. Ingen av informantene opplevde støtte på tiden det tar for kroppen å integrere det nye fordøyelsessystemet i den erfarte kroppens tidligere forståelse og kunnskap, men måtte stå i dette kaoset alene, med helsevesenet «pekefinger» rettet mot deres mislykkethet i å opprettholde en sunn balanse i kroppen.

Min vurdering er at det ligger mange utfordringer i dette. De slankeopererte er fremdeles låst i eget gamle kroppsskjema, og i egen stigmatisering av seg selv. Dette betyr at de står i en forvirringstilstand, som er en stor belastning for den psykiske helsen og velværet deres. Man kan kalle det en slags identitetsforvirring.

Denne prosessen informantene står i, står de i svært alene fordi informantene opplever at støtteapparatet ikke har en forståelse av det som skjer, og at dette ikke er snakket om. Støtteapparatet har ikke et språk for disse prosessene, og dette betyr at de slankeopererte ikke har mulighet til å få et språk og støtte på opplevelsen de har av disse prosessene. Følelsen av skam og følelsen av å komme til kort i møte med egen kropp og støtteapparat, forsterker selvstigmatiseringen, og dette blir ikke adressert i den oppfølgingen de får fra hjelpeapparatet.

Flere av informantene opplevde denne fasen som litt overraskende, slik som en litt krevende periode i et ekteskap etter at «honeymoon» er over kan arte seg, jamfør funnene i studien til Lynch (Lynch 2016). «Bryllupsreisen» ble kanskje ikke helt som informantene hadde sett for seg.

7.3 Oppsummering av drøfting

Empirien viser at det å gjennomføre en gastric-bypassoperasjon, medfører store endringer, som ikke bare handler om redusert vekt eller betydelig vektnedgang. Vektnedgangen har endret informantenes selvfølelse og selvilde i både positiv og negativ retning. Det kommer fram en forvirring knyttet til sin nye identitet og hvem de er etter slankeoperasjonen. Informantene i min studie forteller om store endringer av eksistensiell karakter, og om endringer som beskriver dem uten fett, men uløselig knyttet sammen i den kroppen de var, er, hadde og har.

I drøftingen av funnene løfter jeg fram de sterke kreftene som ligger i stigmaet i det å være overvektig, både som offer for samfunnets stigma, selvstigmatisering og som en som stigmatiserer overvektige selv. I ytterste konsekvens, kan vi si at informantenes møte med et hjelpeapparat som har et dualistisk syn på mennesket, ikke møter deres behov for å bli behandlet som et helhetlig menneske i sammenheng, og at hjelpeapparatets manglende kompetanse og fokus på helhet, bidrar til mer skam og selvstigma hos den slankeopererte.

Overvekt ser ut til å bestå av flere komplekse årsaker som henger sammen og påvirker hverandre. Med bakgrunn i den fenomenologiske kroppsmodellen til Merleau- Ponty, kan vi si at den levde kroppen er et samspill mellom den fysiske og psykiske kroppen. Oppfølging av slankeopererte kan ikke bare ha fokus på de fysiske endringene og atferd, men må gjelde hele kroppen, også det psykiske. Det er det hele mennesket som er overvektig og det er det hele mennesket som må følges opp etter en slankeoperasjon.

.

Avslutning

Så, hvem er jeg uten fett?

Det finnes ikke et enkelt svar på dette komplekse spørsmålet, men ut fra denne studien ser det ut til at det trengs lang tid på å finne seg til rette i sin nye kropp og nye livsverden.

Å gjennomgå en gastric-bypassoperasjon, er ingen dans på roser. Det kirurgiske inngrepet endrer i løpet av et par timer et menneskes livsverden, kroppens forståelse og erfaringer som danner grunnlaget for selvet, selvfølelsen og vår identitet. Oppfølgingen som gis i etterkant av inngrepet adresserer ikke disse endringene, og slankeopererte kan bli kastet ut i et liv med stress og psykiske belastninger.

