

Danielle Aker-Bjørke

Å fikse på kroppen

En kvalitativ studie av oppfatninger om
motivasjon for kosmetisk kirurgi og
sammenheng med subjektiv livskvalitet

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Britt-Marie Drottz Sjöberg

Februar 2021

Danielle Aker-Bjørke

Å fikse på kroppen

En kvalitativ studie av oppfatninger om motivasjon for kosmetisk kirurgi og sammenheng med subjektiv livskvalitet

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Britt-Marie Drottz Sjöberg
Februar 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Formålet med studien var å undersøke unge menneskers oppfatninger om motivasjon for kosmetisk kirurgi og hvilken sammenheng et slikt ønske kan ha med subjektiv livskvalitet. Åtte studenter ble rekruttert via et bekvemmelighetsutvalg, og datainnsamlingen foregikk gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer. Intervjuene tok utgangspunkt i spørsmål om hvilke eksterne og interne faktorer som fremmer motivasjon for kosmetisk kirurgi, egenskaper ved selvpoppfattelsen blant individer med motivasjon for kosmetisk kirurgi og sammenheng mellom motivasjon for kosmetisk kirurgi og subjektiv livskvalitet. De transkriberte intervjuene ble analysert med tematisk analyse.

Intervjuene viste at både ekstern påvirkning og interne faktorer er sentralt for utvikling og fremming av motivasjon for kosmetisk kirurgi. Eksponering for kosmetisk kirurgi kan gi og forsterke kroppsmisnøye og kroppsfokus, positive holdninger til kosmetisk kirurgi og en opplevelse av sosialt press for å gjennomføre et inngrep. Misnøye fremstod som et sentralt aspekt ved selvpoppfattelsen, hvorav denne kan ha et konkret og spesifikt kroppslig fokus eller et globalt og generelt selvfokus. Ved gjennomføring av et kosmetisk-kirurgisk inngrep kan spesifikk kroppslig misnøye og fravær av psykiske vansker øke sannsynligheten for positive effekter som økt fysisk og psykisk velvære. Generalisert misnøye og psykiske vansker kan øke sannsynligheten for urealistiske forventninger, og ved gjennomføring av en operasjon kan symptomtrykket, selvbildet og selvfølelsen vedvare eller forverres.

Dette har flere kliniske implikasjoner. Flere studier peker på et behov for grundige konsultasjoner for å identifisere motivasjon drevet av psykopatologi. I den forbindelse kan psykologer bidra med en faglig vurdering av pasienters psykiske helse. I møte med pasienter som planlegger kosmetisk kirurgi, kan psykologer også bidra til økt refleksjon rundt innholdet i pasientens motivasjon og forventninger, og betydningen disse har for utfallet av operasjonen.

Abstract

This study examined young people's perception of motivation for cosmetic surgery and how this relates to subjective quality of life. Eight students were recruited by a convenience sample, and data collection was done through individual semi-structured interviews. The interviews were based on questions regarding external and internal factors promoting motivation for cosmetic surgery, aspects of self-perception and relations between motivation and subjective quality of life. The transcribed interviews were analyzed using thematic analysis.

The interviews found that both external and internal factors are central to development and increases in motivation for cosmetic surgery. Exposure to cosmetic surgery focus can create or enhance body dissatisfaction, body focus, positive attitudes towards cosmetic surgery and social pressure to undergo cosmetic surgery. Dissatisfaction appeared to be a central aspect of self-perception, which can either have a concrete and specific body focus or a global and general self-focus. Specific body dissatisfaction and the absence of psychological issues can increase the probability of positive effects like increased physical and psychological well-being. Generalized dissatisfaction and psychological issues can increase the probability of unrealistic expectations and after surgery the symptoms, self-image and self-esteem can persist or even worsen.

This has several clinical implications. Several studies claim there is a need to have thorough consultations to identify motivations driven by psychopathology. In these consultations, psychologists can do a professional assessment of the patient's mental health. When meeting patients that are planning to undergo cosmetic surgery, psychologists can help the patient reflect on the contents and implications of their motivation and expectations for the outcome of the surgery.

Forord

I oppstartsfasen av denne hovedoppgaven var jeg usikker på om jeg virkelig skulle begi meg utpå en studie om kosmetisk kirurgi. Jeg må innrømme at jeg kviet meg da kosmetisk kirurgi er et tema som de siste årene har vært mye debattert i media. I mine øyne har debatten tidvis fremstått polarisert, hvor en stor del av fokuset har vært på hvorvidt man er «for» eller «mot» kosmetisk kirurgi. Til tross for at dette virket skremmende, er jeg glad for at jeg valgte dette temaet. Jeg synes det har vært spennende å få muligheten til å bruke mye tid og lære om et tema jeg finner interessant.

Å skrive hovedoppgave i et annerledes år preget av epidemi og sosial distansering har vært utfordrende, overveldende og noe ensomt. Arbeidet med denne oppgaven har vært en lang prosess som til tider har virket uoverkommelig. Samtidig har det gitt meg trening i å tenke selvstendig, sette meg delmål underveis og ta ett skritt av gangen. Jeg har lyst til å takke veilederen min Britt-Marie for grundige tilbakemeldinger, gode råd, rikelig med tålmodighet og oppmuntring underveis. Du har lært meg mye. Jeg vil også takke alle informantene som har delt sine oppfatninger om studiens tematikk. Dere har gjort denne oppgaven spennende å jobbe med. Jeg vil til slutt rette en spesiell takk til min kjæreste, godeste Sander for alt du er og gjør for meg – kanskje spesielt i år.

Når det gjelder planlegging og gjennomføring av oppgaven, har jeg selv utviklet problemstilling, rekruttert deltakere, gjennomført datainnsamling og analysert datamaterialet. Til informasjon er denne oppgavens referansestil basert på APA 6 (versjon 3.1) (Redaksjonen for Norsk APA-stil, 2019) da jeg på tidspunktet ved overgangen til APA 7 allerede var godt i gang med skriveprosessen.

Daniëlle Aker-Bjørke

Oslo, februar 2021

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Oppgavens struktur | 1 |
| 1.2 | Kosmetisk kirurgi | 2 |
| 1.2.1 | Økende forekomst og normalisering | 3 |
| 1.2.2 | Etiske retningslinjer | 4 |
| 1.3 | Valg av tema, formål og problemstilling | 5 |
| 2 | Teoretisk rammeverk | 7 |
| 2.1 | Sentrale begreper | 7 |
| 2.2 | Selvets innhold og struktur | 8 |
| 2.2.1 | Selvkunnskap og selvkonsept | 8 |
| 2.2.2 | Selvfølelse | 9 |
| 2.2.3 | Selvbevissthet | 11 |
| 2.2.4 | Kroppsbilde | 12 |
| 2.3 | Sammenligning, påvirkning og holdning | 13 |
| 2.3.1 | Sammenligning: Sosial sammenligningsteori, selvdiskrepansteori og selvregulering | 13 |
| 2.3.2 | Sosial påvirkning: Sosial identitetsteori og selvkategorisering | 15 |
| 2.3.3 | Holdningsteori | 16 |
| 3 | Metode | 18 |
| 3.1 | Problemstilling og design | 18 |
| 3.1.1 | Begrunnelse for metodisk tilnærming | 18 |
| 3.1.2 | Utvalg og rekruttering | 19 |
| 3.2 | Forberedelser og datainnsamling | 21 |
| 3.2.1 | Utarbeidelse av intervjuguide | 21 |
| 3.2.2 | Datainnsamling - Gjennomføring av intervju | 21 |
| 3.2.3 | Transkribering | 22 |
| 3.2.4 | Etiske betraktninger | 22 |
| 3.3 | Tematisk analyse | 23 |
| 3.3.1 | Valg av analysemetode | 23 |
| 3.3.2 | Gjennomføring av analysen | 24 |
| 4 | Resultater | 28 |
| 4.1 | Del A: Motivasjon og påvirkning | 28 |
| 4.1.1 | Direkte ekstern påvirkning | 28 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 4.1.1.1 | Eksposering..... | 28 |
| 4.1.1.1.1 | Sosiale medier..... | 29 |
| 4.1.1.1.2 | Annen media..... | 30 |
| 4.1.1.1.3 | Venner og familie..... | 31 |
| 4.1.2 | Indirekte ekstern påvirkning..... | 31 |
| 4.1.2.1 | Normalisering..... | 32 |
| 4.1.2.2 | Sosial sammenligning..... | 33 |
| 4.1.2.2.1 | Oppfatning av norm og ideal..... | 33 |
| 4.1.2.2.2 | Ønske om å ikke skille seg ut eller for å nå ideal..... | 34 |
| 4.1.3 | Interne faktorer..... | 35 |
| 4.1.3.1 | Generelle karakteristikk..... | 36 |
| 4.1.3.2 | Negativt selvbilde og emosjonelle vansker..... | 36 |
| 4.1.3.2.1 | Usikkerhet..... | 37 |
| 4.1.3.2.2 | Selvfokus..... | 37 |
| 4.1.3.2.3 | Misnøye..... | 38 |
| 4.2 | Del B: Selvet: Oppfattelse, tanker og vurdering av seg selv og egen kropp..... | 38 |
| 4.2.1 | Selvoppfattelse..... | 38 |
| 4.2.1.1 | Selvbilde: Negativt kroppsbilde..... | 39 |
| 4.2.1.1.1 | Økt kroppsfokus og effekter på selvtillit..... | 40 |
| 4.2.1.1.2 | Forstyrret kroppsperspeksjon..... | 41 |
| 4.2.1.1.3 | Selvbildet i møte med andre..... | 42 |
| 4.2.1.2 | Selvfølelse: Emosjonell opplevelse av selv..... | 43 |
| 4.2.1.2.1 | Lav følelse av verdi..... | 44 |
| 4.3 | Del C: Kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære..... | 44 |
| 4.3.1 | Selvets relasjon til psykisk helse og velvære og kosmetisk kirurgi..... | 45 |
| 4.3.1.1 | Negativ selvoppfattelse som påvirkningsfaktor for psykiske vansker..... | 45 |
| 4.3.1.1.1 | Angst, depresjon, spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse..... | 45 |
| 4.3.1.2 | Konkret og spesifikt kroppslig fokus..... | 46 |
| 4.3.1.3 | Globalt og generelt selvfokus..... | 47 |
| 4.3.1.3.1 | Konkretisering av psykiske vansker til kroppen..... | 48 |
| 4.3.2 | Forventninger til kosmetisk kirurgi..... | 49 |
| 4.3.2.1 | Forbedring av kroppen gir økt velvære..... | 49 |
| 4.3.2.2 | Negativ selvoppfattelse “fikses”..... | 50 |
| 4.3.3 | Kosmetisk kirurgi som strategi og metode..... | 51 |
| 4.3.3.1 | For et mer vellykket liv..... | 51 |

| | |
|---|-----|
| 4.3.3.2 For å kompensere..... | 52 |
| 4.3.4 Effekt på psykisk helse og velvære..... | 52 |
| 4.3.4.1 Positiv effekt..... | 53 |
| 4.3.4.1.1 Økt velvære..... | 53 |
| 4.3.4.2 Ikke ønsket effekt..... | 54 |
| 4.3.4.2.1 Søker nye forklaringer..... | 55 |
| 4.3.4.2.2 Økt motivasjon til flere operasjoner..... | 55 |
| 4.4 Oppsummering av resultater | 56 |
| 5 Diskusjon..... | 61 |
| 5.1 Metodiske betraktninger: Styrker og svakheter ved studien..... | 61 |
| 5.2 Eksterne faktorer – Ytre påvirkning..... | 66 |
| 5.3 Interne faktorer – Selvoppfattelse | 69 |
| 5.4 Psykisk helse og velvære – Kan kosmetisk kirurgi gi bedre subjektiv livskvalitet?..... | 73 |
| 6 Konklusjon..... | 79 |
| Referanser | 80 |
| Vedlegg..... | 99 |
| Vedlegg 1: Informasjonsplakat..... | 99 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide | 100 |
| Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema | 103 |

1 Innledning

En rapport fra 2018 kunne fortelle at over halvparten av norske barn har mottatt reklame for kosmetiske behandlinger eller kosmetisk kirurgi (Rosenberg, Steinnes & Storm-Mathisen, 2018, s. 119). Fire av fem barn sier at de ikke ønsker å motta slik reklame. Parallelt med dette viser tall fra Ungdata (Bakken, 2018, s. 73) at 35 prosent av norske jenter og ti prosent av norske gutter opplever mye eller svært mye press for å se bra ut og ha en fin kropp. En stor studentundersøkelse peker på at også studenter synes å kjenne på kroppspress, hvor en tredjedel av kvinnelige studenter har følt seg for tykke den siste tiden, sammenlignet med 14 prosent av mannlige studenter (Knapstad, Heradstveit & Sivertsen, 2018, s. 68). Disse tallene kan ved første øyekast gi inntrykk av at flere kvinner enn menn opplever kroppspress. Samtidig vet vi i dag at også menn kjenner på kroppspress, men at kroppspress for menn kan se annerledes ut enn for kvinner (Grogan, 2017, s. 11). Mens kvinners skjønnhetsidealer synes å handle om tynne og slanke kropper, noe som kan gi et slankepress, synes kroppspress for menn å handle om større muskler og treningspress.

Uavhengig av kjønn øker kroppspress med stigende alder i ungdomsårene (Nylander, 2018, s. 16), noe som har en sammenheng med påbegynnende pubertetsalder og dens fysiske, emosjonelle og sosiale forandringer (Skemp-Arlt, 2006). Det skjer en forandring i individets selvbilde og kroppsbilde, med et skifte i fokus fra kroppens funksjon til dens utseende (Nylander, 2018, s. 48). Disse funnene tyder på at unge i dag utsettes for et kroppspress fra flere kanter, og at presset starter allerede i ung alder. I ungdomsalder er ikke lenger kropp bare kropp, men også noe som hyppig skal vurderes og sammenlignes med andre. Parallelt med at ungdom får økt fokus på kroppens utseende og kan oppleve et kroppspress, utvikler urovekkende mange unge et ønske om å forandre på noe ved egen kropp. Hele 68 prosent av norske jenter og 52 prosent av norske gutter uttrykker et slikt ønske (Nylander, 2018, s. 29). 12 prosent av disse ønsker å forandre kroppen med permanente og invasive metoder som kosmetisk kirurgi.

1.1 Oppgavens struktur

Oppgaven følger en struktur bestående av seks deler. Først vil en innledning om studiens tematikk, en begrunnelse for valg av tema og problemstilling og formålet med studien beskrives. Deretter vil det teoretiske rammeverket redegjøres for. Dette involverer sentrale begreper benyttet i denne studien, samt teorier og studier av selvets innhold og

struktur, sosial sammenligning, påvirkning og holdninger. Etter at det teoretiske rammeverket er beskrevet, vil metodisk tilnærming og gjennomførelse av studien presenteres. Resultatene vil så beskrives. Sentrale styrker og svakheter ved metoden og studiens troverdighet vil drøftes, før sentrale funn diskuteres med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene. Også kliniske implikasjoner diskuteres og det gis anbefalinger til videre forskning. Avslutningsvis vil det presenteres en konklusjon.

1.2 Kosmetisk kirurgi

Kosmetisk kirurgi er en kirurgisk metode for å korrigere kroppen, og inngår i det mer overordnede begrepet plastikkirurgi (Norsk Helseinformatikk [NHI], 2020). “Plastikk” kommer fra gresk, og betyr “å omforme”, og denne type inngrep inkluderer både rekonstruktiv- og kosmetisk/estetisk kirurgi. Denne studien er begrenset til å omhandle kun kosmetisk kirurgi. Forskjellen mellom disse ligger i hvorvidt det foreligger en medisinsk indikasjon for inngrepet eller ikke (NHI, 2020). I de tilfeller hvor det vurderes å foreligge en medisinsk indikasjon, eksempelvis ved brannskader og trafikkulykker, får pasienten som hovedregel finansiert inngrepet av det offentlig. Større fysiske og psykiske belastninger som en følge av medfødte fysiske abnormiteter kan også kvalifiseres som medisinsk indikasjon og anses dermed som rekonstruktiv kirurgi. Hensikten ved rekonstruktiv kirurgi er å gjenopprette eller forbedre en nedsatt funksjon hos pasienten (Harbo, 2019).

I de tilfeller hvor legen vurderer at det ikke foreligger en medisinsk indikasjon for et kirurgisk inngrep, defineres inngrepet som kosmetisk kirurgi, og formålet er å bedre livskvaliteten (Ausen, 2020). Formulert på en annen måte er hensikten å optimalisere en normaltilstand. Kosmetisk kirurgi kan medføre en oppnåelse av en estetisk og kosmetisk gevinst for pasienten. Behovet for kosmetisk kirurgi defineres dermed i hovedsak av pasienten selv, og som en konsekvens må vedkommende selv dekke de økonomiske utgiftene av både inngrepet og eventuelt arbeidsfravær. Kosmetisk-kirurgisk behandling gjennomføres på private klinikker rundt om i landet (NHI, 2020), og klinikkene tilbyr et mangfoldig utvalg av kirurgiske inngrep. Noen eksempler på kosmetisk-kirurgiske behandlingsalternativer er forstørrelse, reduksjon, og løft av bryster, liposuksjon (“fettsuging”), fettransplantasjon, buk, lår, rumpe, arm og øreplastikk, intimkirurgi, muskeloppstramming, panneløft, neseoperasjon og øyelokkoperasjon. Intimkirurgi er den typen kosmetisk kirurgi som gjennomføres oftest per år (NHI, 2020).

