

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP





## **Forord**

Denne kvalitative studien undersøker hvilke faktorer som motiverer pasienter ved Aleris Overvektsklinikk til å gjennomgå gastric bypass-operasjon, og jeg ønsker å vise min takknemlighet til dem som har bidratt til at studien kan se dagens lys.

Jeg vil først og fremst takke de seks informantene som ønsket å delta i studien, og som åpenhertig delte sine historier. Tusen takk for tilliten dere viste meg. Deres verdifulle bidrag danner grunnlaget for at denne studien kunne gjennomføres.

Videre vil jeg gjerne takke Aleris Overvektsklinikk, som gav meg tillatelse til å rekruttere informanter gjennom deres mestringskurs, og som var svært hjelpelige gjennom hele forskningsprosessen. Deres hjelpsomhet og tilrettelegging har vært fantastisk.

Hjertelig takk til studieveileder, Camilla Ihlebæk. Jeg er svært takknemlig for engasjementet du har vist i forbindelse med studien, og du har vært en sentral støttespiller i denne perioden. Tusen takk for dine gjennomlesninger, konstruktive tilbakemeldinger og kloke råd.

En stor takk til doktorgradsstipendiat ved Universitetet for miljø- og biovitenskap, Lina Harvold Dalskau. Vår dialog i forbindelse med studiens teorier og resultater var betydningsfull, og jeg setter pris på at du bidro med din kunnskap.

Jeg vil også takke overlege ved Førde sentralsjukehus, Villy Våge, og leder ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold, professor Jøran Hjelmesæth, for at dere tok dere tid til å besvare mine spørsmål da jeg ringte dere i en travel hverdag.

Til slutt vil jeg takke mine nære og kjære for fantastisk oppmuntring i løpet av forskningsprosessen. En spesiell takk til mine foreldre som har gitt meg uvurderlig støtte gjennom hele utdanningen, og som alltid er der for meg.

Oslo, mai 2013

Line Sofie Uldal



# Sammendrag

## Bakgrunn

Overvekt og fedme utgjør en betydelig folkehelseutfordring. Vektreduserende kirurgi utføres i stadig økende grad i Norge. Denne studien ønsker å fokusere på hvilke faktorer som motiverte pasienter ved Aleris Overvektsklinikk til å gjennomgå gastric bypass-operasjon. Målet med studien har vært å avdekke pasientenes viktigste motivasjonsfaktorer, og diskutere dette opp mot relevant motivasjonsteori.

## Metode

Informantene ble rekruttert gjennom Aleris Overvektsklinikk tre måneder etter operasjon. Utvalget besto av seks pasienter, hvorav en mann og fem kvinner. Samtlige informanter hadde gjennomgått gastric bypass-operasjon ved Aleris. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte livsverdensintervjuer, og materialet ble deretter transkribert og analysert ved systematisk tekstkondensering. Maslows behovspyramide og Deci og Ryans selvbestemmelsesteori (SDT) ble brukt som teoretisk rammeverk.

## Resultater

Samtlige informanter uttrykte at det var deres egen avgjørelse å ta operasjonen, og at de ikke hadde følt seg presset av andre personer til å gjennomføre den. Funnene i studien viser at informantenes viktigste motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass var deres ønsker om bedre funksjon, få et høyere aktivitetsnivå, redusere risiko for vektrelaterte sykdommer, oppnå lengre levetid, bli et bedre forbilde for barna, øke tilfredsheten med egen kropp og få et bedre selvbilde.

## Oppsummering

Informantenes motivasjonsfaktorer viser at overvekten hindret dem i å dekke flere menneskelige behov, blant annet behovene for tilhørighet og selvaktelse. Det tyder også på at informantenes ønske om å gjennomgå gastric bypass var av stor personlig betydning for dem. Verdiene var internalisert i høy grad, noe som vitner om at avgjørelsen var basert på en sterk opplevelse av selvbestemmelse, selv om resultatene avdekket at samfunnets negative oppfatning av overvekt hadde blitt internalisert hos flere informanter.

Nøkkelord: *Gastric bypass, vektreduserende kirurgi, pasientmotivasjon, motivasjon, Aleris Overvektsklinikk, Maslows behovspyramide, selvbestemmelsesteorien.*



# **Abstract**

## **Background**

Overweight and obesity constitute a substantial public health challenge. The number of bariatric surgeries performed in Norway is continuously increasing. The focus of this study was to uncover the motivational factors of patients undergoing gastric bypass surgery at Aleris Overweight Clinic. The aim of the study has been to uncover the informants' strongest motivational factors, and discuss these with regard to relevant motivational theory.

## **Methods**

The participants were recruited through Aleris Overweight Clinic three months after surgery. The final selection consisted of six participants, wherein one man and five women. All participants had undergone gastric bypass surgery at Aleris. The data was gathered through semi-structured interviews, and the material was then transcribed and analyzed by using systematic text condensation. Maslow's Hierarchy of Needs and Deci and Ryan's Self-Determination Theory (SDT) were utilized as theoretical framework.

## **Results**

All participants expressed that it was their own decision to undergo surgery, and that they had not felt pressured by anyone. The findings in this study show that the participants' main motivational factors to undergo gastric bypass were higher level of physical function and activity, reduced risk of weight related diseases, longer life expectancy, becoming a better role-model for their children, higher satisfaction with their own body and improved self-esteem.

## **Interpretations**

The participants' motivational factors suggest that their overweight prevented them from fulfilling multiple human needs, such as the need for relatedness and self-esteem. The results also indicate that the participants' wish to undergo gastric surgery was of great personal significance to them. Their values seemed highly internalized, which insinuates that their decision was based on a strong sense of self-determination, although the results uncovered that several participants had internalized society's negative perception of overweight.

Key-words: *Gastric bypass, bariatric surgery, patient motivation, motivation, Aleris Overweight Clinic, Maslow's Hierarchy of Needs, Self-Determination Theory.*





## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innledning</b> .....	1
<b>2. Gastric bypass</b> .....	7
<b>3. Teori og empiri</b> .....	10
3.1 Motivasjonsteori.....	10
3.1.1 Maslows behovspyramide.....	10
3.1.2 Selvbestemmelsesteorien .....	12
3.2 Empiri.....	17
<b>4. Problemstilling</b> .....	19
<b>5. Metode</b> .....	20
5.1 Design.....	20
5.2 Rekruttering.....	20
5.3 Utvalg .....	21
5.4 Intervjuguide .....	22
5.5. Intervjuprosedyre.....	22
5.6 Databehandling.....	23
5.6.1 Transkribering.....	23
5.6.2 Analyse .....	23
5.7 Forskerens rolle .....	26
5.8 Etikk .....	27
<b>6. Resultater</b> .....	28
6.1 Presentasjon av informantene.....	28
6.2 Motivasjonsfaktorer.....	29
6.2.1 Funksjon & Aktivitet.....	29
6.2.2 Helse & Sykdom .....	31
6.2.3 Barn & Forbilde .....	33
6.2.4 Kropp & Selvbilde .....	34
6.3 Oppsummering av kvalitative funn .....	38



<b>7. Diskusjon</b> .....	40
7.1 Motivasjonsfaktorer.....	40
7.1.1 <i>Funksjon &amp; Aktivitet</i> .....	40
7.1.2 <i>Helse &amp; Sykdom</i> .....	42
7.1.3 <i>Barn &amp; Forbilde</i> .....	43
7.1.4 <i>Kropp &amp; Selvbilde</i> .....	45
7.2 Oppsummering av motivasjonsfaktorer .....	48
7.3 Styrker og svakheter ved studien.....	50
7.3.1 <i>Studiens validitet</i> .....	50
7.3.2 <i>Studiens reliabilitet</i> .....	52
7.3.3 <i>Studiens overførbarhet</i> .....	56
7.4 Studiens relevans i et folkehelseperspektiv .....	59
<b>8. Avsluttende oppsummering og veien videre</b> .....	60
<b>Litteraturliste</b> .....	61
<b>Vedleggsliste</b> .....	65
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	67
Vedlegg 2: Intervjuinnledning.....	69
Vedlegg 3: Informasjonsskriv .....	71
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring .....	75
Vedlegg 5: Tilbakemelding fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk .....	77
Vedlegg 6: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.....	79



## 1. Innledning

Overvekt og fedme får stadig mer oppmerksomhet i helsevesenet, i helsepolitikk, innen forskning og i media. Økningen i gjennomsnittlig kroppsvekt er så sterk at mange mener vi står overfor en global epidemi med store samfunnsmessige konsekvenser (Ulset, Undheim & Malterud, 2007). På verdensbasis er antall personer med fedme<sup>1</sup> mer enn doblet siden 1980, og i overkant av 1.4 milliarder av verdens befolkning over 20 år ble definert som overvektige, ifølge World Health Organization i 2008. Disse tallene inkluderer over 200 millioner menn og nesten 300 millioner kvinner som klassifiseres under fedmekategorien (WHO, 2013). I 2011 ble 40 millioner barn under fem år definert som overvektige, og overvekt og fedme er i dag den femte hyppigste dødsårsaken på verdensbasis (WHO, 2013). World Health Organization har etablert en standardisering av BMI-grenser for å definere ulike vekt kategorier (tabell 1).

Tabell 1: World Health Organizations BMI-definisjon.

### KLASSIFISERING AV OVERVEKT:

BMI	Definisjon
≤ 18,5	Undervekt
18,5-24,9	Normalvekt
25,0-29,9	Overvekt
30,0-34,9	Fedme grad •
35,0-39,9	Fedme grad ••
≥ 40	Fedme grad •••

Ifølge Statistisk sentralbyrå følger Norge den internasjonale vektutviklingen, og førti prosent av den norske befolkningen defineres som overvektige (SSB, 2008). Én av ti nordmenn har fedme (SSB, 2008). Det er observert en betydelig høyere forekomst av overvekt og fedme i lavere sosioøkonomiske grupper, særlig blant kvinner (Helsedirektoratet, 2011). Overvekt og fedme kan medføre økt risiko for blant annet høyt blodtrykk, flere kreftformer, diabetes type 2, høyt kolesterol, hjerte- og karsykdommer, artrose og søvnapné (van Hout, Verschure & van Heck, 2005). Psykologiske komplikasjoner som er assosiert med sykkelig overvekt inkluderer lav selvtillit, depresjon, kroppsmisnøye, svekkede sosiale relasjoner, manglende spisekontroll, stigmatisering og redusert helserelatert livskvalitet (Vander Wal & Mitchell, 2011). Fedme relateres i høy grad til betydelige

---

<sup>1</sup> Body Mass Index (BMI): BMI er en formel som indikerer forholdet mellom en persons høyde (meter) og vekt (kilo).  $BMI = \text{vekt} / (\text{høyde} \times \text{høyde})$ . Eksempel:  $BMI = 60 / (1.70 \times 1.70) = 20.76$ . World Health Organization definerer BMI > 25 som overvekt, og BMI > 30 som fedme.

fysiske, sosiale og økonomiske konsekvenser som har negativ innvirkning på livskvaliteten (Wee, Davis, Huskey, Jones & Hamel, 2013). Fedme er sterkere assosiert med høyere sykkelighet og lavere helserelatert livskvalitet enn røyking, overforbruk av alkohol og fattigdom (van Hout et al., 2005).

Årsakene til overvekt og fedme er komplekse, men vektøkning skyldes i hovedsak ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk (Helsdirektoratet, 2011). Dette kan blant annet illustreres ved at nordmenns kroppsvekt øker i takt med større matporsjoner og snacksinntak, samtidig som hverdagsaktiviteten er kraftig redusert (Helsdirektoratet, 2011). Faktorer som oppvekstforhold, livsvilkår, medikamentbruk, genetikk, belastninger og psykologiske forhold er også relatert til utvikling av vektproblemer (Helsdirektoratet, 2011). De siste tiårene er det miljøet, ikke genene, som har endret seg (Wangensteen, Undlien, Tonstad & Retterstøl, 2005). Noen mennesker vil likevel være mer utsatt for å utvikle overvekt og fedme på grunn av sine gener. Det er miljøet eller livsstilen som fører til vektoppgang i en befolkning, mens det i høy grad er genetikken som kan forklare de individuelle forskjellene (Wangensteen et al., 2005). Det er dette samspillet mellom arv og miljø som medfører overvekt (Wangensteen et al., 2005). Menneskelige fysiologiske mekanismer som skal motstå vektøkning svekkes ved samfunnets ubegrensede mattilgang, og vektutviklingen skyldes i høy grad samfunnets promotering av fedmeskapende adferd (Hill & Peters, 1998).

I motsetning til mange andre kroniske helsetilstander er fedme relatert til lavere livskvalitet ikke bare på grunn av de helsemessige konsekvensene, men også fordi fedme i mange kulturer anses som stigmatiserende og sosialt uakseptabelt (Wee et al., 2013). Personer med fedme opplever dette på ulike arenaer som utdanning, arbeidsliv, sosiale sammenhenger og i helsetjenesten (Wee et al., 2013). På grunn av dette rapporterer personer med fedme ofte lavere livskvalitet relatert til selvtillit, seksuell, arbeidsliv og sosiale relasjoner, i tillegg til nedsatt fysisk funksjon (Wee et al., 2013).

Det sosiale stigmaet illustreres blant annet i en analyse utført av Malterud og Ulriksen (2011). Analysen besto av tretten kvalitative studier, og konkluderte med at helsepersonell har stigmatiserende holdninger som oppfattes nedlatende av fedmepasienter. Studien viser også at helsepersonell uttrykker at mennesker med «unormale kropp» ikke kan inkorporeres i helsesystemet, og at disse pasientene ofte ekskluderes. Resultatene tyder også på at helsepersonell viser mindre respekt overfor overvektige pasienter, noe som fører til at pasientene føler seg foraktet. Dette kan ha sammenheng med pasientenes internaliserte stigma, som potensielt gjør dem mer sårbare for negativ attribusjon (Malterud & Ulriksen, 2011).

Ifølge Keller (2008) sliter overvektige med selvtilliten på grunn av sin vektsituasjon, blant annet fordi samfunnet fokuserer på skjønnhet og anser vekt som en faktor innenfor individets egen kontroll - i motsetning til for eksempel kjønn eller etnisitet. Stereotypiske meninger om at overvektige mennesker er late, selvmedlidende og har lav selvkontroll, har skapt en oppfatning av at overvektige mennesker selv er ansvarlige for sin vekt og dermed de negative konsekvensene overvekten medfører (Keller, 2008). Studier viser at diskriminering av personer med fedme er mer sosialt akseptert enn andre former for diskriminering (Latner, O'Brien, Durso, Brinkman & MacDonald, 2008).

Ifølge Helsedirektoratet (2011) er overvekt relatert til usunt kosthold og manglende daglig aktivitet. På den andre siden er ofte langtidseffektene av tradisjonell vektreduserende behandling som dietter, medikamenter og treningsopplegg relativt begrensede (Kissler & Settmacher, 2013). Effekten av slike behandlingsmetoder er særlig redusert for pasienter med forstyrret spiseadferd (Mboyato, Somasse & Coppieters, 2012). Tradisjonelle vektreduksjonsmetoder som dietter, livsstilsendring og adferdsterapi er blitt ansett som relativt lite effektive metoder for å behandle fedme og vektrelaterte risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (Ashrafian, le Roux, Darzi & Athanasiou, 2008). Disse behandlingsformene er særlig lite effektive for å oppnå vektreduksjon i forbindelse med sykkelig overvekt (BMI>40 eller BMI>35 med fedmerelaterte sykdommer), noe som har medført at vektreduserende kirurgi er blitt en behandlingsmetode for fedme og vektrelaterte sykdommer (Ashrafian et al., 2008). Ifølge fagansvarlig kirurg ved Aleris Overvektsklinikk, Hjörtur Gislason, er vektreduserende kirurgi ingen enkel løsning. Han uttaler at dette bør være siste utvei dersom ikke-kirurgiske tiltak for å oppnå vektnedgang har vært mislykkede (Gislason, personlig meddelelse).

Få studier har undersøkt alternativer for ikke-kirurgiske tiltak i forhold til sykkelig overvektige pasienter (BMI>40 eller BMI>35 med fedmerelaterte sykdommer) (Martins et al., 2011). En norsk studie som ble publisert i 2013 undersøkte endringer i helse relatert livskvalitet hos sykkelig overvektige pasienter som enten gjennomgikk gastric bypass-operasjon eller ikke-kirurgiske vektreduksjonsopplegg (Karlsen et al., 2013). Resultatene viste at deltakerne i begge grupper hadde forbedret helse relatert livskvalitet etter et år. Deltakerne som gjennomgikk gastric bypass-operasjon rapporterte likevel om høyere helse relatert livskvalitet sammenlignet med dem som gjennomgikk livsstilsintervensjon, noe som muligens kan forklares ved at deltakerne som gjennomgikk operasjonen oppnådde høyere vekttap (Karlsen et al., 2013).

En annen norsk studie publisert i 2011 sammenlignet vekttap og endring i risikofaktorer og komorbiditet ett år etter at utvalget enten hadde gjennomgått vektreduserende kirurgi eller konservativ

vektbehandling (Martins et al., 2011). Pasienter med BMI>40 eller BMI>35 med fedmerelaterte sykdommer, som sto på venteliste for å gjennomgå vektreduserende kirurgi, ble valgt ut til å gjennomgå enten konservativ vektbehandling eller vektreduserende kirurgi. Studien konkluderte med at vektreduserende kirurgi medfører høyere vekttap etter ett år sammenlignet med konservativ vektbehandling, men at slike livsstilsintervensjoner også kan resultere i signifikant vekttap og tilsvarende forbedringer i forhold til risikofaktorer og komorbiditet (Martins et al., 2011).

Vektreduserende kirurgi anbefales i stadig økende grad som vektbehandlingsmetode for pasienter med sykkelig overvekt (BMI>40 eller BMI>35 med fedmerelaterte sykdommer) (Lier, Biringer, Stubhaug, Eriksen & Tangen, 2011). I tillegg til vektreduksjon kan også vektreduserende kirurgi ha positiv innvirkning på fedmerelaterte sykdommer som diabetes type 2 og søvnapné (Jakobsen, Hofso, Roislien, Sandbu & Hjelmesaeth, 2010). Vektreduserende kirurgi har hatt en rask utvikling de siste tretti årene, og dagens prosedyrer betegnes som sikre, effektive, mindre omfattende og relativt kostnadseffektive (Azizi, 2013). Risiko for kirurgiske komplikasjoner er likevel tilknyttet vektreduserende operasjoner, noe som beskrives nærmere i kapittel 2.

Vektreduserende kirurgi medfører ofte varig vekttap, noe som blant annet ble illustrert i en prospektiv og kontrollert intervensjon utført i Sverige (Sjostrom et al., 2009). Studien startet i 1987 og inkluderte 2010 fedmepasienter som gjennomgikk vektreduserende operasjoner, og 2037 matchede kontroller som gjennomgikk konservativ fedmebehandling. Det viste seg at pasientene som gjennomgikk kirurgi oppnådde en gjennomsnittlig vektreduksjon på 19.9 kilo etter 10 år, mens gjennomsnittlig vektendring hos kontrollene var en vektøkning på 1.3 kilo etter 10 år (Sjostrom et al., 2009).

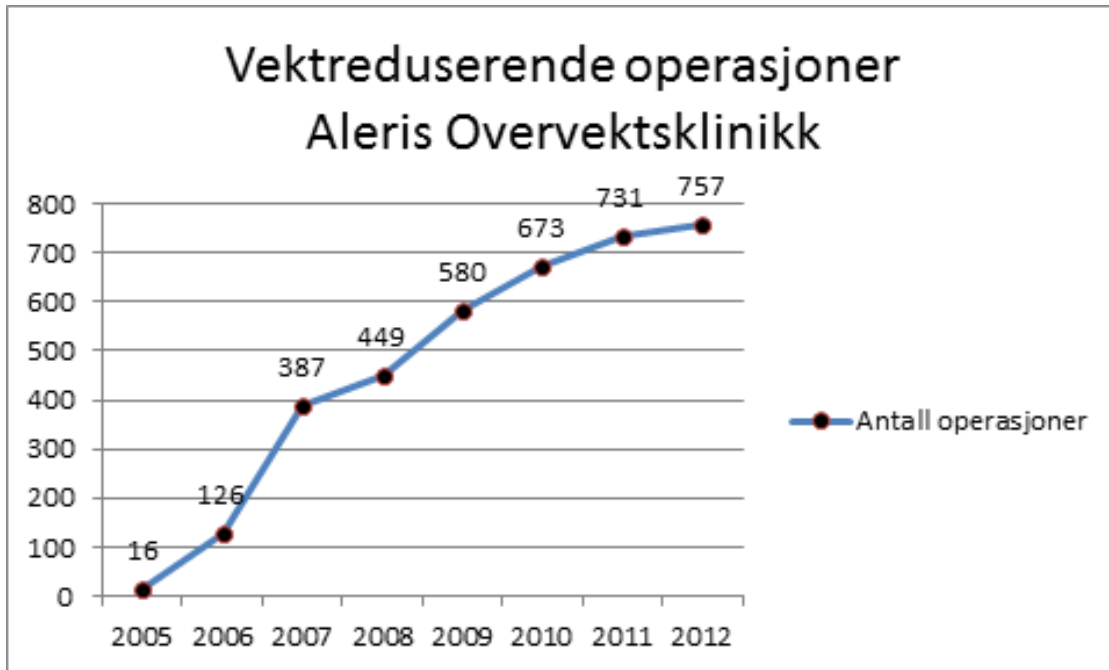
Studier viser også at langvarig vektreduksjon hos sykkelig overvektige har positiv effekt på pasientenes helserelaterte livskvalitet (Karlsson, Taft, Ryden, Sjostrom & Sullivan, 2007). En studie som undersøkte psykososiale effekter av vektreduserende kirurgi konkluderte med at flertallet av pasientene rapporterte om forbedringer i mental helse, psykososial status, sosiale relasjoner og jobbmuligheter etter at de hadde gjennomgått vektreduserende operasjon (Herpertz et al., 2003). Dette medførte at pasientene opplevde økt livskvalitet (Herpertz et al., 2003). En annen studie evaluerte 149 pasienters depressive symptomer, selvtillit og helserelaterte livskvalitet to år etter at de hadde gjennomgått vektreduserende operasjon (Burgmer et al., 2007). Studien konkluderte med at parallelt med et betydelig vekttap ble viktige aspekter ved pasientenes mentale helse signifikant forbedret, eksempelvis depressive symptomer og selvtillit. Det viste seg at disse effektene inntraff ett år etter operasjonstidspunktet, og ikke endret seg betydelig i ettertid (Burgmer et al., 2007).