Helsepersonell har gode muligheter til å bidra til helsebringende endringsprosesser dersom de har innsikt i og forståelse for kompleksiteten i de prosessene som settes i sving etter et slikt inngrep. Samtidig må det arbeides med samfunnet og helsevesenets stigmatisering av overvektige, fordi dette hindrer god helsehjelp og kan i ytterste konsekvens påføre overvektige mer lidelse.

Livsverden er en subjektiv opplevelse i kontekst med andre, og en oppfølging av en endret livsverden bør ta høyde for et behov for et fellesskap med andre i samme situasjon, grupper, men kanskje enda viktigere individuelt tilpasset oppfølging av den enkeltes helhetlige situasjon. Helsevesenet må skape trygghet og forståelse for kompleksiteten i prosessene den slankeopererte befinner seg i. Hvordan en slik type oppfølging skal organiseres og hva slags innhold den bør ha, kan det være interessant å utforske videre. I dette arbeidet bør det kartlegges hva slags tverrfaglig og erfaringsbasert kompetanse som er nødvendig, for å ivareta kompleksiteten i overvekt som fenomen og i oppfølging av slankeopererte.

«MAUREN»

Liten?

Jeg?

Langtifra.

Jeg er akkurat stor nok.

Fyller meg selv helt

på langs og på tvers

fra øverst til nederst.

Er DU større enn deg selv

kanskje?

Inger Hagerup

(Hagerup 2005)

Litteraturhenvisninger

- Andersen, Anders Johan W. 2018. «psykisk helse». *Store medisinske leksikon*.
- Anon. 2020. «Psykisk helsearbeid». *Helsebiblioteket.no*. Hentet 14. januar 2021 ([/omsorgsbiblioteket/psykisk-helsearbeid](https://omsorgsbiblioteket/psykisk-helsearbeid)).
- Bengtsson, Jan. 1999. *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, Jan. 2006. *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Braun, Virginia, og Victoria Clarke. 2006. «Using Thematic Analysis in Psychology». *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Collins, Randell. 1994. *Four Sociological Traditions*. Oxford: Oxford University Press.
- Conradt, Matthias, Jan-Michael Dierk, Pia Schlumberger, Elisabeth Rauh, Johannes Hebebrand, og Winfried Rief. 2008. «Who Copes Well? Obesity-related Coping and Its Associations with Shame, Guilt, and Weight Loss». *Journal of Clinical Psychology* 64(10):1129–44. doi: 10.1002/jclp.20501.
- Dalen, M. 2011. *Intervju som forskningsmetode*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2014. «Helsinkideklarasjonen | Forskningsetikk». *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 14. januar 2021 (<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>).
- Engelsrud, Gunn. 2006. *Hva er kropp*. Bd. 15. Oslo: Universitetsforl.
- Faccio, Elena, Andrea Nardin, og Sabrina Cipolletta. 2016. «Becoming Ex-obese: Narrations about Identity Changes before and after the Experience of the Bariatric Surgery». *Journal of Clinical Nursing* 25(11–12):1713–20. doi: 10.1111/jocn.13222.
- Fock, Kwong Ming, og Joan Khoo. 2013. «Obesity and the Digestive System». *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 28.
- Folkehelseinstituttet. 2017. *Overvekt og fedme i Noreg*.
- Gilmartin, Jo. 2013. «Body Image Concerns amongst Massive Weight Loss Patients». *Journal of Clinical Nursing* 22(9–10):1299–1309. doi: 10.1111/jocn.12031.
- Goffman, Erving. 2000. *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Oslo: Pensumtjenesten.
- Goss, Kenneth, og Steven Allan. 2009. «Shame, Pride and Eating Disorders». *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16(4):303–16. doi: 10.1002/cpp.627.
- Hagerup, Inger. 2005. *Så rart: samlede barnevers fra Så rart, Lille Persille, Den sommeren*. Oslo: Aschehoug.