1.2.1 Økende forekomst og normalisering

Det har vært en økning i forekomsten av kosmetisk-kirurgiske inngrep betalt av egen lomme de siste tiårene, noe som tyder på en voksende trend (Madsen, 2012). Parallelt har antall private klinikker som tilbyr kosmetisk-kirurgisk behandling mer enn doblet seg fra 2003 til 2012 (Madsen, 2012), og antall leger med spesialisering i plastikkirurgi i Norge økte med 60 prosentpoeng fra 2003 til 2009 (Ramm & von Soest, 2011). Tall fra Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2008, som er den siste oppdaterte statistikken for kosmetisk-kirurgiske inngrep gjennomført i Norge, viser at om lag fem prosent av den norske befolkningen har gjennomgått et kosmetisk-kirurgisk inngrep (Ramm & von Soest, 2011). Dette er riktignok en tolv år gammel undersøkelse, og det er uvisst hva forekomsten av slike inngrep er i dag. Det føres per dags dato ingen offisiell statistikk over kosmetiske inngrep ved privatpraktiserende klinikker og sykehus, og dette gjør det vanskelig å si noe sikkert om forekomst og trender (Tran, 2010).

I mangel på oppdatert statistikk her til lands kan man vende seg mot internasjonale undersøkelser. Det har vært en drastisk økning i kosmetiske prosedyrer per år i USA de siste årene, og i 2017 ble gjennomført 1.8 millioner kosmetisk-kirurgiske operasjoner i USA og omtrent 16 millioner ikke-kirurgiske kosmetiske behandlinger (American Society of Plastic Surgeons, 2017). Flere har forsøkt å finne forklaringen og årsaken til økningen av kosmetiske inngrep de siste årene. Årsaker som har blitt foreslått er en bredere forståelse av helse, bedre økonomiske forhold i befolkningen og økt tilbud av kosmetisk kirurgi (Ramm & von Soest, 2011). Andre peker på forklaringer som en forbedring av medisinsk teknologi (Sarwer, 2019) og en stor mediedekning og reklamering for disse inngrepene (Sarwer, 2019; Sarwer, Magee & Clark, 2003). Mediedekning og reklamering av kosmetisk kirurgi vil vies ekstra oppmerksomhet og presenteres i de følgende avsnittene.

Media kan anses som en viktig årsak til økt forekomst, popularitet og normalisering av kosmetisk kirurgi. Allerede på 90-tallet var kosmetisk kirurgi av flere betraktet som en akseptert metode for å endre på eget utseendet i flere europeiske land (Stefanile, Nerini & Matera, 2014), og med tiden har det oppstått en normalisering av slike kosmetisk-kirurgiske inngrep (Brooks, 2004; Heyes, 2007; Morgan, 1991). Media medfører en stadig eksponering for kosmetisk kirurgi, og det har skjedd et skifte i holdninger rundt kosmetiske operasjoner. Jones (2008, s. 1) hevder at kosmetisk kirurgi tidligere var forbundet med en behandling for de rike, kjente og narsissistiske, mens det nå er blitt mer trivielt og media forteller oss at vi fortjener.

En kvalitativ studie fra 2004 (Brooks, 2004) undersøkte innholdet i et stort antall artikler om kosmetisk kirurgi fra kjente amerikanske magasiner som blant annet *Harper's Bazaar* og *Vogue*, og fant at de fleste artiklene fremstilte kosmetisk kirurgi på en positiv måte. Forfatteren fant at artiklene bidro til å fremme aksept og positive holdninger til kosmetisk kirurgi. Også TV-serier og programmer bidrar til eksponering for kosmetisk kirurgi, og programmer som *Extreme Makeover*, *The Doctors* og *Botched* tar seerne med til operasjonsbordet (Heyes, 2007). Denne typen eksponering hevdes å bidra til presentasjon av et homogent kroppsideal og nærmest romantisering av kosmetisk-kirurgiske inngrep (Heyes, 2007). Parallelt med en stor eksponering for kosmetisk kirurgi i media, tyder forskning på at de som gjennomfører kosmetisk kirurgi oftere enn andre benytter seg av media som kilde og mål på attraktivitet (Eriksen & Goering, 2011).

I tillegg til at media er blitt viet oppmerksomhet grunnet sin rolle i eksponering for kosmetisk kirurgi, er media også pekt på som en kilde til direkte oppfordring om kosmetisk kirurgi, eksempelvis gjennom reklameannonser og bruk av såkalt post- og preoperative bilder. Slik det ble beskrevet innledningsvis, rapporterer norske barn i dag at de ufrivillig mottar reklame for kosmetiske behandlinger (Rosenberg et al., 2018, s. 119). I 2005 kom det en forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, §5) hvor en rekke former for reklamering ble forbudt. Det ble for eksempel ikke lov med bruk av post- og preoperative bilder eller reklame som rettet seg direkte til enkeltpersoner. Bruk av reklame for kosmetisk kirurgi i media er likevel stadig gjenstand for debatt, og reklamering foregår fremdeles til tross for at rammene skal være betraktelig strengere enn de var før forskriften inntrådte.

1.2.2 Etiske retningslinjer

Norsk plastikkirurgisk forening og Den norske legeforening har utarbeidet etiske retningslinjer for leger i Norge som gjennomfører og praktiserer plastikkirurgi (Den norske legeforening, 2018). I disse retningslinjene formidles det at kosmetisk plastikkirurgi krever ekstra varsomhet i forbindelse med konsultasjoner og vurdering av indikasjon for inngrep. Plastikkirurgen har en etisk forpliktelse til å behandle kun når det er til pasientens eget beste (Ausen, Harbo & Solheim, 2019). Forskning peker på at flere tilstander, slik som psykiske vansker og lidelser, kan redusere sannsynligheten for tilfredshet med inngrepet (Haas, Champion & Secor, 2008; Honigman, Phillips & Castle, 2004). Ved mistanke om psykiske forstyrrelser sier retningslinjene at det kan være behov for at legen innhenter informasjon og vurdering av pasientens fastlege eller annet helsepersonell med kompetanse innen psykiske

lidelser (Den norske legeforening, 2018). Også ung alder medfører behov for varsomhet (Den norske legeforening, 2018). Basert på pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-3.) og rundskriv 1-8/2003 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) er den nedre aldersgrensen for kosmetisk kirurgi i dag 18 år. Ved eventuelle kosmetisk-kirurgiske inngrep under 18 år foreligger det et krav om innhenting av skriftlig samtykke fra foresatte (Befring, 2004).

1.3 Valg av tema, formål og problemstilling

Kosmetisk kirurgi er et dagsaktuelt tema og noe mange i dag har et forhold til da vi stadig eksponeres for det og det er blitt mer vanlig med årene. Innledningsvis ble det vist at relativt mange unge opplever både kroppspress, kroppslig misnøye og eksponeres for reklame for kosmetisk kirurgi, men likevel ønsker et fåtall å gjennomgå en kosmetisk operasjon. Kosmetisk kirurgi som forskningsområde har blitt større de siste tiårene, og flere har forsøkt å forstå hvordan og hvorfor enkelte frivillig blir operert til tross for at det ikke foreligger en medisinsk indikasjon for inngrepet og at dette medfører økonomiske utgifter og en viss risiko for komplikasjoner i ettertid. Det er identifisert både fysiologiske, sosiale, psykologiske og emosjonelle motivasjoner for kosmetisk kirurgi (Maisel et al., 2018), noe som tyder på at motivasjonen bak inngrepet kan variere stort fra individ til individ.

De fleste studier som undersøker motivasjon for kosmetisk kirurgi har basert seg på selvrapportering blant mennesker som oppsøker kosmetisk-kirurgiske klinikker. Samtidig vil det være naturlig å anta at langt flere enn de som oppsøker disse klinikkene kan ha en motivasjon for kosmetisk kirurgi. En undersøkelse fant også at det for unge kan være vanskelig å identifisere eksterne faktorer som bidrar til kroppspress og et negativt kroppsbilde (Nylander, 2018, s. 44). Ungdom synes å tenke at de selv er årsaken til en opplevelse av kroppspress og kroppslig misnøye. Andre studier har vist at individet oftere rapporterer intrapersonlige motiver for kosmetisk kirurgi til tross for at disse også er sosialt motiverte (Davis, 1995; Didie & Sarwer, 2003). Dette kan bety at individet kan overattribuere egen påvirkning på motivasjon for kosmetisk kirurgi, samt at individets evne til innsikt og bevissthet om ekstern påvirkning på kroppsbildet kan være redusert.

Av denne grunn, og av etiske hensyn, undersøker denne studien unge menneskers oppfatning om hva de tror motiverer *andre* mennesker til kosmetisk kirurgi. Gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer er formålet med studien å belyse unges oppfatninger om motivasjon for kosmetisk kirurgi og hvilken sammenheng dette kan ha med den subjektive livskvaliteten. Studiens problemstilling er:

Hvilke oppfatninger har unge i dag om motivasjon for kosmetisk kirurgi, og hvilken sammenheng kan motivasjonen ha med subjektiv livskvalitet?

Med utgangspunkt i problemstillingen er tre forskningsspørsmål utviklet:

- A. Hvilke interne og eksterne faktorer kan bidra til økt motivasjon og påvirkning?*
- B. Hva karakteriserer selvoppfattelsen (selvet) til de som gjennomgår kosmetisk kirurgi?*
- C. Hva er relasjonen mellom kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære?*

Disse forskningsspørsmålene danner grunnlaget for valg av teoretisk rammeverk, metodisk tilnærming, datainnsamling, analyse og diskusjon av resultatene. Neste kapittel vil gi en presentasjon av studiens teoretiske rammeverk.

2 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket i denne oppgaven vil presenteres i dette kapittelet. Først vil en redegjørelse av sentrale begreper for studien, slik som psykisk helse og subjektiv livskvalitet, gis. Videre vil et utvalg av hovedsakelig sosialpsykologiske teorier og forskning på selvets innhold og struktur, sosial sammenligning, påvirkning og holdninger presenteres.

2.1 Sentrale begreper

Alle mennesker har en fysisk og psykisk helse som ofte evalueres av personen selv. Helse defineres slik av Verdens helseorganisasjon: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (World health organization [WHO], 2020a, s. 1). Videre beskriver Verdens helseorganisasjon mental/psykisk helse slik:

Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community. (WHO, 2018).

Verdens helseorganisasjon sin definisjon på helse har vært gjenstand for kritikk da en tilstand med fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære kan betraktes som uopnåelig, og definisjonen insinuerer at mennesker med fysisk eller psykisk sykdom og mistriksel ikke kan ha en god helse (Espnes & Smedslund, 2012, s. 37). I tillegg påpekes det av enkelte at en slik definisjon kan være misvisende da fravær av negativ affekt og opplevelse av motgang ikke burde betraktes som et mål, men heller en naturlig del av livet (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartorius, 2015).

Begrepet livskvalitet har fellestrekk med Verdens helseorganisasjons definisjon av helse, i den forstand at den omhandler både den fysiske og psykiske helsen (FHI, 2019). En positiv eller høy subjektiv livskvalitet vil si at individet er tilfreds med egen helse. Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2019 viser at 79 prosent av den norske befolkningen vurderer egen helse som svært god eller god (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette tyder på at den norske befolkningen jevnt over er tilfreds med eget liv. Faktorer som gir god helse og livskvalitet er viktig å kartlegge, da disse anses som beskyttende faktorer og kan gi økt motstandskraft for psykiske plager og lidelser (Fava & Tomba, 2009). Norske undersøkelser

tyder på at flere menn enn kvinner opplever egen helse som god (With, 2017), og at kvinner i gjennomsnitt har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn menn (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009, s. 21).

Psykisk helse som begrep er blitt benyttet i forbindelse med omtale av psykiske lidelser og de helsetjenester som gis ved behandling av disse (Andersen, 2018). Etter regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1997) ble begrepet mer og mer behandlet som en klinisk term (Andersen, 2018). Med en slik assosiasjon kan begrepet psykisk helse betraktes som en refleksjon av såkalt psykisk uhelse. Begrepet psykisk uhelse er i mindre grad benyttet i dagligtalen, og kan ifølge Store medisinske leksikon defineres som fenomener som virker hemmende på livskvaliteten, slik som sykdomstilstander (Braut, 2019). Dette kan medføre forvirring ved samtale om psykisk helse, da ulike mennesker benytter begrepet forskjellig. Av disse grunner presiseres det at denne oppgaven benytter begrepene subjektiv livskvalitet og, ved operasjonalisering av dette, begrepet psykisk helse og *velvære* for å peke på at livskvaliteten består av en dimensjon med både positive og negative tilstander.

2.2 Selvets innhold og struktur

Evnen til refleksjon rundt egen eksistens, tanker, følelser og atferd er viktige aspekter ved det å være menneske, og utgjør en sentral del av vårt private og sosiale liv (Sutton & Douglas, 2013, s. 52). Selvrefleksjon er en prosess bestående av selvanalyse, selvevaluering, selvdialog og selvobservasjon (Yip, 2006), og i denne studien omtales dette som selvoppfattelse. Selvoppfattelsen er ikke en statisk struktur, og består av en kontinuerlig evaluering og redefinering av selvet (Sutton & Douglas, 2013, s. 52). Selvet er et komplekst fenomen, og involverer både biologiske, kognitive, emosjonelle og sosiale komponenter som til sammen utgjør en mental konstruksjon og representasjon (Swann & Bosson, 2010).

Til tross for at selvoppfattelsen er en intern opplevelse, har selvet også et sosialt aspekt som er vesentlig for individets oppfattelse av seg selv (Brewer, 1991; Cooley, 2011, s. 126; Mead, 2001, s. 223). Dette gjør det krevende å skille mellom indre opplevelser og sosiale prosesser da disse har et dynamisk samspill og interaksjon. Til tross for dette vil teorier og sentrale forskningsfunn som omhandler selvoppfattelsens interne struktur, innhold og prosesser presenteres først, før teorier om dens sosiale dimensjon beskrives.

2.2.1 Selvkunnskap og selvkonsept

Alle mennesker har ulike tanker, oppfatninger og beskrivelser av seg selv og disse kan omtales som selvkonsepter (Sonstroem & Morgan, 1989). Disse kan være mer eller mindre tilgjengelig i menneskets bevissthet, og er grunnleggende for selvbildet (Svartdal, 2020), og et eksempel på dette er fysisk selvkonsept (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976).

Selvkunnskapen og selvkonseptet har en nær relasjon med individets atferd. Hvordan mennesket tenker og oppfatter seg selv er antatt å si noe om hvordan en person vil handle og oppføre seg i de situasjonene en kommer utfor (Shavelson et al., 1976). På samme måte vil observasjon av egen atferd kunne påvirke innholdet i selvkonseptet.

Kunnskap om ulike deler, eller dimensjoner, av selvet kan også representeres og omtales som selvskjemaer (Markus, 1977). Ulike mennesker vil vektlegge forskjellig type informasjon i sin selvoppfattelse, der informasjon kan anses som mer eller mindre relevant for selvet (Sutton & Douglas, 2013, s. 53). De dimensjonene ved selvet som oppleves som relevant, omtales individet som “selvskjematisk” på. For en som er opptatt og fokusert på eget utseende, kan vedkommende betraktes som “selvskjematisk” på denne dimensjonen. Motsatt vil dimensjonene individet opplever som mindre relevante omtales som dimensjoner en er “askjematiske” på.

Shavelson og kolleger (1976) beskriver et hierarkisk system for selvoppfattelsen og selvkunnskapen, der individet har en mental konstruksjon og hierarkisk modell av ulike dimensjoner som organiseres etter en prioritert rekkefølge. Dimensjonene som er viktige for individet er lagret øverst i modellen og jo lengre ned i strukturen en kommer, jo mindre viktige oppleves dimensjonene. Nivået dimensjonen er representert på kan også si noe om hvor stabil selvkunnskapen er, og selvkunnskap representert lengre ned vil være mindre stabil og mer situasjonsspesifikk. Forskning har vist at selvskjemaer er relevant for informasjonsprosessering, der folk synes å lettere identifisere ord som er karakteristisk for egenskaper en er skjematisk på sammenlignet med det en er “askjematisk” på (Markus, 1977). Sett i lys av Shavelson et al. (1976) vil dermed dimensjoner høyt i hierarkiet lettere aktiveres, og eksponering kan trigge tanker og evaluering av denne delen av selvet.

2.2.2 Selvfølelse

Mens selvkonsept omhandler representasjon, strukturering og organisering av selvrelevant kunnskap, handler selvfølelse om en evaluering av selvet (Campbell, 1990). Innholdet i selvkunnskapen kan naturligvis påvirke selvfølelsen da informasjonen individet har om seg selv danner grunnlaget for hva individet evaluerer. Prosessering av innholdet kan aktivere en form for emosjonell respons og affekt i individet (Sonstroem & Morgan, 1989).

Denne evalueringen inkluderer som regel både positive og negative tanker og følelser, og selvfølelse refererer til i hvilken grad individet har positive emosjoner tilknyttet seg selv (Sonstroem & Morgan, 1989). Selvfølelse betraktes både i litteraturen, og i befolkningen ellers, som noe som kan kvantifiseres, og enkelt forklart er selvfølelsen summen av tanker vedrørende egen verdi eller viktighet (Blascovich & Tomaka, 1991, s. 115). Dette påvirker hvorvidt individet liker, setter pris på og aksepterer hvordan en er.

I litteraturen skilles det mellom global og domenespesifikk selvfølelse hvorav beskrivelsene over kan betraktes som global selvfølelse. Global selvfølelse omhandler altså overordnede følelser om selvet, og er basert på en generell og helhetlig vurdering (Robins, Hendin & Trzesniewski, 2001, s. 152). Denne kan prege interaksjonen med andre mennesker, hvor lav selvfølelse kan medføre behov for ytre bekreftelse og forsterkning (Campbell, 1990), hvilket kan skyldes mindre konsistens og klarhet i selvkonseptet. Dette gjør individet mer sårbar og mottakelig for selvrelevant informasjon fra omgivelsene. Videre kan fleksibel og abstrakt bruk av selvskjemaer i evaluering av selvet gi en mer robust selvfølelse (Updegraff, Emanuel, Suh & Gallagher, 2010). Et abstrakt selvskjema er mer motstandsdyktig ved eksponering for negativ selvrelevant informasjon. Mennesker med lav selvfølelse og et negativt selvbilde vil enklere akseptere negative tilbakemeldinger fra andre, trolig da dette er mer konsistent med egen selvoppfattelse (Campbell, 1990). Dette omtales som et bekreftelses- og oppmerksomhetsbias. Gjennom økt sårbarhet for tilbakemelding fra andre, i kombinasjon med større aksept for negativ feedback, kan det tenkes at selvbildet ytterligere forsterkes i sosial interaksjon (Swann, Griffin, Predmore & Gaines, 1987).