Det eksisterer relativt lite forskning på motivasjon for vektreduserende kirurgi, men det ble blant annet publisert en studie i 2007 som gjennomførte både kvantitative og kvalitative undersøkelser på dette temaet (Munoz et al., 2007). Studien inkluderte 109 pasienter med sykkelig fedme (gjennomsnittlig BMI 49.9), og pasientene gjennomgikk vektreduserende kirurgi mellom 1999 og 2002. Resultatene konkluderte med at pasientenes helsetilstand var primærårsaken til at de ønsket å gå ned i vekt, og en signifikant andel av pasientene oppgav vektens innvirkning på psyke og livskvalitet som en viktig motivasjonsfaktor for å gjennomgå operasjonen (Munoz et al., 2007).

I 2004 påla Helsedepartementet de regionale helseforetakene å etablere behandlingstilbud for pasienter med sykkelig overvekt (BMI>40 eller BMI>35 med fedmerelaterte sykdommer), og dette har medført at antall vektreduserende operasjoner har steget kraftig i Norge (Hofso et al., 2011). Villy Våge er overlege ved Førde sentralsjukehus og medlem av Norsk Forening for Fedmekirurgi. Han utførte den første vektreduserende operasjonen da Norge gjenopptok denne praksisen i 2001, og siden den gang har slike operasjoner hatt en bratt stigningskurve. Ifølge Våge ble det utført null vektreduserende operasjoner i Norge i 2000, og tallet steg til omtrent 2500 i 2011 (Våge, personlig meddelelse). Ifølge leder ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold, professor Jøran Hjelmesæth, vil det bli utført i overkant av 3000 vektreduserende operasjoner totalt i offentlig og privat sektor i Norge i 2013. Han anslår også at gastric bypass vil utgjøre omtrent 90 % av disse operasjonene (Hjelmesæth, personlig meddelelse).

Aleris Overvektsklinikk er Norges største private klinikk innenfor vektreduserende kirurgi. Siden oppstarten i 2005 er det blitt utført omtrent fire tusen vektreduserende operasjoner ved klinikken, og tallene øker stadig (Husnes, personlig meddelelse). Gastric bypass representerer majoriteten av disse operasjonene, og i 2012 utgjorde gastric bypass 67 % av operasjonene som ble utført ved Aleris Overvektsklinikk. Utviklingen i antall vektreduserende operasjoner ved klinikken har økt siden 2005, hvor 16 personer ble operert i 2005 og 757 personer ble operert i 2012 (figur 1) (Husnes, personlig meddelelse). Pasientenes alder varierer fra 18 – 74 år, og deres gjennomsnittsalder er 39 år. Det er kvinner som utgjør majoriteten av pasientene som gjennomgår vektreduserende kirurgi, og 75 % av pasientene som gjennomgår slik kirurgi ved Aleris Overvektsklinikk er kvinner. Dette gjenspeiles også i klinikkens gastric bypass-pasienter, hvor kvinner utgjør 76 % av pasientgruppen (Gislason, personlig meddelelse). Kriteriene for å få vektreduserende kirurgi dekket av det offentlige helsevesenet er BMI>40 eller BMI>35 dersom man har fedmerelaterte sykdommer (Våge, personlig meddelelse). Aleris Overvektsklinikk følger disse kriteriene, men aksepterer også lavere BMI dersom en individuell faglig vurdering tilsier at det er fordelaktig for pasienten å gjennomgå vektreduserende kirurgi (Husnes, personlig meddelelse).



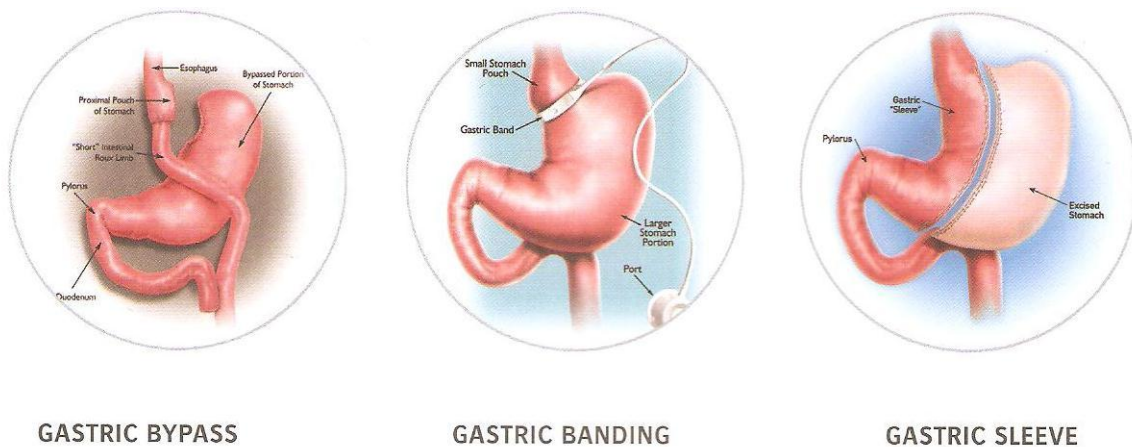
*Figur 1: Utvikling i antall vektreduserende operasjoner utført ved Aleris Overvektsklinikk fra 2005 til 2012 (Husnes, personlig meddelelse).*

Kostnadene for gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk er 118 000 kroner (inkludert ett års oppfølging) eller 138 000 kroner (inkludert fem års oppfølging) (Husnes, personlig meddelelse).

## 2. Gastric bypass

Det finnes flere ulike operasjonsmetoder for å oppnå vektreduksjon, og gastric bypass er kjent for å oppnå best resultater på lang sikt (Suter & Giusti, 2013). Det er også den mest utbredte vektreduserende operasjonstypen i Norge (Hofso et al., 2011). Informasjonen som følger er i hovedsak basert på opplysninger oppgitt i Aleris' pasienthåndbok som formidler informasjon til klinikkens gastric bypass-pasienter, og informasjonen er gjengitt med klinikkens tillatelse. Teksten er deretter kvalitetssikret ved gjennomlesing av fagansvarlig kirurg ved Aleris Overvektsklinikk, Hjörtur Gislason.

Gastric bypass, gastric banding og gastric sleeve er operasjonsmetodene Aleris Overvektsklinikk tilbyr pasienter som ønsker å gjennomgå vektreduserende kirurgi (figur 2). De to sistnevnte metodene egner seg for pasienter som har BMI<40 og som ikke er rammet av diabetes eller har problemer med sure oppstøt. Ved gastric banding settes et regulerbart bånd rundt magesekken, og ved gastric sleeve fjernes 80 % av magesekken. Disse operasjonene er også ansett som forebyggende operasjoner for å hindre fremtidig vektøkning (Aleris, 2012).



Figur 2: Illustrasjon av tre ulike operasjonsmetoder for vektreduksjon. Gjengitt med tillatelse fra Aleris Overvektsklinikk.

Ved gastric bypass-operasjon kobles 95 % av magesekken ut, men ingenting fjernes. Dette medfører at kun 5 % av magesekken er kapabel til å ta imot maten man spiser, og at pasienten derfor må redusere porsjonsstørrelsen betraktelig etter operasjonen. Magesekken er omtrent på størrelse med et egg etter at pasienten har gjennomgått gastric bypass. Magevolumet vil øke noe i løpet av de første månedene, og pasienten kan etter hvert også spise litt mer mat ettersom øvre del av tynntarmen fungerer som nytt matreservoir. Pasienten vil oppdage at det oppstår ubehag dersom man spiser for mye. Første tredjedel av tynntarmen kobles også ut, noe som resulterer i at fordøyelsen kun foregår i nedre 2/3 av tynntarmen. Dette innebærer lavere opptak av flere næringsstoffer i tarmen (Aleris, 2012).

Det er som nevnt tidligere gastric bypass som oppnår best langtidresultater. Gastric bypass ble tidligere utført som en åpen operasjon, noe som er forbundet med en relativt høy grad av akutte kirurgiske komplikasjoner. Basert på utviklingen av kikkhullskirurgi (laparoskopisk tilgang), er denne operasjonsmetoden nå blitt raskere, enklere og forbundet med færre komplikasjoner (Aleris, 2012). Ifølge kriteriene for gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk er denne operasjonen i hovedsak aktuell for personer med BMI>40 eller for personer med BMI>35 med fedmerelaterte sykdommer (eksempelvis diabetes type 2 eller høyt blodtrykk) (Husnes, personlig meddelelse).

Operasjonen medfører forandringer i både nerve- og hormonkontrollsystemet som styrer fordøyelsen, noe som tilsier at majoriteten av pasientene mister store deler av sultfølelsen og trangen til å overspise. For å oppnå varig vektreduksjon etter operasjonen er pasienten nødt til å legge om til en sunnere livsstil. Hvis ikke dette blir gjort, vil risikoen øke for å gå opp i vekt. Pasienter som gjennomfører de anbefalte livsstilsendringen har gode sjanser for å oppnå en varig vektnedgang. Vekttapet etter operasjonen er raskest de første månedene, og pasienten får en ny stabil vekt i løpet av halvannet til to år etter operasjonen (Aleris, 2012).

Ifølge lederen ved Aleris Overvektsklinikk, Svein Ove Husnes, oppnår deres pasienter varig vektreduksjon etter gastric bypass. Vektinformasjon innhentet sju år etter operasjonstidspunktet tilsier at gjennomsnittlig vekttap etter gastric bypass er 85 % av overvekten (vekten som overstiger BMI>25). Langtidsoppfølgingen viser også at ni av ti pasienter som gjennomgår gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk har mistet mer enn 50 % av overvekten sju år etter operasjonstidspunktet (Husnes, personlig meddelelse).

Gastric bypass er ikke en risikofri form for kirurgi, og det kan oppstå diverse komplikasjoner underveis i prosessen. Ifølge Aleris er risikoen for komplikasjoner etter operasjon 2-3 % for deres pasienter. Den mest alvorlige komplikasjonen etter operasjonen er lekkasje i sammenskjøtene, noe som kan medføre livsfarlig bukhinnebetennelse. Blodpropp, lungebetennelse og sårkomplikasjon er andre potensielle komplikasjoner som kan oppstå i etterkant av operasjonen. Vektreduserende kirurgi medfører også økt risiko for senkomplikasjoner, som blant annet utvikling av magesår, ernæringsmangel på grunn av redusert matinntak og nedsatt opptak av næringsstoffer, gallestein, indre brokk, dumping (inntak av sukkerholdig mat som medfører raskt blodsukkerfall kombinert med blodtrykksfall) og fettdiaré ved inntak av fettrik kost. Etter hvert som pasienten går ned i vekt, er det mulig at overflødig hud kan oppfattes som et problem (Aleris, 2012).

### **3. Teori og empiri**

Denne studien ønsker å beskrive informantenes motivasjon for å gjennomgå gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk. Dette kapittelet vil belyse ulike relevante teorier som omhandler motivasjon (kap. 3.1) og presentere en oversikt over forskning som tidligere er utført i forbindelse med pasienters motivasjon for å gjennomgå vektreduserende kirurgi (kap. 3.2). Teorien og empirien som beskrives vil bli drøftet i forhold til studiens resultater i diskusjonskapittelet (kap. 7).

#### **3.1 Motivasjonsteori**

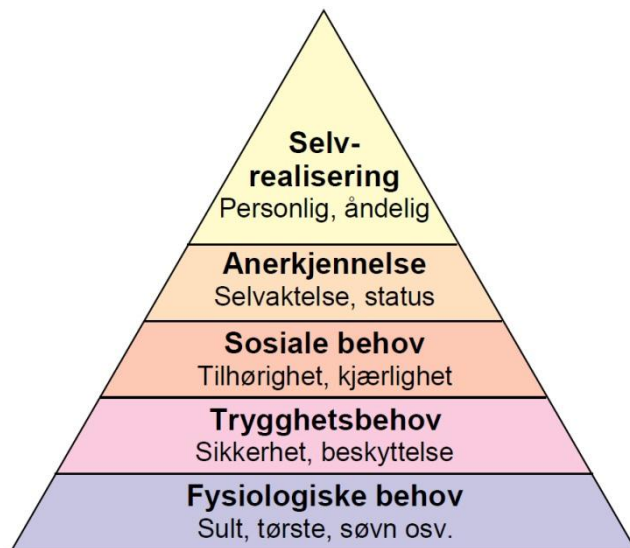
*«Motivasjon er en prosess som influerer retningen, iverdigheten og styrken på målrettet adferd.»*

(Passer, 2009:475)

Kapittelet om motivasjonsteori vil gi en nærmere presentasjon av to teorier som er aktuelle for studiens problemstilling. Den første teorien er *Maslows behovspyramide* som utgjør en forklaringsmodell for menneskelige behov. Den andre teorien er Deci og Ryans *selvbestemmelsesteori* som fokuserer på betydningen av indre og ytre motivasjon, og vektlegger viktigheten av individets behov for selvbestemmelse.

##### **3.1.1 Maslows behovspyramide**

Innenfor humanistisk motivasjonsteori anses motivasjon som et felt innenfor personlighetsutvikling, og den humanistiske teoretikeren Abraham Maslow (1954) utviklet en kjent motivasjonsmodell kalt Maslows behovspyramide (figur 3). Han mente at mange av de psykologiske perspektivene ignorerte et menneskelig hovedmotiv: streben etter personlig vekst (Passer, 2009). Han lanserte derfor behovspyramiden hvor han kartla menneskets behov. I bunnen av pyramiden er behovene som omhandler menneskets fysiske og sosiale overlevelse, og på toppen er menneskets behov for personlig vekst (Passer, 2009).



Figur 3: Maslows behovspyramide.

Maslow konstruerte pyramiden basert på fem ulike nivåer, hvor det nedre nivået må være oppfylt for at man kan bevege seg til neste nivå i pyramiden. Behovspyramiden er også aldersbetinget, i den grad at de nedre behovene inntreffer på et tidligere stadium i livet enn de øvre behovene (Larsen & Buss, 2008). Maslow konstaterte at de nedre nivåene er sterkere og mer presserende enn de øvre nivåene, ettersom de nedre behovene er sterkere knyttet til individets overlevelse. Det vil derfor være en svakere grad av motivasjon for å møte behovene på de øvre nivåene (Larsen & Buss, 2008). På bunnen av pyramiden er menneskets fysiske behov, som er imperative for individets overlevelse, for eksempel mat, vann, luft og søvn. Neste nivå fokuserer på menneskets trygghetsbehov, og viktigheten av å ha tak over hodet og ikke være omgitt av farer. Ifølge Maslow inkluderer dette nivået også behovet for et forutsigbart og strukturert liv (Larsen & Buss, 2008).

Det tredje nivået omhandler tilhørighet, ettersom mennesket er et sosialt vesen med et sterkt behov for gruppetilhørighet. Det faktum at man er akseptert av omgivelsene representerer et sterkere sosialt behov enn de to nedre nivåene som er mer fysiologisk betinget (Larsen & Buss, 2008). Ensomhet er et tegn på at dette behovsnivået ikke blir tilfredsstillt. Det fjerde og nest øverste nivået fokuserer på individets behov for anerkjennelse, og Maslow beskriver to ulike former for anerkjennelse; anerkjennelse fra andre og anerkjennelse fra seg selv, hvor den siste formen ofte avhenger av den første (Larsen & Buss, 2008). Mennesket ønsker å bli oppfattet som kompetent og bli respektert for sine prestasjoner, noe som vil ha innvirkning på individets selvfølelse. Det øverste nivået på

behovspyramiden er selvrealisering, som innebærer menneskets behov for å utvikle sitt fulle potensial og bli den personen det var meningen at man skulle være (Larsen & Buss, 2008).

Kritikere av Maslows behovspyramide har satt spørsmålsteget ved pyramidens validitet, og har blant annet hevdet at behovet for selvrealisering er upresist og vanskelig å måle (Passer, 2009). Kritikere påstår også at behovsinnstillingen fremstår vilkårlig, og at Maslows uttrykk for behovsprogresjon- og regresjon ikke kan redegjøre for viktige aspekter ved motivert adferd (Passer, 2009). Maslows behovspyramide kritiseres også for å ta utgangspunkt i vestlige verdier, og at den har en tendens til å opphøye menneskets individualitet (Neher, 1991). En mer moderne humanistisk motivasjonsteori som i større grad beskriver menneskets fundamentale psykologiske behov er Deci og Ryans selvbestemmelsesteori (Passer, 2009).

### ***3.1.2 Selvbestemmelsesteorien***

I likhet med Maslows pyramide fokuserer denne motivasjonsteorien også på menneskets behov. Selvbestemmelsesteorien omhandler individets motivasjon, utvikling og velvære, og modellen reflekterer ulike grader av selvbestemmelse (Deci & Ryan, 2008). Teorien er utviklet av psykologiprofessorene Richard M. Ryan og Edward L. Deci, ved University of Rochester.

Selvbestemmelsesteorien er et rammeverk som er egnet for å studere menneskelig motivasjon og personlighet, og er utviklet på bakgrunn av antakelsen at alle individer har naturlige og konstruktive tendenser til å utvikle en mer helhetlig opplevelse av selvet og også en integrering av seg selv i større sosiale strukturer. Selvbestemmelsesteoriens mest sentrale skille er mellom autonom motivasjon og kontrollert motivasjon (Deci & Ryan, 2008).

*Autonom motivasjon* omfatter både *indre motivasjon* og ulike former for *ytre motivasjon* hvor mennesket har identifisert at en aktivitet har verdi, og denne verdien dermed internaliseres i mennesket. Når mennesker er autonomt motiverte føler de at deres adferd er basert på fri vilje (Deci & Ryan, 2008).

*Kontrollert motivasjon* derimot, består både av ekstern regulering (muligheten for straff eller belønning) og indre regulering. Indre adferdsregulering er delvis internalisert og styrkes av faktorer



som å bli akseptert, unngå skam eller øke egen selvtillit (Deci & Ryan, 2008). Når mennesker er kontrollert føler de seg presset til å tenke, føle eller oppføre seg på spesifikke måter. Både autonom og kontrollert motivasjon styrker og styrer motivasjon, og disse står i kontrast til *amotivasjon* som refererer til mangel på intensjon og motivasjon (Deci & Ryan, 2008).

Forståelsen av motivasjon i selvbestemmelsesteorien er basert på menneskets tre fundamentale psykologiske behov for *kompetanse* (competence), *tilhørighet* (relatedness) og *autonomi* (autonomy) (Deci & Ryan, 2002):

*Kompetanse*: individets behov for å være effektiv i sitt miljø, og opplevelse av anledninger til å utøve og uttrykke sin kapasitet. Behovet for kompetanse fører til at mennesker søker utfordringer som er optimale for deres kapasitet, og forsøker å forbedre disse evnene gjennom aktivitet. Kompetanse er ikke en oppnådd ferdighet, men en følelse av selvtillit og effektivitet (Deci & Ryan, 2002).

*Tilhørighet*: individets ønske om å være knyttet til andre individer, både ved å ta vare på andre og selv bli tatt vare på. Tilhørighet beskriver både behovet for tilhørighet til andre individer og til samfunnet for øvrig. Behovet for å føle at man har relasjoner til andre er ikke forbundet med oppnåelse av et bestemt utfall (for eksempel sex) eller en formell status (for eksempel å bli gift eller bli medlem i en gruppe), men det gjenspeiler opplevelsen av å være sammen med andre i et trygt fellesskap (Deci & Ryan, 2002).

*Autonomi*: individets opplevelse av å være kilden til egen adferd. Autonomi innebærer å handle ut ifra egne interesser og verdier. Når individet er autonomt oppfattes adferden som et uttrykk for selvet (Deci & Ryan, 2002).

Selvbestemmelsesteorien hevder disse behovene utgjør nødvendige forutsetninger for vekst og velvære i forhold til menneskers personligheter og kognitive strukturer, i likhet med fysisk utvikling og funksjon. Innenfor selvbestemmelsesteorien omtales disse faktorene som universelle psykologiske basisbehov som er til stede i alle kulturer og tidsperioder (Deci & Ryan, 2002). Ifølge Deci og Ryan vil sosiale kontekster og individuelle forskjeller som underbygger behovstilfredsstillelse føre til positiv

personlig utvikling og funksjon som inkluderer mer indre motivert adferd og høyere grad av internalisering av ytre krav og verdier (Deci & Ryan, 2002).

Selvbestemmelsesteorien består av fire ulike teorier, som hver er relatert til ulike fenomener. Ifølge Deci og Ryan (2002) dekker disse fire teoriene til sammen alle typer menneskelig adferd på alle områder:

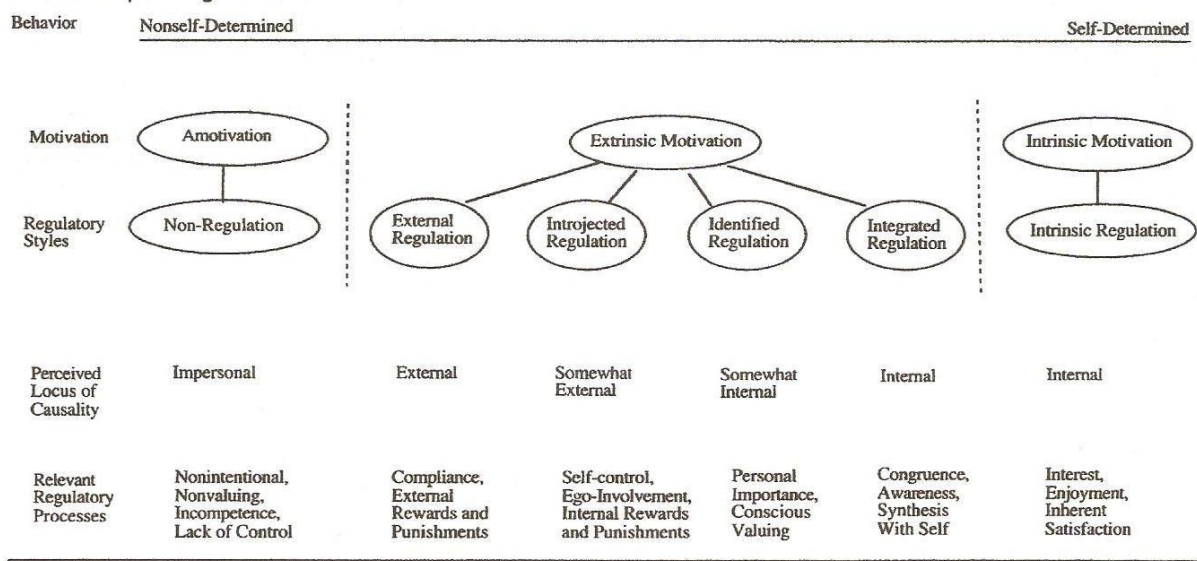
1. *Kognitiv evalueringsteori*: beskriver sosiale konteksters effekt på individets indre motivasjon. Teorien beskriver kontekstuelle elementer som autonomistøttende, kontrollerende og amotiverende, og linker disse tre elementene til ulike former for motivasjon.
2. *Organisk integreringsteori*: beskriver individets internalisering og integrering av verdier og reguleringer. Teorien ble utviklet for å forklare utviklingen og dynamikken ved ytre motivasjon; i hvilken grad individer opplever autonomi ved utførelse av ytre motivert adferd og prosesser hvor individer internaliserer gruppens / kulturens verdier og normer.
3. *Årsaksorienteringsteori*: beskriver individuelle forskjeller i menneskers tendenser mot det sosiale miljøet på måter som støtter deres autonomi, kontrollerer deres adferd eller virker amotiverende.
4. *Grunnleggende behovsteori*: forklarer relasjonen mellom motivasjon og mål i forhold til helse og velvære. Delvis ved å beskrive assosiasjoner av verdikonfigurasjoner og reguleringsmekanismer i forhold til psykologisk helse.