- Hofsø, Dag, Erlend Aasheim, Torgeir Søvik, Gunn Jakobsen, Line Johnson, Rune Sandbu, Alf Aas, Jon Kristinsson, og Jøran Hjelmesæth. 2011. «Oppfølging etter fedmekirurgi». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 131(19):1887–92. doi: 10.4045/tidsskr.10.1463.
- Hustadnes, Anne Lise. 2012. «Den flertydige kroppen i møte med fedmereduserende kirurgi: en kvalitativ studie av noen kvinner og menns erfaringer i tiden etter gastric-bypassoperasjon».
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2015. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jakobsen, Gunn Signe, Milada Cvancarova Småstuen, Rune Sandbu, Njord Nordstrand, Dag Hofsø, Morten Lindberg, Jens Kristoffer Hertel, og Jøran Hjelmesæth. 2018. «Association of Bariatric Surgery vs Medical Obesity Treatment With Long-Term Medical Complications and Obesity-Related Comorbidities». *JAMA : The Journal of the American Medical Association* 319(3):291–301. doi: 10.1001/jama.2017.21055.
- Johannessen, Asbjørn, og Per Arne Tufte. 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt.
- Karlsson, Bengt. 2013. *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, Steinar, og Svend Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lier, Haldis Økland, Sture Aastrom, og Kristine Rørtveit. 2016. «Patients' Daily Life Experiences Five Years after Gastric Bypass Surgery – a Qualitative Study». *Journal of Clinical Nursing* 25(3–4):322–31. doi: 10.1111/jocn.13049.
- Lynch, Amanda. 2016. «“When the Honeymoon Is over, the Real Work Begins:” Gastric Bypass Patients' Weight Loss Trajectories and Dietary Change Experiences». *Social Science & Medicine* (1982) 151:241–49. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.024.
- Lysvold, Susanne Skjåstad. 2018. «Therese (28) skal slankeopereres: – Jeg vet det kan gå galt. Men jeg tar risikoen». *NRK*. Hentet 14. januar 2021 (https://www.nrk.no/nordland/therese-_28_-skal-slankeopereres_-_jeg-vet-det-kan-galt.-men-jeg-tar-risikoen-1.13868797).
- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. 1994. «Kroppens fenomenologi». i *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag A/S.

- Merleau-Ponty, Maurice. 2012. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Nilssen, Vivi Lisbeth. 2012. *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Norge Helsedirektoratet. 2010. *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Nyeng, Frode. 2012. *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforl.
- Sandvik, Jorunn, Anna Laurenus, Ingmar Näslund, Per Videhult, Mikal Wiren, og Erlend T. Aasheim. 2018. «Nordiske retningslinjer for oppfølging etter fedmekirurgi». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 138(4). doi: 10.4045/tidsskr.17.1106.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2004. *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Svenaesus, Fredrik. 2005. *Sykdommens mening: og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Søvik, Torgeir, Erlend Aasheim, Jon Kristinsson, Carl Fredrik Schou, Arild Nesbakken, og Tom Mala. 2007. «Laparoskopisk kirurgi ved sykkelig fedme ved et regionalt senter». *Tidsskrift Norske Lægeforening* (127).
- Thagaard, Tove. 2013. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Tiller, Tom. 2006. *Aksjonslæring - forskende partnerskap i skolen: motoren i det nye læringsløftet*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Tjora, Aksel Hagen. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ueland, Venke. 2019. «Stigmatisation and shame – a qualitative study of living with obesity». *Sykepleien*.
- Ulset, Elisabeth, Rut Undheim, og Kirsti Malterud. 2007. «Er fedmeepidemien kommet til Norge». *Tidsskrift Norske Lægeforening*.
- World Health Organization (WHO). 2000. «Obesity; Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation.»
- Wormnæs, Odd. 1996. *Vitenskap - enhet og mangfold*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Øiestad, Guro. 2009. *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.
- Aasheim, E. T., T. Mala, T. T. Søvik, J. Kristinsson, og T. Bøhmer. 2007. «Kirurgisk behandling av sykkelig fedme». (1).

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra REK.

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD.

Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 4: Beredskapsplan.

Vedlegg 5: Intervjuguide.