Domenespesifikk selvfølelse refererer til individets vurdering av seg selv innen spesifikke livsområder og domener, slik som skoleprestasjoner, sosial fungering, fysisk attraktivitet og lignende (Robins et al., 2001). Domenespesifikk selvfølelse relatert til fysisk attraktivitet omtales i litteraturen som “appearance self-esteem”, og dette er en domenespesifikk selvfølelse som er vist seg å være spesielt viktig for den globale selvfølelsen (Harter, 2012, s. 163). Dersom individets selvfølelse avhenger av hyppig og gjentakende anerkjennelse og bekreftelse på fysisk attraktivitet, omtales dette som “appearance contingent self-esteem” og “appearance contingent self-worth” (Noser & Zeigler-Hill, 2014). En slik selvfølelse er mer sårbar og ustabil (Crocker, Luhtanen, Cooper & Bouvrette, 2003).

Selvfølelse er studert i forskjellige sammenhenger hvor et av målene har vært å undersøke om dette kan predikere atferd. Forskning tyder på at selvfølelse påvirker menneskets kognisjon, motivasjon, følelser og atferd (Campbell & Lavalley, 1993, s. 3). Samtidig påpekes det at selvfølelse som faktor gjentatte ganger har sviktet i atferdsprediksjon

(Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995). Forfatterne peker på den brede definisjonen av selvfølelse, og argumenterer for viktigheten av å skille mellom global og domenespesifikk selvfølelse i slike studier. Domenespesifikk selvfølelse kan med større nøyaktighet predikere atferd relevant for de spesifikke domeneene (Gentile et al., 2009), mens global selvfølelse har blitt vist å være en god prediktor for psykisk helse og velvære (Rosenberg et al., 1995).

Selvfølelsen kan påvirkes av eksterne kilder. Viktige eksterne kilder som kan fremme en høy selvfølelse er sosial aksept, der forskning tyder på at selvfølelse er sterkt korrelert med oppfattet sannsynlighet for å bli akseptert eller avvist av andre (Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995). Sosiometerteorien gir en forklaring på selvfølelsens funksjon, der den antas å være utviklet med det formål å monitorere kvaliteten på relasjoner med andre mennesker, og gjøre individet sensitiv for tegn på sosial utestengelse og avvising (Leary, 1999). Selvfølelsen fungerer ifølge denne teorien som et barometer for individets sosiale status og tilpasning i gruppen. Videre kan selvfølelsen tenkes å ha en veiledende rolle for individets atferd, der tegn på avvising kan motivere til atferd som øker sannsynligheten for innpass i gruppen.

2.2.3 *Selvbevissthet*

Selvbevissthet kan betraktes som en tendens til å vie oppmerksomhet til aspekter ved selvet (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975). Selvbevisstheten utvikles i tidlig barndom, og allerede tidlig i livsløpet får individet en forståelse av seg selv som noe eget og unikt, separert fra omgivelsene og menneskene rundt (Rochat, 2003). Selvbevisstheten er fullt utviklet ved oppnåelse av en metabevissthet, der selvet ikke kun gjenkjennes fra førstepersonsperspektiv, men også fra et tredjepersons perspektiv. Dette kan ses i sammenheng med det sosiale selvet, der evnen til mentalisering og perspektivtaking fra andres synsvinkel står sentral (Bradford, Jentsch & Gomez, 2015). Selvbevissthet som omhandler et tredjepersonsperspektiv omtales som offentlig selvbevissthet (Fenigstein et al., 1975). Mens den private selvfølelsen refererer til introspeksjon, hvor individet er oppmerksom og bevisst indre tanker og følelser, handler den offentlige selvbevisstheten om hvordan man fremstår for andre.

Selvbevissthet og nivå av dette kan ha effekter på selvoppfattelsen og sensitivitet for signaler fra andre mennesker (Fenigstein, 1979). Mennesker som er mer selvbevisste og oppmerksomme på hvordan de evalueres av andre (høy offentlig selvbevissthet) synes å være mer sensitiv for tegn på avvising fra andre, og reagerer sterkere på slike signaler enn de med lavere offentlig selvbevissthet (Fenigstein, 1979). Et tredjepersonsperspektiv kan

internaliseres og prege oppmerksomhetsfokuset i stor grad, og flere teorier beskriver dette. Selvobjektifiseringsteorien (Fredrickson & Roberts, 1997) hevder at gjennom gjentatte erfaringer med objektifisering av egen kropp, kan individet internalisere dette tredjepersonperspektivet, som i sin tur medfører stor grad av oppmerksomhet rettet mot eget utseende. Dette er assosiert med høy grad av kroppsmonitorering, skamfølelse og generelt et mer negativt kroppsbilde (Tiggemann & Slater, 2001).

2.2.4 Kroppsbilde

Kroppsbilde omhandler et mentalt bilde av kroppens størrelse, form og fasong, og hvilke følelser en har knyttet til disse kropps karakteristikkene (Slade, 1994). I grove trekk kan en slik definisjon og forståelse av kroppsbilde deles i to grunnleggende komponenter: en perseptuell del og en holdningsdel. Kroppsperspeksjon handler om hvordan individet oppfatter og tolker sin egen kropp, og i hvilken grad denne persepsjonen stemmer overens med objektive forhold. Slade (1994) poengterer at kroppsbildet er en løs, mental og dynamisk presentasjon av kroppen som vil kunne utvikles og forandres gjennom livsløpet. Dette mentale bildet påvirkes av en rekke faktorer som biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Individet foretar også en vurdering av hvordan det tror *andre* vurderer ens egen kropp, og dette er av spesiell betydning for selvfølelsen (Davison & McCabe, 2006). Igjen kan den offentlige selvbevisstheten og tredjepersonsperspektivet fremstå sentralt for forståelsen og evalueringen av selvet. Dette peker på at det ikke bare er individets egen opplevelse av kroppen som er av betydning for selvfølelsen og kroppsbildet, men at kroppsbildet også påvirkes av sosiale forhold.

Ved tilfeller med en overopptatthet av et eller flere aspekter ved kroppen, kan dette ha en nedsettende påvirkning på livskvaliteten (Nolen-Hoeksema, 2014, s. 142). Ved et tvangspregget fokus på spesifikke aspekter, og ved en oppfatning om at kroppsdelen er defekt samtidig som at andre vurderer dette som minimalt avvikende eller normalt, kan dette indikere en kroppsbildeforstyrrelse. Mack og Grøholt (2003) forklarer at personer med denne lidelsen preges av intense og smertefulle opplevelser knyttet til eget utseende der ønsket ikke er å oppnå et ideal, men å se normal ut. Overopptattheten kan omhandle hvilken som helst kroppsdel, men er ofte fokusert på ansiktet og hodet. Pasienter med denne lidelsen bruker ofte mye tid, gjennomsnittlig 3-8 timer om dagen, på å sjekke seg i speilet og forsøke å skjule eller dekke over kroppsdelen de er misfornøyde med (Nolen-Hoeksema, 2014, s. 142). Lidelsen ser ut til å utvikle seg i tenårene, og blir ofte kronisk dersom den ikke behandles.

Både menn og kvinner synes å bli rammet av kroppsbildeforstyrrelse, men synes å være opptatt av ulike kroppsdeler i forskjellig grad. Mens menn oftere er overopptatt av kroppsbygning, genitalier og kroppshår, synes kvinner å fokusere mer på bryst, bein, hofter og vekt (Nolen-Hoeksema, 2014, s. 142).

Det er uvisst hva forekomsten av kroppsbildeforstyrrelse er i befolkningen, og ulike studier rapporterer ulike tall. En studie fant at prevalensen er antatt å ligge på rundt 2 prosent (Veale, Gledhill, Christodoulou & Hodsoll, 2016). De som lider av kroppsbildeforstyrrelse synes oftere enn andre å oppsøke kosmetisk kirurgi, og prevalensen blant kosmetisk kirurgipasienter er målt til 7 prosent (Sarwer, 2019). Samtidig tyder en senere studie fra 2020 (Huayllani, Eells & Forte, 2020) på at blant de med kroppsbildeforstyrrelse oppsøker hele 76 prosent kosmetisk-kirurgiske klinikker. Mennesker med kroppsbildeforstyrrelse synes dermed i langt større grad enn gjennomsnittsbefolkningen å oppsøke plastikkirurgiske klinikker.

2.3 Sammenligning, påvirkning og holdning

Sentrale sosialpsykologiske teorier som sosial sammenligning, sosial påvirkning og holdninger har betydning for å undersøke motivasjon for kosmetisk kirurgi og sammenheng med subjektiv livskvalitet. Disse forsøker å forklare hvordan individets opplevelse av selvet og egen atferd interagerer med omgivende situasjoner og samfunn. Her brukes en holdningsteori, teorien om planlagt atferd, for å gi et eksempel på hvordan motivasjon for en atferd, inkludert holdning, subjektiv norm, oppfattet atferdskontroll og intensjon, kan brukes for å predikere gjennomføring av kosmetisk kirurgi. Mennesker lever for det meste i sosiale fellesskap, og vil gjennom hele sin livsutvikling påvirkes av den konteksten og de omgivelsene som de befinner seg i. For å forstå motivasjon, oppfattelsen av selvet og atferd, er det nyttig og nødvendig å ha kunnskap om grunnleggende sosiale prosesser. Årsaken til at akkurat teorien om planlagt atferd her vil beskrives, er at kosmetisk kirurgi er en bevisst og intensjonell atferd som forutsetter planlegging.

2.3.1 Sammenligning: Sosial sammenligningsteori, selvdiskrepansteori og selvregulering

Sosial sammenligningsteori forklarer at mennesker har en medfødt motivasjon og driv for å sammenligne seg med andre mennesker, og denne sammenligningen bidrar til et grunnlag for forståelsen av selvet (Festinger, 1954). Ved å sammenligne seg med andre kan en bruke denne informasjonen til å vurdere egne kvaliteter og ferdigheter deriblant egen

kropp og utseende. Hvem en sammenligner seg med påvirker resultatet av denne vurderingen, altså hvorvidt evalueringen gir positive eller negative konklusjoner. Sammenligningen kan skje på hovedsakelig to måter, enten “oppover” eller “nedover”. En sammenligning “oppover” vil si at denne gjøres på grunnlag av personer en evaluerer som bedre enn seg selv på en eller flere relevante dimensjoner. Dette kan være nyttig når målet er å forbedre seg, men dette kan også ha negative effekter på selvfølelsen. Sammenligning “nedover” går ut på å sammenligne seg med mennesker en vurderer som svakere og under ens eget nivå på en eller flere dimensjoner, og dette kan gi positive følelser og øke selvfølelsen (Wood, 1989).

Basert på selvkunnskapen tilegnet via selvobservasjon og privat og offentlig selvbevissthet, samt sosial sammenligning kan en danne seg et bilde av hvordan en faktisk er (faktisk selv), hvordan en skulle likt å være (ideal-selv) og hvordan en burde være (burde-selv) (Higgins, 1987). Selvdiskrepansteorien forklarer at sammenligning også kan forekomme ved å sette de ulike komponentene ved selvbildet som presentert over (faktisk-, ideal- og burde-selv) opp mot hverandre. Denne sammenligningen kan gi en oppfattet diskrepans, og ved en opplevelse av at man ikke er som man ideelt sett skulle vært eller som man burde være, kan dette gi emosjonelt ubehag (Higgins, Bond, Klein & Strauman, 1986). Et eksempel på slik sammenligning, som er vist seg å forekomme ved motivasjon for kosmetisk kirurgi, er sammenligning med skjønnhetsidealer i media (Engeln-Maddox, 2005; Jones, 2001; Morrison, Kalin, & Morrison, 2004). Diskrepans mellom faktisk-selv og ideal-selv er assosiert med nedstemthet, skuffelse, misnøye og tristhet (Higgins et al., 1986). Diskrepans mellom faktisk selv og burde-selv er assosiert med agitasjon og følelser som irritasjon og frustrasjon. Gjennom å sammenligne seg med andre og seg selv kan individet tilegne seg kunnskap om selvet, som i sin tur kan gi ulike emosjonelle responser og effekter på selvfølelsen.

Selvdiskrepansteorien beskriver at oppfattet diskrepans også kan påvirke atferd gjennom at det emosjonelle ubehaget kan motivere til å redusere diskrepansen (Higgins, 1997; 1998). Atferdsresponsen kalles selvregulering der en forsøker å tilpasse selvet og egen atferd slik at en kan nærme seg ideal-selvet og burde-selvet. Higgins (1997; 1998) foreslår to former for selvregulering; en forebyggings- og en fremmingsstrategi. Et reguleringsfokus preget av fremming av atferd som øker sannsynligheten for å nå et ønsket utfall har ofte en sammenheng med oppfattet diskrepans mellom ideal-selv og faktisk-selv. Dette reguleringsfokuset har et formål om å oppnå et potensiale (ideal-selv), og kan betraktes som en proaktiv tilnærming. Individet kan drøfte hvilken atferd som vil gi økt sannsynlighet for å oppnå ideal-selvet (Sutton & Douglas, 2013, s. 66). Denne selvreguleringsstrategien er ofte

motivert av et ønske om å oppnå økt velvære (Cesario, Corker & Jelinek, 2013).

Forebyggingsstrategi er ofte motivert av et behov for trygghet og sikring av personlige behov (Cesario et al., 2013). Orientering rundt, og benyttelse av, denne strategien synes å ha en sammenheng med motivasjon for å redusere diskrepansen av faktisk-selv og burde-selvet (Sutton & Douglas, 2013, s. 66). Strategien kan reflektere frykten for et uønsket utfall, eksempelvis en frykt for å ikke være attraktiv nok.

2.3.2 Sosial påvirkning: Sosial identitetsteori og selvkategorisering

Mennesker har et grunnleggende behov for sosial tilhørighet og aksept, og å danne og opprettholde relasjoner utgjør en sentral livsoppgave (Baumeister & Leary, 1995; Pickett, Gardner & Knowles, 2004). Individets sosiale identitet utgjør et sentralt aspekt ved selvkonseptet, og sosial identitetsteori beskriver at sosial identitet kan oppstås ved sammenligning med ulike grupper og en oppfattelse av hva som kjennetegner de ulike gruppene (Tajfel, 1978; Tajfel & Turner, 1979). For en bedre forståelse av prosessene knyttet til hvordan sosial identitet kan oppstå, kan selvkategorisering (Turner, Hogg, Oaks, Reicher & Wetherell, 1987) brukes. Selvet er refleksivt og kan anskue seg selv som et objekt som kan klassifiseres, kategoriseres og sammenlignes med andre mennesker og grupper (Stets & Burke, 2000). Mennesket er samtidig både et individ og medlem av ulike grupper. Ulike situasjoner kan skape en bevissthet og vektlegging av mennesket som et individ eller gruppe-medlem (Turner et al., 1987). I situasjoner der den sosiale tilhørigheten er fremtredende kan konformitet til gruppens normer medføre at dette går på bekostning av individualiteten, et fenomen som kalles depersonalisering.

Sosial identitet og selvkategorisering kan forstås som et resultat av at individet har et medfødt behov for sosial tilhørighet, anerkjennelse og aksept som beskrevet av Baumeister og Leary (1995). For å danne og opprettholde relasjoner må mennesket være sensitiv for andres tanker og følelser, og evne å tolke og nyttiggjøre seg av sosiale signaler. På bakgrunn av dette vil menneskets atferd, og de motivasjonelle faktorene bak denne, naturligvis være gjenstand for sosial påvirkning og gruppenormer. Den sosiale identiteten vil medføre at individet ofte verdsetter og orienterer seg rundt gruppas etablerte normer, og oppsøker aktiviteter som gir mulighet for positive evalueringer og anerkjennelse fra gruppa (Snyder & Ickes, 1985, s. 887). Mennesker vil ofte favorisere de gruppene de selv er medlem av over andre grupper, og favoriserte gruppers normer vektlegges tungt (Hornsey, 2008). Gjennom å forholde seg til gruppens normer unngår individet eventuelle negative sosiale konsekvenser og emosjonelle belastninger, slik som indusert skam- og skyldfølelse, av å bryte reglene

(Cialdini & Goldstein, 2004). Sosial identitet, selv kategorisering og gruppenormer kan dermed gi individet et utgangspunkt for det sosiale selvet og hvordan en burde tenke, føle og handle i ulike situasjoner og betraktes som mekanismer bak sosial påvirkning. Innen holdningsteori, kortfattet skissert nedenfor, samles mye av slike sosiale påvirkninger i begrepet subjektiv norm, hvilket er en viktig faktor bak intensjon til handling eller atferd.

2.3.3 Holdningsteori

Det er mange interne og eksterne faktorer som kan påvirke atferd, og teorien om planlagt atferd er en modell som er benyttet i mange forskningsstudier hvor formålet har vært å forstå hvordan ulike faktorer kan predikere atferd (Ajzen, 1985; Madden, Ellen & Ajzen, 1992). Teorien er en utvidelse av “Theory of Reasoned Action” (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), hvor modellen består av både holdning mot atferden, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll som påvirker intensjon om atferden. Atferdsintensjon foreslås så, sammen med oppfattet atferdskontroll, å kunne predikere atferden. En kort redegjørelse for modellens komponenter vil nå gis for en bedre forståelse av innholdet i modellen.