### **3.1.2.1 Organisk integreringsteori**

Fokuset vil nå bli rettet mot *organisk integreringsteori*, ettersom denne teorien er mest relevant i forhold til studiens problemstilling. Som nevnt innledningsvis eksisterer det tre ulike typer motivasjon: *indre motivasjon, ytre motivasjon og amotivasjon* (Deci & Ryan, 2002). Indre motivasjon innebærer at man utfører en aktivitet på grunn av aktiviteten i seg selv skaper glede og tilfredsstillelse hos individet. For eksempel at man spiller fotball fordi man synes dette er en morsom aktivitet. Når man er ytre motivert derimot, utfører man aktiviteten av instrumentelle årsaker. Ytre motivert adferd utføres for å oppnå et sluttresultat som er uavhengig av aktiviteten. For eksempel at man studerer hardt for å oppnå gode karakterer som igjen kan resultere i en høytlønnet jobb. Amotivasjon beskriver fravær av motivasjon, og individet opplever ingen sammenheng mellom adferd og utfall – noe som medfører at individet ikke handler med intensjon om å oppnå et resultat (Deci & Ryan, 2002).

I teoriens tidlige fase ble det forslått at adferd som ikke er selvbestemt var den eneste typen ytre motivert adferd. Deci og Ryans forskning har nå resultert i en mer kompleks kategorisering av ytre motivasjon, hvor noen typer ytre motivasjon inkluderer selvbestemmelse og frie valg (Deci & Ryan, 2002). Forskerne utviklet en kontinuerlig «selvbestemmelses-skala» som rangerte motivasjon fra amotivasjon via ytre motivasjon til indre motivasjon. Det ble identifiserte fire typer ytre motivasjon (extrinsic motivation) med varierende grad av selvbestemmelse, som kan plasseres langs skalaen (figur 4) (Deci & Ryan, 2000).

**Figure 1**  
The Self-Determination Continuum Showing Types of Motivation With Their Regulatory Styles, Loci of Causality, and Corresponding Processes



Figur 4: Selvbestemmelses-skalaen illustrerer individets ulike motivasjons- og reguleringsformer (Deci & Ryan, 2000:72).

Figur 4 illustrerer de ulike formene for motivasjon, og deres grad av selvbestemmelse øker fra venstre mot høyre side av skalaen (Deci & Ryan, 2000). Som nevnt tidligere refererer amotivasjon til individets fravær av motivasjon. Ytre motiverte handlinger utføres for å oppnå et resultat, i motsetning til indre motiverte handlinger som utføres fordi individet får tilfredsstillelse av å utføre selve handlingen (Deci & Ryan, 2002).

Ifølge organisk integreringsteori kan ytre motivasjon være mer eller mindre selvbestemt, ut ifra hvor internalisert adferden er (Deci & Ryan, 2002). Internalisering er en aktiv og naturlig prosess der verdier og sosiale skikker blir en del av våre personlige verdier og gjør vår adferd selvregulert.

Fordelene ved sterk grad av internalisering inkluderer blant annet at individets adferd preges av høyere effektivitet, lengre utholdenhet, større grad av subjektivt velvære og bedre gruppetilpasning (Deci & Ryan, 2002). I det følgende vil de fire ulike reguleringstypene for ytre motivasjon (extrinsic motivation) beskrives nærmere (Deci & Ryan, 2002).

1. *Ekstern regulering*: når et individ er eksternt regulert utføres handlinger for å oppnå et positivt resultat (for eksempel å tjene penger) eller for å unngå et negativt resultat (for eksempel å få en skjennepreken) som er uavhengig av aktiviteten man utfører. Ekstern regulering befinner seg på den ikke-selvbestemte delen av skalaen, fordi dette er den minst selvbestemte formen for ytre motivasjon. Denne formen for regulering er den typiske fremstillingen av ytre motivasjon.
2. *Intern regulering*: representerer den første fasen av internaliseringsprosessen, hvor individet får input fra omgivelsene og tar dem til seg. Ved denne typen motivasjon begynner individet å internalisere årsakene til egen adferd, men motivasjonen er likevel ikke selvbestemt. Individets handlinger er fremdeles betinget og kontrollert, men her er det individet selv som gir straff eller ros. Dette skjer gjerne på bakgrunn av pliktfølelse, skamfølelse eller for å hindre indre press. Selv om adferdsreguleringen kommer fra individet selv, er det likevel ikke integrert i selvet.
3. *Identifisert regulering*: når årsakene til at man utfører en aktivitet er internalisert i den grad at individet vurderer aktiviteten som verdifull, vil han eller hun utføre aktiviteten med større grad av valgfrihet og adferden sies å være regulert gjennom identifisering med aktiviteten. Individet er dermed relativt selvbestemt. Personen godtar og vurderer de underliggende verdiene i adferden som sine egne, men det vil fremdeles være ytre motivasjon ettersom adferden vil bli gjort for å oppnå noe som oppleves som viktig, men ikke kun fordi adferden i seg selv oppleves som tilfredsstillende.
4. *Integrert regulering*: dette er den mest internaliserte typen av ytre motivasjon. Her identifiserer personen seg med adferden og verdiene i den grad at de også harmonerer med og blir integrert i flere aspekter av selvet. Det er derfor i samsvar med andre personlige verdier og dermed en del av personens identitet. Den ytre reguleringen av adferd har derfor blitt selvregulert og selvbestemt. Integrert regulering er derfor den mest selvbestemte formen for ytre motivasjon.

### **3.2 Empiri**

Litteratursøk ble gjennomført for å identifisere empiriske studier om motivasjon for å gjennomgå gastric bypass-operasjon. Det er relativt begrenset forskning på dette temaet. Som nevnt tidligere finnes det flere ulike operasjonsmetoder for å oppnå vektreduksjon (kap. 2), og ettersom det var begrenset litteratur på studier som kun undersøkte motivasjon for gastric bypass-operasjon vil også motivasjon for andre typer vektreduserende kirurgi bli omtalt. Med dette utgangspunktet resulterte litteratursøket i flere relevante studier som presenteres nærmere i dette delkapittelet.

I en nylig utgitt kvantitativ studie ble livskvaliteten hos fedmepasienter som skulle gjennomgå vektreduserende operasjon undersøkt (Wee et al., 2013). Telefonundersøkelser dannet grunnlaget for datainnsamlingen, og responsraten var 70 %. Totalt 574 informanter med gjennomsnittlig BMI 46.5 deltok i studien. Forskerne fokuserte på viktigheten av funksjonsstatus og fedmerelaterte sosiale stigma, og tok utgangspunkt i at fedme er en stigmatiserende tilstand som er assosiert med negative psykososiale konsekvenser. Studien konkluderte med at pasienter som skal gjennomgå vektreduserende operasjon rapporterer om helsetilstander tilsvarende diabetikere eller personer med kreft i strupehodet. I overkant av 25 % av informantene var villige til å akseptere mer enn 10 % dødsrisiko for å oppnå sin ideelle helsetilstand/kroppsvekt. Fysiske begrensninger og sosialt stigma var sterke forklaringsfaktorer for redusert bruk av helsetjenester hos denne gruppen (Wee et al., 2013).

En kvalitativ studie publisert i 2012 inkluderte pasienter som skulle gjennomgå gastric bypass-operasjon (Mboyato et al., 2012). Informantene skulle blant annet beskrive motivasjonsfaktorene som førte til at de ønsket en slik operasjon, og datainnsamlingen var basert på semistrukturerte intervjuer med sykehuspasienter. Resultatene viste at deres motivasjonsfaktorer for å gjennomgå operasjonen var; forbedret fysikk ved vektreduksjon, behov for å følge samfunnets normer, imøtekomme ektefellens ønske om vektreduksjon eller å senke fedmerelatert helserisiko. Studien viste også at sosial støtte fra familie og venner, både under og etter operasjon, var en viktig faktor i forhold til hvor vellykket intervensjonen ble. Det ble lansert flere forslag i etterkant av studien, blant annet at kriteriene for å gjennomgå vektreduserende kirurgi burde revurderes. I tillegg ble det foreslått at pasientene burde få tilgang til psykisk støtte før og etter operasjonen, noe som var særlig prekært for pasienter som var lite informert om operasjonenes forløp og konsekvenser (Mboyato et al., 2012).

En lignende amerikansk studie ble utført i mindre skala og publisert i 2006 (Wee, Jones, Davis, Bourland & Hamel, 2006). Denne studien tok utgangspunkt i at det eksisterte få studier som hadde undersøkt pasienters forventninger til vektreduserende kirurgi, og pasientenes verdivurdering av

vekttapet. Totalt 44 pasienter som skulle gjennomgå vektreduserende kirurgi ble undersøkt i forbindelse med deres forventninger og motivasjoner for operasjonen. Informantenes gjennomsnittsalder var 42.6 år, og gjennomsnittlig BMI var 47.1. Hvite kvinner utgjorde majoriteten av informantene, og det ble rapportert om lav livskvalitet. De fleste informantene vurderte operasjon av helserelaterte grunner. Pasientene forventet å tape 38 % av totalvekten, og ville bli skuffet dersom de mistet mindre enn 24 % av kroppsvekten. Dataanalysen indikerte at informantene verdsatte vekttap høyt, men at de hadde urealistiske forventninger til operasjonens effekt. Fremtidige studier burde ifølge denne studien undersøke om pasienters forventninger, motivasjoner og verdsetting av realistisk vekttap kan predikere pasientenes resultater og tilfredshet etter operasjonen (Wee et al., 2006).

Det ble utført en kvalitativ og kvantitativ analyse om amerikanske pasienters motivasjon for vektreduserende kirurgi som ble publisert i 2007 (Munoz et al., 2007). Den tok utgangspunkt i at slike operasjoner er en stadig mer utbredt prosedyre for å kontrollere fedmeproblemet i USA, men at det til tross for høy prevalens finnes lite forskning på pasientmotivasjon. Totalt 109 pasienter med sykkelig fedme (gjennomsnittlig BMI 49.9) som skulle gjennomgå vektreduserende kirurgi mellom 1999 og 2002 ble undersøkt i forhold til motivasjon. Dataanalysen indikerte at majoriteten (73.4 %) oppgav medisinske lidelser som hovedårsak til operasjonen. En signifikant andel av pasientene rapporterte også at vektens innvirkning på psyke og livskvalitet var en viktig faktor for deres avgjørelse om å gjennomgå operasjon (Munoz et al., 2007).

## 4. Problemstilling

Målet med denne eksplorerende og retrospektive studien er å utvikle beskrivelser som bidrar til ny kunnskap på det aktuelle feltet. For å oppnå dette har studien ambisjoner om å besvare følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer motiverer pasienter til å gjennomgå gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk?*

Problemstillingen besvares gjennom analyse av seks semistrukturerte livsverdensintervjuer, og Maslows behovspyramide og Deci og Ryans selvbestemmelsesteori vil bli brukt som teoretisk rammeverk for å diskutere funnene.

## **5. Metode**

I dette kapitlet presenteres det metodiske rammeverket som ble benyttet for å undersøke studiens problemstilling (kap. 4). De ulike fasene i metoden som ble anvendt for å gjennomføre studien vil her beskrives i detalj, og styrker og svakheter ved studien drøftes i diskusjonskapitlet (kap. 7).

### **5.1 Design**

Denne studien tar sikte på å beskrive informantenes motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk. På bakgrunn av studiens formål ble kvalitativ metode valgt som forskningsstrategi, basert på at denne metoden er en fordelaktig tilnærming til problemstillingen ettersom kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011). Ifølge Malterud (2011) kan kvalitativ metode benyttes for å utvikle kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger.

Målet ved kvalitative studier er å utvikle forståelse fremfor forklaring, og denne metoden kan brukes til å utvikle nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller (Malterud, 2011). Formålet med denne studien er som nevnt å utvikle nye beskrivelser av pasienters motivasjon for gastric bypass, og for å få tilgang til denne informasjonen kartlegges informantenes motivasjon gjennom en personlig samtale mellom informant og intervjuer (studieansvarlig). I denne sammenhengen er kvalitative forskningsintervjuer velegnet (Kvale, Brinkmann & Anderssen, 2009). «Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål.» (Kvale, et al., 2009:21). For å frembringe denne informasjonen ble samtale med informantene gjennomført som semistrukturerte livsverdenintervju. Dette blir omtalt som «en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet.» (Kvale et al., 2009:325).

### **5.2 Rekruttering**

Informantene ble rekruttert via Aleris Overvektsklinikk, som ble valgt på bakgrunn av at dette er Norges største private klinikk innen kirurgisk behandling av overvekt. Førstegangskontakt med klinikken ble opprettet i form av e-post fra studieansvarlig til klinikkens daværende leder, Anine Medin (10. 09.12). Videre kommunikasjon foregikk via telefon og e-post, samt et møte på Aleris hvor Medin ga studieansvarlig tillatelse til rekruttering av gastric bypass-pasienter ved Aleris Overvektsklinikk. Ettersom studien fokuserer på pasientenes motivasjon i forkant av operasjon, ønsket



studieansvarlig i utgangspunktet å gjennomføre kvalitative intervjuer med pasientene like før de skulle gjennomgå gastric bypass-operasjon. Dette ble ikke godkjent av klinikken, ettersom de ikke ønsket at pasientene skulle gjennomgå nok en runde med refleksjoner omkring operasjonen før operasjonstidspunktet, noe et slikt intervju ville medført. Konklusjonen ble derfor at informantene skulle rekrutteres gjennom klinikkens mestringskurs.

Pasienter som har gjennomgått vektreduserende operasjon ved Aleris Overvektsklinikk deltar på mestringskurs ved to anledninger; tre og tolv måneder etter operasjonstidspunktet. For å forsøke å sikre at informantene hadde motivasjonsfaktorene friskt i minne, ble de rekruttert gjennom mestringskursene som arrangeres tre måneder etter operasjon. På disse kursene gjennomgår pasientene helsekontroll, det gis medisinsk informasjon og holdes foredrag om mestring, og pasientene blir undervist av ernæringsfysiolog og psykolog, før dagen avsluttes med foredrag av en tidligere pasient. Tilrettelegging av rekrutteringsprosessen ble videreført av Anine Medins midlertidige stedfortreder ved klinikken, klinisk ernæringsfysiolog Ingrid Oldertrøen. Rekrutteringen ble gjennomført under klinikkens tremåneders mestringskurs for deres pasienter, hvor studieansvarlig ble introdusert for pasientene ved spesialsykepleier og koordinator ved klinikken, Ann Vikebø. Rekrutteringen ble gjennomført i januar og februar 2013, hvor studieansvarlig presenterte studien for deltakerne ved fire tremåneders mestringskurs som ble arrangert ved Aleris Overvektsklinikk i løpet av denne perioden. Under presentasjonen av studien på de fire mestringskursene ble det hovedsakelig opplyst om studiens formål, samt at inklusjonskriterier for deltakelse var at informantene hadde gjennomgått gastric bypass-operasjon, og i tillegg hadde anledning til å møte til intervju i Oslo-området.

### **5.3 Utvalg**

Totalt seks deltakere ønsket å delta i studien. Informantantallet kan fremstå begrenset, men ble valgt på bakgrunn av studiens tidsperspektiv. Ifølge Malterud (2011) kan data fra et lavt antall informanter (fire til syv) være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale dersom forskeren har gjort et godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse.

Studieansvarlig innhentet informantenes kontaktinformasjon og tok deretter kontakt med dem via telefon for å avtale intervjutidspunkt. Oppfølgingskontakt ble gjort per telefon og tekstmelding, og intervjuene ble gjennomført av studieansvarlig i løpet av februar og mars 2013. Fire av intervjuene ble gjennomført på Aleris Overvektsklinikk, noe som ble fasilitert av Ingrid Oldertrøen og sekretær Venke Gjerde Andersen. Av praktiske årsaker ble de to øvrige intervjuene gjennomført på informantens

arbeidsplass og i studieansvarliges leilighet. Informantutvalget i denne studien besto av totalt seks informanter, hvorav en mann og fem kvinner. Alderen varierte fra 36 til 59 år. Informantene presenteres nærmere i resultatkapittelet (kap. 6).

#### **5.4 Intervjuguide**

Semistrukturerte livsverdensintervjuer er verken en åpen samtale eller en lukket spørresskjemasamtale (Kvale et al., 2009). Intervjuene er derfor basert på en intervjuguide (vedlegg 1) som ble utviklet i forkant av intervjuene og inneholdt forhåndsformulerte spørsmål om det aktuelle temaet, i dette tilfellet informantenes motivasjon for gastric bypass-operasjon. Intervjuguiden ble lest og godkjent av studieveileder før datainnsamlingen. På bakgrunn av studiens lave informantantall og et stramt tidsskjema ble det ikke gjennomført pilotintervju, ettersom det ble besluttet at alle informantene måtte benyttes til dybdeintervjuene. Studieansvarlig var bevisst på at intervjuene skulle ha et uanstrengt preg, noe som innebærer fokus på oppfølgingsspørsmål fremfor streng intervjustruktur. Spørsmålene i intervjuguiden ble likevel besvart av samtlige informanter, men på ulike steder i intervjuforløpet.

#### **5.5. Intervjuprosedyre**

Studieansvarlig tente stearinlys og dekket bordet med frukt, nøtter og varm drikke for å skape en hyggelig stemning under intervjuene. Dette medførte sannsynligvis en mindre klinisk intervjuopplevelse for informantene. Ifølge Malterud (2011) er forutsetningen for et godt materiale at deltakeren kjenner seg trygg og ivaretatt. De første minuttene benyttet derfor studieansvarlig til å skape en god tone med informanten ved å snakke litt om løst og fast. Deretter ble samtlige intervjuer innledet ved at studieansvarlig informerte ytterligere om studien og informantenes rettigheter (vedlegg 2). Videre fikk informantene utdelt skriftlig informasjon om studien (vedlegg 3), samt et skjema om informert samtykke (vedlegg 4) som alle underskrev etter å ha gitt uttrykk for at de ønsket å delta i studien. Studieansvarlig underskrev også på samtykkeerklæringene.

Deretter informerte studieansvarlig om at intervjuet startet og slo på lydopptakeren. Studieansvarlig noterte underveis i intervjuet, men var bevisst på å være svært oppmerksom på informanten. Ifølge Malterud (2011) kan samtalen nemlig bli forstyrret dersom intervjuerens oppmerksomhet konsentreres om notatene på bekostning av kontakten med informanten. Intervjuene varierte i tid, og strakte seg fra 56 minutter til 1 time og 32 minutter. Dette resulterte i en gjennomsnittlig intervjuvarighet på 1 time og 20 minutter. Samtlige intervjuer ble avsluttet på samme måte, hvor informantene ble spurt om de hadde noe å tilføye. «Det gir intervjupersonen en ekstra mulighet til å ta opp temaer han eller hun har tenkt på eller bekymret seg for under intervjuet.» (Kvale et al., 2009:142).

## **5.6 Databehandling**

Dette delkapittelet gir en beskrivelse av den metodiske databehandlingen i etterkant av intervjuene, det vil si en nærmere presentasjon av transkriberings- og analyseprosessen.

### **5.6.1 Transkribering**

Studieansvarlig gjennomførte samtlige intervjuer selv, og alle lydopptakene ble overført til passordbeskyttet datamaskin via programmet «Digital Wave Player». Lydfilene ble deretter slettet fra lydopptakeren. Intervjuene ble så transkribert av studieansvarlig, ved bruk av programmet «Transcription Module». Det er en styrke for studiens validitet at studieansvarlig gjennomførte både intervju og transkribering, og ifølge Malterud (2011) er det flere grunner til at forskeren selv bør utføre transkriberingen. «Den som selv var deltaker i samtalen, husker gjerne momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydning for meningen i teksten. Dette kan spille en stor rolle selv ved mindre redigering når den muntlige samtalen skal oversettes til tekst og styrker validiteten av analyse materialet.» (Malterud, 2011:77).

Ettersom nonverbal kommunikasjon som tonefall og kroppsspråk kan være av betydning i analyseprosessen, ble slik informasjon notert i tekstmaterialet. Studieansvarlig valgte også å transkribere intervjuene ordrett, noe som blant annet medførte at «eeh»-er, lyder og lignende ble registrert. Dette ble gjort for å skape en mest mulig presis gjengivelse av informantenes uttalelser, noe som kan føre til en mer korrekt analyse. Det vil likevel aldri være mulig å gjenskape intervjusituasjonen. «Virkeligheten er en levende hendelse i tid og rom som aldri kan konserveres fullt ut for ettertiden. Alle former for datamateriale er mer eller mindre vellykkete gjengivelser av det som hendte, filtrert og redusert gjennom de valg som datainnsamlingen innebærer.» (Malterud, 2011:71). Tekstmaterialet er med andre ord en representasjon av virkeligheten, og denne representasjonen danner grunnlaget for analyseprosessen. Det skriftlige materialet utgjorde totalt 185 sider (skriftstørrelse 9 og linjeavstand 1.15). For å sikre informantenes anonymitet ble navn, stedsnavn, klinikknavn etc. erstattet med NN i tekstmaterialet.

### **5.6.2 Analyse**

Kvalitative forskningsmetoder kan bidra til kunnskapsutvikling på flere nivåer, blant annet i form av beskrivelser som gir forståelse av mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper ved et fenomen (Malterud, 2011). Denne studien tar sikte på å utvikle ny kunnskap gjennom beskrivelser av pasienters motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk. Slike beskrivelser baseres på funn i analyseprosessen, og det er fundamentalt for studiens validitet og

reliabilitet at analyseprosessen er tilfredsstillende utført. For å garantere en adekvat analyse er det prekärt at forskeren kan beskrive fremgangsmåten som ble benyttet for å komme frem til studiens resultater. «Intersubjektivitet er en forutsetning for at forskningsprosessen skal kunne deles med andre.» (Malterud, 2011:82). I fortsettelsen av dette kapitlet vil analyseprosessen derfor bli beskrevet i detalj, for å gjøre erfaringene fra denne studien tilgjengelig for andre.