Vedlegg 6: Refleksjonslogg, en mal

Vedlegg 1



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst D	Finn Skre Fjordholm	+47 22 84 58 21	27.09.2019	13293
			Deres referanse:	

Siri Elisabeth Elisabeth Meyer

13293 Hvem er jeg uten fett? - Samtaler med kvinner i etterkant av Gastric bypass operasjon

Forskningsansvarlig: Universitetet i Sørøst-Norge

Søker: Siri Elisabeth Elisabeth Meyer

REKs vurdering

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 16.09.2019 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet for REK sør-øst D på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11

Endringene innebærer:

-Ny prosjektleder: Ellen Andvig, dosent

-Problemstillingen ha blitt endret til: «Hvordan opplever gastric bypass opererte kvinner i 40 årene sin identitet, sitt selvilde og sin selvfølelse 3-6 år etter vektreduksjon»

- Det er gjort endringer i intervjuguide

Sekretariatet i REK har vurdert de omsøkte endringene, og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

Godkjent

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

REK har gjort en forskningsetisk vurdering av endringene i prosjektet, og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jf. helseforskningsloven § 11, under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Silje U. Lauvrak
Stabsdirektør (fung.)
REK sør-øst

Finn Skre Fjordholm
Rådgiver
REK sør-øst D

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 2

NSD, Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Se neste side

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Tittel: " Hvem er jeg uten fettet?"- samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

Referansenummer

939838

Registrert

25.11.2018 av Kristine Røed - 981130@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellen Sofie Andvig, Ellen.Andvig@usn.no, tlf: 47855580

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristine Røed, kristine_roed@hotmail.com, tlf: 93424601

Prosjektperiode

15.06.2018 - 31.12.2022

Status

03.08.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

03.08.2020 - Vurdert

AVVIKSVURDERING

På bakgrunn av meldeskjemaet og korrespondanse med student/prosjektleder forstår NSD det slik at behandlingen av personopplysninger er gjennomført.

NSD vurderer at følgende brudd på personvernforordningen har forekommet:

- Rådføringsplikten (personopplysningsloven § 9-11)

Ettersom prosjektet ikke mottok vurdering før behandling av personopplysninger startet, medfører dette et brudd på rådføringsplikten.

- Informasjonsplikten (personvernforordningen art. 13)

Det opprinnelige informasjonsskrivet som ble gitt til utvalget manglet nødvendig informasjon for å innfri informasjonsplikten etter forordningen artikkel 13.

- Prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 nr. 1 bokstav a)

Siden det ikke var gitt tilstrekkelig informasjon etter artikkel 13, vil dette medføre til brudd på prinsippet om lovlighet og åpent.

Etter dialog med studenten/prosjektleder er det avklart at avvikene kan rettes opp i gjennom følgende tiltak:

- Gis oppdatert informasjonsskriv til utvalget, slik at informasjonsplikten etter forordningens artikkel 13 anses som innfridd.

NSD vurderer avviket til å ha lav personvernulempe, ettersom bruddet sannsynligvis ikke vil medføre en risiko for fysiske personers rettigheter og friheter. Avviket innebærer ikke brudd på personopplysnings sikkerheten, og er etter NSD sin vurdering ikke av en slik art at Datatilsynet må varsles.

INSTITUSJONENS ANSVAR

Vi minner om at det er behandlingsansvarlig institusjon Universitetet i Sørøst-Norge som er ansvarlig for at behandling av personopplysninger foregår i samsvar med personvernregelverket. Institusjonen er ansvarlig for å sikre korrekt kunnskapsoverføring til sine studenter og ansatte. Dersom institusjonen har behov for ytterligere opplæring om personvern i forskning er NSD tilgjengelig for å gi veiledning.

VURDERING AV VIDERE BEHANDLINGEN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 11 (REK sin ref: 13293). Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 03.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om (sett inn kategori) og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet har innhentet samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Personopplysninger er behandlet slik at det foreligger brudd på

- Rådføringsplikten (personopplysningsloven § 9-11)
- Informasjonsplikten (art. 13 eller 14)
- Prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 a)

Vedlegg 3

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

«HVEM ER JEG UTEN FETTET? SAMTALER MED KVINNER I ETTERKANT AV GASTRIC BYPASS OPERASJON»

Dette er et spørsmål til deg, om å delta i et forskningsprosjekt, for å få kunnskap og innsikt i hvordan kvinnene som er gastric bypass operert har det i etterkant av operasjonen. Det er valgt å avgrense tema til identitet, selvbilde og selvfølelse.