Holdninger omhandler vurdering og evaluering av ulike aspekter ved individets sosiale verden, slik som andre mennesker og atferd (Ajzen & Fishbein, 1977). Disse kan påvirke atferd samtidig som at atferd kan også påvirke holdninger (Bem, 1967). Ajzen og Fishbein (1977) hevder at en holdnings prediktive verdi er en funksjon av hvor tett holdningen er relatert til handlingen som skal predikeres. Jo mer spesifikk en holdning er og jo sterkere (hvor positivt eller negativt ladet) den er, jo større og bedre prediksjonsverdi har den (Sutton & Douglas, 2013, s. 182). Holdninger bør betraktes som predisposisjoner heller enn kausale årsaksforklaringer for hvorfor mennesket handler som det gjør da holdninger alene sjeldent kan forutsi og forklare atferd (Sutton & Douglas, 2013, s. 180).

Subjektiv norm omhandler normative oppfatninger og mål på grad av sosialt press på individet for å utføre atferden (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Dette har en nær relasjon med gruppenormer og et ønske og behov for å være konform med disse. Videre er oppfattet atferdskontroll individets opplevelse av å ha kontroll og evne til å påvirke atferden (Ajzen, 1985; 1991). Dette er en mer overordnet faktor som omfatter Banduras (1982) “self-efficacy” og “controllability” (Ajzen, 2002). Intensjon om atferd omfatter de motivasjonelle faktorene som påvirker atferden, og sier noe om hvorvidt, og i hvor stor grad, individet vil legge inn innsats for å utføre atferden (Ajzen, 1991). Teorien om planlagt atferd

er blitt benyttet i studier av prediksjon og forklaring på menneskelig atferd som betraktes som bevisst og forutsetter planlegging.

Denne teoretiske gjennomgangen har sett på sentrale begreper i denne oppgaven, teorier relatert til selvets innhold og struktur, og inkludert noen sentrale teorier om sosial sammenligning, påvirkning og holdninger. Kapittelet har på denne måten prøvd å inkludere interne så vel som eksterne influerende fenomener bak motiver til kosmetiske tiltak som de kan oppfattes av unge mennesker i dag.

3 Metode

3.1 Problemstilling og design

Oppgavens tittel og tematikk er “*Oppfattede motiver til kosmetisk kirurgi. En kvalitativ studie av unges tanker og oppfatninger rundt motivasjon for kosmetisk kirurgi og sammenheng med subjektiv livskvalitet*”. En beskrivelse av formålet med studien og begrunnelse for valg av problemstilling ble beskrevet innledningsvis. Med dette utgangspunkt ble tre forskningsspørsmål formulert. Til sammen skal de belyse unge informanternes oppfatning av hvorfor enkelte individer gjennomfører kosmetisk kirurgi og hvilken sammenheng dette har med individets subjektive livskvalitet. De tre forskningsspørsmålene er:

- A. *Hvilke interne og eksterne faktorer kan bidra til økt motivasjon og påvirkning?*
- B. *Hva karakteriserer selvoppfattelsen (selvet) til de som gjennomgår kosmetisk kirurgi?*
- C. *Hva er relasjonen mellom kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære?*

Studiens design omfatter mannlige og kvinnelige studenter innen ulike fagområder ved Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Informantene ble rekruttert via digitale løsninger grunnet Covid-19 pandemien og utgjør et bekvemmelighetsutvalg. Se utvalg og rekruttering nedenfor. Studien ble utformet basert på en kvalitativ datainnsamling. Den omfatter åtte personlige intervjuer gjennom bruk av digitale hjelpemidler og setter søkelys på unges tanker og oppfatninger rundt motivasjon for kosmetisk kirurgi og sammenheng med subjektiv livskvalitet. Begrepet subjektiv livskvalitet omfatter her både psykisk helse og velvære.

3.1.1 Begrunnelse for metodisk tilnærming

Hensikten i denne eksplorerende studien var å kartlegge og undersøke de tre forskningsspørsmålene. Da hensikten ikke er å “avdekke” en objektiv sannhet, eller å generalisere resultatene til en større populasjon, men å belyse oppfatninger rundt et samfunnsaktuelt tema og undersøke argumentasjon kring dette, ble kvalitativ forskningstilnærming ansett som passende. Denne studien har en tematikk med spesifikke forskningsspørsmål som fordrer store, åpne og verdinøytrale spørsmål for å belyse temaet på en god måte. Av denne grunn, og at det anses som ulempelig for forskeren å forutsi informantenes svar på forhånd, ble individuelle semistrukturerte intervjuer med åpne og

egenformulerte spørsmål benyttet (Langdridge, 2004, s. 27). Kvalitative, semistrukturert intervju gir rom for åpne spørsmål som fordrer at informanten besvarer spørsmålene verbalt, og med egne ord (Potter & Hepburn, 2005, s. 282). Gjennom tematisk analyse (TA) etter Braun og Clarke (2006) ble ulike temaer fra intervjuene identifisert og strukturert.

Gjennomføring av analysearbeidet beskrives nedenfor og resultater presenteres i Kapittel 4.

Denne kvalitative studien undersøker unge studenters oppfatninger vedrørende studiens tematikk. Kvalitative metoder egner seg spesielt for studier som ønsker å gå i dybden på psykologiske fenomener som så langt er relativt lite utforsket. Metodikken kan bidra til å beskrive oppfattede motiver, årsaker og sammenhenger fra informantenes perspektiv basert på svar på åpne spørsmål. Det vil være naturlig å anta at det eksisterer en rekke ulike oppfatninger om motiver for kosmetisk kirurgi, og at synet på sammenhengen med subjektiv livskvalitet kan variere stort fra individ til individ. Slike forklaringer vil trolig være påvirket av konteksten både informanten og individet i den gruppen de skal synes noe om oppfattes å befinne seg i. Et utgangspunkt i studien er at menneskets atferd alltid vil være påvirket av den sosiale konteksten atferden finner sted i (Ajzen, 1991), og i den anledningen starter intervjuet med spørsmål om hvilke interne og eksterne faktorer som kan bidra til økt motivasjon og påvirkning.

3.1.2 Utvalg og rekruttering

Dersom formålet er å estimere hvordan ulike grupper oppfatter et forhold eller hvis man vil generalisere resultater til en gitt populasjon, er det mest gunstige valget å benytte seg av et randomisert utvalg (Langdridge, 2004, s. 47). Dette var ikke denne studiens formål. I tillegg ville en slik utvalgsmetode være urealistisk i denne sammenheng da den nødvendige fremgangsmåten overskrider oppgavens tidsperspektiv og økonomiske ramme. I tillegg gjennomførtes datainnsamlingsarbeidet våren 2020 som var preget av pandemirestriksjoner hvilket påvirket tilgangen til informanter. Planlagt rekruttering på NTNU sine campuser, med en bredere rekruttering via eksempelvis forelesninger, var ikke gjennomførbart. All rekruttering måtte gjennomføres digitalt. En informasjonsplakat (se Vedlegg 1) og kort beskrivelse av studien ble publisert på en Facebookside for psykologistudenter ved NTNU i midten av mars 2020.

Resultatet av disse omstendigheter var at det ble foretatt et bekvemmelighetsutvalg med tyngdepunkt på informanter innen eget institutt, da psykologistudenter var en mer tilgjengelig gruppe i denne uvante og uforutsette situasjonen. Andre interesserte deltakere ble

oppfordret til å ta kontakt via epost eller telefon, der all kommunikasjon for rekruttering i datainnsamlingsperioden foregikk. Totalt seks studenter (hvorav fire var kvinner) meldte sin interesse. For å søke en jevnere kjønnsbalanse og forhindre et utvalg bestående av kun psykologistudenter ble den såkalte “snøballmetoden” benyttet. Dette gikk ut på at allerede rekrutterte deltakere ble oppfordret til å ta kontakt med mannlige studenter utenfor psykologistudiet og invitere dem i studien (Langdridge, 2004, s. 49). På denne basis ble to mannlige respondenter med naturvitenskapelig studiebakgrunn inkludert i studien.

Et utvalg innen kvalitativ forskningsmetode kan anses som stort nok når det er oppnådd en teoretisk metning (Guest, Bunce & Johnson, 2006; Skolbekken, Songe-Møller, Ruyter & Hovland, 2009, s. 15). “Metning” betyr at nye informanter ikke tilfører noe vesentlig nytt innhold. Av denne grunn foregikk rekruttering parallelt med datainnsamlingen fram til at informasjonen som ble innhentet ikke lenger kunne anses som å gi “nytt” bidrag. Det reflekteres over utvalgets begrensninger og betydning for resultater i oppgavens diskusjon. Det totale utvalget består av åtte deltakere i alderen 18-26 år, med fire kvinner og fire menn fra ulike studieretninger. Noter at brukte navn er fiktive og at deltakeres alder her er gjengitt innen et aldersintervall. Se Tabell 1 for en oversiktlig beskrivelse av utvalget.

Tabell 1. Oversikt over studiens utvalg som beskriver deltakende studenter fra ulike studieretninger, menn og kvinner med fiktive navn og alder angitt innen alderskategorier

| Fiktivt navn | Kjønn | Alder | Studieretning |
|---------------------|--------------|--------------|----------------------|
| 1 <i>Thea</i> | Kvinne | 21-23 | Psykologi |
| 2 <i>Louise</i> | Kvinne | 24-26 | Psykologi |
| 3 <i>Hedda</i> | Kvinne | 18-20 | Psykologi |
| 4 <i>Lars</i> | Mann | 24-26 | Psykologi |
| 5 <i>Nina</i> | Kvinne | 24-26 | Psykologi |
| 6 <i>Henrik</i> | Mann | 18-21 | Datateknologi |
| 7 <i>Marius</i> | Mann | 18-20 | Matteknologi |
| 8 <i>Kristian</i> | Mann | 21-23 | Psykologi |

3.2 Forberedelser og datainnsamling

3.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden utgjør et sentralt aspekt ved datainnsamlingen da den guider svarene informantene gir som i sin tur påvirker datamaterialet (Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi, 2016). Intervjuguiden hadde fire deler som hver tjente sin funksjon (se Vedlegg 2). Disse vil kort beskrives og redegjøres for. Den første delen, *Introduksjon*, omfattet en påminnelse om de formelle rammene som fritt og informert samtykke og anonymisering og innhenting av samtykke til bruk av båndopptaker. Del to, *Innledende spørsmål*, ga mulighet til å stille spørsmål i forkant. Del tre, *Hoveddel*, tok utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene og spørsmålene var inndelt i tre grupper: Del A) Motivasjon og påvirkning, Del B) Selvet: Oppfattelse, tanker og vurdering av seg selv og egen kropp og Del C) Kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære. Samtlige deler inneholdt grunnspørsmål av mer åpen karakter (markert med svarte kulepunkt), oppfølgingsspørsmål ved behov (hvite kulepunkt) og avklarende spørsmål (små svarte kulepunkt) hvis tvetydigheter. En presisering verdt å merke seg i den forbindelse er at intervjuguidens underoverskrifter (slik som "Selvkonsept: kunnskap om selvet" og "Selvfølelse: følelser knyttet til selvet") naturligvis ikke ble lest opp i intervjusituasjonen, men fungerte som et hjelpemiddel for å strukturere rekkefølgen på spørsmålene og forhindre at sentrale spørsmål ble utelatt og glemte. Den siste delen, *Avslutning*, omhandlet en avrunding av intervjuet.

En utfordring i denne delen av arbeidet var operasjonalisering av begrepet subjektiv livskvalitet slik at det passer inn i dagligtalen. Intervjuguiden operasjonaliserer begrepet subjektiv livskvalitet gjennom spørsmål som omhandler psykisk helse og velvære i bredere forstand enn en klinisk definisjon. En slik operasjonalisering er forenlig med Næss (2001) sin beskrivelse av subjektiv livskvalitet som psykisk velvære og en opplevelse av å ha det godt. Hovedårsaken til at intervjuguiden benytter seg av begrepet psykisk helse og velvære er, slik det ble beskrevet innledningsvis i kapittelet om teoretisk rammeverk, at subjektiv livskvalitet og psykisk helse også omfatter tilstander preget av positive evalueringer og følelser.

3.2.2 Datainnsamling - Gjennomføring av intervju

Datainnsamlingen foregikk gjennom kvalitative, semistrukturerte intervjuer. Syv av åtte intervjuer ble gjennomført via videosamtale på Skype, og et intervju ble gjennomført over telefonsamtale. Alle intervjuer foregikk i tidsrommet mars-april 2020. Hver deltaker ble

intervjuet én gang, med en varighet på mellom 45-75 minutter, og samtlige informanter samtykket til bruk av båndopptaker. For å sikre god flyt var rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden noe tilpasset det enkelte intervju, samtidig som at alle spørsmålene innenfor hver hovedgruppe av intervjuguiden (A-C) ble besvart av alle informanter. Både oppvarming og innledning i forkant av intervjuet, og en avrundning ble gjennomført da sensitive temaer øker viktigheten av dette (Dalland, 2007, s. 158). Intervjuer som omhandler sensitive temaer bør legge til rette for at informantene får mulighet til å metakommunisere rundt forventninger og eventuelle reaksjoner underveis (Dalland, 2007, s. 159).

3.2.3 Transkribering

Alt innhold i båndopptakene ble transkribert, og transkriberingen fant sted i løpet av de to påfølgende dagene etter intervjuet. Transkribering er en prosess som handler om å omdanne muntlig tale til tekst, og denne prosessen krever at forskeren tar flere avgjørelser og beslutninger i forkant (Bailey, 2008). En sentral avgjørelse er valg av hvilket detaljnivå transkripsjonen skal ha. Analysetilnærmingen som skulle benyttes for å analysere de transkriberte intervjuene var en realistisk, heller enn konstruktivistisk, variant av TA. Ved bruk av denne formen for analyse anses en ortografisk transkriberingstilnærming som tilstrekkelig (Braun & Clarke, 2006). Dette er fordi det i all hovedsak er informantens eksplisitte verbale ytringer som gir opphav til meningsinnholdet. Pauser, tonefall og ikke-verbal informasjon som gestikulering og ansiktsuttrykk ble ikke transkribert slik som ved mer komplekse transkriberingsvarianter.

Alle intervjuene ble transkribert på bokmål, hvorav all verbal utveksling mellom informantene og meg som intervjuer ble transkribert. Dette inkluderte repetering av samme ord, ufullstendige setninger og muntlige uttrykk som “eh”. Grammatiske feil, slik som “de/dem” og “da/når”, ble korrigert for så lenge korrigeringen ikke endret meningsinnholdet. I tilfeller der informanten hadde ufullstendige setninger, ble slutten av setningen markert med bindestrek (-). Alle lydopptak ble slettet etter fullført transkripsjon da disse ikke bør oppbevares lenger enn hva som er formålstjenlig.

3.2.4 Etiske betraktninger

Etiske utfordringer er knyttet til alle ledd i forskningsprosessen, helt fra prosjektets planlegging, gjennomføring og presentasjon av resultatene (Dalland, 2007, s. 235). Etiske problemstillinger kan oppstå i ethvert tilfelle der forskning direkte berører andre mennesker (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 84). Prosjektet ble vurdert som meldepliktig

til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og søknad med prosjektbeskrivelse og intervjuguide ble meldt inn til vurdering i forkant av studiens oppstart. Den 23. januar 2020 ble søknaden godkjent (Referanse: 240031). Etter sommeren, den 28. september samme år ble søknad om utsatt avslutning av studien godkjent, nå med planlagt avslutning 1. februar 2021. For å sikre at personopplysningene ble behandlet på en korrekt måte, hadde jeg en løpende dialog med NSD. Alle eventuelle og relevante endringer av betydning for innhenting og behandling av personopplysninger ble meldt fra om og godkjent i forkant. Studien inkluderte ingen helseopplysninger eller såkalte særlige kategorier av personopplysninger, og var dermed ikke konsesjonspliktig. Det var ikke relevant å søke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) understreker betydningen av et frivillig og informert samtykke, som også innebærer at samtykket er uttrykkelig og dokumentert. Dette ble gjort før datainnsamlingen startet via et informasjonsskriv og signering av et samtykkeskjema (se Vedlegg 3). Grunnet Covid-19 ble innhenting av samtykke gjennomført via digital signering. Samtidig ble deltakerne informert om hensikten med studien, hva deltakelsen ville innebære, hvordan personopplysningene ville bli håndtert og retten til å trekke sitt samtykke. Jmf. Personopplysningsloven (2018, Art. 5) skal alle personopplysninger behandles konfidensielt. Opplysninger som var identifiserbare, slik som signert samtykkeskjema og kodingsnøkkel ble oppbevart på kryptert minnepenn innelåst separat fra datamaterialet. Også båndopptaker ble oppbevart innelåst separert fram til opptakene ble slettet da intervjuene var transkribert. Datamaterialet ble ved transkribering anonymisert slik at opplysningene ikke kunne spores tilbake til deltakerne. Enkelte informanter delte uoppfordret personidentifiserbare opplysninger underveis i intervjuet, og disse ble ikke inkludert i transkripsjonen, men heller erstattet med "X". Flere tiltak ble gjort for å sikre anonymiteten ved beskrivelse av utvalget og sitering av informantene i denne oppgaven. Navn er erstattet med fiktive navn og alder er oppgitt i form av aldersintervall. Kun studieretning og kjønn er gjengitt i sin opprinnelige form for å gi et deskriptivt bilde av utvalget.