Denne studien har som målsetting å utvikle nye beskrivelser, som på et senere tidspunkt forhåpentligvis kan danne grunnlaget for utvikling av begreper, som igjen kan danne grunnlaget for teoretiske modeller. Beskrivelsene utgjør resultatene i denne studien (kap. 6), og dannes på grunnlag av grundig analyse av tekstmaterialet. «En forutsetning for at disse resultatene representerer vitenskapelig kunnskap, er at forskeren gjennomfører en systematisk sammenfatning av kunnskap fra materialet fram mot de nye beskrivelsene.» (Malterud, 2011:86).

For å sikre en systematisk analyse av tekstmaterialet, valgte studieansvarlig å benytte systematisk tekstkondensering som analysemetode. Ifølge Malterud (2011) har denne metoden mange likhetstrekk med Giorgis fenomenologiske analyse og Grounded Theory. Ifølge Giorgi er formålet med fenomenologisk analyse å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2011), noe som er relevant for denne studien. Systematisk tekstkondensering fremsto dermed som en passende analysemetode ettersom den egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2011).

Analyseprosessen ble innledet med grundig tverrgående gjennomlesning av samtlige intervjutranskripsjoner. I denne fasen er det imperativt at forskeren ikke fokuserer på forforståelse og teori, men leser materialet med et åpent sinn for å være mottakelig for uforutsette vinklinger. Studieansvarlig gjorde notater underveis i gjennomlesningen for å dokumentere førsteinntrykket av materialet. Tekstmaterialet inneholdt store mengder informasjon, noe som medførte at deler av materialet ikke var relevant i forhold til problemstillingen. På bakgrunn av dette var det grunnlag for å sammenfatte materialet og identifisere relevante temaer i forhold til problemstillingen. Dette medførte en ny gjennomlesning av materialet, hvor studieansvarlig noterte samtlige motivasjonsgrunner som ble nevnt av informantene. Transkripsjonene ble lest i sin helhet av studieveiler, som kom med tilbakemelding angående potensielle temaer. Disse var sammenfallende med studieansvarliges oppfatning av materialet. Gjennomlesning av flere forskere anbefales og bidrar til å styrke studiens reliabilitet, ettersom flere perspektiver kan medføre høyere grad av refleksjon (Malterud, 2011).

Studieveileder og studieansvarlig identifiserte totalt åtte temaer som fremsto som sentrale motivasjonsfaktorer for informantene. Teksten ble deretter analysert for å identifisere meningsbærende enheter som tilhørte de ulike temaene. På bakgrunn av analysen av de meningsbærende enhetene og den samlede vurderingen av informantenes motivasjonsfaktorer ble deretter fire hovedtemaer dannet. Avgjørelsen ble tatt på grunnlag av de tverrgående analysene som tydet på at disse temaene var mest gjennomgående og sammenfallende for flere informanter. Temaene fikk følgende overskrifter; Aktivitet & Funksjon, Helse & Sykdom, Barn & Forbilde og Kropp & Selvbilde. Funnene som ble identifisert gjennom dataanalysen presenteres nærmere i resultatkapittelet (kap. 6).

Studieansvarlig identifiserte deretter meningsbærende enheter som tilhørte de ulike temaene. Dette ble gjort i samsvar med Malteruds (2011) anbefalinger om å starte med med en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere de meningsbærende enhetene. Hvert tema fikk en fargekode, og de meningsbærende enhetene ble markert i teksten med farger som passet overens med de respektive temaene. «Samtidig som vi merker de meningsbærende enhetene i teksten, begynner vi systematisere dem. Dette kalles *koding*. Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten, dvs. tekstelementer som har sammenheng med de forløpige temane vi samlet oss om i første analysetrinn.» (Malterud, 2011:101).

Resultatet av dette arbeidet ble deretter lest av studieveileder, som påpekte at temaene var relevante, men at de meningsbærende enhetene var mer omfattende enn nødvendig og derfor måtte konsentreres i større grad. Studieansvarlig valgte derfor å gjennomgå hele tekstmaterialet ved fargekoding linje for linje nok en gang, for å overveie uttalelsene i materialet og sikre temaenes relevans. I denne analysefasen utfører man en «systematisk dekontekstualisering der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen.» (Malterud, 2011:104). Det faktum at prosessen med å finne meningsbærende enheter ble gjennomført to ganger styrker studiens reliabilitet. Den konsentrerte versjonen av meningsbærende enheter ble også lest av studieveileder, og i samråd ble det vurdert at temaene var bærekraftige og kunne danne grunnlaget for videre analyse.

Ved gjennomlesning av de meningsbærende enhetene ble det avdekket at svært få enheter var relevante for flere temaer, noe som indikerte at temainndelingen var relativt presis. Informantuttalelsene under hvert tema ble deretter analysert, og studieansvarlig lagde et kondensat (kunstig sitat) som var representativ for de meningsbærende enhetene. «Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, fortrinnsvis med bruk av deltakernes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene.» (Malterud, 2011:106).

Neste fase i analyseprosessen besto i å rekontekstualisere, det vil si å sammenfatte funnene i form av gjenfortellinger som kan danne grunnlag for nye beskrivelser. Denne fasen utgjør studiens resultater (kap. 6). Ifølge Malterud (2011) skal man lage en analytisk tekst for de ulike temaene som er basert på kondensatene og de utvalgte sitatene som representerer hvert tema. For å øke leservennligheten og meningsinnholdet, samt unngå latterliggjøring av informantenes uttrykk, valgte studieansvarlig å redigere sitatene i noen grad. I engelskspråklig litteratur bli dette ofte omtalt som «slightly modified verbatim mode» (Malterud, 2011).

De analytiske tekstene utgjør studiens sammenfatninger av informantenes motivasjonsfaktorer. For å evaluere om tekstene var representative for informantenes uttaler, valgte studieansvarlig å lytte gjennom samtlige intervjuer nok en gang for å sjekke om resultatene var sammenfallende med rådataene. Kritisk gjennomlytting indikerte at resultatene var representative. Systematisk tekstkondensering er en omfattende og tidkrevende analysemetode som er basert på refleksivitet og systematikk. Ifølge Malterud (2011) er dette «forutsetninger for at analysen kan lede til vitenskapelig kunnskap, og bevissthet om den teoretiske referanserammens betydning er avgjørende for en forsvarlig og kreativ tolkning av empirien. Derfor skal forskeren rapportere prinsipper og posisjoner som har ført fram til resultater og konklusjoner.» (Malterud, 2011:94).

### **5.7 Forskerens rolle**

«Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som anses som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles.» (Malterud, 2011:38). Forskeren påvirker med andre ord hele forskningsprosessen. Studieansvarlig har vært bevisst sin rolle gjennom studien, og forsøkt å påvirke materialet i så liten grad som mulig. Til tross for disse refleksjonene stilte studieansvarlig likevel noen ledende spørsmål til informantene i løpet av intervjuene, noe som er et eksempel på forskerens ubevisste forforståelse. Dette kan også være et utslag av studieansvarliges bakgrunn som journalist, hvor man ofte søker intervjuobjekter som kan fungere som talspersoner for en forutbestemt vinkling. På den andre siden kan studieansvarliges journalistiske intervjuerfaring ha bidratt til gode oppfølgings spørsmål som gir utfyllende informasjon og skaper en naturlig flyt i samtalen. I tillegg kan denne erfaringen ha vært medvirkende til å skape en komfortabel intervjusituasjon.

## 5.8 Etikk

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) skal forhåndsgodkjenne medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter. Ved henvendelse til REK fremkom det at denne studien sannsynligvis ville falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, men studieansvarlig valgte likevel å levere en fremleggingsvurdering. Responsen fra REK ble mottatt via e-post 14.11.12, hvor det ble bekreftet at studien kunne gjennomføres uten deres godkjenning (vedlegg 5). Avgjørelsen ble tatt på følgende grunnlag: «Det skal ikke innsamles og registreres identifiserbare opplysninger om diagnose og behandling fra journal, helseregistre e.l. Det skal heller ikke gjennomføres noen intervensjon som innebærer risiko eller belastning for eventuelle deltakere.».

På bakgrunn av denne tilbakemelding opprettet studieansvarlig et meldeskjema på hjemmesiden til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette ble gjort fordi studien er meldepliktig etter personopplysningsloven. Studieansvarlig mottok respons på meldingen om behandling av personopplysninger 27.11.12, hvor det ble opplyst om følgende: «Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres. (...) Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.» (vedlegg 6).

I forkant av intervjuene ble etiske prinsipper ivaretatt ved at studieansvarlig hadde utarbeidet en innledningstekst (vedlegg 2) som ble presentert i forkant av samtlige intervjuer. Blant annet ble det informert om studiens formål og konfidensialitet, samt opplysninger om at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi årsak. Informantene ble deretter tildelt skriftlig informasjon om studien (vedlegg 3), samt en samtykkeerklæring som ble underskrevet av studieansvarlig og samtlige informanter (vedlegg 4). Informantene ble også oppfordret til å ta kontakt med studieansvarlig i ettertid dersom det skulle oppstå spørsmål i forbindelse med deltakelse i studien. Ingen av informantene har så langt gitt uttrykk for et slikt ønske.

«Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres.» (Kvale et al., 2009). Informantene ble tildelt fiktive navn i presentasjonen av resultatene i studien for å sikre deres anonymitet. Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at lydopptakene ble overført til passordbeskyttet datamaskin umiddelbart etter intervjuene. Lydfilene ble deretter slettet fra lydopptakeren. Identifiserbare personopplysninger ble ikke oppført i tekstmaterialet, og samtlige informanter ble tildelt kodenavn. Lydopptak og tekstmateriale ble oppbevart på etisk forsvarlig vis, og disse slettes/makuleres innen utgangen av 2013.

## 6. Resultater

Dette kapittelet fokuserer på funnene som fremkom gjennom analysen av totalt seks semistrukturerte livsverdensintervjuer som ble gjennomført i løpet av datainnsamlingsprosessen. Analysen av det omfattende tekstmaterialet avdekket meningsbærende enheter som dannet grunnlaget for temaer som var gjennomgående hos informantene, og disse temaene vil i det følgende utbroderes og illustreres ved bruk av utvalgte sitater.

### 6.1 Presentasjon av informantene

Studiens endelige utvalg besto av seks informanter som ble rekruttert gjennom mestringskurs ved Aleris Overvektsklinikk i januar og februar 2013. Mestringskursene ble arrangert omtrent tre måneder etter at informantene hadde gjennomgått gastric bypass-operasjon ved klinikken. Utvalget besto av fem kvinner (83 %) og 1 mann (17 %) (tabell 2), og alderen varierte fra 36–59 år (gjennomsnittsalder 46.7 år). Samtlige informanter fortalte sin historie svært åpenhertig, noe som gav et rikt datatilfang. Deres motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass vil nå presenteres i studiens resultatdel.

Tabell 2: Informantenes vektreduksjon fra operasjonstidspunkt til intervjutidspunkt.

INFORMANT	OPERASJONSVEKT BMI	INTERVJUVEKT BMI
<b>Harald</b>	138 kg. BMI: 39.47	116 kg. BMI: 33.18
<b>Lisbeth</b>	90 kg. BMI: 33.06	74 kg. BMI: 27.19
<b>Anne</b>	98.8 kg. BMI: 38.60	76.1 kg. BMI: 29.73
<b>Marit</b>	98 kg. BMI: 33.13	88 kg. BMI: 29.75
<b>Ellen</b>	104.5 kg. BMI: 36.59	82 kg. BMI: 28.72
<b>Heidi</b>	116.5 kg. BMI: 37.19	90.6 kg. BMI: 28.92

Ved operasjonstidspunktet tilhørte samtlige informanter enten fedme grad 1 (BMI>30) eller fedme grad 2 (BMI>35), ifølge World Health Organizations BMI-definisjon (figur 1). Ved intervjutidspunktet tilhørte fem informanter overvektskategorien (BMI>25), mens én informant



tilhørte fedme grad 1 (BMI >30) (figur 1). Alle informantene var fornøyde med vekttapet de hadde oppnådd ved intervjutidspunktet, selv om en av informantene påpekte at hun følte at vektreduksjonen hennes gikk saktere enn for andre pasienter. Ingen av informantene hadde satt en dato for når de ønsket å oppnå sin subjektive idealvekt, men flere påpekte at de håpet at den ville være nådd innen et år etter operasjonsdatoen. Samtlige informanter var klare på at det var deres egen avgjørelse å ta operasjonen, og at de ikke hadde følt seg presset av andre personer til å gjennomføre den. Det var likevel flere informanter som nevnte at de hadde bekjente som hadde gjennomgått vektreduserende operasjon, og at deres erfaringer og resultater hadde gitt inspirasjon til at informantene selv ønsket å gjennomgå kirurgi. Det var også flere informanter som nevnte at de hadde sett reklame for gratis konsultasjoner ved Aleris Overvektsklinikk på Facebook, noe som fungerte som en katalysator for operasjonen. Kirurger og fastleger som oppfordret informantene til å gjennomgå vektreduserende kirurgi ble også nevnt som en utløsende faktor for operasjon.

## **6.2 Motivasjonsfaktorer**

Dataanalysen avdekket at informantenes overvekt hadde innvirkning på ulike aspekter ved deres liv og helse, og disse fremsto som sterke motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass. Disse motivasjonsfaktorene behandles nærmere i dette kapitlet, og fire hovedtemaer ble identifisert; Funksjon & Aktivitet, Helse & Sykdom, Barn & Forbilde og Kropp & Selvbilde.

### **6.2.1 Funksjon & Aktivitet**

I løpet av dataanalysen ble det avdekket ulike former for funksjon og aktivitet, fra det elementære behovet for enklere å kunne ta på seg sokkene til å ha muligheten til å løpe Oslo Maraton. I det følgende vil ulike nyanser av informantenes motivasjonsfaktorer i forbindelse med funksjon og aktivitet bli belyst gjennom sammenfatninger av informantenes uttalelser, samt konkrete sitater. Kapitlet innledes med data som omhandler funksjonsbegrepet, og som i stor grad gjelder handlinger som ofte anses som selvfølgelige. Deretter fortsetter presentasjonen av data som omhandler aktiviteter man gjerne anser som noe mer fysisk krevende.

Flere informanter nevnte at vekten var et hinder i forhold til å utføre dagligdagse oppgaver på grunn av at alt følte tyngre. En av informantene uttalte at hun ikke likte at hun ikke kunne bevege seg, og at målet hennes med å gjennomføre operasjonen var at hun skulle kunne bevege seg uten å bli helt andpusten. En annen informant opplevde også utfordringer i hverdagen, blant annet at hun fikk vondt i knærne når hun gikk opp trappen. Hverdagslige ting var tyngre, og hun uttrykte det på denne måten:

*«Men da er det sånn at alt blir tyngre (når man er overvektig). Alt fra helt enkle ting til å gjøre reint hjemme, til å skulle ha på seg sokker, til å skulle ha på seg støvletter. Og da mister du gradvis lysten til å gjøre ting. For det er en vond spiral.» (Ellen)*

Flere informanter gav også uttrykk for at vekten hindret dem i å utføre hverdagslige aktiviteter sammen med barna, noe som fremsto som et sårt tema. Flere av kvinnene hadde barn i skolealder, og fortalte historier om at vekten medførte at de måtte svare nei når barna spurte dem om de for eksempel ville bli med og gå på ski eller ta en sykkeltur. Muligheten til å kunne være mer aktive med ungene fremsto derfor som en stor motivasjonsfaktor, og beskrives blant annet av denne informanten som uttrykte et ønske om å oppnå følgende ved å gå ned i vekt:

*«Orke å være med dem (barna). Orke å leke, orke å gå på ski, alle de tingene. Jeg gjorde det før (operasjonen) og, men klart det var mye mer slitsomt enn det er nå. Og jeg tror ikke jeg hadde turt å ha med meg toåringen min i fjor, som er tre år nå, i slalåmbakken i fjor og stått alene med henne. Fordi da var det tungt nok å klare seg sjøl. Men jeg har ingen problemer med det nå. Nå har vi vært og stått flere ganger.» (Anne)*

Overvekten ble også beskrevet som en begrensende faktor på andre arenaer i livet, blant annet i forbindelse med organiserte sosiale aktiviteter. Noen av informantene var aktive innenfor sang og dans, og påpekte i den sammenheng at tyngden hindret dem i å utfolde seg på dansegulvet eller på scenen. Overvekten ble et problem for sangeren fordi hun fikk problemer med å puste riktig i forhold til melodien. En informant som danset uttrykte at vekten begrenset henne i denne sammenhengen:

*«Nå tar vi liksom de trinna hvor jeg skal ned i spagaten og han (ektemannen) skal holde meg og jeg skal falle bakover og sånne ting. Det gjorde vi jo ikke før. Jeg turte jo ikke det. Herregud, stakkars mann. Drive å holde på meg der. Så det turte jeg ikke.» (Lisbeth)*

Dette kan sees i relasjon til et annet fremtredende aspekt ved funksjon og aktivitet, nemlig trening. Det fremkom gjennom intervjuene at informantene opplevde utfordringer i treningssammenheng på grunn av at de bar på ekstra kilo. Det var tydelig at overvekten la en demper på deres muligheter til å bedrive fysisk aktivitet, og at de hadde et ønske om at dette skulle bli lettere etter gastric bypass-operasjonen. En av informantene uttrykte det slik:

*«Det var tungt å trene. Magen var i veien. Jeg hadde veldig glede av yoga, men der skal du jo liksom bøye deg veldig. (...) Og da følte jeg at magen var i veien. Og at det var veldig tungt å dra på alle disse kiloene.» (Marit)*

Fokus på kroppens tyngde var en sentral faktor hos alle informantene. I tillegg til at kroppens omfang var en hindring for fysisk utfoldelse, medførte overvekten også andre fysiske utfordringer i forbindelse med trening. En av studiens informanter opplevde at overvekten resulterte i inkontinens under trening, noe som reduserte treningseffekten:

*«Da kunne jeg ikke hoppe, så jeg fikk jo aldri opp pulsen nok. For det er jo en del sånne spensthopp, og det var jo fysisk umulig for meg. For jeg bare tissa på meg.» (Heidi)*

Ønsket om økt fysisk aktivitet og trening var altså en gjennomgående motivasjonsfaktor. Særlig den mannlige informanten var opptatt av trening og friluft, og han var relativt bestemt på at hans eneste motivasjon for å gå ned i vekt var å bli mer aktiv. Han ønsket å gå lengre og høyere turer og få enda mer utbytte av friluftsliv. Han var opptatt av dette i mye større grad enn de kvinnelige informantene, og hans motivasjon for vektreduksjon illustreres i dette sitatet:

*«Grunnen til at jeg ville gå ned i vekt er rett og slett fordi jeg er ganske mye ute i skog og mark og jakt og fiske og ski og sånn, og da er det ikke noe spesielt gunstig å dra på 40 kilo for mye, for å si det sånn. (...) Motivasjonen må ligge i det å kunne bruke kroppen, ha mer nytte av kroppen. Få brukt den mer. At den ikke bare er der som et sånt drivanker.» (Harald)*

### **6.2.2 Helse & Sykdom**

Overvekt og fedme er som nevnt tidligere relatert til økt risiko for helseplager, men svært få av informantene hadde fått diagnostisert følgesykdommer som høyt blodtrykk, diabetes eller høyt kolesterol. De fleste informantene uttrykte i den forbindelse at deres relativt gode helsetilstand var en av årsakene til at de ble operert på Aleris, ettersom de ikke ville fått operasjonen dekket av det offentlige helsevesenet. Det var som oftest høy BMI som ble nevnt som det helsemessige hovedproblemet. De uttrykte likevel at frykten for å utvikle slike sykdommer var en av årsakene til at de ønsket å gjennomføre operasjonen. Som en av de kvinnelige informantene uttrykte:

*«Det (motivasjonen) er jo på en måte å kunne få leve så lenge som mulig uten å få sykdommer. Det har selvfølgelig vært veldig motiverende å ha en bra helse.» (Heidi)*

Informantene gav uttrykk for å ha kunnskap om overvektens innvirkning på helsen, og de fleste hadde som nevnt reflektert over fremtidige helsekonsekvenser. Det var en utbredt enighet blant informantene om at operasjonen ville medføre større sjanse for en bedre helse som igjen ville øke sjansen for lengre levetid. De fleste informantene uttrykte et sterkt ønske om å kunne leve lengst mulig for å kunne se sine barn vokse opp og oppleve livet sammen med familien. Dette ble blant annet uttalt av den mannlige informanten. Han hadde en samboer, og i den forbindelse hadde han reflektert over at menn ofte dør tidligere enn kvinner, og at han ved å gjennomgå operasjonen kanskje ville «holde et par år til». En kvinnelig informant sa følgende om frykten for redusert levetid:

*«Helsa ble etter hvert dårligere og dårligere. Og så husker jeg at jeg var på Aleris og snakka med kirurgen. Og så sier han «vet du det at ved å gjøre den operasjonen her så kan du skaffe deg kanskje ti år lengre levetid?» Ti år. Jeg vil ikke dø fra ungene mine og familien min ti år før det er nødvendig. Det vil jeg bare ikke.» (Ellen)*

Det var åpenbart at lengre levetid var en av de sterkeste helsemessige motivasjonsfaktorene for informantene. De gav også uttrykk for andre innvirkninger som vekten hadde på helsen. En av informantene hadde blant annet gjennomgått en hofteoperasjon tidligere hvor hun hadde fått beskjed om at hun helst ikke burde veie over 80 kilo, ettersom hoftesmertene da ville komme tilbake. På sitt tyngste veide hun 92 kilo, noe som medførte tilbakevendende smerter som gav henne motivasjon til å gå ned i vekt ved hjelp av operasjonen. Den samme informanten var også plaget med sure oppstøt, noe som kirurgen sa ville forsvinne ved å gjennomgå en gastric bypass. En av informantene hadde også opplevd at overvekten førte til søvnapné, noe som fremsto som en helserelatert motivasjonsfaktor for å gjennomføre operasjonen. En annen informant nevnte at hun våknet om natten av at hun gispet og var tungpustet, og hun var også den eneste som nevnte at blodtrykket var såpass høyt at det var på grensen til å måtte behandles. Vektrelaterte plager som leddsmerter og betennelser ble nevnt av flere av informantene, noe som beskrives av denne kvinnen:

*«Jeg føler jo etter hvert at kroppen min ikke spiller på lag med meg. Og det tror jeg mange overvektige føler. Denne kroppen her, min kropp, når jeg ser på den så ser den ikke normal ut og jeg synes ikke den fungerer normalt. Jeg har mye vondt.» (Ellen)*