Du blir spurt om å delta i prosjektet på bakgrunn av at du er gastric bypass operert. Du er rekruttert gjennom en lukket facebook gruppe for slankeopererte.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

For deg som deltar i denne studien, vil det innebære å bli intervjuet. Det vil bli gjort lydopptak av hele intervjuet, forskeren vil samtidig notere underveis. Intervjuet vil vare i 40-50 minutter. Avtale om når og hvor intervjuet skal foregå, vil avtales med deg.

Spørsmålene vil omhandle opplevelsene dine knyttet til temaene identitet, selvbilde og selvfølelse etter vektreduksjon.

Studien er rettet mot kvinner i 40-årene, som har gjennomført en gastric bypass operasjon for 3-5 år tilbake i tid. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg.

Hvem er jeg uten fett? Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

Forskeren vil ha tilgang til fornavn, fødselsår og operasjonsår. Dette er noe du selv informerer om, informasjonen blir ikke hentet fra andre steder.

Alle personlige opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alt materialet vil bli oppbevart utilgjengelig for andre, på et sikkert og låst oppbevaringssted. Det er kun universitetets veileder og masterstudent som vil ha tilgang til opplysningene. Lydopptak vil bli lagret på en kryptert minneenhet. Lydopptakene vil bli transkribert for videre analyse. Opplysningene som blir gitt vil ikke kunne tilbakeføres til deg i publikasjoner fra denne studien.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen ved å bidra i studiet, kan være at du gjennom å dele dine erfaringer og opplevelser får bidra inn i forskningsfeltet. Dette kan føre til økt forståelse blant helsepersonell, som jobber med pasientgruppen og deg selv. Studien kan hjelpe og informere kommende gastric bypasspasienter og deres pårørende.

Eventuelle ulemper for deg som deltager, kan være at du opplever det belastende å snakke om deg selv og dine erfaringer, knyttet opp til din identitet, ditt selvbilde og selvfølelse.

For å ivareta deg under intervjuet, vil det bli tatt hensyn til ditt behov for tid, pauser og refleksjoner. Dersom du skulle ha behov for ytterligere støtte og hjelp i etterkant, som følge av deltagelse i studiet, er det laget en egen beredskapsplan for dette.

Beredskapsplanen for deltagelse i studien, vil være tilpasset den enkelte deltager. Dersom du som følge av deltagelsen, har behov for oppfølging i etterkant, vil du bli anbefalt å ta kontakt med din fastlege, lokale legevakt eller den kommunale psykiske helsetjenesten. Masterstudenten vil innhente kontaktinformasjon til aktuelle kommunale hjelpetjenester, slik at du vil få disse før intervjuet blir iverksatt.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Førstelektor ved Universitetet i Sør Øst Norge Siri Elisabeth Meyer, mobil: 91803883, e-post: siri.meyer@usn.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Siri Meyer og masterstudent Kristine Røed som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning 2018/2573

Etter ny personopplysningslov, har dataansvarlig Heidi Kapstad og prosjektleder Siri Meyer et selvstendig ansvar, for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Hvem er jeg uten fett? Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med Universitetet i Sør Øst Norge v/førstelektor Siri Elisabeth Meyer, tlf 91803883, e-post: siri.meyer@usn.no

Personvernombud ved institusjonen er heidi.kapstad@usn.no

Hvem er jeg uten fett? Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER OG
MITT BIOLOGISKE MATERIALE BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4

Beredskapsplan

“Hvem er jeg uten fettet?» Samtaler med kvinner i etterkant av Gastric bypassoperasjon refnr 2018/2573 i REK.

Dersom du har behov for å snakke med noen om dine tanker, reaksjoner eller atferd etter deltakelse i intervju, ta kontakt med fastlegen din.

Dersom du ikke får den hjelpen du trenger av fastlegen, kan du ringe kommunal psykiatrihelsetjeneste i din kommune. Telefonnummeret dit er: (Dette føres inn for hver enkelt informant utfra bostedskommune når informanten er rekruttert).