3.3 Tematisk analyse

3.3.1 Valg av analysemetode

Denne studien benyttet seg av TA etter Braun & Clarke (2006). Analysemetoden ble valgt da den er teoretisk fleksibel og relevant for et bredt spekter av problemstillinger innen kvalitativ forskning (Clarke, Braun & Hayfield, 2015, s. 223). TA kan anses som en metode

heller enn en metodologi, og dens fleksibilitet gjør den mulig å benytte også uten lang erfaring med kvalitative studier og analyser. Den anses som en gunstig metode da den er mindre epistemologisk og teoretisk forankret enn andre kvalitative metoder (Javadi & Zarea, 2016). Denne studiens analyse bærer forenklet sagt preg av en realistisk/essensialistisk tilnærming. Dette baserer seg på en antakelse om at interaksjon med informantene kan gi forskeren innsyn i fenomenet som studeres (Clarke et al., 2015, s. 224). utfordringer med en påstand om en realistisk/essensialistisk tilnærming drøftes i Kapittel 5 i forbindelse med diskusjon av metodiske styrker og svakheter.

I forkant av analysen ble det gjennomført et overfladisk litteratursøk på studiens tematikk med den hensikt å utforme en interessant og aktuell problemstilling. Det var ønskelig med en datadrevet, heller enn teoretisk analyse, så spesifikk og grundigere litteraturgjennomgang ble utsatt til etter analyseprosessen var ferdig (Braun & Clarke, 2006). Også problematikk i forbindelse med hvordan man best skal forstå og bedrive data- eller teoridrevet analysearbeid vil bli drøftet i diskusjonskapittelet.

3.3.2 Gjennomføring av analysen

Den TA ble gjennomført på det transkribert materialet fra intervjuene. Analysen ble gjort i seks steg, hvor stegene ikke bør betraktes som en oppskrift man skal følge slavisk, men heller en veiledning (Braun, Clarke & Hayfield, 2019). Analyseprosessen var dynamisk, og grovt sett ble steg 1-3 og 4-5 vekslet mellom, hvor jeg gjentatte ganger måtte ta ett skritt tilbake underveis før analysen fortsatte til neste trinn. De seks stegene var: 1) *Gjøre seg kjent med datamaterialet*, 2) *Generere koder*, 3) *Søke etter temaer*, 4) *Gjennomgå temaene*, 5) *Definere og navngi temaene* og 6) *Skrive rapport* (Braun & Clarke, 2006).

Det *første* steget bestod av å gjøre seg kjent med datamaterialet i sin helhet ved en grundig gjennomgang av de transkriberte intervjuene. Det *andre* steget bestod av å starte en kodingsprosess, som vil si en systematisk identifisering av relativt smale ord og setninger med samme semantiske innhold (Braun & Clarke, 2006). En kode utgjør den mest grunnleggende meningsbærende enheten med hensyn til den relevante problemstillingen. Datamaterialet ble hovedsakelig kodet på et semantisk nivå, der koder ble gitt med utgangspunkt i informantenes eksplisitte utsagn som i sin tur ble behandlet som en refleksjon av deres faktiske meninger (Braun & Clarke, 2006). TA kan også bestå av latente koder ved en mer fortolkende tilnærming, hvor kodene i større grad gjenspeiler forskerens antakelse om informantens underliggende mening (Javadi & Zarea, 2016).

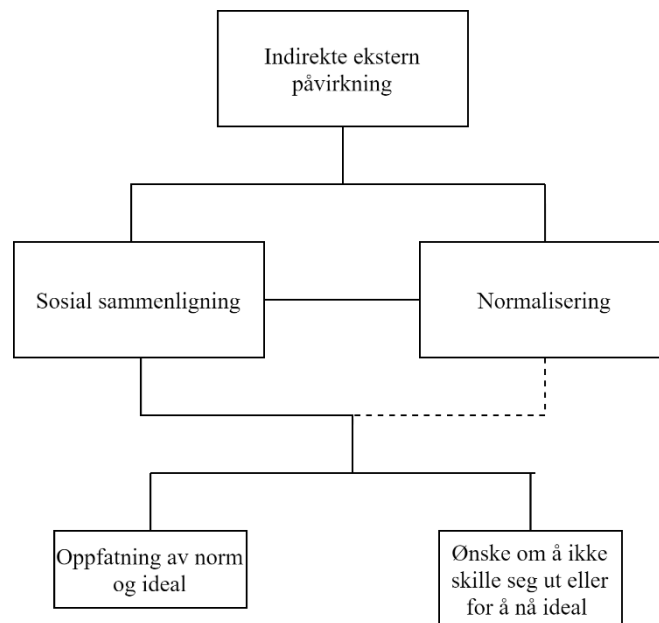
Kodelapper ble gitt i form av kommentarbokser i Microsoft Word. Kodingsprosessen tok utgangspunkt i intervjuguidens strukturering av spørsmål og svar i de tre hovedgruppene A, B og C. Samtlige intervjuer ble først kodet for Del A, før Del B ble kodet og deretter Del C. Dette ga en god oversikt over informantenes besvarelser (datamaterialet) for hvert av de tre forskningsspørsmålene. En slik tilnærming ble vurdert hensiktsmessig da intervjuene fulgte samme struktur og spørsmålene var nært knyttet til de tre forskningsspørsmålene. Koder ble gitt for hele datasettet for å søke en analyse som ga en rik beskrivelse av datasettet i sin helhet (Braun & Clarke, 2006). For å sikre en helhetlig oversikt, og sørge for at ingen tekstsekvenser og koder ble tatt ut av kontekst, ble intervjuene med koder gjennomgått i sin helhet. Steg to resulterte i et stort antall koder. Tabell 2 viser et eksempel på en tekstsekvens og innledende kode for denne sekvensen som senere ble til temaet Eksponering.

Tabell 2. Eksempel på koden Eksponering som siden ble til temaet med samme navn

| Tekstsekvens | Kode |
|---|-------------|
| Jeg tenker at hvis du utfører kosmetisk kirurgi er du for det første veldig eksponert, du kjenner kanskje folk som har utført plastisk kirurgi eller kosmetisk kirurgi, og du er mye på de plattformene ... Sosiale medier. Der du blir eksponert for det ofte. | Eksponering |

Steg *tre* bestod av å søke etter temaer, noe som innebar identifisering av mønstre med meningsinnhold i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Flere koder trengte en ytterligere bearbeiding før de kunne jobbes videre med da noen koder var for abstrakte. Det var viktig med presise og beskrivende koder, og dette måtte på plass før analysen kunne fortsette til utvikling av mer overordnede temaer. I utvikling av temaer ble koder som omhandlet det samme temaet slått sammen. Bredden av meningsinnholdet i temaene ble undersøkt, altså hvilke temaer som var «tykkere», og hvilke som var «tynnere» (Castleberry & Nolen, 2018). Det ble også undersøkt hvorvidt de ulike temaene var representert hos et flertall av informantene, da dette ga informasjon om hvor essensielle og representative disse var for utvalget.

Steg *fire* og *fem* innebar en videre bearbeiding av temaene. Flere av de bredere temaene ble vurdert som hovedtemaer. Det ble grundig sjekket at temaene innenfor samme hovedtema hadde koherens og at det eksisterte et tydelig og definert skille for hva som ble inkludert og ekskludert i disse (Castleberry & Nolen, 2018). Hovedtemaer, temaer og undertemaer ble sortert etter et hierarkisk prinsipp, og det ble et tydeligere bilde av relasjonen mellom disse. Figur 1 viser et eksempel på en slik hierarkisk kategorisering av hovedtemaet Indirekte ekstern påvirkning og dens temaer og undertemaer.



Figur 1. Illustrering av relasjonen mellom hovedtemaet Indirekte ekstern påvirkning med tilhørende temaer og undertemaer

Det siste og avsluttende steget av TA, er ifølge Braun og Clarke (2006) rapportskriving. Det neste kapittelet, som presenterer de empiriske funnene, er strukturert med utgangspunkt i intervjuguidens tre hovedgrupper av spørsmål. *Del A: Motivasjon og påvirkning* omfatter tre hovedtemaer: Direkte ekstern påvirkning, Indirekte ekstern påvirkning og Interne faktorer. *Del B Selvet: Oppfattelse, tanker og vurdering av seg selv* og egen kropp presenterer hovedtemaet Selvoppfattelse. *Del C: Kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære* omfatter de resterende hovedtemaene Selvets relasjon til psykisk helse og velvære og kosmetisk kirurgi, Forventninger til kosmetisk kirurg, Kosmetisk kirurgi som strategi og metode og Effekt på psykisk helse og velvære. Studiens sammensatte tematikk, og

tre store forskningsspørsmål som hver representerer omfattende temaer, gjenspeiles i analysens resultater og relativt mange temaer. En oversikt over resultatene kan ses i Tabell 3.

Tabell 3. Oversikt av kategoriseringen av temaer basert på intervjuguidens inndeling av Del A-C

| Gruppe av spørsmål i intervjuguiden | Hovedtema | Tema og undertema |
|--|--|--|
| Del A: 4.1 Motivasjon og påvirkning | 4.1.1 Direkte ekstern påvirkning | 4.1.1.1 Eksponering 4.1.1.1.1 Sosiale medier 4.1.1.1.2 Annen media 4.1.1.1.3 Venner og familie |
| | 4.1.2 Indirekte ekstern påvirkning | 4.1.2.1 Normalisering 4.1.2.2 Sosial sammenligning 4.1.2.2.1 Oppfatning av norm og ideal 4.1.2.2.2 Ønske om å ikke skille seg ut eller for å nå ideal |
| | 4.1.3 Interne faktorer | 4.1.3.1 Generelle karakteristikk 4.1.3.2 Negativt selvbilde og emosjonelle vansker 4.1.3.2.1 Usikkerhet 4.1.3.2.2 Selvfokus 4.1.3.2.3 Misnøye |
| 4.2 Del B: Selvet: Oppfattelse, tanker og vurdering av seg selv og egen kropp | 4.2.1 Selvoppfattelse | 4.2.1.1 Selvbilde: Negativt kroppsbilde 4.2.1.1.1 Økt kroppsfokus og effekter på selvtillit 4.2.1.1.2 Forstyrret kroppsperspeksjon 4.2.1.1.3 Selvbildet i møte med andre 4.2.1.2 Selvfølelse: Emosjonell opplevelse av selv 4.2.1.2.1 Lav følelse av verdi |
| 4.3 Del C: Kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære | 4.3.1 Selvets relasjon til psykisk helse og velvære og kosmetisk kirurgi | 4.3.1.1 Negativ selvoppfattelse som påvirkningsfaktor for psykiske vansker 4.3.1.1.1 Angst, depresjon, spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse 4.3.1.2 Konkret og spesifikt kroppslig fokus 4.3.1.3 Globalt og generelt selvfokus 4.3.1.3.1 Konkretisering av psykiske vansker til kroppen |
| | 4.3.2 Forventninger til kosmetisk kirurgi | 4.3.2.1 Forbedring av kroppen gir økt velvære 4.3.2.2 Negativ selvoppfattelse "fikses" |
| | 4.3.3 Kosmetisk kirurgi som strategi og metode | 4.3.3.1 For et mer vellykket liv 4.3.3.2 For å kompensere |
| | 4.3.4 Effekt på psykisk helse og velvære | 4.3.4.1 Positiv effekt 4.3.4.1.1 Økt velvære 4.3.4.2 Ikke ønsket effekt 4.3.4.2.1 Søker nye forklaringer 4.3.4.2.2 Økt motivasjon til flere operasjoner |

4 Resultater

Resultatene presenterer samtlige temaer med et utvalg av sitater fra informantene. Sitatene illustrerer oppfatninger fra et flertall av informantene. Gjengivelsen av sitatene er gjort med hensikt å være så autentisk og lik de opprinnelige utsagnene som mulig. Kun gjentakende ord og fyllord er utelatt og markert med tre punktum.

4.1 Del A: Motivasjon og påvirkning

Analysen av intervjuene medførte en identifisering av tre hovedtemaer innen motivasjon og påvirkning. Disse er “Direkte ekstern påvirkning”, “Indirekte ekstern påvirkning” og “Interne faktorer”. Hovedtemaene beskrives av informantene gjennom et dynamisk samspill og oppfattes som viktige påvirkningsfaktorer for motivasjon for kosmetisk kirurgi.

4.1.1 Direkte ekstern påvirkning

Dette temaet beskriver eksterne kilder som kan ha en direkte påvirkningskraft. Ekstern påvirkning anses av samtlige informanter som en viktig faktor for motivasjon for kosmetisk kirurgi, og Nina sier: *“Jeg tenker at ytre påvirkning i dag er veldig sentralt”*. Informantene tenker at ekstern påvirkning kan skje gjennom en direkte påvirkning av egenskaper (faktorer) ved individet som kan fremme motivasjon. Et eksempel på dette er selvbildet. *“Det eksterne påvirker det interne, altså selvbildet”*, sier Thea. Direkte ekstern påvirkning kan foregå uten at individet er klar over det. *“Jeg tror de fleste kanskje ikke er helt bevisst på hvor påvirket man blir av det ytre”*, mener Henrik. Det kan også foregå ved en bevissthet, hvorav påvirkningen kan gi opplevelse av sosialt press som i sin tur kan medføre tanker om at en vil forandre kroppen sin. *“Sånn sosialt press kan gjøre at folk har lyst til å endre kroppen”*, tenker Marius. Disse tankene og opplevelsene av press kan komme fra flere eksterne kilder. *“Det må være noe som har skjedd på veien som har ført til at de vil endre noe. Om det er samfunnet, eller familie, eller (...) det er press”*, sier Louise. Videre forteller hun: *“Jeg tror ingen er født med et indre ønske om å endre seg selv, så det må ha kommet fra et sted, tenker jeg”*. Disse kildene synes alle å virke via eksponering for kosmetisk kirurgi. Eksponering ble identifisert som den viktigste og mest sentrale formen for direkte ekstern påvirkning.

4.1.1.1 Eksponering. Motivasjon for kosmetisk kirurgi assosieres av informantene med hyppig eksponering for kosmetisk kirurgi. Hedda sier:

Jeg tenker at hvis du utfører kosmetisk kirurgi er du for det første veldig eksponert, du kjenner kanskje folk som har utført plastisk kirurgi eller kosmetisk kirurgi, og du er mye på de plattformene. ... Sosiale medier. Der du blir eksponert for det ofte.

Eksponeringen kan starte allerede i tidlig barndom og har en påvirkning på opplevelsen av egen kropp. *“Det er liksom eksponering gjennom barndom og ungdomstid. ... Det kan være at økt eksponering for opererte kropper kan bidra til å forsterke en intern usikkerhet”*, sier Hedda. Eksponering kan påvirke individet gjennom et økt fokus på egen og andres kropper, og forsterke en opplevelse av usikkerhet, selvfokus og misnøye. Flere informanter tenker at eksponeringen kan påvirke direkte gjennom at individet assosierer kosmetisk kirurgi med noe positivt samtidig som at man er misfornøyd med egen kropp. Henrik sier: *“At man latent forbinder et eller annet positivt med en denne typen kirurgi”*. Hvis man eksponeres for kosmetisk kirurgi og assosierer dette med et positivt utfall, kan dette motivere en til å gjennomføre kosmetisk kirurgi. *“La seg påvirke av alle de man ser har gjort diverse inngrep også ønsker man å ta det. Hvis man ser at det ble bra også vil man gjøre det samme, da”*, sier Nina. Eksponeringen kan foregå på spesielt tre arenaer, som i følgende avsnitt vil presenteres.

4.1.1.1 Sosiale medier. Sosiale medier og mye tid på disse kanalene pekes på som en påvirkningsfaktor for kosmetisk kirurgi. *“Jeg tror masse ytre påvirkning kommer gjennom sosiale medier”*, tenker Kristian. *“Når du er mye på de plattformene på sosiale medier blir du eksponert for det ofte”*, sier Hedda. En viktig faktor ved sosiale mediers påvirkning er den store mengden med eksponering. Hedda forteller videre:

Noen er mer på de plattformene der man blir eksponert for det. Sånn hvilke instagrambrukere du følger, liksom. Det har nok stor påvirkning. Og hvis du får nok eksponering derfra, tenker jeg at det blir et mindre steg å ta. Du får kanskje et større behov, motivasjonen din blir større med den påvirkningen.

Gjennom eksempelvis å følge suksessfulle mennesker, som stadig viser en operert kropp, kan dette påvirke deres publikum. *“Hvis de ser at folk oppnår enten popularitet eller penger, eller sånne ting som de ønsker ved å se ut på en viss måte, så kan de bli påvirket av*

det”, mener Nina. Også åpenhet om kosmetisk kirurgi blant såkalte “influencere” kan påvirke deres publikum gjennom mobilisering av et slikt ønske. Kristian forklarer:

Gjennom den influencerkulturen som har vokst fram i det siste, så tror jeg at dersom en influencer går ut med at vedkommende har gått gjennom kosmetisk kirurgi, eller eventuelt uttrykker et ønske om det, så tror jeg det kan ha en stor påvirkningskraft på publikummet til vedkommende. Ved at man mobiliserer et sånt ønske. Og kanskje setter ord på et ønske som andre kanskje allerede har.

Dette viser at sosiale medier kan ha en stor påvirkningskraft og mobilisere til et ønske om kosmetisk kirurgi.

4.1.1.1.2 Annen media. Spesielt TV-programmer og kjendiser på disse programmene pekes på som viktig arena for eksponering av kosmetisk kirurgi. Individet kan se opp til visse profiler og ved eksponering for kjendiser kan en påvirkes av disse menneskene. “*Mennesker er jo slik av natur, at vi ser til de vi ser opp til, på en måte. Vi ser og lærer*”, sier Henrik. Han sier videre: “*Folk ser jo opp til kjendiser, for det er jo litt av definisjonen av det å være kjendis. At du har en gruppe folk som ser opp til deg*”. Lars tror kjendiser får mer oppmerksomhet for kosmetiske inngrep, samtidig som at deres inngrep kanskje er mer synlige.

Kanskje de som er med i for eksempel disse realityseriene får mer oppmerksomhet for det. Kanskje foretar de inngrep som er mer visuelt synlige enn andre. Fellestrekk er at det gjerne er ekstroverte folk som ofte får, eller tar, mye oppmerksomhet. Og at de har dominerende sosiale roller.