I forbindelse med sykdomsbekymringer nevnte noen av informantene at de hadde familiemedlemmer som var rammet av diabetes, og at frykten for å utvikle denne sykdommen selv var sentral for deres avgjørelse om å gjennomføre operasjonen. En av studiens informanter fokuserte i stor grad på betydningen av å unngå diabetes, som hun i praksis mente hun allerede hadde utviklet ettersom hun frem til operasjonstidspunktet gikk på den høyeste Metformin-dosen (1000 mg. x 3):

*«Neste var insulin. Og jeg vet hva diabetes gjør i kroppen. Jeg vil ikke at organet mitt skal få så mye juling. Og det var vel dét som var avgjørende for meg, at jeg tok den operasjonen. (...) Penger betyr ikke en dritt i forhold til helse. For jeg veide opp det. Hva skal jeg bruke de 120 000 på? Spise meg i hjel? Eller skal jeg ta en operasjon og prøve å redde helsa mi? Ja. Da var ikke det noe problem.»*  
(Marit)

### **6.2.3 Barn & Forbilde**

Flere av de kvinnelige informantene var opptatte av at de ønsket å være gode forbilder for barna sine, og at overvekten hadde negativ innflytelse på barna. De mente at det var flere faktorer ved overvekten som bidro til at de ikke utfylte sin morsrolle optimalt, blant annet ved ikke å kunne delta i aktiviteter sammen med barna. En av informantene formulerte seg slik:

*«Ungene mine har jo ikke sett den kvinnen jeg egentlig er. De har bare sett den sjuke dama som ligger på sofaen der og blir tyngre og tyngre. (...) Jeg vil jo være en aktiv mor. Jeg vil jo ikke være den som alltid sitter på sofaen hele tida og ikke deltar i de aktivitetene de driver med. Jeg vil jo være en ordentlig mor for dem. Og delta. Det var nok viktig.»* (Ellen)

En av informantene ønsket ikke å slanke seg ved hjelp av pulverkurer etter at hun hadde fått barn, fordi hun ville ikke at dette skulle være et tema for ungene. Det var viktig for henne at familien skulle spise «ordentlig mat»:

*«Jeg er ikke interessert i at dattera mi på tre år skal se at jeg bare spiser pulver. (...) Unger plukker opp alt. At man ikke er fornøyd med seg sjøl, det merker unger. Og de fortjener å ha foreldre som er glade, er fornøyde med seg sjøl. Stiller opp for dem.»* (Anne)

Det var flere informanter som ønsket av barna skulle ha et balansert forhold til kropp og mat, og var derfor bevisste på å ikke fokusere på egen overvekt i samvær med barna. En av mødrene hadde følgende tanker om temaet:

*«I og med at jeg har to døtre, så var jeg veldig nøye med å ikke vise de selvkritiske, hvis jeg sto foran speilet og liksom «å, se på mamma, hun velter utover hele». (...) Det ville jeg aldri gjort ovenfor døtrene mine. Det ville jeg aldri gjort. Så jeg var aldri sånn kroppsfiksert eller opptatt av vekt og mat i forhold til dem. Det er jeg ikke og det vil jeg ikke være. For jeg vil at de skal ha et avslappa forhold til det.» (Ellen)*

En av informantene fortalte også at hun var redd for at hennes overvekt skulle føre til at sønnen ville bli mobbet fordi hun var en «fet mamma»:

*«Han har slitt med mobbing selv, så jeg skulle ikke være noen belastning. For han er veldig følsom og har vært et sånn erteoffer. At han ikke skulle bli erta for at jeg er tjukk i tillegg. At han skal være stolt av mamma'n sin.» (Heidi)*

#### **6.2.4 Kropp & Selvbilde**

I løpet av analyseprosessen ble det identifisert store mengder meningsbærende enheter som omhandlet ulike aspekter ved temaet Kropp & Selvbilde. Gjennom grundig analyse fremkom det mest hensiktsmessig å omtale de ulike aspektene under ett hovedtema, ettersom det ikke var naturlig å separere dem på grunn av at de var svært sammenfallende.

Analyse av datamaterialet avdekket at den mannlige informanten gav tydelig uttrykk for at hans eneste motivasjon for å gjennomgå operasjonen var å kunne utføre aktiviteter med større letthet. Han hadde ikke opplevd at overvekten hadde hatt negativ innvirkning på selvbildet, og han hadde heller ikke vært plaget av overvekten i sosiale sammenhenger. Denne opplevelsen av overvekt sto i sterk kontrast til historiene til de øvrige informantene. På bakgrunn av denne observasjonen vil det i hovedsak være de fem kvinnelige informantene som bidrar med materiale under temaet Kropp & Selvbilde.

Det var et aspekt som raskt utkrystalliserte seg med tanke på informantenes forhold til kroppen sin, og det var deres opplevelse av å se sitt eget speilbilde. Flere av informantene fortalte at de unngikk å se seg i speilet fordi de var svært misfornøyde med kroppen de så i speilet. Noen tilbrakte derfor minst mulig tid i rom som badet og soverommet fordi det var store speil i disse rommene. Det fremkom derfor at en stor motivasjonsfaktor var å kunne like speilbildet sitt, og flere av informantene påpekte at de ønsket «å bli seg selv igjen», fordi de følte at det var en annen person de så i speilet da de var overvektige. En av informantene fortalte at hun hadde kjøpt to bikinier på salg, og da hun så seg selv i speilet ikledd bikini bestemte hun seg for at hun var nødt til å gjøre et radikalt inngrep. Følelsen av å se sitt eget speilbilde beskrives blant annet av denne kvinnen:

*«Jeg kjente meg jo ikke igjen i speilet sjøl lenger. Og jeg så noen i speilet som bare var ekkel. (...) For når du ikke liker det du ser i speilet så blir du jo ikke blid. Du blir ikke fornøyd. Du gjør ikke det. Og når det blir så mye (vekt), så blir det vel det at du gir opp. Du klarer ikke gjøre noe med det. Det er vanskelig. Og man føler seg jo litt mislykka fordi man skal jo ikke være tjukk.»* (Anne)

Følelsen av å være mislykka og misfornøyd med seg selv var gjennomgående for flere av informantene. Dette ble særlig tydelig gjennom historier om klær og kleshandling. Flere fortalte at de ønsket å skjule seg mest mulig ved å gå i store klær, og at det uansett så ut som om de hadde «tredd på seg en striesekk». Følelsen av at klærne stadig ble trangere og at de gradvis mistet lysten til å pynte seg fordi de ikke følte seg fine uansett, ble påpekt av flere informanter. Den psykiske belastningen ved å være misfornøyd med egen kropp og utseende illustreres ved dette sitatet:

*«På et eller annet tidspunkt går jeg fra å være meg, med min stil og det jeg liker å gjøre og det jeg liker å ha på meg, til å bli en person som prøver å skjule seg. Du kjøper klær som er som telt og du gidder ikke å ordne deg. Og til slutt så følte jeg når jeg så meg sjøl i speilet at den personen jeg så i speilet ikke var meg. Den kjerringa der, det er ikke meg. Det er ikke den jeg ønsker å være. Det er ikke den kvinnen jeg ønsker å være som voksen.»* (Ellen)

Kleshandling var et tema som ble brakt på banen av samtlige informanter. Flere uttrykte en psykisk påkjenning ved å gå inn i klesbutikker og ikke få på seg klærne de hadde tatt med seg inn i prøverommet. Det var også flere som nevnte at de skulle ønske at «vanlige» klesbutikker hadde hatt klær som passet større mennesker, slik at de ikke hadde trengt å handle i «tjukke-feita-butikker». Også den mannlige informant gav uttrykk for at han likte at klær i normale fasonger passet etter operasjonen, slik at han slapp unna «tjukkasfasongene». En av informantene uttrykte sine følelser for kleshandling på denne måten:

«En av grunnene til at jeg aldri har syntes det har vært noe morsomt å gå og kjøpe klær er fordi hvis jeg går i en vanlig klesbutikk og prøver de største størrelsene de har der, så har det vært for smått. (...) Jeg har ikke lyst til å utsette meg sjøl for den demotivasjonen å stå inni prøverommet og ikke få på meg det jeg har lyst til å prøve.» (Lisbeth)

Følelsen av å være misfornøyd med kroppen kom også til uttrykk på andre arenaer. Flere av de kvinnelige informantene fortalte historier fra sydenferier og hvordan de følte seg når de gikk i bikini. Det var gjennomgående at de ikke likte kroppene sine, og følte at det var svært ukomfortabelt å vise seg offentlig i badetøy. Flere var veldig selvbevisste og følte at folk så på dem. Denne informanten hadde følgende historie fra sydenturen:

«Jeg gikk rundt i Syden i 40 grader og lårene gnissa, og jeg hadde på meg en sånn badedrakt du tenker eldre damer har. Hvor det er innsydd paneler for å holde ting inne og padding i puppene. Ting som jeg aldri ville gått med, aldri i verden ellers. Var det ikke for at det var den badedrakta jeg fikk på meg. Og da følte jeg meg bare så direkte uvel over meg selv. Da jeg og damene på 70-80 år satt i den type badedrakter og de andre mødrene på min alder svømte og gikk i bikini og gjorde alle de tingene som jeg ønsker å gjøre i utgangspunktet. Og da tenkte jeg at jeg må undersøke mulighetene for å få gjort det her (gastric bypass).» (Ellen)

Det var ikke bare følelsen av å være avkledd i offentligheten som plaget informantene. Flere nevnte at overvekten også ble en utfordring i intime situasjoner, og dermed hadde negativ innvirkning på parforholdet. En av informantene kommenterte at det ble mindre sex jo rundere hun ble fordi hun ikke følte seg vel, og jo sjeldnere hun tok initiativ, jo vanskeligere trodde hun det ble for mannen å ta initiativet. En annen informant beskrev det slik:

«Likte ikke meg sjøl. Kunne ikke skjønne hvorfor mannen min likte meg heller. (...) Hadde ikke noe lyst til at han skulle ta i meg, for eksempel. (...) Selv om han prøvde å forklare at «men jeg er jo glad i deg uansett. Jeg elsker jo hver kilo». Men det hjelper ikke noe så lenge jeg ikke er glad i meg sjøl.» (Lisbeth)



Følelsen av å være mislykket og ikke like seg selv når de var overvektige var gjennomgående for flere av informantene, og en av deres største motivasjonsfaktorer for å gjennomgå operasjonen var at de ønsket å føle seg vel og ha det bedre med seg selv. Lav selvtillit og dårlig selvbilde på grunn av overvekten var noe de fleste informantene beskrev. Flere av de kvinnelige informantene beskrev blant annet situasjoner hvor de hadde blitt tilnærmet av menn, og så viste det seg at mennene egentlig ønsket å sjekke opp den pene venninnen deres. Informantene mente at mennene hadde lavere terskel for å snakke med dem først fordi overvekten gjorde dem mer «ufarlige». Andre informanter fortalte at det lave selvbildet førte til at de ikke gledet seg til sosiale sammenhenger, eller at de unngikk dem fordi de ikke følte seg komfortable i slike settinger. En av informantene fortalte følgende:

*«Jeg er opptatt av hår og sminke og klær og sånne ting. Og jeg har alltid gjort det beste ut av det jeg har. Prøvd å sminke meg og prøver å ordne håret og kle meg i, ja, prøver å finne klær som går. Men det er jo vanskelig. Og det er jo ikke noe gøy å pynte seg og gå ut fordi du føler deg ikke vel uansett hvor mye du pynter deg.» (Anne)*

Dårlig selvbilde var også en utfordring for den ene informanten i studien som ikke var i et fast forhold. Hun gav sin beskrivelse av overvektens betydning i forhold til singeltilværelsen, og fortalte at en av de største motivasjonsfaktorene hennes for å gjennomgå operasjonen var at hun ønsket «å bli en babe» og dermed få mer respons fra menn. Hun håpet også at det ville bli lettere for henne å finne en kjæreste ved å bli slankere, fordi hun følte at menn hadde følgende preferanser:

*«De velger heller ei jente som er tynn, men stygg, kontra en som er pen og tjukk. For tjukk føler jeg veldig er equal stygg. (...) For jeg har vel stoppa meg sjøl veldig på det. At jeg hele tiden har sagt at «jeg er ikke bra nok» eller «det er ingen som vil ha meg fordi jeg er så tjukk». De kjærestene jeg har hatt har vært veldig sånn at «hvis du bare er sånn og sånn, så er det bra». Så jeg har aldri følt meg bra nok for dem. Og det er vel litt det at jeg vil finne en kjæreste som kanskje poengterer det ut óg. At jeg er bra nok som jeg er. Og hvis jeg legger på meg ti kilo igjen, så er det også greit.» (Heidi)*

Hun gav også uttrykk for at hun var lei av å være annerledes, og følte at alle så på henne. Hun hadde lyst til å være den personen hun følte «gjemte seg bak fettet». Informanten uttrykte at hun hadde brukt fettet som unnskyldning dersom noe gikk galt, for å slippe å skyldes på personlige egenskaper. Men hun fant ut at det var på tide å ta et oppgjør med denne følelsen og «bli seg selv» igjen ved å gjennomgå operasjonen:

*«Det var ikke sånn jeg ville være. Men det er det å tørre å være den man skulle ha vært, og da må man jo ta alle de problemene hvor man har sagt «nei, jeg er fet, derfor skjer det og det og det». Da må man faktisk ta tak i ting og slutte å skylde på alle andre rundt seg. Andre kan ikke gjøre deg lykkelig. Du må gjøre det sjøl. Selv om det er tøft.» (Heidi)*

### **6.3 Oppsummering av kvalitative funn**

I dette delkapittelet vil resultatene fra analyseprosessen oppsummeres, og hovedfunnene relatert til informantenes motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass vil bli presentert.

Samtlige informanter gav uttrykk for at hverdagen var tyngre da de var overvektige, og at dette hadde en innvirkning på deres mobilitet og aktivitetsnivå. De beskrev utfordringer ved elementære handlinger som å kunne ta på seg støvlettene, til at de ble motivert av mer aktivitetsrelaterte ønsker som å kunne gå raskere på ski. Helse var også et gjennomgående tema, hvor informantene uttrykte frykt for å utvikle vektrelaterte sykdommer på grunn av overvekten. Et annet fellestrekk var at informantene ønsket å gjennomgå gastric bypass fordi de ville leve lenger sammen med sin familie og se sine barn vokse opp, og ikke dø tidligere på grunn av overvekten. Flere av informantene fortalte også at de ønsket å være mer aktive sammen med sine barn, og ville gjennomgå operasjonen slik at barna skulle ha et naturlig forhold til mat og vekt. Det ble også nevnt at vektreduksjonen forhåpentligvis skulle medføre at barnet ikke ville bli mobbet på grunn av morens overvekt.

Studien avdekket at temaet Kropp & Selvbilde omfavnet den største mengden meningsbærende enheter, og det var ulike aspekter ved kropp og selvbilde som ble belyst av informantene. Det var tydelig at de fleste informantene ikke likte å se sitt eget speilbilde før operasjonen, fordi de ikke følte at det var dem selv som kikket tilbake. Følelsen av at overvekten gjorde dem «ekle» og «mislykkede» ble også nevnt av flere. Det var også gjennomgående at det var vanskelig å kle seg pent, og at de dermed ikke følte seg vel med seg selv. Kleshandling var en aktivitet som flere mislikte ettersom de ikke fant klær i «vanlige» butikker, og at det var en psykisk belastning å gå inn i prøverommet og ikke få på seg klærne de ønsket å prøve.

Flere av informantene fortalte historier fra sydenturer, og negative følelser forbundet med å vise seg offentlig i badetøy, og følelsen av at folk så på dem. Disse negative følelsene ble også beskrevet i intime situasjoner, og flere informanter fortalte at sex derfor ble mindre aktuelt etter hvert som vekten økte. Årsaken til dette var ikke partnerens reaksjoner, men basert på misnøye med egen kropp. Dårlig

selvbilde var et fellestrekk for de fleste informantene, og dette hadde blant annet innvirkning på deres sosiale liv, i form av at de unngikk sosiale situasjoner eller ikke gledet seg i samme grad som da de ikke var overvektige. Studiens single informant fortalte at overvekten hadde hindret henne i å få en kjæreste, og at hun ønsket å bli slank for å bli attraktiv i menns øyne.

## **7. Diskusjon**

I dette kapitlet diskuteres ulike aspekter ved studien. Først vil motivasjonsfaktorene som ble identifisert i analyseprosessen og presentert i resultatkapitlet (kap. 6) drøftes i forhold til motivasjonsteori og eksisterende empiri på feltet. Deretter vil studiens styrker og svakheter diskuteres, etterfulgt av en vurdering av studiens relevans i et folkehelseperspektiv.

### **7.1 Motivasjonsfaktorer**

Dataanalysen avdekket at informantenes motivasjonsfaktorer kunne beskrives under fire hovedtemaer. Disse temaene ble kalt Funksjon & Aktivitet, Helse & Sykdom, Barn & Forbilde og Kropp & Selvbilde. I det følgende vil de ulike motivasjonsfaktorene drøftes i forhold til Maslows behovspyramide og organisk integreringsteori fra Deci og Ryans selvbestemmelsesteori, samt eksisterende empiri på feltet (kap. 3).

#### **7.1.1 Funksjon & Aktivitet**

Analyseprosessen avdekket at informantenes vekt var en hindring for dem i hverdagen, både i forhold til hverdagslig funksjon og mer aktiv trening. Ifølge Maslows behovspyramide (kap. 3.1) indikerer dette at informantenes vektproblematikk hindret dem i å tilfredsstille sine behov på ulike nivåer i pyramiden. Behovet for fysisk utfoldelse er ikke eksplisitt nevnt i Maslows pyramide, men muligheten til å bevege seg uten smerter og ikke føle seg hindret av vekten, kan anses som et basalt menneskelig behov. Studier viser at fedme skaper slitasje på ledd og reduserer fleksibiliteten, og det er kvinner som i sterkst grad føler at fedme er relatert til begrenset hverdagsaktivitet og mobilitet (Himes, 2000). Fysisk utfoldelse er ikke et grunnleggende fysiologisk behov som mat og vann, og funksjonsbehovet kan derfor plasseres på nivå to i pyramiden. Informantenes beskrivelser av vekten som en hindring for deres livsutfoldelse kan relateres til studier som viser at fedme har sterk negativ innvirkning på livskvaliteten, og at denne innvirkningen er sterkst relatert til nedsatt fysisk funksjon (Fontaine & Barofsky, 2001). Disse funnene gjenspeiles også i denne studien, hvor analyse av datamaterialet avdekket at vekten hadde negativ innvirkning på informantenes fysiske utfoldelse på flere hverdagslige arenaer, noe som vil beskrives i det følgende.

Informantene nevnte at vekten sto i veien for fysisk utfoldelse i sosiale sammenhenger, både sammen med barna og andre voksne. Ifølge Maslows behovspyramide kan dette tolkes dithen at tyngden hindret informantene i å oppfylle sine sosiale behov, noe som utgjør nivå tre i Maslows pyramide. Selv om motivasjonsgraden synker etter hvert som man beveger seg oppover pyramiden, fremsto likevel behovet for å føle seg komfortabel i sosiale situasjoner som en viktig faktor for informantene.

Analysen avdekket at det var de kvinnelige informantene som fokuserte mest på vektens innvirkning på mentale og sosiale aspekter. Tidligere studier viser at kvinner i høyere grad enn menn opplever at vekten har negativ psykososial innvirkning (Karlsson, Taft, Sjoström, Torgerson & Sullivan, 2003). Denne observasjonen reflekteres som sagt i analysen av informantenes uttalelser, men kan ikke klassifiseres som et sikkert funn, ettersom kun én mann deltok i studien.

Organisk integreringsteori er som nevnt tidligere en av underteoriene i Deci og Ryans selvbestemmelsesteori, og det er denne teorien som vil bli drøftet i diskusjonskapittelet. Organisk integreringsteori beskriver individets internalisering og integrering av verdier og reguleringer (Deci & Ryan, 2000). Teorien skiller mellom tre ulike hovedformer for motivasjon; indre motivasjon, ytre motivasjon og amotivasjon (kap. 3.1.2). Teorien har en relativt streng definisjon av indre motivasjon, ettersom denne typen motivasjon kun refererer til handlinger som utføres fordi individet får tilfredsstillende av å utføre selve handlingen. Ytre motiverte handlinger utføres derimot for å oppnå et resultat. Den tredje motivasjonsformen, amotivasjon, representerer individets fravær av motivasjon (Deci & Ryan, 2002).

Denne studien undersøker informantenes motivasjon for å gjennomgå gastric bypass. Med utgangspunkt i Deci og Ryans (2000) organiske integreringsteori kan det nevnes at indre motivasjon ikke anses som et relevant aspekt ved denne studien, i og med at ingen av informantene uttrykte at de ønsket å gjennomgå gastric bypass fordi de syntes dette var en tilfredsstillende handling i seg selv. Amotivasjon kommer heller ikke til å drøftes i forhold til denne studien, ettersom samtlige informanter hadde gjennomgått operasjonen, noe som innebærer tilstedeværelse av motivasjon. På bakgrunn av dette vil derfor ulike former for ytre motivasjon basert på Deci og Ryans (2000) organiske integreringsteori drøftes videre i diskusjonskapittelet.

Ytre motivasjonsfaktorer kan internaliseres i større eller mindre grad, avhengig av hvor sterkt verdiene av handlingen er integrert i individet (Deci & Ryan, 2000). Det var tydelig at informantene anså det som verdifullt å kunne oppnå bedre fysisk funksjon, være aktive sammen med barna og ha muligheten til å utføre tyngre treningsøkter. Informantenes ønske om økt fysisk utfoldelse gjenspeiles også i en studie som undersøkte motivasjonsfaktorene til pasienter som skulle gjennomgå gastric bypass (Mboyato et al., 2012). Bedre fysisk funksjon ble oppgitt som en av grunnene til at disse pasientene ønsket å gjennomgå operasjonen (Mboyato et al., 2012). Under analysen av datamaterialet fremkom det at vekten hadde en sterk innvirkning på informantenes liv i form av at redusert aktivitetsnivå hindret dem i å utføre ønskede handlinger som nevnt ovenfor. På bakgrunn av dataanalysen virket det

som om informantene mente at operasjonen hadde stor personlig betydning for dem, og at de dermed hadde en høy grad av motivasjon for å gjennomgå operasjonen. De hadde identifisert verdiene ved å gjennomføre gastric bypass, og disse fremsto som internalisert. Informantenes ønske om bedre funksjon og høyere aktivitetsnivå fremstår derfor som en del av deres identitet, noe som tilsier at disse verdiene defineres som en integrert regulering (Deci & Ryan, 2000). Denne reguleringen kjennetegnes ved at det er den mest selvbestemte formen for ytre motivasjon, noe som innebærer at handlingen utføres med høy grad av autonomi (Deci & Ryan, 2000). Handlinger som kategoriseres under integrert regulering har mange likhetstrekk med indre motiverte handlinger, men defineres som ytre motiverte handlinger ettersom de utføres for å oppnå et resultat som er uavhengig av selve handlingen (Deci & Ryan, 2000).