Dersom ditt behov for hjelp er av akutt art, må du kontakte legevakt, på felles telefonnummer: 116117 du vil da bli satt over til den legevakten som er der du befinner deg. Vil du snakke med din lokale legevakt, tast 0 og følg instruksjonene..

Dersom du er usikker på hvor du skal henvende deg, ta kontakt med masterstudent Kristine Røed på telefonnummer: 93424601, så veileder jeg deg videre til rett hjelp.

Vedlegg 5

Intervjuguide

for semistrukturert intervju.

“Hvem er jeg uten fettet?»

Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

- Fortell meg om livet ditt etter gastric bypass operasjonen.
- Opplever du deg selv som «samme» person som før operasjonen, eller opplever du at noe har endret seg? I så fall, kan du fortelle om endringene?

Hjelpespørsmål: -Hva har endret seg? -hva er endringene knyttet til? (kropp, personlighet, selvbilde, sosialt, helse, fysiske, venner, familie, nettverk, arbeid, fritid, aktiviteter)

- Hva var det som førte fram til at du valgte å ta en gastric bypass operasjon?
- Hvordan tanker har du om nettverket ditt eller personer i dine omgivelser opplever deg/ser på deg etter operasjonen?

- **Fortell om forventningene du hadde/fikk av andre på forhånd om hva operasjonen kunne bidra til av endringer i livet ditt?**

- **Har du noen tanker i etterkant om i hvilken grad/evt hvordan forventningene du hadde, har blitt innfridd?**

- **Har du noe mer du ønsker å tilføre, eller ønsker å fortelle meg?**

Vedlegg 6

Huskeliste Refleksjons-logg

Informant: _____

Kroppsspråk

Holdninger

Stemmebruk

Stemningsleie

Emosjonelle ytringer

Bevegelser

Opplevelser

Inntrykk

Rommet

Lukt

Tonefall

Stemming

Lydbilde

Aha-opplevelser/opdagelser

Overraskelser

Nye tanker/undringer

Generelle sanseopplevelser

Vedlegg 1



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst D	Finn Skre Fjordholm	+47 22 84 58 21	27.09.2019	13293
			Deres referanse:	

Siri Elisabeth Elisabeth Meyer

13293 Hvem er jeg uten fett? - Samtaler med kvinner i etterkant av Gastric bypass operasjon

Forskningsansvarlig: Universitetet i Sørøst-Norge

Søker: Siri Elisabeth Elisabeth Meyer

REKs vurdering

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 16.09.2019 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet for REK sør-øst D på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11

Endringene innebærer:

-Ny prosjektleder: Ellen Andvig, dosent

-Problemstillingen ha blitt endret til: «Hvordan opplever gastric bypass opererte kvinner i 40 årene sin identitet, sitt selvilde og sin selvfølelse 3-6 år etter vektreduksjon»

- Det er gjort endringer i intervjuguide

Sekretariatet i REK har vurdert de omsøkte endringene, og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

Godkjent

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

REK har gjort en forskningsetisk vurdering av endringene i prosjektet, og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jf. helseforskningsloven § 11, under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Silje U. Lauvrak
Stabsdirektør (fung.)
REK sør-øst

Finn Skre Fjordholm
Rådgiver
REK sør-øst D

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 2

NSD, Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Se neste side

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Tittel: " Hvem er jeg uten fettet?"- samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

Referansenummer

939838

Registrert

25.11.2018 av Kristine Røed - 981130@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellen Sofie Andvig, Ellen.Andvig@usn.no, tlf: 47855580

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristine Røed, kristine_roed@hotmail.com, tlf: 93424601

Prosjektperiode

15.06.2018 - 31.12.2022

Status

03.08.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

03.08.2020 - Vurdert

AVVIKSVURDERING

På bakgrunn av meldeskjemaet og korrespondanse med student/prosjektleder forstår NSD det slik at behandlingen av personopplysninger er gjennomført.

NSD vurderer at følgende brudd på personvernforordningen har forekommet:

- Rådføringsplikten (personopplysningsloven § 9-11)

Ettersom prosjektet ikke mottok vurdering før behandling av personopplysninger startet, medfører dette et brudd på rådføringsplikten.