Henrik tror også at kjendiser oftere enn vanlig folk har operert seg. “*Etter min oppfatning har kjendiser oftere enn normale folk, hvis du ser på prosentandel, hatt en sånn type operasjon kanskje. At dette er noe som følger litt med den bransjen der, og at det påvirker den litt yngre generasjonen*”. Media og kjendiser tillegges ifølge flere informanter stor påvirkningskraft av de som ser opp til dem, der en kombinasjon av at de er rollemodeller, at de oftere er operert, og at de får mer oppmerksomhet i media, kan gjøre at folk blir påvirket og får en økt motivasjon til kosmetisk kirurgi.

4.1.1.1.3 Venner og familie. Venner og familie kan være en viktig kilde til eksponering for kosmetisk kirurgi og kan ha en direkte ekstern påvirkning på individet. Spesielt tenker informantene at dette kan påvirke dersom disse har operert seg. Om ekstern påvirkning sier Hedda:

Da tenker jeg først og fremst på miljøet rundt. At du kjenner noen som har gjennomført. Det tror jeg faktisk er en veldig sterk faktor for om du velger å gjennomføre det. ... Ja, jeg tenker at det å gå gjennom det alene, da blir det et mye større steg å ta.

Å kjenne noen som har gjennomgått et kosmetisk kirurgisk inngrep kan senke terskelen. Marius beskriver dette: "*Ytre motivasjon kan være hvis man kjenner noen som har gjort det samme. Om de er veldig fornøyde, så kan det virke attraktivt*". Hvis venner og familie deler positive erfaringer kan dette gi en positiv assosiasjon med kosmetisk kirurgi og virke fremmende på motivasjonen. Dette kan også påvirke gjennom at kosmetisk kirurgi blir noe andre får et forhold til uten å ha gjennomgått det selv. Kristian sier:

Hvis man i en vennegjeng eventuelt snakker om det, vil det være noe alle har et forhold til. Og hvis det er noe vennene dine snakker om som en positiv ting, så tror jeg en lett også kan tenke at det er positivt.

Eksponering for prat om kosmetisk kirurgi blant venner og familie beskrives som viktig i individets dannelse av positive holdninger til kosmetisk kirurgi, og dette vil beskrives videre i temaet om normalisering.

4.1.2 Indirekte ekstern påvirkning

De samme kildene som kan ha en direkte ekstern påvirkning, kan også bidra til en indirekte påvirkning gjennom å gi referanserammer for normer og idealer. Disse rammeverkene synes å være skapt innenfor sosiale relasjoner som individer kan internalisere og opprettholde. Analysen medførte en kategorisering av to hovedformer av indirekte ekstern påvirkning som kan fremme motivasjon, og disse er normalisering og sosial sammenligning. Referanserammene tenkes å oppstå gjennom sosial sammenligning hvor denne gir en oppfatning av normer og idealer som i sin tur kan påvirke opplevelsen av egen kropp og gi motivasjon til kosmetisk kirurgi. Informantene påpeker at individets oppfatning av hva som

er normalt og ideelt påvirkes av faktorer ved miljøet, inkludert hva det eksponeres for samt hvilke interne egenskaper individet innehar. Økt eksponering for kosmetisk kirurgi, og en oppfatning av at kosmetisk kirurgi er normalt, kan medføre at variasjonen for hva individet anser som normale kropper blir mindre, og at idealkroppen forskyves i retning det uopnåelige.

4.1.2.1 Normalisering. Informantene forteller at kosmetisk kirurgi er blitt mer vanlig de siste årene og at individet kan få et inntrykk av dette eksempelvis gjennom media. *“At det er det en har sett på TV, og da blir det normalisert”*, sier Marius. At kosmetisk kirurgi forekommer på TV, sosiale medier eller i ens sosiale miljø kan medføre en opplevelse av normalisering. Marius forklarer videre:

Hvor normalt det er i kretsen deres. På en måte hvor normalisert det er i hodet. Kosmetisk kirurgi er blitt mye mer sosialt akseptert. For eksempel hvis ingen hadde drevet med kosmetisk kirurgi, tror jeg veldig få hadde gjort det.

En viktig funksjon informantene beskriver ved miljøet, er representasjon av holdninger til kosmetisk kirurgi. Dette kan påvirke individets egne holdninger. Thea sier: *“Jeg tror det handler litt om holdninger til det. Litt sånn i miljøet rundt, da. Hvordan andre oppfatter det å gjøre kosmetiske inngrep. Hvilke tanker du har fått inn fra barndommen. Jeg tror det spiller inn”*. Om kosmetisk kirurgi er utbredt, kan dette indikere positive holdninger til kosmetisk kirurgi og sosial aksept for slike inngrep. Dette kan ha effekter på sosiale normer. Louise: *“Jeg tror det er enkelte miljø i dag der du ikke er en del av gruppa med mindre du opererer deg”*. Marius sier: *“Ja, hvis en er i et miljø hvor dersom du ikke fylt rompa di, eller endret på puppene eller noe sånt, så er du ikke innafor”*. Dette peker på negative konsekvenser av å ikke følge sosiale normer.

Flere ser for seg at normalisering og positive holdninger til kosmetisk kirurgi senker terskelen for gjennomføring. Henrik sier: *“Og da er det kanskje mye lettere å gjøre det. ... Hvis det blir vanlig nok, på en måte. At alle andre gjør det”*. Hedda beskriver noe av det samme: *“At man normaliserer det, og derfor er det en lettere løsning å ty til”*. Normalisering av kosmetisk kirurgi kan fremme aksept og positive holdninger, assosieres med negative konsekvenser av å ikke operere seg eller ha en viss type utseende og senke terskelen for å gjennomføre et inngrep. Normalisering kan ha en innvirkning på hva individet opplever som normal, både når det gjelder utseende og kroppsrelatert atferd.

4.1.2.2 Sosial sammenligning. Informantene påpeker at mennesker ofte sammenligner seg med hverandre, og at det er normalt å være opptatt av hva andre mener om en selv. Henrik sier: *“Vi er sosiale dyr, og ofte så tenker jeg man bryr seg veldig mye om hva andre synes om en”*. Thea forklarer: *“Det jo veldig lett å sammenligne seg med andre. ... På en måte at man ser andre, man sammenligner seg med andre. Jeg ser for meg mye sammenligning med andre”*. Likevel tror flere informanter at de interne faktorene som beskrives i neste hovedtema kan medføre at en oftere sammenligner seg med andre. *“Man sammenligner seg ofte med andre, de har lettere for å sammenligne seg”*, sier Nina.

En viktig funksjon sammenligning synes å ha, er å gi en opplevelse av hva som er normalt og ideelt. Dette kan internaliseres og fungere som en referanseramme som danner grunnlag for vurdering av hvordan en selv ligger an i forhold til den oppfattede normen og idealet. Flere informanter tenker at denne sammenligningen medfører at man blir misfornøyd. Henrik sier: *“Og at det å sammenligne seg med andre kanskje er en trigger, eller hva jeg skal si, på misnøye med utseendet”*. Thea forklarer at dette kan handle om at man opplever at andre mennesker er bedre enn en selv. *“At de tenker at de er litt dårligere enn andre på et punkt”*. Hyppig sammenligning og en opplevelse av at en selv er dårligere enn andre beskrives av flere informanter som en utløsende faktor for misnøye med seg selv og egen kropp.

4.1.2.2.1 Oppfatning av norm og ideal. Gjennom å sammenligne seg med mennesker en relaterer seg til, kan en få en opplevelse av hva som er normalt og hvilke konsekvenser et avvik fra normalen kan medføre. Slik det ble beskrevet tidligere, kan eksponering for kosmetisk kirurgi gi et inntrykk av at dette er normalt og at avvik fra normen kan ha negative sosiale konsekvenser. Flere informanter forklarer at sosiale medier kan gi et inntrykk av sosiale normer. Thea sier: *“Det er lett å tenke seg at det man ser på sosiale medier er sånn alle har det”*. Dersom individet eksponeres for attraktive kropper, inklusive opererte kropper, kan dette påvirke hva som oppfattes som normalt. Hedda forklarer: *“Det å se mye pene pupper overalt kan føre til at man tenker at disse er normale”*. Flere informanter forklarer også at man ved en motivasjon for kosmetisk kirurgi kan se ekstra mye på andres kroppsdeler, da særskilt de samme delene av kroppen en selv ønsker å operere. Individet kan få inntrykk av at andres kropper er mer attraktive enn ens egen.

Sosial sammenligning kan også gi inntrykk av hva som er ideelt og hvordan idealkroppen ser ut. En kulturell situasjon pekes på som en viktig bidragsyter til hva som oppfattes som en ideell kropp. Louise beskriver dette:

Det handler om hvordan kropp fremstilles. Jeg skylder ikke bare på media for tror ikke det er eneste faktor. Men det handler jo om kulturen. Det er pornoindustrien, det er mange ting som er med på å sette et bilde av hvordan en kvinne skal være.

Louise sier videre: *“Men jeg tror jo det presset, eller den kulturen vi har i samfunnet i dag, legger veldig opp til ett type ideal”*. Med dette peker hun på at dagens samfunn fremmer et homogent kroppsideal. Kristian tror at kroppsidealet ofte er høyere enn hva man kan kalle normalt: *“Det kan jo gjerne være en standard som er satt til høyere enn det som man kan kalle normalt”*. Flere informanter kaller idealene for urealistiske. Louise sier: *“Det er sagt i mange år at vi har noen idealer som er veldig urealistiske”*. Hun sier videre: *“Det er ting vi har i samfunnet. Det er internalisert i oss ... måten vi er på. Jeg tror at hvis vi ikke hadde hatt medier, ikke hadde hatt denne kulturen, så tror jeg ikke folk hadde operert seg”*. Normer og idealer kan internaliseres, og ekstern eksponering for kosmetisk kirurgi og kroppsfokusert innhold kan gi inntrykk av at dette er normen og idealet.

4.1.2.2.2 Ønske om å ikke skille seg ut eller for å nå ideal. Gjennom å sammenligne seg med de internaliserte referanserammene for norm og ideal får individet en formening om hvordan en selv ligger an med hensyn til disse. *“Så opplever man etter hvert at man kanskje skiller seg ut på visse områder. Eller man føler selv at man gjør det”*, sier Hedda. En kan favorisere andre menneskers utseende over ens eget. Thea forklarer: *“Man ser personer som har et utseende som man selv skulle ønske at man hadde”*. En opplevelse av å skille seg ut kan skyldes en oppfattet diskrepans mellom norm og eget utseende. *“Den der diskrepansen mellom hvem man er og hvem andre sier jeg skal være”*, sier Louise. I dette ligger det en antakelse og formening om at andre mennesker mener at en burde være annerledes.

Å oppleve at man avviker fra normen kan gi motivasjon for kosmetisk kirurgi gjennom et ønske om å ikke skille seg ut. *“Det kan være at man vil nå opp til det som man tenker er normalt, da”*, sier Kristian. Å føle seg normal synes av informantene å være en viktig årsak til motivasjon for kosmetisk kirurgi. *“Man vil kanskje føle en viss form for normalitet, da. At man ikke ser annerledes ut, men normal”*, sier Hedda. Nina forklarer: *“Man*

føler på at man kan skille seg ut. Og at man ser annerledes ut. Det kan gjøre at folk tar en sånn operasjon eller ønsker å gjøre det". Lars beskriver dette som en tilpasning til normen:

Hvis man har et trekk ved seg selv som man tenker at skiller seg veldig ut fra mengden, så kan man fikse på det for å tilpasse seg andre. Men da er det mer for å blende inn, ikke skille seg ut.

Også oppfattet diskrepans mellom idealet og egen kropp kan gi motivasjon for kosmetisk kirurgi. *"Hvis man ikke føler at man passer til idealet, blir det ofte motivasjonsgrunnlag, tenker jeg"*, sier Hedda. Louise beskriver en ubehagsfølelse som et resultat av denne opplevelsen: *"Jeg husker det selv fra ungdomsskolen. Guttene pratet om at sånn og sånn var digg på en dame. Også føler man ikke selv at man er sånn. Det kan gi et ubehag"*. Hun forklarer at dette kan gi motivasjon til atferd som medfører at en nærmer seg idealet. *"Folk får lyst til å strekke seg etter dette idealet og dermed velger å gå gjennom kosmetisk kirurgi for å komme nærmere idealet"*. Motivasjonen kan komme av en tanke om at inngrepet kan medføre flere positive sosiale utfall. Lars beskriver dette: *"Sosial anerkjennelse, at andre anser deg som fysisk attraktiv Hvis man gjør det basert på en tanke om at omverdenen vil synes at du er attraktiv"*. Attraktivitet kan forbindes med anerkjennelse og en positiv evaluering av andre. *"At andre skal se på deg på en bedre måte"*, sier Louise.

Flere informanter forklarer at motivasjon for å nå et ideal kan skille seg fra annen motivasjon da den ikke forutsetter misnøye med egen kropp, hvor individet kan søke en form for perfektionering av egen kropp. *"Selv om du kanskje ikke er misfornøyd, eller hva jeg skal si. At du går for den perfektjonen, da. Som samfunnet setter. Eller som vennegjengen din setter"*, sier Henrik. Motivasjon for kosmetisk kirurgi kan ha en nær relasjon med oppfatning av normer og idealer der en opplevelse av å skille seg ut fra eller ikke nå disse kan motivere.

4.1.3 Interne faktorer

Det siste hovedtemaet i Del A er "Interne faktorer". Flere informanter beskriver motivasjon for kosmetisk kirurgi som et indre ønske eller opplevd behov: *"Jeg tror det viktigste er at det er et behov, et ønske, som kommer innenfra. Og det igjen kan være motivert av ulike ting"*, sier Lars. Dette er en viktig faktor da eksponering alene ikke tenkes å medføre en motivasjon for kosmetisk kirurgi, men forutsetter indre faktorer som kan gjøre individet

mottakelig for denne påvirkningen. Samtidig beskrives et indre ønske som å komme *fra* noe, og informantene tenker at gjennom ekstern påvirkning, både direkte og indirekte, vil et ønske og motivasjon for kosmetisk kirurgi kunne utvikles.

4.1.3.1 Generelle karakteristikk. Av de som er motiverte for kosmetisk kirurgi er det spesielt kvinner i tidlig voksenalder, fra 18 år og opp mot 30, og kvinner fra 40-50-årene som trekkes fram blant informantene. Det oppfattes av informantene at kvinner oftere enn menn opererer seg. Kvinnens alder anses å være assosiert med ulike former for motivasjon og ulike typer kirurgi. De ser for seg at yngre kvinner er mer opptatt av å forandre utseendet sitt, altså bli mer annerledes enn man opprinnelig er, mens at litt eldre kvinner ønsker å komme tilbake til en yngre versjon av seg selv, da gjerne i etterkant av fødsel og alderdom. Louise sier om den eldste gruppa:

Jeg tror ikke den gruppa er så drastisk inngripen. Dette skal jeg ikke si for sikkert, da. Men jeg ser for meg at det der er mer botox, fillers. Mindre ting. Eller det vet jeg ikke sikkert ... Men at det er mer småjusteringer.

Kun to informanter trekker frem menn i forbindelse med typiske karakteristikk for mennesker med motivasjon for kosmetisk kirurgi, og også her pekes det på ønske om å komme tilbake til et tidligere utgangspunkt i form av særlig hårtransplantasjon. Uansett kjønn, alder og type kosmetisk behandling, poengteres det at “den vanlige mann/kvinne i gata” kan operere seg, og at motivasjon for kosmetisk-kirurgiske inngrep er vanligere enn man kanskje skulle tro.

4.1.3.2 Negativt selvbilde og emosjonelle vansker. Selvbilde trekkes frem som en intern faktor av betydning for motivasjon for kosmetisk kirurgi. “*Det kan komme av dårlig selvbilde, at de har et større bekræftelsesbehov*”, sier Thea. Selvbilde blir beskrevet mer detaljert i Del B ved en utdypelse av selvoppfattelsen. Et negativt selvbilde tenkes av enkelte informanter å kunne medføre en aktiv oppsøking av eksponering for kosmetisk kirurgi, eksempelvis på sosiale medier. Thea sier: “*At man har på en måte allerede et slags negativt selvbilde. Også blir dette litt bekræftet ved at man, ja, oppsøker det. Det forsterker det. Og det påvirker litt det man søker opp på sosiale medier. Det man ser på*”. Dette peker på at selvbildet kan være av betydning for individets atferd, hvor dette kan medføre økt eksponering for kosmetisk kirurgi som i sin tur kan forsterke selvbildet. Videre tenker

informantene at et negativt selvbilde kan ha en sammenheng med emosjonelle vansker. Dette kan være alt fra mer omfattende og alvorlige vansker, slik som psykiske lidelser, til negative emosjoner i mildere former. Negative følelser kan gi en opplevelse av å ha det vanskelig, og denne opplevelsen kan attribueres til kroppen. Dette vil utdypes i Del B og C. Informantene peker hovedsakelig på tre konkrete kroppslige og emosjonelle opplevelser som kan forsterkes ved ekstern påvirkning og fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi. Disse er usikkerhet, selvfokus og misnøye.

4.1.3.2.1 Usikkerhet. Indre usikkerhet beskrives som en viktig drivkraft for intern motivasjon. Usikkerheten kan gi en opplevelse av liten grad av indre trygghet. Hedda sier: *“Internt tenker jeg at det er en usikkerhet hos en selv. At man ikke er bra nok som man er”*. Louise beskriver at utryggheten kan gi et behov for å forandre kroppen: *“... om det er utrygghet Så er det noe som gjør at de får behov for å endre seg”*. Hedda påpeker at usikkerheten kan være grunnleggende. Hun sier:

Jeg vil alltid si at det ligger en usikkerhet til grunn. Fordi at en som føler seg komfortabel med seg selv ville ikke brukt de pengene på å utføre en operasjon. Også får man et ønske om å være sånn som andre er. Fordi man føler seg ikke helt sikker på seg selv på en måte.