### **7.1.2 Helse & Sykdom**

De fleste informantene hadde relativt god helse, til tross for høy vekt. Det var likevel noen informanter som var plaget av leddsmerter, søvnapné, sure oppstøt og høyt blodtrykk. En av informantene befant seg også i grenseland i forhold til å bli diagnostisert med diabetes type 2. Studier viser at slike fedmerelaterte plager kan reduseres eller elimineres ved vektreduserende kirurgi (Bouldin et al., 2006). Det var frykten for å utvikle sykdommer og muligheten for å bli friskere som fremsto som sterke motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass. I tillegg nevnte nesten samtlige informanter at de trodde operasjonen ville føre til at de kunne leve lenger enn dersom de ikke hadde gjennomgått operasjonen. Det var særlig informantenes ønske om å leve så lenge som mulig sammen med familien som ble fremhevet. Deres frykt for redusert levetid var begrunnet, da studier viser at mennesker med fedme har kortere levetid enn normalvektige (Buchwald et al., 2004). For eksempel er forventet levetid til en mann på 25 år som lider av sykkelig overvekt redusert med omtrent 12 år sammenlignet med om han hadde vært normalvektig (Buchwald et al., 2004).

Behovet for å være frisk nevnes ikke eksplisitt i Maslows behovspyramide, men viktigheten av god helse understrekes blant annet av World Health Organization som hevder at individets høyeste oppnåelige helsetilstand er en fundamental menneskerett (WHO, 1948). God fysisk helse betraktes derfor som et relativt basalt menneskelig behov, og plasseres på nivå to i Maslows behovspyramide, noe som indikerer at dette er et elementært behov som individet har stor motivasjon for å oppfylle. Denne høye graden av motivasjon gjenspeiles i studien, hvor det var tydelig både under intervjuene og i analyseprosessen at informantene var svært motiverte for å bedre sin helsetilstand. Lignende resultater ble også funnet i en studie som inkluderte 109 pasienter med sykkelig fedme (gjennomsnittlig BMI 49.9) (Munoz et al., 2007). Resultatene konkluderte med at pasientenes ønske om å kontrollere helseproblemer utgjorde primærårsaken til å gjennomgå vektreduserende kirurgi (Munoz et al., 2007).

I denne sammenhengen er det relevant å nevne at informantene ved Aleris Overvektsklinikk hadde betydelig lavere BMI (gjennomsnittlig BMI 36.34), men det kan tyde på at bedre helsetilstand er en gjennomgående motivasjonsfaktor for pasienter som gjennomgår vektreduserende kirurgi.

Helseaspektet ble trukket frem som en sentral faktor i informantenes liv, og de ga uttrykk for at bedre helse var en viktig årsak til at de ønsket å gjennomgå gastric bypass ettersom dette temaet berørte flere livsaspekter. Dette indikerer at de verdsatte denne handlingen høyt, noe som ifølge Deci og Ryans organiske integreringsteori er sammenfallende med sterk grad av selvbestemmelse (Deci & Ryan, 2000). Informantene uttrykte ikke at de ønsket å forbedre helsen på bakgrunn av eksterne faktorer, for eksempel fordi legen hadde krevd det eller fordi det ble opplevd som et krav fra samfunnet. Deres motivasjon for å bedre helsen var i stor grad selvbestemt, noe som fremkommer gjennom informantenes uttalelser. Blant annet uttrykte informantene ønske om å leve lenger for å kunne se barna vokse opp og leve lenger sammen med familien. Det var også ønsket om å slippe smerter relatert til overvekten, og lavere sjanse for å utvikle vektrelaterte sykdommer som motiverte informantene. En av informantene uttalte også at pengene hun betalte for operasjonen ikke hadde noen betydning sammenlignet med helsa. Disse funnene indikerer at handlingen var av stor personlig betydning for informantene, og at operasjonen dermed ble utført med høy grad av selvbestemmelse. Overvektens innvirkning på helsen berørte mange aspekter ved informantenes liv, og motivasjonen deres for å bedre helsen og unngå sykdommer fremstår derfor som en integrert regulering. Denne reguleringsformen kjennetegnes ved at motivasjonsfaktorene er identifisert, og sammenfaller med personlige verdier, mål og behov (Deci & Ryan, 2002). Som nevnt i kapittel 7.1.1 er denne reguleringen den mest selvbestemte formen for ytre motivasjon, og har derfor mange likhetstrekk med indre motiverte handlinger. Integrert regulering tilhører likevel ytre motivasjon fordi man utfører handlingen for å oppnå et resultat, ikke fordi selve handlingen oppleves tilfredsstillende (Deci & Ryan, 2000).

### **7.1.3 Barn & Forbilde**

Det var ulike aspekter ved morsrollen som ble avdekket i løpet av analysen av meningsbærende enheter tilhørende Barn & Forbilde. De kvinnelige informantene fortalte at vekten hindret dem i å delta i aktiviteter sammen med barna, og at de ikke ville gå på pulverdiett fordi de ønsket at barna skulle forholde seg til ordentlig mat. De ville også at barna skulle føle at mor var fornøyd med seg selv. Det var også informanter som gav uttrykk for at de ikke ønsket å kommentere overvekten i nærheten av sine barn, fordi de ønsket at barna skulle ha et avslappet forhold til mat og vekt. En av mødrene ønsket å gå ned i vekt for å unngå at sønnen skulle bli mobbet, og hun håpet at vekttapet ville føre til at han kunne være stolt av sin mor.

Gjennom analysen av datamaterialet kan det tyde på at informantene følte at overvekten hindret dem i å utfylle morsrollen optimalt, noe som kan tolkes som at de følte at relasjonen til barna kunne vært enda bedre. Motivasjonen om å være et bedre forbilde kan derfor tenkes å kunne plasseres på nivå nummer tre i Maslows behovspyramide, ettersom det er dette nivået som omhandler tilhørighet og kjærlighet. I dette tilfellet gjelder det informantenes forhold til sine barn. Deres opplevelse av overvektens innvirkning på relasjonen til barna kan relateres til studien som påpekte at svekkede sosiale relasjoner er en psykologisk komplikasjon ved sykelig overvekt (Vander Wal & Mitchell, 2011). Analysen av uttalelsene i Barn & Forbilde avdekket også tegn på at behovspyramidens nivå fire, som omhandler anerkjennelse, ikke er dekket. Dette illustreres blant annet ved informanten som fryktet at hennes overvekt kunne medføre at sønnen ville bli mobbet, og at hun indirekte mente at sønnen ikke kunne være stolt av henne fordi hun var overvektig. Dette tyder på at behovet for anerkjennelse ikke er dekket, noe som altså utgjør det nest øverste nivået i Maslows behovspyramide. Ifølge Maslow er man ofte avhengig av å få anerkjennelse fra andre før man kan gi seg selv anerkjennelse (Larsen & Buss, 2008). Denne informanten ønsket tydeligvis sønnens anerkjennelse ved at han kunne være stolt av henne.

Informantene som uttalte seg i forbindelse med temaet Barn & Forbilde gav uttrykk for at det betød mye for dem å kunne delta i aktiviteter sammen med barna, og at de ønsket at barna skulle ha et naturlig forhold til mat og vekt. På bakgrunn av intervjuene og analysen fremkom det at disse verdiene var svært internalisert hos informantene, og dermed hadde stor personlig betydning for dem. Disse aspektene ble derfor vurdert som motivasjonsfaktorer som var integrert regulert (Deci & Ryan, 2000). Det ble også identifisert aspekter ved dette temaet som var selvbestemte i mindre grad. Dette var blant annet tilfellet med informanten som fryktet at henne overvekt skulle føre til at sønnen ble mobbet, og hennes ønske om at sønnen skulle være stolt av henne. Informanten hadde tydelig en oppfatning om at samfunnet ikke aksepterte hennes overvekt, ettersom hun var redd for at overvekten skulle føre til at sønnen ble mobbet. Hun hadde også en opplevelse av at sønnen ikke hadde noen grunn til å være stolt av henne så lenge hun var overvektig. Dette oppfattes dermed som at informanten skammet seg over vekten og ikke følte seg verdig sønnens stolthet. Indirekte kan disse uttalelsene tolkes dithen at hun er påvirket av samfunnets negative syn på overvekt.

Informantens følelse av skam kan være relatert til funnene i studien som avdekket at overvektige mennesker ofte opplever stigmatisering og diskriminering på grunn av vekten (DePierre & Puhl, 2012). Samfunnets stigmatisering av fedme gjenspeiles også i funnene i en studie utført av Malterud og Ulriksen (2010). Studien undersøkte normative aspekter ved den norske overvektidiskursen gjennom analyse av fem norske aviser. Det ble identifisert to normative domener i diskursen, hvor det



ene omhandlet advarsler mot overvekt fra et estetisk synspunkt, hvor høyere vekt medfører redusert attraktivitet. Det andre domenet refererte til manglende selvkontroll hos overvektige, hvor overvektige ble fremstilt som udisiplinerte og grådige mennesker som burde skamme seg. Studien konkluderte med at kulturell oppfatning av skyld og skam er assosiert med overvekt (Malterud & Ulriksen, 2010).

Informanten uttrykte indirekte at hun opplevde samfunnets stigmatisering fra et estetisk synspunkt, og at hun skammet seg over sin høye vekt. Dette tilsier at hun dermed hadde internalisert samfunnets negative oppfatning av overvekt. Denne observasjonen kan baseres på at informanten gav uttrykk for at hun fryktet at hennes vekt kunne få negative konsekvenser for sønnen. Ifølge organisk integreringsteori kan det tyde på at disse kritiske samfunnsverdiene, som i utgangspunktet representerer en ekstern regulering, hadde blitt såpass internalisert i informanten at de hadde blitt internt regulert (Deci & Ryan, 2000). Et av kjennetegnene ved intern regulering, ifølge organisk integreringsteori, er at mennesket straffer seg selv (Deci & Ryan, 2000). I denne informantens tilfelle var det hennes skamfølelse som fungerte som en indre straff for at hun var overvektig.

#### **7.1.4 Kropp & Selvbilde**

I likhet med de andre temaene var det også flere nyanser som ble avdekket under temaet Kropp & Selvbilde i løpet av analyseprosessen. Det viste seg at dette temaet inneholdt flest meningsbærende enheter, og det var tydelig at informantene hadde mange refleksjoner rundt dette. Det var i hovedsak de kvinnelige informantene som bidro med datamateriale under dette temaet, ettersom den mannlige informanten gav uttrykk at hans eneste motivasjonsfaktor var å bli mer aktiv. De øvrige informantene beskrev derimot sterk misnøye med eget speilbilde, og at de ikke følte seg som seg selv da de var overvektige. Det var også flere informanter som mislikte å handle klær fordi de ikke fant passende størrelser i «vanlige» klesbutikker. Det var et gjennomgående trekk blant informantene at de ikke likte å kle av seg offentlig, for eksempel på stranda i Syden. Flere nevnte at de følte seg ukomfortable og at folk så på dem. Kroppsmisnøyen ble også nevnt i forbindelse med intime situasjoner, hvor flere informanter utalte at de følte seg hindret av overvekten. Flere av informantene understreket at det ikke var partneren som uttrykte at vekten var et problem for intimitet, men det var informantenes egen misnøye med overvekten som medførte at de ikke følte seg komfortable i slike situasjoner. Denne observasjonen kan også relateres til informanten som uttalte at hun ønsket å gå ned i vekt for å bli attraktiv hos menn, ettersom disse uttalelsene tyder på at overvekten medførte at informantene anså seg selv som mindre attraktive. Deres følelse av å være misfornøyd med kroppen kan potensielt kobles til studier som viser at kvinners eget kroppsbilde blir negativt påvirket av eksponering for det tynne skjønnhetsidealet som stadig presenteres i reklame og media (Posavac, Posavac & Weigel, 2001). Slik

sosial sammenligning medfører at kvinner regelmessig sammenligner sine egne kroppar med bilder av kvinnelige skjønnhetsidealar, og dermed blir mindre fornøyd med egen kropp (Posavac et al., 2001).

Informantene gav tydelig uttrykk for at overvekten hadde negativ innvirkning på deres selvbilde. De fleste informantene gav uttrykk for at de mislikte egen kropp, og flere følte også at folk så på dem fordi de var overvektige. Disse følelsene tyder på at informantene hadde dårlig selvbilde, noe som kan relateres til studien som viste at dette er en av de psykologiske komplikasjonene hos sykkelig overvektige (Vander Wal & Mitchell, 2011). Ifølge Maslows behovspyramide befinner selvaktelse seg på nivå fire i pyramiden (Larsen & Buss, 2008). Med andre ord var ikke dette behovet oppfylt for de fleste av informantene, noe som dermed dannet et motivasjonsgrunnlag for å gjennomgå gastric bypass. Det var også et annet behov som ble avdekket gjennom analysen av tekstmaterialet. Flere av informantene uttrykte at misnøyen med egen kropp medførte at de ikke ønsket å være intime med sin partner, og at det dermed ble mindre fysisk kontakt. Dette kan tyde på at overvekten hadde innvirkning på at nivå tre i behovspyramiden ikke ble tilstrekkelig dekket, nemlig behovet for kjærlighet. I likhet med overvektens innvirkning på forholdet til informantenes barn, kan også forholdet til deres partner relateres til studien som viste at svekkede sosiale relasjoner er en psykologisk komplikasjon ved sykkelig overvekt (Vander Wal & Mitchell, 2011).

Det var også gjennomgående at informantene ikke følte seg som seg selv da de var overvektige. De fleste informantene hadde vært normalvektige da de var unge, og analyseprosessen avdekket at flere idealiserte den yngre versjonen av seg selv. Ønsket om «å bli seg selv» tyder på at informantene hadde ambisjoner om å utvikle seg som person, og kan derfor tolkes som om informantene hadde et behov for selvrealisering, noe som utgjør nivå fem i Maslows behovspyramide. Dette er det øverste behovet i pyramiden, og fokuserer på menneskets behov for å utvikle sitt fulle potensial og finne ut hvem man skal bli (Larsen & Buss, 2008).

Kropp & Selvbilde er et komplekst tema som synliggjør at overvekten hadde innvirkning på mange ulike aspekter ved informantenes liv. Det er også komplekst i forbindelse med varierende grad av selvbestemmelse ifølge organisk integreringsteori (Deci & Ryan, 2000). Et funn som ble avdekket i analyseprosessen var at informantene ofte svarte nei på direkte spørsmål om samfunnets skjønnhetsideal hadde noen innvirkning på deres opplevelse av overvekten. Gjennom informantenes uttalelser og historier ble det derimot tydelig at samfunnets stigmatisering av overvektige sannsynligvis hadde innvirkning på deres selvoppfattelse. Dette aspektet er også omtalt i forbindelse med temaet Barn & Forbilde (kap.7.1.3). Blant annet ble stigmatiseringen tydelig da flere informanter

beskrev seg selv som ekle og mislykkede, og at de følte at folk så på dem fordi de var overvektige. Disse uttalelsene indikerer at de selv følte at de ikke levde opp til samfunnets krav relatert til vekt. Lignende funn ble også identifisert i en nylig utgitt kvalitativ studie som undersøkte pasientene motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass (Mboyato et al., 2012). Studien avdekket at pasientenes psykiske opplevelse av fedmen basert på samfunnets og familiens syn på fedme, var en av pasientenes viktigste motivasjonsfaktorer for å gjennomgå operasjonen (Mboyato et al., 2012). I denne sammenhengen er det relevant å nevne at de fleste informantene som deltok i denne studien uttrykte indirekte at de følte et press fra samfunnet, men ingen av informantene nevnte at de gjennomførte operasjonen basert på press fra familien. Samtlige informanter understreket at avgjørelsen var deres egen.

De fleste informantene uttrykte indirekte at de skammet seg over sin egen kropp, noe som kan tyde på at skamfølelsen fungerte som en form for selvpåført straff for at de var overvektige (Deci & Ryan, 2000). Det faktum at flere informanter sa at de ikke følte på skjønnhetspresset, samtidig som de uttrykte stor misnøye med egen kropp og verken likte å se seg i speilet eller vise seg for andre, kan være på grunn av at de hadde internalisert samfunnets eksterne verdier i den grad at de hadde blitt internt regulert. Denne interne reguleringen av samfunnets verdier kan også eksemplifiseres ved informantene som ønsket å gå ned i vekt for å bli attraktiv i menns øyne. Hun uttalte at hun følte at det å være tjukk var det samme som å være stygg. Denne oppfatningen av overvekten kan som tidligere nevnt sannsynligvis attribueres i stor grad til samfunnets stigmatisering av overvektige.

Informantenes ønsker om å handle klær i «vanlige» butikker, like sitt eget speilbilde, føle seg komfortabel i sin egen kropp og «bli seg selv» kom også sterkt til uttrykk under analyseprosessen. Disse motivasjonsfaktorene fremsto som viktige verdier for informantene, og det fremkom at disse verdiene hadde stor innvirkning på deres liv. Høy grad av personlig betydning og internalisering medfører at disse verdiene kan defineres under integrert regulering (Deci & Ryan, 2000). Som nevnt tidligere kjennetegnes denne reguleringsformen ved at motivasjonsfaktorene er identifisert og sammenfaller med personlige verdier, mål og behov (Deci & Ryan, 2002). De overnevnte motivasjonsfaktorene ble altså fremstilt som fremtidige ønsker som informantene var sterkt motiverte for å oppnå ved å gjennomgå operasjonen.

## 7.2 Oppsummering av motivasjonsfaktorer

Informantene gav uttrykk for flere motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass. Disse var i hovedsak tilknyttet ulike aspekter ved Funksjon & Aktivitet, Helse & Sykdom, Barn & Forbilde og Kropp & Selvbilde.

Ifølge Maslows behovspyramide har mennesket ulike behov som skal dekkes, og ulik grad av motivasjon for å dekke disse behovene (Larsen & Buss, 2008). På bakgrunn av analysen av datamaterialet ble det avdekket at informantenes overvekt hindret dem i dekke flere av behovene som omtales i behovspyramiden. Deres basale fysiologiske behov var dekket, noe som utgjør det grunnleggende nivået i pyramiden. Derimot kan det tyde på at overvekten hindret informantenes funksjon og aktivitetsnivå, noe som anses som et basalt behov som plasseres på nivå to i pyramiden. Informantenes ønsker om bedre helse og lengre levetid er også fundamentale menneskelige behov som plasseres på samme nivå som funksjon og aktivitet. Flere informanter fortalte historier om at overvekten medførte at de hadde mindre lyst å være intime med partneren fordi de ikke følte seg komfortable med sin egen kropp. De fortalte også at de ikke kunne delta i aktiviteter sammen med barna og andre voksne i den grad de ønsket. Disse funnene kan tyde på at deres sosiale behov for tilhørighet og kjærlighet ikke var dekket, noe som utgjør nivå nummer tre i behovspyramiden.

Dersom man beveger seg til nivå nummer fire, finner man menneskets behov for anerkjennelse. Mange av deltakerne hadde svært detaljerte historier om hvordan overvekten hadde sterk negativ påvirkning på deres selvbilde og at de følte seg mislykkede på grunn av vekten. Dette var tydeligvis følelser som hadde festet seg i deres hukommelse, ettersom disse ofte var svært detaljerte og beskrivende. Flere av informantene uttrykte lav anerkjennelse både fra seg selv og andre, og det ble ofte nevnt at de ønsket å gjennomføre operasjonen for å like seg selv bedre. Det øverste nivået i pyramiden omhandler behovet for selvrealisering. Flere informanter uttalte at de ønsket «å bli seg selv». Dette kan være et uttrykk for at de følte at overvekten hindret dem i nå sitt fulle potensiale, noe som kan eksemplifiseres ved at en av informantene uttalte at hun ønsket å bli den beste versjonen av seg selv.

Det er med andre ord behov tilknyttet de fire øverste nivåene i behovspyramiden som informantene hadde motivasjoner om å dekke ved å gjennomgå gastric bypass. Dette kan tyde på at overvekten hadde innvirkning på svært mange ulike aspekter i informantenes liv, og sannsynligvis hadde informantene varierende grad av motivasjon for å dekke de ulike behovene. Ifølge Maslow synker motivasjonen etter hvert som man beveger seg oppover pyramiden (Larsen & Buss, 2008), men det er

relevant å understreke at informantene også uttrykte sterk grad av motivasjon for å dekke behovene som befinner seg på toppen av pyramiden.

Graden av motivasjon illustreres ved å benytte Deci og Ryans (2000) organiserte integreringsteori. Tidligere i kapitlet ble ulike reguleringer av ytre motivasjon drøftet i forhold til studiens resultater, og funnene vil oppsummeres i det følgende. Det ble konstatert at det var ytre faktorer som motiverte informantene til å gjennomgå gastric bypass. Gjennom analyse av informantenes uttalelser fremkom det at deres avgjørelse ikke var eksternt regulert, ettersom verdiene i større grad var internalisert. Samtlige informanter uttrykte at det utelukkende var deres egen avgjørelse å gjennomføre operasjonen, og ingen av dem følte seg presset av andre personer. På den annen side ble det avdekket at samfunnets oppfatning av overvekt hadde blitt internalisert hos flere informanter, i den grad at disse verdiene hadde blitt internt regulert. Dette ble blant annet tydelig gjennom deres uttalelser om at de følte seg ekle og mislykkede på grunn av overvekten. Denne skamfølelsen kan tolkes som en måte å straffe seg selv, noe som er et kjennetegn ved intern regulering (Deci & Ryan, 2000). Samfunnets stigmatisering av overvektige er også beskrevet i en studie som undersøkte relasjonen mellom fedme og kroppsbilde (Makara-Studzinska & Zaborska, 2009). Studien avdekket at samfunnets stigmatisering av personer med fedme økte sannsynligheten for internalisering av denne negative informasjonen, noe som kan medføre at personer med fedme kan føle psykisk ubehag i forhold til deres utseende (Makara-Studzinska & Zaborska, 2009). Dette kan relateres til informantenes uttalelser, og deres internalisering av samfunnets eksterne og negative verdier i forbindelse med overvekten.

Det ble identifisert mange motivasjonsfaktorer som hadde stor personlig betydning for informantene, i den grad at de falt inn under kategorien integrert regulering ifølge organisk integreringsteori (Deci & Ryan, 2000). Informantenes historier om overvektens negative innvirkning på hverdagen og deres forhåpninger i forbindelse med vekttapet, tyder på høy grad av refleksjon og selvbestemmelse i forhold til å gjennomgå gastric bypass. Det var i hovedsak informantenes ønsker om bedre funksjon, høyere aktivitetsnivå, redusert fare for å utvikle vektrelaterte sykdommer, oppnå lengre levetid, bli et bedre forbilde for barna, øke tilfredsheten med egen kropp og få et bedre selvbylde som fremsto som informantenes viktigste motivasjonsfaktorer. Disse faktorene berørte mange ulike aspekter ved informantenes liv, noe som kan forklare høy grad av personlig betydning.