- Informasjonsplikten (personvernforordningen art. 13)

Det opprinnelige informasjonsskrivet som ble gitt til utvalget manglet nødvendig informasjon for å innfri informasjonsplikten etter forordningen artikkel 13.

- Prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 nr. 1 bokstav a)

Siden det ikke var gitt tilstrekkelig informasjon etter artikkel 13, vil dette medføre til brudd på prinsippet om lovlighet og åpent.

Etter dialog med studenten/prosjektleder er det avklart at avvikene kan rettes opp i gjennom følgende tiltak:

- Gis oppdatert informasjonsskriv til utvalget, slik at informasjonsplikten etter forordningens artikkel 13 anses som innfridd.

NSD vurderer avviket til å ha lav personvernulempe, ettersom bruddet sannsynligvis ikke vil medføre en risiko for fysiske personers rettigheter og friheter. Avviket innebærer ikke brudd på personopplysnings sikkerheten, og er etter NSD sin vurdering ikke av en slik art at Datatilsynet må varsles.

INSTITUSJONENS ANSVAR

Vi minner om at det er behandlingsansvarlig institusjon Universitetet i Sørøst-Norge som er ansvarlig for at behandling av personopplysninger foregår i samsvar med personvernregelverket. Institusjonen er ansvarlig for å sikre korrekt kunnskapsoverføring til sine studenter og ansatte. Dersom institusjonen har behov for ytterligere opplæring om personvern i forskning er NSD tilgjengelig for å gi veiledning.

VURDERING AV VIDERE BEHANDLINGEN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 11 (REK sin ref: 13293). Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 03.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om (sett inn kategori) og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet har innhentet samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Personopplysninger er behandlet slik at det foreligger brudd på

- Rådføringsplikten (personopplysningsloven § 9-11)
- Informasjonsplikten (art. 13 eller 14)
- Prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 a)

Vedlegg 3

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

«HVEM ER JEG UTEN FETTET? SAMTALER MED KVINNER I ETTERKANT AV GASTRIC BYPASS OPERASJON»

Dette er et spørsmål til deg, om å delta i et forskningsprosjekt, for å få kunnskap og innsikt i hvordan kvinnene som er gastric bypass operert har det i etterkant av operasjonen. Det er valgt å avgrense tema til identitet, selvbilde og selvfølelse.

Du blir spurt om å delta i prosjektet på bakgrunn av at du er gastric bypass operert. Du er rekruttert gjennom en lukket facebook gruppe for slankeopererte.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

For deg som deltar i denne studien, vil det innebære å bli intervjuet. Det vil bli gjort lydopptak av hele intervjuet, forskeren vil samtidig notere underveis. Intervjuet vil vare i 40-50 minutter. Avtale om når og hvor intervjuet skal foregå, vil avtales med deg.

Spørsmålene vil omhandle opplevelsene dine knyttet til temaene identitet, selvbilde og selvfølelse etter vektreduksjon.

Studien er rettet mot kvinner i 40-årene, som har gjennomført en gastric bypass operasjon for 3-5 år tilbake i tid. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg.

Hvem er jeg uten fett? Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

Forskeren vil ha tilgang til fornavn, fødselsår og operasjonsår. Dette er noe du selv informerer om, informasjonen blir ikke hentet fra andre steder.

Alle personlige opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alt materialet vil bli oppbevart utilgjengelig for andre, på et sikkert og låst oppbevaringssted. Det er kun universitetets veileder og masterstudent som vil ha tilgang til opplysningene. Lydopptak vil bli lagret på en kryptert minneenhet. Lydopptakene vil bli transkribert for videre analyse. Opplysningene som blir gitt vil ikke kunne tilbakeføres til deg i publikasjoner fra denne studien.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen ved å bidra i studiet, kan være at du gjennom å dele dine erfaringer og opplevelser får bidra inn i forskningsfeltet. Dette kan føre til økt forståelse blant helsepersonell, som jobber med pasientgruppen og deg selv. Studien kan hjelpe og informere kommende gastric bypasspasienter og deres pårørende.

Eventuelle ulemper for deg som deltager, kan være at du opplever det belastende å snakke om deg selv og dine erfaringer, knyttet opp til din identitet, ditt selvilde og selvfølelse.