Usikkerheten assosieres med en opplevelse av å skille seg ut som i sin tur kan gi motivasjon for kosmetisk kirurgi gjennom et ønske om å ikke skille seg ut.

4.1.3.2.2 Selvfokus. Et stort fokus på en selv og egen kropp kan gi intern motivasjon. Dette fokuset kan gjøre en mer mottakelig for eksponering for kroppsrelatert stimuli, og gjøre at man oppsøker dette. Det forklares av flere informanter at indre usikkerhet kan gjøre en mer bevisst og oppmerksom på misnøye med en selv. Lars forteller at dette kan motivere: *“Det har blitt en skavank ... Det er noe som har tatt mye oppmerksomhet. Det tror jeg kanskje er motivasjonen til folk”*. Gjennom fokus på de aspektene en er misfornøyd med kan dette motivere. Marius sier: *“Hvis en blir veldig opphengt i det så, kan det definitivt være et motiv tror jeg”*. Et selvfokus kan få en stor innvirkning på vedkommende sitt liv. Å operere seg kan fremstå som en løsning på et stort selvfokus og en måte å bli kvitt det en er misfornøyd med.

4.1.3.2.3 Misnøye. For informantene er det åpenbart at misnøye er en viktig påvirkningsfaktor for motivasjon for kosmetisk kirurgi. Om dette sier Lars: *“Det må vel først og fremst være misnøye med eget utseende”*. Misnøyen beskrives som enten spesifikk eller generell. Henrik ser for seg at ved begge tilfeller er misnøyen sterk.

Men det er jo, i min oppfatning, hovedsakelig misnøye ... med eget utseende. I og med at det er en korleksjon. Og du må være ganske misfornøyd for å ta det så langt at man faktisk planlegger den kirurgifasen og gjennomfører det.

Informantene tenker at motivasjonen kan henge sammen med en antakelse om at kirurgien kan “fjerne” misnøyen. *“Hvis det er noe man er misfornøyd med ved seg selv, kan kirurgisk inngrep være en måte å kvitte seg med det på”*, sier Lars. Marius forklarer: *“Det å fikse på utseendet må jo være at en ikke er fornøyd med kroppen sin som den er nå. ... På en måte vil at den skal bli bedre”*. Ved misnøye med egen kropp og et ønske om å forbedre denne, kan dette fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi.

4.2 Del B: Selvet: Oppfattelse, tanker og vurdering av seg selv og egen kropp

Del A viste at informantene oppfatter at interne faktorer som selvbilde og emosjonelle vansker, med usikkerhet, selvfokus og misnøye kan ha en påvirkning på motivasjon for kosmetisk kirurgi. Del B gir en utdypning av informantenes beskrivelser av selvoppfattelsen hos mennesker med motivasjon for kosmetisk kirurgi. Innholdet i selvoppfattelsen beskrives godt av Kristian: *“Hvordan man ser på seg selv både på det indre og det ytre, eller hvordan man føler med seg selv på det indre og det ytre”*. Del B inneholder beskrivelser av både en kognitiv og en emosjonell del, altså både tanker og følelser relatert til opplevelsen av selvet og opplevelsen av egen kropp.

4.2.1 Selvoppfattelse

Den kognitive komponenten av selvoppfattelsen omtales her som selvbilde, og inkluderer individets tanker om en selv som person, om egen kropp (kroppsbilde) og om kroppens betydning for det overordnede selvbildet. Den emosjonelle komponenten, omtales som selvfølelse og beskriver hvilke følelsesmessige opplevelser individet kan ha av seg selv og egen kropp. Den beskriver også hvilken opplevelse individet har av egen personlig verdi. Informantene formidler en antakelse om at et ønske om kosmetisk kirurgi kan påvirkes av et

negativt selvbylde og en negativ emosjonell opplevelse av seg selv med opplevelse av lav personlig verdi. Selvbylde og selvfølelsen kan ha en gjensidig påvirkning på hverandre, og oppfatning og opplevelse av egen kropp kan generaliseres til, eller påvirkes av, selvpoppfattelsen som helhet.

4.2.1.1 Selvbylde: Negativt kroppsbylde. Informantene ser for seg at tanker om kroppen kan påvirke innholdet i selvbylde, samtidig som at selvbylde har effekter på opplevelse av kroppen. Tanker om selvet og kroppslige opplevelser kan ha en gjensidig forsterkende effekt. Thea forklarer dette: *“At det kan på en måte starte med, ja, at man er misfornøyd med kroppen. Men det kan også starte med at man er misfornøyd med noe annet, også påvirker det at man blir misfornøyd med kroppen”*. Informantene beskriver en antakelse om at kroppen er et viktig aspekt ved selvet og hvordan man oppfatter dette. Hedda sier: *“Kroppen er et symbol på hvem du er”*. *“Det kan komme av dette bildet av at man ser på kroppen som noe mer enn det egentlig er”*, sier Thea. Kristian beskriver noe av det samme: *“Hvis man tenker på mennesket som kroppen – at det viktigste aspektet ved mennesket er kroppen, så tror jeg det har en sammenheng med et ønske om kosmetisk kirurgi”*.

I en slik sammenheng er ikke “kropp bare kropp”, men et grunnlag for forståelser og opplevelser utover dens fysiologiske funksjoner. Lars tenker at dette kommer av at kroppen for enkelte utgjør en større faktor for vurdering av selvet enn hos andre. *“At for dem så utgjør utseende en viktigere del av hvordan de ser på seg selv, slik at de naturligvis tillegger det mer vekt. ... Og da flytter man fokuset fra dine verdier og dine egenskaper – kvaliteter ved deg som person”*, sier han. Man kan ta kroppen og utseendet som en sentral indikasjon på hvem og hvordan man er, og kroppen tillegges dermed stor verdi for selvpoppfattelsen.

Informantene beskriver et selvbylde preget av negative tanker om seg selv. Dette kan være tanker om selvet som helhet, og særlig omhandle globale tanker om at man ikke er god nok. *“Jeg tror det kan være en grunnleggende tanke om at noe er feil med meg. ... Kanskje de føler at de ikke har noe å stille opp med personlighetsmessig”*, sier Louise. Lars sier: *“Det kan være at man er misfornøyd med visse deler av personligheten”*. Kristian forklarer at misnøyen kan ha en relasjon med kosmetisk kirurgi ved at man ikke kjenner seg god nok som man er i utgangspunktet: *“Jeg tror kanskje det vil være gjennomgående blant mange som har et sånt ønske at de ikke er fornøyd med den de er i utgangspunktet – uten den operasjonen”*, sier han. Dette er tanker som generaliserer misnøyen til hele selvpoppfattelsen, der kroppen inngår som en sentral del.

Med negative tanker om kroppen beskriver informantene at det kan følge tanker om at man må eller burde forbedre kroppen. Hedda sier: *“Jeg tror tankene er litt lengre unna. At de er mer på sånn man skulle ønske det var”*. Nina sier: *“At de tenker at akkurat den kroppsdelene. ... ønsker de å gjøre enda bedre”*. Marius påpeker at forandring kan fremstå som en løsning i kontrast til aksept for det man er misfornøyd med. Han forklarer: *“Dette må jeg fikse på. I stedet for å komme til ro med den nesen jeg har, så vil jeg endre på den. At kroppen er en mal man kan endre på”*. Thea oppsummerer relasjonen mellom selvbildet og et ønske om forandring av kroppen:

Jeg tenker at det at man vil endre på noe med seg selv er ganske typisk for et dårlig selvbilde. At man ikke er fornøyd med seg selv. Selv om man er fornøyd med seg selv i noen tilfeller, tenker jeg at det må ligge noe til grunn for at man ønsker å endre på seg selv. Og hvis man har bra selvbilde så vil man gjerne ikke gjøre noe.

4.2.1.1.1 Økt kroppsfokus og effekter på selvtillit. Hvis man har negative tanker om egen kropp, tenker informantene at dette kan ha sammenheng med et stort fokus på opplevde feil og mangler ved egen kropp. Et stort kroppsfokus tenkes av flere informanter å ha en sammenheng med at kroppen er viktig for individet. Lars sier: *“Desto mer man tenker på det, desto mer betydning tillegger man det”*. Flere informanter trekker fram det å se seg mye i speilet som et fellestrekk hos flere som ønsker kosmetisk kirurgi. Nina forklarer dette: *“At hver gang man går forbi speilet, ser seg i speilet, ser bilder av seg selv – så er det noe man irriterer seg over”*. Lars forklarer dette med at et stort kroppsfokus kan gi økt misnøye. Han sier: *“Ved å ha et stort fokus på eget utseende er det lettere å finne feil”*. Henrik forklarer at han tror enkelte er mer sårbare for et fokus på de aspektene man er misfornøyd med:

Det kan være noe man irriterer seg over i hverdagen, og jeg tror noen er mer utsatt for å legge merke til sånne ting. Og det er kanskje de som ønsker, eller kommer på tanken, om å ta slike inngrep. Som fører til at hver gang de ser seg i speilet tenker de at det er noe de ikke er så fornøyd med.

Henrik forklarer at misnøyen stadig kan trigges: *“Ja, den misnøyen trenger jo ikke ... Det er så lite som kan starte den, da”*. Dette kaller Marius et oppheng. *“Også tror jeg en fort kan bli opphengt i det. En kan bli, ja. ... Det kan sluke tankene litt. En blir jo veldig bevisst på sine egne mangler. Eller det en selv ser på som mangler”*, sier Marius. Ved et slik

oppheng og økt fokus kan et negativt selvbilde forsterkes, og individet legger stadig merke til de aspektene det er misfornøyd med heller enn å se kroppen som helhet. Disse aspektene tillegges et større fokus. *“At de ikke er fornøyd. At de legger mer merke til sånne ting enn at det er en sunn og frisk kropp som fungerer godt”*, sier Nina. Henrik forklarer: *“Hvis du har masse positive faktorer, også får du én negativ, så havner mye av fokuset på den, også glemmer du alt det andre. Også blir de rett og slett fiksert på det negative”*. Informantene gir også eksempler på at slikt fokus kan lede til generaliseringer til selvet som helhet, som i sin tur kan bidra til lav selvtillit.

Lavere selvtillit er naturlig ved tanker om at man ikke er god nok eller flink nok som man er. Selvtilliten kan handle om troen på egne ferdigheter, evnen til å prestere og at man opplever at man mestrer lite eller ingenting. Flere informanter tenker at selvtilliten kan være lav hos mennesker med et selvbilde preget av egenskapene beskrevet over. *“Jeg vil anta at dårlig selvtillit er gjennomgående hos folk som har et ønske om kosmetisk kirurgi”*, tenker Kristian. Alt fra at man ikke har noen mestringsfølelse til at man ikke mestrer spesifikke ting beskrives av informantene. Lars tenker at lav selvtillit og generell usikkerhet er sentralt for en negativ selvoppfattelse. Han sier: *“Jeg tror at andre kanskje generelt er veldig usikre på seg selv og er vant til å tenke negativt om seg selv. For at det er på en måte den usikkerheten og den dårlige selvtilliten som er drivkraften for det hele”*. *“At man ønsker å prestere, men så føler man kanskje ikke at man når helt opp”*, sier Hedda.

4.2.1.1.2 Forstyrret kroppsperspeksjon. Intervjuene viser en oppfatning blant informantene om at mange som opererer seg har en forstyrret persepsjon av eget utseende. Hedda beskriver: *“Det kan være en feiloppfatning om hvordan de selv ser ut, sånn rent objektivt. At de subjektivt tror de ikke ser like normal og attraktiv ut som de rent objektivt gjør, da”*. Lars sier: *“Jeg tror at de som velger å operere seg ofte kan ha et syn på seg selv som ikke alltid samsvarer med det majoriteten tenker”*. Dette trenger naturligvis ikke være tilfelle for alle som opererer, men informantene tenker at en diskrepans mellom objektiv størrelse, fasjon og figur og subjektiv oppfatning er utbredt. *“Jeg vil si at jeg tror mange har et forstyrret bilde av egen kropp. Kanskje ikke alle, nødvendigvis, men at en del har det”*, sier Louise. Et interessant funn er at flere informanter tror at de som gjennomfører kosmetisk kirurgi har en attraktiv kropp. Lars sier: *“Jeg tror at den gruppe som velger å fikse, eller utføre kosmetiske inngrep, ofte er godt trent og har en kropp eller fysikk som folk flest vil se på som veldig bra eller attraktiv”*. Nina tenker at diskrepans mellom objektive forhold og subjektiv oppfattelse først og fremst omhandler de aspektene de ønsker å operere. *“Det er et*

større sprik mellom det subjektive og objektive kroppsbildet hvert fall på noen områder. Der de ønsker å endre på noe”.

4.2.1.1.3 Selvbildet i møte med andre. Del A viste at kropp kan være i fokus ikke bare internt, men også eksternt og i sosiale sammenhenger. Informantene tror at et negativt selvbilde med lav selvtillit og fokus på aspekter en er misfornøyd med kan opptre og prege individet, i møte med andre mennesker. Dette kan medføre at man blir opptatt av og fokusert på hvordan man fremstår sosialt. Hovedfokuset kan være på en selv og egen kropp i sosiale sammenhenger. Lars forklarer:

La oss si at hvis man har et kompleks, eller flere kompleks for den saks skyld, så tror jeg at man i sosiale settinger kan preges veldig av det. At du blir veldig bevisst på det selv når du sitter og prater med andre.

Hvis kroppen anses som et symbol for hvem du er, kan kroppen ifølge informantene tillegges en kommuniserende egenskap der individet i stor grad er opptatt av hva andre tenker om en. Med kroppen som et viktig aspekt for selvbildet synes det ifølge flere informanter å følge en antakelse om at andre vurderer en etter hvordan man ser ut. Hedda sier: *“Kroppen liksom viser hvem du er for andre. Kroppen er det folk ser på for å forstå hvem du er”*. Thea tror at denne kommuniserende egenskapen ved kroppen utgjør et sentralt fokus. *“At utseende og det sosiale og det som er veldig tydelig utad når man er med andre – det er det viktigste”*.

Thea mener også, som beskrevet ved interne faktorer i Del A, at selvbildet kan påvirke hva en oppsøker både i sosiale medier og i relasjon med andre. *“At det sikkert er lett dersom man sliter med dårlig selvbilde, å oppsøke det som bekrefter det”*, sier Thea. Flere informanter tenker at selvbildet kan påvirke hvordan man tolker andres signaler og hvor sårbar man er for disse signalene. Lars sier: *“Jeg tror at man kan tolke andres atferd eller blikk som tegn på at det er noe galt ved en selv. Slik at man blir ekstra sårbar for andres feedback”*. Hedda tror at selvbildet kan gi en forventning om at andre vurderer en negativt, og at antakelser kan bli bekreftet gjennom en fortolkning av signalene. Hun sier:

Hvordan man tolker signaler kan henge sammen med hvilke forventninger man har. At hvis man har et litt dårlig selvbilde fra før, så er man gjerne forberedt på negativ tilbakemelding. Også får man det, eller man føler at man får det, da.

Henrik tror at et fokus på aspekter man er misfornøyd med kan styre oppmerksomheten i sosiale sammenhenger, slik at man fanger opp selv små kommentarer. *“For hvis du tenker på det, så plukker du jo opp alt av småkommentarer mot det, kanskje. Og bygger opp en fornemmelse av hva andre i samfunnet, eller i klassen, tenker om det”*, sier han. Slik tenker informantene at kropps fokuset kan være sentralt også i møte med andre mennesker. Eget selvbilde kan bekreftes og forsterkes i sosiale sammenhenger gjennom at egen selvoppfatning også fremstår og tolkes som andres oppfatning.

4.2.1.2 Selvfølelse: Emosjonell opplevelse av selv. Selvoppfattelsen omhandler også en emosjonell opplevelse omtalt som selvfølelse og opplevelse av personlig verdi. Informantene tenker at motivasjon for kosmetisk kirurgi har en sammenheng med en negativ emosjonell opplevelse av kroppen, og i noen tilfeller selvet som helhet. Flere omtaler dette som “dårlig” eller “lav” selvfølelse. I likhet som for selvbildet beskrives kroppen som et viktig aspekt ved selvfølelsen. De følelsene informantene oftest trekker fram i denne forbindelsen er tristhet, sinne, angst og skam. Kristian mener at disse følelsene må være sterke for at de skal kunne lede fram til et ønske om kosmetisk kirurgi, og Henrik tenker at noen opplevelser kan være så sterke at de medfører en hatfølelse overfor en kroppsdel eller kroppen som helhet. En utpreget negativ emosjonell opplevelse av egen kropp beskrives, og Lars sier: *“Jeg tenker at med et sånt vedvarende negativt syn på seg selv, der man er veldig fokusert på ting man er misfornøyd med ved egen kropp, tror jeg dette kan føre til mye negative følelser”*.

Louise sier: *“Jeg tror det er mye skamfølelse knyttet til dette. Om det er personen de er, eller om det er ytre ting de kjenner skam over ...”*. Skammen kan være relatert til selvet som helhet eller den kan være relatert til kroppen. Lars peker også på skam som sentralt, spesielt ved en opplevelse av å skille seg ut fra normen:

Da tenker jeg at skam er en naturlig følelsesmessig konsekvens av det, da. At ved et kompleks har man et ønske om å ikke være annerledes, man ønsker ikke å skille seg ut. Jeg tror skammen kanskje er den viktigste følelsen i den forbindelsen.

Kun én informant peker på positive emosjoner i forbindelse med den emosjonelle opplevelsen av selvet og kroppen ved motivasjon for kosmetisk kirurgi. Thea sier: *“Jeg tror at selvfølelsen kan bestå av mange følelser. Kanskje noen positive følelser som glede, at man er fornøyd, stolt”*.