Integrert regulering er den mest internaliserte formen for ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000). Det tyder derfor på at informantene valgte å gjennomgå gastric bypass basert på høy grad av selvbestemmelse, og at motivasjonsfaktorene var integrert i flere aspekter ved selvet. Som nevnt

tidligere inkluderer fordelene ved sterk grad av internalisering blant annet at individets adferd preges av høyere effektivitet, lengre utholdenhet, større grad av subjektivt velvære og bedre gruppetilpasning (Deci & Ryan, 2002). Informantenes sterke form for selvbestemmelse for å gjennomgå gastric bypass kan dermed være en indikasjon på at informantene kommer til å oppnå gode resultater i etterkant av operasjonen, med tanke på fremtidig vektnedgang.

### **7.3 Styrker og svakheter ved studien**

Kvaliteten på denne studien vil i det følgende vurderes ved å gjennomgå forskningsprosessen i detalj, og drøfte studiens styrker og svakheter basert på dens validitet (kap. 7.3.1), reliabilitet (kap. 7.3.2) og overførbarhet (kap. 7.3.3).

#### **7.3.1 Studiens validitet**

«Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten.» (Johannessen et al., 2010:230). Studiens validitet har vært i fokus gjennom alle stadier i forskningsprosessen, og denne formen for kontinuerlig kvalitetskontroll vil nå beskrives nærmere.

På bakgrunn av studiens problemstilling valgte studieansvarlig et kvalitativt forskningsdesign. Denne avgjørelsen ble tatt fordi studien tar sikte på å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, holdninger, motiver, forventninger og tanker (Malterud, 2011). Kvalitativt forskningsdesign ble også valgt fordi det egner seg til utvikling av nye beskrivelser, noe denne studien har intensjoner om å skape, basert på informantenes uttalelser om deres motivasjon for å gjennomgå gastric bypass-operasjon. Studieansvarlig fikk godkjenning til å gjennomføre studien av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (vedlegg 5) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 6) før datainnsamlingen ble igangsatt. Vurdering av studien konkluderte med at den ikke ville medføre skadelige konsekvenser. Etter henvendelse til Aleris Overvektsklinikk ble det avtalt at rekrutteringen kunne utføres gjennom deres mestringskurs. Det kan være en svakhet ved studien at informantene ble rekruttert fra en privat klinikk, fordi deres motivasjon for å gjennomføre operasjonen kan ha vært høyere ettersom de selv valgte å finansiere den. Dette kan ha influert resultatene, men det er uvisst i hvilken grad og på hvilken måte. På den andre siden har samtlige informanter samme utgangspunkt for å delta i studien ettersom de ble rekruttert fra samme klinikk.

Semistrukturerte livsverdensintervjuer ble valgt som datainnsamlingsmetode, og studieansvarlig tok utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 1). Det kan anses som en svakhet ved studien at det ikke ble utført et pilotintervju for å teste intervjuguiden i forkant av de semistrukturerte livsverdensintervjuene. Denne avgjørelsen ble tatt på grunnlag av at studiens begrensede informantantall ikke tillot et pilotintervju. På den andre siden hadde studieveileder og studieansvarlig en grundig gjennomgang av intervjuguiden, og gjorde diverse endringer og forbedringer før den ble godkjent i fellesskap.

Ideelt sett hadde informantene blitt intervjuet like før de skulle gjennomgå gastric bypass-operasjon, ettersom problemstillingen tar utgangspunkt i informantenes motivasjon for operasjon. Dette ble ikke godkjent av Aleris Overvektsklinikk, og rekrutteringen ble derfor gjennomført ved mestringskursene tre måneder etter operasjonstidspunkt. Det faktum at intervjuene ble gjennomført i etterkant av operasjonen kan derfor betegnes som en svakhet ved studien. Den retrospektive vinklingen kan ha innvirket på resultatene, og det er mulig informantene ville uttalt seg annerledes dersom studien hadde blitt utført i forkant av operasjon. Intervjuguiden dannet grunnlaget for intervjuene, og besto av enkle spørsmål som oppfordret til refleksjon hos informantene. Spørsmålene ble misforstått i noen tilfeller, noe som medførte at studieansvarlig gjentok spørsmålet eller omformulerte det. Det var også tilfeller hvor studieansvarlig ikke hørte eller ikke skjønnte informantenes uttalelser, og spurte dem derfor om de kunne gjenta eller forklare det de hadde sagt.

Det anses som en styrke ved studien at studieansvarlig har gjennomført både intervjuer og transkribering, ettersom «den som selv var deltaker i samtalen, husker gjerne momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydning for meningen i teksten.» (Malterud, 2011:77). Studieansvarlig valgte å transkribere intervjuene ordrett, noe som innebar registrering av «eeh»'er, lyder og lignende. Informantens ansiktsuttrykk, tonefallsendringer og annen nonverbal kommunikasjon ble også notert. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan ordrett transkripsjon være relevant for den psykologiske fortolkningen av for eksempel intervjupersonens engstelsesnivå eller betydningen av benektelser.

Til tross for presis transkribering er det umulig å gjenskape intervjusituasjonen. «Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det vi skal studere.» (Malterud, 2011:75). Informasjonstap i denne prosessen er med andre ord nærmest uunngåelig, noe som kan anses som en svakhet ved studien ettersom potensielt tap av informasjon kan ha innvirket på resultatene. Det var også eksempler på at informantene uttalte seg usammenhengende og i noen tilfeller uforståelig. Dette ble ikke oppfattet underveis i samtalen, men ble avdekket under

transkriberingen. Det er også mulig at relevant informasjon kan ha gått tapt i disse tilfellene, noe som kan betegnes som en svakhet ved studien.

Studieansvarlig valgte systematisk tekstkondensering som analysemetode (kap. 5.6.2). Denne metoden ble valgt fordi den egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2011). Teksten ble analysert i flere trinn, og studieansvarlig identifiserte informantenes motivasjonsfaktorer ved å stille seg følgende spørsmål under gjennomlesning av transkripsjonene; «hvorfor ønsket informantene å gjennomgå gastric bypass?». Svarene på dette spørsmålet ville avdekke deres motivasjon for operasjonen. Basert på den tverrgående analysen identifiserte studieansvarlig fire hovedtemaer som var gjennomgående og sammenfallende for flere informanter. Studieveileder hadde lest samtlige transkripsjoner og delte studieansvarliges oppfatning. Det vurderes som en styrke ved studien at to forskere samarbeidet i analyseprosessen. Troverdigheten styrkes ved å la andre kompetente personer analysere det samme datamaterialet for å se om de kommer frem til samme fortolkning (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Studieansvarlig valgte å gjennomføre en mild redigering av informantsitatene som presenteres i studiens resultatkapittel (kap. 6). Denne beslutningen ble tatt for å øke leservennligheten, samt for å unngå latterliggjøring av informantenes uttrykk. Ifølge Malterud (2011) er det som regel riktig å redigere teksten i noen grad. Studieansvarlig reflekterte over at denne avgjørelsen potensielt kunne medføre en manipulasjon av virkeligheten, men anså det som en forsvarlig beslutning. For å sikre at meningsholdet i informantenes sitater ikke ble endret under redigeringen, laget studieansvarlig et dokument som inneholdt både informantenes ordrette uttalelser og de redigerte sitatene. På denne måten ble det mulig å fastslå at meningsholdet var intakt etter redigeringsprosessen.

### **7.3.2 Studiens reliabilitet**

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) omhandler reliabilitet forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. «Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere.» (Kvale et al., 2009:250). Reproduksjon kan bli en utfordring i kvalitative studier, ettersom det ofte er samtalen som styrer datainnsamlingen, og kunnskapsutviklingen dermed er et samspill mellom de aktuelle partene som deltar i samtalen på et bestemt tidspunkt (Johannessen et al., 2010). Det vil også være vanskelig for en annen forsker å kopiere en annen forskers kvalitative forskning, ettersom observasjoner er verdiladet og



kontekstavhengige. En tredje utfordring ved reproduksjon er at ingen har samme erfaringsbakgrunn som forskeren, og ulike forskere vil derfor tolke dataene ulikt (Johannessen et al., 2010).

I kvalitative studier kan forskeren derfor styrke studiens reliabilitet gjennom inngående beskrivelse av konteksten, og en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten gjennom hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010). En slik detaljert beskrivelse av forskningsprosessen er omtalt i studiens metodekapittel (kap. 5), noe som kan bidra til å styrke studiens reliabilitet. Ifølge Malterud (2011) påvirker forskeren hele forskningsprosessen, fra valg av problemstilling til formidling av konklusjoner. «Kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling.» (Malterud, 2011:38). Studieansvarliges påvirkning på kunnskapen som er produsert i denne studien vil også vektlegges i forhold til drøfting av studiens reliabilitet.

I forbindelse med rekrutteringen var studieansvarlig påpasselig med å understreke at studien var en masteroppgave ved Universitetet for miljø- og biovitenskap, slik at potensielle informanter var klare over det var en uavhengig studie som ikke ville påvirke deres relasjon til Aleris Overvektsklinikk. Det ble også informert om at studien var anonym og konfidensiell. Totalt seks deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene meldte sin interesse, og studieansvarlig innhentet deres kontaktinformasjon.

Fire av intervjuene ble gjennomført på Aleris Overvektsklinikk, og av praktiske årsaker ble de to øvrige intervjuene gjennomført på informantens arbeidssted og i studieansvarliges leilighet. Det er mulig at variasjoner i intervjusted kan ha påvirket informantenes svar, og at informantene som ble intervjuet på Aleris Overvektsklinikk hadde en følelse av at studieansvarlig hadde en relasjon til klinikken og dermed følte at de i større grad måtte opptre lojalt overfor klinikken. På den andre siden omhandlet studien motivasjon *før* kirurgi, noe som tilsier at intervjuene i stor grad omhandlet tiden før informantene opprettet en relasjon til Aleris Overvektsklinikk.

Det ble identifisert flere praktiske fordeler ved å gjennomføre intervjuene på Aleris Overvektsklinikk. Blant annet hadde informantene kjennskap til intervjustedet, og det var gode parkeringsmuligheter i nærheten. Informanten som ønsket å bli intervjuet på eget arbeidssted befant seg i kjente omgivelser, noe som skapte trygge rammer for intervjuet. Informanten som av praktiske årsaker ble intervjuet i studieansvarliges leilighet befant seg i ukjente omgivelser, men uttrykte ingen form for skepsis i forhold til dette. Det kan likevel ikke utelukkes at de ulike intervjustedene kan ha påvirket resultatene, men det er uvisst i hvilken grad og på hvilken måte.

«Forutsetningen for et godt materiale er at deltakeren kjenner seg trygg og ivaretatt, og at samtalen foregår på en måte der intervjueren ikke har svarene klare på forhånd.» (Malterud, 2011: 67-68). Studieansvarlig var bevisst på å skape trygge rammer rundt samtlige intervjuer. Dette ble gjort ved å tenne stearinlys og dekke bordet med frukt, nøtter og varm drikke. Studieansvarlig ønsket deretter informantene velkommen og brukte noen minutter på å snakke om løst og fast. De første minuttene er avgjørende, ettersom informantene i løpet av denne tiden ønsker å få en oppfatning av intervjueren før de begynner å snakke om sine opplevelser og følelser til en fremmed (Kvale et al., 2009). Utseende er også en faktor som kan ha innvirkning på relasjonen mellom intervjuer og informant, og kan potensielt skape avstand mellom partene (Johannessen et al., 2010). Studieansvarlig var bevisst på å være ikledd nøytrale klær ved samtlige intervjuer, for å sikre at utseendet ikke skulle ha negativ innvirkning på informantene.

I tråd med anbefalingene til Kvale og Brinkmann (2009) begynte studieansvarlig intervjuene med en forhåndsskrevet innledning (vedlegg 2) hvor formålet med studien ble beskrevet. Det ble også opplyst om at informantene var anonyme og at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. Informantene ble også informert om sine rettigheter i forhold til å kunne trekke seg fra studien når som helst. Deretter ble de informerte utdelt skriftlig informasjon om studien og deres rettigheter (vedlegg 3), etterfulgt av et skjema om informert samtykke (vedlegg 4). Samtlige informanter underskrev, og gav uttrykk for at de ønsket å delta. Studieansvarlig underskrev også på samtlige samtykkeerklæringer.

Deretter informerte studieansvarlig om at intervjuet ville bli tatt opp på bånd for deretter transkriberes. Ingen informanter hadde innvendinger til dette, og studieansvarlig hadde inntrykk av at informantene ikke lot seg affisere av lydopptakerens tilstedeværelse. Studieansvarlig utførte en rask lydtest for å sjekke at lydopptakeren fungerte før den ble plassert på bordet. Lydopptakeren medførte at studieansvarlige kunne vie større oppmerksomhet til informantene, og notere ved behov. Malterud (2011) oppfordrer til å ta notater som i ettertid kan fungere som nyttig tilleggsinformasjon til lydopptaket. Studieansvarlig var likevel bevisst på ikke å konsentrere seg om notatene i den grad at det gikk på bekostning av kontakten med informanten.

Forskningsintervjuet innebærer en asymmetrisk maktrelasjon, hvor intervjueren har vitenskapelig kompetanse. Intervjueren definerer også intervjusituasjonen, bestemmer temaet for intervjuet, stiller spørsmål og avslutter samtalen (Kvale et al., 2009). Studieansvarlig var oppmerksom på denne asymmetrien, og forsøkte å skape en god kontakt ved å lytte oppmerksomt og vise interesse, forståelse

og respekt for intervjupersonens uttalelser (Kvale et al., 2009). Spørsmålene var utarbeidet på forhånd og basert på en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). Spørsmålene var enkle og oppfordret til refleksjon rundt informantens motivasjon for å gjennomgå gastric bypass-operasjon. Studieansvarlig var bevisst på at intervjuene skulle ha et uanstrengt preg, og tilpasset derfor spørsmålsrekkefølgen i forhold til de ulike intervjuforløpene. Studieansvarlig sørget likevel for at spørsmålene ble besvart av samtlige informanter.

Intervjuene ble innledet med enkle spørsmål som verken kunne skremme eller provosere informanten. Dette blir anbefalt ettersom det er i den første fasen at forskeren etablerer en relasjon og et tillitsforhold til informanten (Johannessen et al., 2010). Videre i intervjuet var det fokus på å følge Malteruds (2011) råd om at intervjueren ikke skulle ha svarene klare på forhånd. Studieansvarlig var derfor oppmerksom på informantens uttalelser og stilte oppfølgingsspørsmål for å oppfordre dem til å utbrodere relevante temaer. Det oppsto noen tilfeller hvor informantene snakket om temaer som ikke var relevante i forhold til problemstillingen, men studieansvarlig valgte likevel å la informantene få anledning til å snakke om dette til en viss grad, ettersom det var temaer som tydelig opptok informantene. Etter en liten stund ble informantene stilt spørsmål som ledet dem tilbake til relevante temaer. Studieansvarlig oppdaget også at informantuttalelser som i utgangspunktet kunne fremstå irrelevante, viste seg å være en døråpner til temaer som omhandlet deres motivasjon.

Til tross for at studieansvarlig var bevisst på sin forforståelse, ble informantene likevel stilt noen ledende spørsmål under intervjuene. Dette har sannsynligvis sammenheng med studieansvarliges journalistiske bakgrunn, hvor man ofte oppsøker intervjuobjekter som skal belyse en forhåndsbestemt vinkling. Studieansvarlig har vært oppmerksom på ledende spørsmål i transkriberings- og analyseprosessen for å identifisere innslag av egen forforståelse, og dermed skille disse fra informantens egne uttalelser. Studieansvarliges journalistiske bakgrunn kan på den andre siden ha tilført positive aspekter til forskningsintervjuene, blant annet gjennom erfaring med å skape trygge intervjusituasjoner og opprette gode relasjoner til intervjuobjektene. Et annet aspekt er studieansvarliges sensitivitet overfor nonverbal kommunikasjon, og evnen til å stille relevante oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene ble avsluttet med en debriefing, hvor informantene ble spurt om de hadde noe å tilføye. «Dette gir intervjupersonen en ekstra mulighet til å ta opp temaer han eller hun har tenkt på eller bekymret seg for under intervjuet.» (Kvale et al., 2009:142). Noen av informantene benyttet seg av denne muligheten. Det var også noen informanter som fortsatte å snakke om deres motivasjon etter at

lydopptakeren var slått av. I disse tilfellene ba studieansvarlig om tillatelse til å slå på lydopptakeren igjen, slik at de kunne gjenta det de hadde sagt, og det ble mulig å stille oppfølgingsspørsmål. Studieansvarlig oppfattet informantene som svært oppriktige og åpenhjertige. Det var ingen spørsmål de ikke ønsket å svare på, og informantene var veldig personlige i sine historier og uttalelser. Det kan likevel ikke utelukkes at informantene holdt tilbake relevant informasjon som kunne hatt innvirkning på resultatene.

### **7.3.3 Studiens overførbarhet**

Overførbarhet indikerer at det finnes grenser og betingelser for hvordan studiens funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført. (Malterud, 2011). Ifølge Malterud er overførbarhet en forutsetning for at kunnskap kan deles med andre, og utvalgsstrategien er en viktig betingelse som er med på å bestemme hvor grensene går ettersom utvalget påvirker våre tolkninger og funn. Studiens utvalgsstrategi vil derfor beskrives videre i detalj for å drøfte studiens overførbarhet.

«Ved kvalitative tilnærminger må forskeren etablere et særlig skarpt blikk på utvalgets egenart og den betydning dette har for overførbarheten av kunnskapen som utvikles.» (Malterud, 2011:55). På bakgrunn av studiens problemstilling var det imperativt at informantene hadde gjennomgått gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk. Denne klinikken ble valgt fordi den utmerket seg som Norges største aktør innen kirurgisk behandling av overvekt, og studieansvarlig tok derfor kontakt med daværende leder for klinikken, Anine Medin.

Det faktum at informantene ble rekruttert fra en privat klinikk innebærer flere faktorer som kan ha påvirket resultatene. Først og fremst fordi informantene var motiverte til å gjennomgå operasjonen i den grad at de selv valgte å finansiere den. Dette indikerer at informantene er relativt ressurssterke individer. Det er også en indikasjon på at informantene opplevde høy grad av sosial støtte, ettersom de fleste hadde familier som støttet dem i deres avgjørelse. Informantene hadde også relativt god helse, til tross for høy vekt. Dette er også en faktor som kan ha innvirket på resultatene, ettersom informanter med dårligere helsetilstand kanskje ville hatt andre motivasjoner for å gjennomgå vektreduserende kirurgi. En annen dimensjon som må tas i betraktning i forhold til informantene er at samtlige uttrykte høy grad av tilfredshet med å ha gjennomgått operasjonen. Mindre fornøyde pasienter ville kanskje ikke ønsket å delta i en motivasjonsstudie. Dette er faktorer som kan ha innvirket på resultatene på ulik måte og i ulik grad, og som dermed kan utgjøre en svakhet ved studien.

Som nevnt i kapittel 5.2 ønsket studieansvarlig i utgangspunktet å rekruttere informanter like i forkant av operasjonstidspunktet, men dette ble ikke godkjent av Aleris Overvektsklinikk. Konklusjonen ble derfor at rekrutteringen skulle gjennomføres under klinikkens tremåneders mestringskurs, og studieansvarlig vurderte det slik at informantene på dette tidspunktet fremdeles ville ha motivasjonsfaktorene relativt friskt i minne. Den retrospektive vinklingen innebærer likevel at det er fare for informasjonstap hos informantene ettersom intervjuene utføres i overkant av tre måneder etter operasjonsdatoen. Dette potensielle informasjonstapet kan ha innvirket på resultatene, og utgjør en svakhet ved studien. Studieansvarlig registrerte også at informantene sammenlignet tiden før operasjonen med nåtiden, noe som også kan ha påvirket resultatene og dermed representerer en svakhet ved studien. Dersom informantene hadde blitt intervjuet i forkant av operasjonen, ville de ikke hatt anledning til å sammenligne livet før og etter vektreduksjonen.

Samtlige deltakere ved fire mestringskurs som ble arrangert ved Aleris Overvektsklinikk ble informert om studien, og totalt seks deltakere som ønsket å delta i studien oppfylte inklusjonskriteriene om å ha gjennomgått gastric bypass, samt å ha mulighet til å stille til intervju i Oslo-området. Faktorer som kjønn og alder ble ikke valgt som inklusjonskriterier, ettersom det ikke meldte seg nok informanter i løpet av rekrutteringsperioden til at studieansvarlig hadde anledning til å spesifisere inklusjonskriteriene ytterligere. Dette kan representere en svakhet ved studien, ettersom utvalget besto av én mann (17 %) og fem kvinner (83 %), og alderen varierte fra 36-59 år (gjennomsnittsalder 46.7 år).

Det kunne vært ønskelig at utvalget hadde hatt en mer balansert kjønnsfordeling, men det var ikke flere menn som meldte seg som informanter. Fordelingen er likevel relativt representativ, ettersom kvinner utgjør 76 % av pasientene som gjennomgår gastric bypass ved Aleris Overvektsklinikk (Gislason, personlig meddelelse). Utvalgets gjennomsnittsalder (46.7 år) er noe høyere enn gjennomsnittsalderen for pasientene som gjennomgår gastric bypass ved klinikken (39 år) (Gislason, personlig meddelelse). Det faktum at den mannlige informant hadde en relativt ensrettet motivasjon, medførte at de kvinnelige informantene uttalte seg i større grad i forhold til de ulike motivasjonsfaktorene. Man kan bare spekulere i om kjønn er en faktor som påvirket informantenes motivasjon, ettersom kun én mannlig informant deltok i studien. Man kan også spekulere i om alder er en faktor som hadde innvirkning på informantenes motivasjon. Samtlige informanter kan nærmest betegnes som middelaldrende, og det er mulig at en større aldersspredning i utvalget ville påvirket resultatene. På bakgrunn av studiens tidsaspekt ble rekrutteringen avsluttet da seks informanter meldte sin interesse, noe som resulterte i at utvalget ble begrenset i forhold til informantenes kjønn og alder.

På bakgrunn av utvalgsstrategien kan informantene karakteriseres som et strategisk utvalg. «Strategisk utvelgelse vil si at forskeren først tenker igjennom hvilken målgruppe som må delta for at han skal få samlet nødvendige data, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen.» (Johannessen et al., 2010). Antall informanter ble valgt på bakgrunn av studiens tidsperspektiv, og kan fremstå begrenset. Dette er en eksplorerende studie som ikke påtar seg en heldekkende beskrivelse av feltet, noe som kan forsvare informantantallet. Ifølge Malterud (2011) kan fire til syv informanter være tilstrekkelig hvis forskeren har gjort godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse.