For å ivareta deg under intervjuet, vil det bli tatt hensyn til ditt behov for tid, pauser og refleksjoner. Dersom du skulle ha behov for ytterligere støtte og hjelp i etterkant, som følge av deltagelse i studiet, er det laget en egen beredskapsplan for dette.

Beredskapsplanen for deltagelse i studien, vil være tilpasset den enkelte deltager. Dersom du som følge av deltagelsen, har behov for oppfølging i etterkant, vil du bli anbefalt å ta kontakt med din fastlege, lokale legevakt eller den kommunale psykiske helsetjenesten. Masterstudenten vil innhente kontaktinformasjon til aktuelle kommunale hjelpetjenester, slik at du vil få disse før intervjuet blir iverksatt.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Førstelektor ved Universitetet i Sør Øst Norge Siri Elisabeth Meyer, mobil: 91803883, e-post: siri.meyer@usn.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Siri Meyer og masterstudent Kristine Røed som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning 2018/2573

Etter ny personopplysningslov, har dataansvarlig Heidi Kapstad og prosjektleder Siri Meyer et selvstendig ansvar, for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Hvem er jeg uten fett? Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med Universitetet i Sør Øst Norge v/dosent Ellen Andvig, tlf 47855580, ellen.andvig@usn.no

Personvernombud ved institusjonen er heidi.kapstad@usn.no

Hvem er jeg uten fett? Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER OG
MITT BIOLOGISKE MATERIALE BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4

Beredskapsplan

“Hvem er jeg uten fettet?» Samtaler med kvinner i etterkant av Gastric bypassoperasjon refnr 2018/2573 i REK.

Dersom du har behov for å snakke med noen om dine tanker, reaksjoner eller atferd etter deltakelse i intervju, ta kontakt med fastlegen din.

Dersom du ikke får den hjelpen du trenger av fastlegen, kan du ringe kommunal psykiatrisetjeneste i din kommune. Telefonnummeret dit er: (Dette føres inn for hver enkelt informant utfra bostedskommune når informanten er rekruttert).

Dersom ditt behov for hjelp er av akutt art, må du kontakte legevakt, på felles telefonnummer: 116117 du vil da bli satt over til den legevakten som er der du befinner deg. Vil du snakke med din lokale legevakt, tast 0 og følg instruksjonene..

Dersom du er usikker på hvor du skal henvende deg, ta kontakt med masterstudent Kristine Røed på telefonnummer: 93424601, så veileder jeg deg videre til rett hjelp.

Vedlegg 5

Intervjuguide

for semistrukturert intervju.

“Hvem er jeg uten fettet?»

Samtaler med kvinner i etterkant av gastric bypass operasjon.

- Fortell meg om livet ditt etter gastric bypass operasjonen.
- Opplever du deg selv som «samme» person som før operasjonen, eller opplever du at noe har endret seg? I så fall, kan du fortelle om endringene?

Hjelpespørsmål: -Hva har endret seg? -hva er endringene knyttet til? (kropp, personlighet, selvbilde, sosialt, helse, fysiske, venner, familie, nettverk, arbeid, fritid, aktiviteter)

- Hva var det som førte fram til at du valgte å ta en gastric bypass operasjon?
- Hvordan tanker har du om nettverket ditt eller personer i dine omgivelser opplever deg/ser på deg etter operasjonen?

- **Fortell om forventningene du hadde/fikk av andre på forhånd om hva operasjonen kunne bidra til av endringer i livet ditt?**

- **Har du noen tanker i etterkant om i hvilken grad/evt hvordan forventningene du hadde, har blitt innfridd?**

- **Har du noe mer du ønsker å tilføre, eller ønsker å fortelle meg?**

Vedlegg 6

Huskeliste Refleksjons-logg

Informant: _____

Kroppsspråk

Holdninger

Stemmebruk

Stemningsleie

Emosjonelle ytringer

Bevegelser

Opplevelser

Inntrykk

Rommet

Lukt

Tonefall

Stemming

Lydbilde

Aha-opplevelser/opdagelser

Overraskelser

Nye tanker/undringer

Generelle sanseopplevelser