Denne eksplorerende og retrospektive studien har undersøkt hva som motiverte informantene til å gjennomgå gastric bypass-operasjon ved Aleris Overvektsklinikk, og funnene er presentert i studiens resultatkapittel (kap. 6). Studiens spesifikke valg av klinikk og begrensede informantutvalg medfører at studiens overførbarhet er avgrenset. Ifølge Malterud (2011) er det likevel mulig at et funn fra en særegen kontekst kan representere et gjennombrudd av forståelse, ved at det forteller noe viktig om et allment fenomen. På den måten kan beskrivelsene utviklet i denne studien likevel anvendes for formål av mer allmenn karakter. En mulighet er å bruke denne studien som utgangspunkt for å videreføre undersøkelsene i en større kontekst og utføre en mer heldekkende beskrivelse av pasienters motivasjon for å gjennomgå gastric bypass.

Det kan likevel tyde på at studien har ekstern validitet. Hovedfunnene er i stor grad sammenfallende med resultatene som fremkom gjennom en studie som inkluderte 109 pasienter med sykelig fedme (gjennomsnittlig BMI 49.9), hvor pasientene gjennomgikk vektreduserende kirurgi mellom 1999 og 2002 (Munoz et al., 2007). Resultatene konkluderte med at pasientenes helsetilstand var primærårsaken til at de ønsket å gå ned i vekt, og en signifikant andel av pasientene oppgav vektens innvirkning på psyke og livskvalitet som en viktig motivasjonsfaktor for å gjennomgå operasjonen (Munoz et al., 2007). Til tross for at informantene som deltok i denne studien var betydelig tyngre enn informantene fra Aleris Overvektsklinikk (gjennomsnittlig BMI 36.34), er det klare likhetstrekk mellom informantenes motivasjonsfaktorer, noe som bidrar til å styrke studiens overførbarhet.

## 7.4 Studiens relevans i et folkehelseperspektiv

Det er fastslått at 40 % av den norske befolkningen er overvektige (SSB, 2008). Den høye andelen tilsier at vektutfordringen bør prioriteres på den nasjonale agendaen. Ifølge Folkehelseovens § 24 skal Helsedirektoratet følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid (Folkehelseoven, 2011). Ifølge Folkehelseovens § 25 skal Nasjonalt folkehelseinstitutt overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet (Folkehelseoven, 2011).

Som nevnt innledningsvis er økningen i gjennomsnittlig kroppsvekt så sterk at mange mener vi står overfor en global epidemi med store samfunnsmessige konsekvenser (Ulset et al., 2007). Denne utviklingen har medført at stadig flere velger å gjennomgå vektreduserende kirurgi for å gå ned i vekt, og gastric bypass utgjør omtrent 90 % av vektreduserende operasjoner som utføres i Norge (Hofso et al., 2011). Aleris Overvektsklinikk har gjennomført omtrent fire tusen vektreduserende operasjoner siden klinikkens oppstart i 2005, og gastric bypass utgjorde 67 % av operasjonene som ble utført ved klinikken i 2012 (Husnes, personlig meddelelse). Ifølge leder ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold, professor Jøran Hjelmesæth, vil det bli utført i overkant av 3000 vektreduserende operasjoner totalt i offentlig og privat sektor i Norge i 2013 (Hjelmesæth, personlig meddelelse).

Disse tallene tyder på at vektreduserende kirurgi er en økende trend i Norge, og dermed et relevant tema i folkehelsesammenheng. Denne studien har tatt sikte på å beskrive informantenes motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass-operasjon, noe som hittil har vært et relativt lite utforsket felt. I et folkehelseperspektiv er det relevant å få opplysninger om motivasjonsfaktorene som danner grunnlaget for at en stadig høyere andel av befolkningen ønsker å gjennomgå gastric bypass, for dermed å øke kunnskapen omkring en vektreduserende metode som blir stadig mer utbredt, men som også medfører risiko for pasientene. Studien kan benyttes som utgangspunkt for å videreføre undersøkelsene i en større kontekst, hvor man kan gjennomføre mer omfattende forskning av pasienters motivasjon for å gjennomgå gastric bypass og vektreduserende kirurgi generelt. Overvekt og fedme påvirker utvilsomt folkehelsen, og gjennom økt forståelse av årsakene til at stadig flere nordmenn ønsker å gjennomgå gastric bypass, kan man utvikle mer kunnskap om dette feltet. Til tross for at vektreduserende kirurgi utføres i stadig høyere grad, er det viktig å understreke at dette er et reparerende tiltak som iverksettes i etterkant av fedmeutvikling. Samfunnet bør fokusere på igangsettelse av preventive tiltak som kan bidra til å forebygge overvekt og fedme i befolkningen.

## **8. Avsluttende oppsummering og veien videre**

Denne kvalitative og eksplorerende studien har beskrevet hvilke faktorer som motiverte seks pasienter ved Aleris Overvektsklinikk til å gjennomgå gastric bypass-operasjon. Funnene viste at motivasjonsfaktorene kunne samles under følgende temaer; Funksjon & Aktivitet, Helse & Sykdom, Barn & Forbilde og Kropp & Selvbilde. Resultatene avdekket at informantenes motivasjonsfaktorer for å gjennomføre operasjonen var av stor personlig betydning for dem. Dette tyder på at informantene valgte å gjennomgå gastric bypass basert på høy grad av selvbestemmelse, og at verdiene som dannet grunnlaget for avgjørelsen i høy grad var internalisert. Til tross for at informantenes avgjørelse om å gjennomgå operasjonen i høy grad opplevdes som selvbestemt, viste det seg at samfunnets negative oppfatning av overvekt hadde blitt internalisert hos flere informanter. Resultatene indikerte også at overvekten hadde negativ innvirkning på informantenes livskvalitet og hindret dem i å dekke flere menneskelige behov.

Datamaterialet som dannet grunnlaget for analysen inneholdt mange interessante tilleggsaspekter ved overvekten som ble belyst av informantene. Disse aspektene kan frembringe aktuelle forskningsvinkler for fremtidige studier om gastric bypass. Blant annet kan man undersøke informantenes fravær av sultfølelse og endrede smaksans etter operasjonen. Det kan også være interessant å se nærmere på i hvilken grad media og reklame påvirker menneskers avgjørelse om å gjennomgå gastric bypass. Et annet spennende alternativ kan være å undersøke i hvilken grad informantenes sosiale nettverk har innvirkning på vektresultatet de oppnår etter operasjonen.

Det kan også være et alternativ å bruke informantene i denne studien som utgangspunkt for en oppfølgingsstudie. Deres motivasjonsfaktorer for å gjennomgå gastric bypass er beskrevet i denne studien, og man kan dermed undersøke i hvilken grad deres motivasjon resulterte i et tilfredsstillende varig vekttap, eksempelvis målt fem år etter operasjonstidspunktet. I en slik sammenheng kan man også analysere i hvilken grad informantene har oppnådd det de ønsket ved å gjennomgå gastric bypass.



## Litteraturliste

- Aleris. (2012). *Pasientinformasjon Gastric Bypass*: Aleris.
- Ashrafian, H., le Roux, C. W., Darzi, A. & Athanasiou, T. (2008). Effects of bariatric surgery on cardiovascular function. *Circulation*, *118*(20), 2091-2102.  
doi:10.1161/circulationaha.107.721027
- Azizi, F. (2013). Bariatric surgery for obesity and diabetes. *Arch Iran Med*, *16*(3), 182-186.  
doi:013163/aim.0012
- Bouldin, M. J., Ross, L. A., Sumrall, C. D., Loustalot, F. V., Low, A. K. & Land, K. K. (2006). The effect of obesity surgery on obesity comorbidity. *Am J Med Sci*, *331*(4), 183-193.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K. & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *292*(14), 1724-1737.  
doi:10.1001/jama.292.14.1724
- Burgmer, R., Petersen, I., Burgmer, M., de Zwaan, M., Wolf, A. M. & Herpertz, S. (2007). Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg*, *17*(6), 785-791.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development and Well-Being. *American Psychologist*, *55*(1), 68-78.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, *49*(3), 182-185. Hentet fra <http://www.anitacrawley.net/Resources/Articles/Deci%20and%20Ryan.pdf>
- DePierre, J. A. & Puhl, R. M. (2012). Experiences of weight stigmatization: a review of self-report assessment measures. *Obes Facts*, *5*(6), 897-918. doi:10.1159/000346259
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <http://www.lovddata.no/all/hl-20110624-029.html#25>
- Fontaine, K. R. & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, *2*(3), 173-182. doi:10.1046/j.1467-789x.2001.00032.x
- Gislason, H. (personlig meddelelse, 06.05.13). Fagansvarlig kirurg ved Aleris Overvektsklinikk [Møte ved Aleris Overvektsklinikk].
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W. & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, *27*(11), 1300-1314. doi:10.1038/sj.ijo.0802410
- Hill, J. O. & Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, *280*(5368), 1371-1374.
- Himes, C. L. (2000). Obesity, disease, and functional limitation in later life. *Demography*, *37*(1), 73-82.
- Hjelmesæth, J. (personlig meddelelse, 18.04.13). Leder ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold [Telefonsamtale].

- Hofso, D., Aasheim, E. T., Sovik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R., . . . Hjelmesaeth, J. (2011). [Follow-up after bariatric surgery]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *131*(19), 1887-1892. doi:10.4045/tidsskr.10.1463
- Husnes, S. O. (personlig meddelelse, 29.04.13.). Leder ved Aleris Overvektsklinikk [Møte ved Aleris Overvektsklinikk].
- Jakobsen, G. S., Hofso, D., Roislien, J., Sandbu, R. & Hjelmesaeth, J. (2010). Morbidly obese patients--who undergoes bariatric surgery? *Obes Surg*, *20*(8), 1142-1148. doi:10.1007/s11695-009-0053-y
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Karlsen, T. I., Lund, R. S., Roislien, J., Tonstad, S., Natvig, G. K., Sandbu, R. & Hjelmesaeth, J. (2013). Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health Qual Life Outcomes*, *11*, 17. doi:10.1186/1477-7525-11-17
- Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjostrom, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes (Lond)*, *31*(8), 1248-1261. doi:10.1038/sj.ijo.0803573
- Karlsson, J., Taft, C., Sjostrom, L., Torgerson, J. S. & Sullivan, M. (2003). Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *Int J Obes Relat Metab Disord*, *27*(5), 617-630. doi:10.1038/sj.ijo.0802272
- Kissler, H. J. & Settmacher, U. (2013). Bariatric surgery to treat obesity. *Semin Nephrol*, *33*(1), 75-89. doi:10.1016/j.semnephrol.2012.12.004
- Kvale, S., Brinkmann, S. & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2008). *Personality psychology: domains of knowledge about human nature*. Boston, Mass.: McGraw-Hill.
- Latner, J. D., O'Brien, K. S., Durso, L. E., Brinkman, L. A. & MacDonald, T. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes (Lond)*, *32*(7), 1145-1152. doi:10.1038/ijo.2008.53
- Lier, H. O., Biringer, E., Stubhaug, B., Eriksen, H. R. & Tangen, T. (2011). Psychiatric disorders and participation in pre- and postoperative counselling groups in bariatric surgery patients. *Obes Surg*, *21*(6), 730-737. doi:10.1007/s11695-010-0146-7
- Makara-Studzinska, M. & Zaborska, A. (2009). [Obesity and body image]. *Psychiatr Pol*, *43*(1), 109-114.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2010). "Norwegians fear fatness more than anything else"--a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Educ Couns*, *81*(1), 47-52. doi:10.1016/j.pec.2009.10.022
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *6*(4). doi:10.3402/qhw.v6i4.8404
- Martins, C., Strommen, M., Stavne, O. A., Nossum, R., Marvik, R. & Kulseng, B. (2011). Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity--changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obes Surg*, *21*(7), 841-849. doi:10.1007/s11695-010-0131-1
- Mboyato, S., Somasse, E. & Coppieters, Y. (2012). [Qualitative analysis of factors supporting the motivation for gastric bypass]. *Rev Med Brux*, *33*(5), 457-465.
- Munoz, D. J., Lal, M., Chen, E. Y., Mansour, M., Fischer, S., Roehrig, M., . . . le Grange, D. (2007). Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obes Surg*, *17*(11), 1487-1491.

- Neher, A. (1991). Maslow's Theory of Motivation: A Critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(3), 89-112. Hentet fra <http://www.uk.sagepub.com/fineman/Reading%20On/Chapter%2004c%20-%20Neher.pdf>
- Passer, M. W. (2009). *Psychology: the science of mind and behaviour*. London: McGraw-Hill.
- Posavac, H. D., Posavac, S. S. & Weigel, R. G. (2001). Reducing the Impact of Media Images on Women At Risk For Body Image Disturbance: Three Targeted Interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 324-340. Hentet fra <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.20.3.324.22308?journalCode=jscp&>
- Sjostrom, L., Gummesson, A., Sjostrom, C. D., Narbro, K., Peltonen, M., Wedel, H., . . . Carlsson, L. M. (2009). Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial. *Lancet Oncol*, 10(7), 653-662. doi:10.1016/s1470-2045(09)70159-7
- SSB. (2008). Hentet fra <http://www.ssb.no/helseforhold/>
- Suter, M. & Giusti, V. (2013). [Bariatric surgery in 2013: principles, advantages and disadvantages of the available procedures]. *Rev Med Suisse*, 9(379), 658, 660-653.
- Ulset, E., Undheim, R. & Malterud, K. (2007). [Has the obesity epidemic reached Norway?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127(1), 34-37.
- van Hout, G. C., Verschure, S. K. & van Heck, G. L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg*, 15(4), 552-560. doi:10.1381/0960892053723484
- Vander Wal, J. S. & Mitchell, E. R. (2011). Psychological complications of pediatric obesity. *Pediatr Clin North Am*, 58(6), 1393-1401, x. doi:10.1016/j.pcl.2011.09.008
- Våge, V. (personlig meddelelse, 23.04.13). Overlege ved Førde sentralsjukehus [Telefonsamtale].
- Wangensteen, T., Undlien, D., Tonstad, S. & Retterstøl, L. (2005). Genetiske årsaker til fedme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(22). Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1290217>
- Wee, C. C., Davis, R. B., Huskey, K. W., Jones, D. B. & Hamel, M. B. (2013). Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status. *J Gen Intern Med*, 28(2), 231-238. doi:10.1007/s11606-012-2188-0
- Wee, C. C., Jones, D. B., Davis, R. B., Bourland, A. C. & Hamel, M. B. (2006). Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. *Obes Surg*, 16(4), 496-500. doi:10.1381/096089206776327260
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Hentet fra <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- WHO. (2013). *Obesity and overweight*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>



## **Vedleggsliste**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Intervjuinnledning

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Tilbakemelding fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vedlegg 6: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste



### Vedlegg 1: Intervjuguide

TEMA	OVERORDNET FORSKNINGSSPØRSMÅL	SPØRSMÅLSFORMULERING TIL INFORMANT
<b>Motivasjon</b>	Hva var din motivasjon for å gjennomføre gastric bypass?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kan du fortelle om hva som gjorde at du valgte å gjennomføre gastric bypass? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egen avgjørelse / andres avgjørelse?</li> <li>• Er det noe du hadde tenkt på lenge?</li> <li>• Hva motiverte deg (mest)?</li> <li>• Hva holdt deg igjen?</li> <li>• Hvorfor valgte du privat behandling?</li> </ul> </li> <li>2. Kan du beskrive øyeblikket når du bestemte deg for å gjennomføre operasjonen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utløsende faktorer?</li> <li>• Perioden like før avgjørelsen</li> <li>• Perioden like etter avgjørelsen</li> </ul> </li> <li>3. Hva slags innvirkning hadde vekten på livet ditt? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsemessig</li> <li>• Sosialt</li> <li>• Selvbilde</li> </ul> </li> <li>4. Hva tror du var årsakene til at du ble overvektig?</li> <li>5. Hva drømte du om å oppnå ved å gå ned i vekt?</li> <li>6. På hvilken måte har livet ditt endret seg etter operasjonen?</li> <li>7. I hvilken grad har du oppnådd det du drømte om før operasjonen?</li> <li>8. Fortell om hvordan du tror livet ditt vil bli fremover.</li> </ol>
<b>Informantens tilføyelser</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Er det relevante spørsmål du føler ikke er blitt stilt?</li> </ol>
<b>Avslutning</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takke for at informanten stilte opp til intervju.</li> <li>• Reflektere over informantens opplevelse av intervjusituasjonen.</li> <li>• Informere om at deres bidrag var betydningsfullt.</li> <li>• Minne om at informasjonen de gav vil behandles konfidensielt og anonymt.</li> <li>• Informere om at alle henvendelser kan rettes til studieansvarlig via telefon eller epost (oppgitt i informert samtykke-skjema).</li> </ul>





## Vedlegg 2: Intervjuinnledning



### INNLEDNING

Mitt navn er Line Sofie Uldal, og jeg tar en mastergrad i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Jeg er nå i gang med masteroppgaven, og formålet med dagens samtale er å få kunnskap om hva som er motivasjonen for å gjennomgå gastric bypass-operasjon. Jeg er interessert i din historie, og er takknemlig for at du har lyst til å dele den med meg.

Intervjuet kommer til å bli tatt opp på bånd, og skrevet ut i fulltekst i ettertid. Jeg kommer også til å notere litt i løpet av samtalen. Det du forteller vil bli behandlet konfidensielt og resultatene vil være anonyme uten mulighet for å spores tilbake til deg. Lydbåndene blir slettet etter at jeg har transkribert materiale. Det er helt frivillig å være med på dette, så om du ønsker å trekke deg under intervjuet eller senere er det helt greit. Hvis det er spørsmål du ikke ønsker å svare er dette også helt i orden. Du kan selvsagt ta kontakt med meg i ettertid dersom du skulle ha noen spørsmål.

Denne samtalen kommer til å vare i en til to timer, og jeg har forberedt en del spørsmål omkring temaet. Du må bare si ifra dersom du har lyst til å ta en pause, og bare forsyn deg med frukt og drikke underveis i samtalen.

Er det noe du ønsker å spørre om før vi starter?



### **Vedlegg 3: Informasjonsskriv (side 1/2)**

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

### *”Motivasjon for gastric bypass”*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke motivasjonen til personer som har gjennomgått gastric bypass-operasjon. Studien tar sikte på å belyse årsakene til hvorfor man ønsker å gjennomgå denne type kirurgi.

*Du inviteres til å delta i undersøkelsen fordi du har gjennomgått gastric bypass-operasjon.*

Studien inngår i en masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Masterstudent Line Sofie Uldal er ansvarlig for studien. Veileder er Camilla M. Ihlebæk, professor i folkehelsevitenskap.

#### **Hva innebærer studien?**

Studien innebærer et personlig intervju som varer i ca. to timer. Det vil bli stilt spørsmål omkring overvektskirurgi og motivasjon, og intervjuobjektet kan dele sine betraktninger omkring egen situasjon.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Undersøkelsen gir deltakerne mulighet til å dele sine personlige erfaringer om temaet, og i tillegg bidra med betraktninger og synspunkter som potensielt kan legge grunnlaget for fremtidige undersøkelser. Undersøkelsen krever oppmøte og to timer til disposisjon. Eventuelt også noe begrenset tid utover dette, dersom det skulle dukke opp tilleggsspørsmål i etterkant av intervjuet.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Opplysningene slettes innen 31.12.2013. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.



### **Vedlegg 3: Informasjonsskriv (side 2/2)**

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Line Sofie Uldal

Mob: 980 16 489

E-post: line.uldal@student.umb.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A: *Utdypende forklaring av hva studien innebærer*.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B: *Personvern*

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

#### **Kapittel A: Utdypende forklaring av hva studien innebærer**

- Kriteriet for deltakelse er at du har gjennomgått en gastric bypass-operasjon og ønsker å dele dine betraktninger rundt egen motivasjon for operasjon
- Studien tar sikte på å avdekke deltakernes motivasjon for å gjennomgå gastric bypass-operasjon
- Intervjuet varer i ca. to timer, og vil utføres i februar / mars 2013
- Resultatene fra studien presenteres i masteroppgaven til Line Sofie Uldal
- Resultatene fra studien publiseres dersom dette blir aktuelt
- Studien er uavhengig og mottar ingen økonomiske ytelser

#### **Kapittel B: Personvern**

##### **Personvern**

Personopplysninger som registreres om deg er navn, kjønn, alder og vekt (før operasjon og på intervjutidspunkt). Opplysningene kodes slik at disse anonymiseres.

##### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

##### **Informasjon om utfallet av studien**

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.



#### Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----

(Signert, studieansvarlig, dato)





## Vedlegg 5: Tilbakemelding fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vår ref.nr.: 2012/1817 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 25.10.2012 angående prosjektet ”Motivasjon for overvektskirurgi”.

Hensikten med prosjektet/mastergradsoppgaven er å ”undersøke hvilke faktorer som har motivert overvektige mennesker til å gjennomgå overvektskirurgi ved Aleris Overvektsklinikk”. Data skal samles inn data ved å intervju 6 til 8 pasienter. Spørsmålene blir stilt for å få innsikt i respondentenes erfaringer, opplevelser og motivasjon. Det skal ikke innsamles og registreres identifiserbare opplysninger om diagnose og behandling fra journal, helseregistre e. l. Det skal heller ikke gjennomføres noen intervensjon som innebærer risiko eller belastning for eventuelle deltakere.

Slik prosjektet er beskrevet faller det utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK innfor de ordninger som gjelder for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Med vennlig hilsen | Best regards

Jørgen Hardang

Komitéssekretær

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 22845516

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>





## Vedlegg 6: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (side 1/2)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Camilla Ihlebæk  
Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap  
Universitetet for miljø- og biovitenskap  
Postboks 5003  
1431 ÅS

Vår dato: 27.11.2012

Vår ref:32197 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32197	<i>Motivasjon for overvektskirurgi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Camilla Ihlebæk</i>
Student	<i>Line Sofie Uldal</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Mads Solberg

Kontaktperson: Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Line Sofie Uldal, Thorvald Meyers gate 42, 0555 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svt.uio.no](mailto:nsdmaa@svt.uio.no)



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 32197

Prosjektet undersøker motivasjonsfaktorer for overvektskirurgi ved Aleris overvektsklinikk.

Utvalget består av opptil 8 individer som rekrutteres gjennom Aleris og deres mestringskurs. Deltakere på kurset mottar informasjon om prosjektet og melder sin interesse til studenten dersom de ønsker å delta. Studenten presenterer selv prosjektet på et oppfølgingskurs.

Ombudet forutsetter at prosjektet er tillatt av Aleris' ledelse.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet for miljø- og biovitenskap sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