4.2.1.2.1 Lav følelse av verdi. Flere informanter tenker at opplevelse av verdi har en sammenheng med hvor viktig kroppen er for individet. Thea sier: *“I hvor stor grad man tenker at utseendet er viktig”*. Marius forklarer: *“De tenker at utseendet sitt er viktig. Det veier veldig mye for egen verdi. Det tror jeg. Mer enn for andre”*. Louise sier: *“Legge mye verdi i eget utseende. Min verdi er målt med hvordan jeg fronter meg selv rent utseendemessig”*. Opplevelsen av verdi kan påvirkes av vurdering av eget utseende. Nina sier: *“Det virker sånn at tanker om egen verdi henger sammen med oppfattet utseende”*.

Dette kan bety at dersom kroppen er viktig for selvoppfattelsen, og tillegges vekt i vurderingen av selvet, kan misnøye med egen kropp gi en opplevelse av mindre verdi. Et flertall av informantene tenker at en sterk misnøye med selvet som helhet og/eller egen kropp, kan gi lav følelse av personlig verdi. Hyppig sammenligning med andre mennesker i kombinasjon med at selvbildet kan farge tolkningen av signaler fra andre, kan gi en opplevelse av at man er mindre verdt enn andre. Nina sier: *“Jeg tror at de som velger å gjøre sånne typer operasjoner kanskje kan føle at de har mindre verdi på noen områder”*. Henrik påpeker at det er individuelle forskjeller i hvor generell eller spesifikk opplevelsen av lav personlige verdien er. *“Noen tenker sikkert at de ikke er noe verdt i det hele tatt, andre tenker sikkert at de er mindre verdt på grunn av kroppen og hvordan de ser ut”*, sier han.

4.3 Del C: Kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære

Det er naturlig å anta at hvordan mennesker oppfatter seg selv har en påvirkning på den psykiske helsen og velværen. Informantene tenker at en selvoppfattelse med de egenskaper som er beskrevet i Del B kan medføre nedsatt velvære og i flere tilfeller også psykiske vansker og psykiske lidelser. Del C omhandler hvordan selvoppfattelse kan påvirke psykiske helse og velvære og hvilken sammenheng psykisk helse og velvære kan ha med motivasjon for kosmetisk kirurgi. Informantene beskrev i intervjuene flere sammenhenger, og disse vil beskrives i kommende avsnitt. Hovedtemaene i Del C er “Selvets relasjon til psykisk helse og velvære og kosmetisk kirurgi”, “Forventninger til kosmetisk kirurgi”, “Kosmetisk kirurgi som strategi og metode” og “Effekter på psykisk helse og velvære”. Det bør påpekes at Del C først og fremst omtaler nedsatt velvære ved en opplevelse av psykiske belastninger som psykiske vansker da studien har en operasjonalisering av subjektiv livskvalitet som omfatter en bredere forståelse enn rent kliniske diagnoser.

4.3.1 Selvets relasjon til psykisk helse og velvære og kosmetisk kirurgi

Informantene tenker at en negativ selvpoppfattelse (negativt selvbilde og kroppsbilde samt lav selvfølelse) kan gi nedsatt velvære og være en påvirkningsfaktor for psykiske vansker slik som eksempelvis angst, depresjon, spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse. Psykiske vansker tenkes å konkretiseres til kroppen slik at individet betrakter kroppen som årsaken til problemene. Fokuset for misnøyen kan være av et konkret og spesifikt kroppslig fokus eller et globalt og generelt selvfokus.

4.3.1.1 Negativ selvpoppfattelse som påvirkningsfaktor for psykiske vansker.

Analysen peker på at informantene ser for seg en sammenheng mellom et negativt selvbilde og lav selvfølelse og psykiske vansker. Informantene tror det er svært negativt for den psykiske helsen å ha en utpreget negativ selvpoppfattelse. Henrik sier:

Jeg tror det blir belastende. Og belastning over til tærer jo på alt. Så det er garantert en negativ faktor for de aller fleste, vil jeg tro, at de tenker at det er noe galt med dem og vil endre på det. Eller, ja, generelt ville endre på et eller annet. I mitt perspektiv kan det sjeldent være positivt for den psykiske helsen.

Marius beskriver noe av det samme: *“Jeg tror det kan være ganske destruktivt å sitte og vente på den dagen en skal fikse nesen. Og at frem til da tenker man at man har en forferdelig nese”*. Et ønske om å forandre på noe ved en selv tenkes å henge sammen med manglende aksept for hvordan man er, og mangel på aksept pekes på som skadelig for den psykiske helsen. Spesielt et negativt syn på selvet som helhet, med følelse av skam og lav verdi, beskrives av informantene som risikofaktor for flere tilstander av nedsatt velvære og psykiske vansker. Totalt fire psykiske plager var fremtredende på tvers av de ulike intervjuene, og disse vil presenteres i neste undertema.

4.3.1.1.1 Angst, depresjon, spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse. Flere informanter tenker at angst kan utvikles i forbindelse med et stort selv-/kroppsfokus. Dette kan være relatert til en redsel for hvordan man fremstår for andre og bekymring for at andre tolker en negativt. Angst av denne typen tenkes av informantene å ha negative følger for sosiale relasjoner og gi en tendens til å trekke seg tilbake og skjule eller dekke til kroppen sin. Hedda sier: *“Man liksom prøver å unngå visse sosiale settinger, kanskje. ... Ikke klare å vise*

frem kroppen sin med klær. At man dekker seg til på en måte. På grunn av usikkerhet". Videre kan depresjon oppstå ved en negativ selvoppfatning av selvet som helhet og lav selvfølelse. Lars sier om selvoppfattelsens påvirkning på den psykiske helsen: "*Det kan jo naturligvis bidra til å gjøre deg deprimert. At det er en utløsende eller medvirkende faktor. Da kan man ha lettere for at andre livshendelser tolkes negativt, eller at man takler disse dårligere. Dette kan forsterke hverandre*". Flere informanter beskriver spiseforstyrrelser som en mulig konsekvens av et stort kroppsfokus og misnøye med denne. Marius beskriver dette slik:

Hvis en legger mye vekt på utseendet sitt, for eksempel på å ha en fin midje og bli tynnere, vil en slik tankegang kunne gjøre at man føler en trang til å ikke spise så mye eller spy opp maten. Man kan ende opp med anoreksi, for eksempel. Eller liposuksjon, eller noe sånt.

Forstyrret kroppsperspeksjon ble beskrevet i Del B og flere informanter tenker at dette kan forekomme ved motivasjon for kosmetisk kirurgi. Flere peker på likhetstrekk mellom kroppsbildeforstyrrelse og spiseforstyrrelser. Thea sier: "*Litt sånn som man ser med spiseforstyrrelser, at når man ser seg selv i speilet, så ser man at man er mye større enn man skulle ønske*". Kristian trekker også denne parallellen: "*Et forvridd bilde av kroppen, i negativ forstand, er jo gjennomgående i spiseforstyrrelser. Et tegn på at dårlig bilde av kroppen har en sammenheng med dårlig psykisk helse*". Hedda tenker at et forstyrret kroppsbilde kan ha en sammenheng med eksponering for opererte kropper og oppfatning av norm: "*Litt sånn kroppsbildeforstyrrelse, på en måte. At man tenker at den kosmetisk opererte kroppen er normalt. Fordi man har blitt eksponert for det så mye*". Også Louise peker på dette: "*Det forvrengte kroppsbildet. Det urealistiske synet på hva en normal kropp er, eller hva det skal være*". Kroppsbildeforstyrrelse assosieres i den forbindelse med et urealistisk bilde av norm for utseende og kropp, og dette kan være et resultat av stor eksponering for kosmetisk kirurgi og opererte kropper.

4.3.1.2 Konkret og spesifikt kroppslig fokus. Konkret og spesifikt *kroppslig* fokus tenkes av informantene å kunne arte seg i form av et eller flere fysiske komplekser som opptar store deler av oppmerksomheten. Lars beskriver dette: "*... det er et spesifikt kompleks man har brukt mye tid og tanker på, som har tatt mye oppmerksomhet*". Informantene

beskriver tilfeller der fysiske komplekser kan være belastende og energikrevende. Dette kan ha en sammenheng med en tanke om at man skiller seg ut og er avvikende fra normen. Nina sier:

Hvis folk skiller seg ut på sånn større ting, da. Og de føler at det blir en så stor inngripen i hverdagen at det er noe som følger dem hele tiden og tynger livet deres ... For eksempel, hvis man gjør et sånt inngrep, så går det fra å være – skille seg ut til å gå over til det normale.

Dette er eksempler på at selvoppfattelsen kan være preget av misnøye i form av et konkret og spesifikt kroppslig fokus og fysiske komplekser, og Nina forklarer at dette kan fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi. Flere informanter tror at disse kompleksene og en opplevelse av å være avvikende fra normalen kan oppleves som en funksjonsnedsettelse. Louise sier: *“Jeg tror noen oppriktig har noen ting ved seg selv som man ikke liker som kan være avvikende fra normalen. Det kan bli som en funksjonshemming, og man vil endre på dette selv om det ikke er medisinsk”*. Nina sier: *“Det kan jo være en funksjonshindring som de føler”*. Fysiske komplekser beskrives som å kunne gi nedsatt velvære uten at dette nødvendigvis medfører omfattende psykiske vansker. Usikkerheten, fokuset og misnøyen er mer begrenset i form av spesifikke kroppslige aspekter. Hedda tenker: *“Man opplever at man kanskje skiller seg ut på visse områder. Men så har man en grunntanke om at man allikevel er bra nok”*. Kroppen fremstår i den forbindelse mindre viktig for selvoppfattelsen (selvbildet og selvfølelsen) som helhet, men negative tanker og følelser knyttet til egen kropp, samt et stort fokus på disse fysiske aspektene, kan legge en demper på psykisk velvære.

4.3.1.3 Globalt og generelt selvfokus. Intervjuene viser at informantene tenker at selvoppfatningen også kan ha en relasjon med motivasjon for kosmetisk kirurgi gjennom misnøye og et globalt og generelt selvfokus. Marius peker på forskjellen mellom et slikt fokus og konkret og spesifikt kroppslig fokus er en generalisering av misnøyen. Han sier: *“I stedet for å se på ... Se seg selv i speilet, og se at: “Åj, nesen min er stygg”, så tenker du: “Åj, jeg er stygg. Hele kroppen min er stygg”*. Marius beskriver videre at synet på en selv gjenspeiles i synet på kroppen: *“Det samme synet på kroppen sin, da. At det er alltid noe som er feil med meg”*. Informantene tenker at et slikt fokus er et uttrykk for en negativ

selvoppfattelse av selvet som helhet. Lars sier: *“Den usikkerheten og den dårlige selvtilliten er mer stabil eller kronisk, på en måte. Det er et sterkere trekk ved den gruppa”*.

Vanskelige tanker og følelser knyttet til kroppen relateres for enkelte individer til et mer stabilt negativt selvbilde og lav selvfølelse. Selvoppfattelsen og nedsatt velvære og psykiske vansker kan ligge til grunn. *“For som regel er det ikke kroppsdelen som er problemet, det er noe annet som ligger i undergrunnen og manifesterer seg, eller hva jeg skal si, gjennom ... misnøye til egen kropp”*, sier Henrik. Han tror misnøyen med seg selv er dypt forankret i en nedsatt psykisk helse: *“De ligger kanskje litt lavere på det å tenke godt om seg selv. Og da blir det en fiksering, den dype rota i den psykiske helsa”*. Også generalisert misnøye kan assosieres med en opplevelse av å skille seg ut, og informantene tror at for disse personene kan opplevelsen skyldes en negativ selvoppfattelse som i sin tur overføres i sosiale situasjoner. Louise sier: *“Hvis det er snakk om Trine på 19 år som skal operere puppene fordi hun tenker at det må jeg for å passe inn, så tror jeg det her kanskje er snakk om lav selvfølelse og sånn”*. I den sammenheng forklares det at en negativ selvoppfattelse av selvet som helhet medfører negativ opplevelse av egen kropp.

4.3.1.3.1 Konkretisering av psykiske vansker til kroppen. Informantene tenker at psykiske vansker i seg selv ikke nødvendigvis medfører motivasjon for kosmetisk kirurgi. Hedda forklarer: *“Ja, det må på en måte være tilknyttet kropp, tenker jeg. For jeg vil ikke si at folk generelt med usikkerhet ... Det er veldig mange som har psykiske problemer, men færre som utfører kirurgi”*. Individet kan bli motivert dersom det attribuerer de psykiske vanskene og nedsatt velvære til kroppen. Thea sier: *“Man tenker selv det henger sammen, at man føler seg dårlig, man er trist. Man har det kjipt, og tenker at det kan ha noe med utseendet å gjøre”*. Hun forklarer videre at det ikke trenger å være kroppen i seg selv, eller kroppen alene, som gir psykiske vansker: *“Det handler ikke bare om kroppen, men det kan ligge andre ting til grunn også. Som kan bli til noe konkret i kroppen”*. Louise ser for seg at spesielt skamfølelse kan konkretiseres til kroppen:

Skam kan sette seg i kroppen og forflytte seg. Jeg tror at mange kan kjenne på skam uten at de selv helt vet det, eller at de klarer å sette ord på det. At mange kan kjenne på skam som egentlig er knyttet til noe helt annet.

Henrik tror det kan være enklere å tenke at kroppen eller utseendet er opphavet til vanskene man opplever:

Det er mye lettere å ha noe å peke på og si at det er feilen. Og da blir det lettere å materialisere det, og si at grunnen til at jeg ble fryst ut av gruppa er fordi øynene mine er for langt fra hverandre eller at nesa er litt skakk. Å skylde på utseendet.

Thea forklarer at det kan skje en konkretisering: *“Det er lett og heller bruke energien på mer konkrete ting. En form for konkretisering”*. Hun sier også: *“Folk er misfornøyd med et eller annet. Gjerne også at de sliter med noe. Enten det er angst eller, ja, depresjon. Et eller annet. Og at det kan – at de kan tenke at det kan ha noe med utseende å gjøre”*. Motivasjon for kosmetisk kirurgi kan for enkelte fremmes gjennom psykiske vansker og nedsatt psykisk velvære som konkretiseres til kroppen.

4.3.2 Forventninger til kosmetisk kirurgi

Samtlige informanter tenker at kosmetisk kirurgi gjennomføres med forventninger i forkant av inngrepet. Flere av informantene kan også se for seg hvordan den aktuelle gruppa tenker seg livet etter kirurgien. Thea sier: *“Man har sånne forventninger om hvordan livet skal bli”*. Henrik sier: *“Og når du da har ... operasjonen, så har du en forventning til hva resultatet skal bli. Legger sammen to og to, på en måte. Også tenker du hva du får, da”*. Forventningene som beskrives omhandler en antakelse om at livet vil bli bedre som en følge av at operasjonen tilfører en forandring og en forbedring av et opplevd hinder for livsutfoldelsen og livskvaliteten. *“Man tenker at det løser de relevante problemene”*, sier Louise. *“De tror nok det, før de gjør det, at det kommer til å bety mye for min livskvalitet”*, sier Nina. Nedsatt psykisk velvære og misnøye av et konkret og spesifikt kroppslig fokus eller globalt og generelt selvfokus assosieres med i hovedsak to typer forventninger. Disse vil nå presenteres

4.3.2.1 Forbedring av kroppen gir økt velvære. En type forventning informantene beskriver, er en forventning om forandring av kroppen vil medføre økt velvære. Marius sier: *“At hvis en har en finere kropp, så har man et bedre liv”*. Flere informanter tenker at en slik forventning kan være spesielt relevant for personer som er preget av fysiske komplekser og nedsatt velvære som en følge av funksjonsnedsettelse. *“At det er viktig for å fungere normalt. At de tenker at det kan gi dem større livsglede”*, sier Nina om kosmetisk kirurgi. Hun sier videre: *“Du føler at dersom du velger å ta det inngrepet kommer hverdagen til å bli lettere”*. Da den aktuelle kroppsdelen man ønsker å operere oppleves som årsaken til nedsatt velvære og livskvalitet, har dette for informantene en naturlig sammenheng med en slik forventning.

Mer spesifikt tenker informantene at den nedsatte velværen i forkant av inngrepet blant annet kan skyldes at komplekset opptar mye kognitiv kapasitet og ressurser. Forventningen kan inkludere at en forandring av kroppsdelen vil medføre en kroppslig avslapning og velvære. Lars sier: *“Det kan være vel så mye basert på en tanke om at man bare har lyst til å slappe av på en måte, eller at man ikke ønsker å bruke så mye tankemessig kapasitet på det, da”*.

Henrik beskriver også dette:

Jeg tror også mange kanskje kjenner på glede. Relief. At de slapper litt av, får senket skuldrene når de kjenner at nå er det snart – nå kan jeg snart legge den tanken angående at nesa mi er skakk bak meg. At de kjenner litt på hvor deilig det hadde vært, da. Å slippe å ha den psykiske påminnelsen hele tiden, hvis de er fiksert på det, da.

Denne typen forventning beskrives i hovedsak som forekommende blant mennesker med en antakelse om at et forbedret utseende vil gi en bedre livskvalitet, og kan være relevant for individet med nedsatt velvære som en følge av fysiske komplekser og et konkret og spesifikt kroppslig fokus.

4.3.2.2 Negativ selvoppfattelse “fikses”. Den andre typen forventning som ble kategorisert kan betraktes som et generalisert speilbilde av forrige tema. Denne forventningen assosieres med et mer globalt og generelt selvfokus. Et kosmetisk kirurgisk inngrep forventes i denne sammenheng å kunne medføre en forandring av den overordnede selvoppfattelsen, inklusive både tanker og følelser. Louise beskriver mulige tanker: *“Hvis jeg bare får gjort det her blir ting greit. Da får jeg det jeg trenger, eller da får jeg det bedre med meg selv. ... Man tenker at operasjon vil fikse det indre óg”*. Thea sier: *“At bare jeg får gjort det. ... At de kanskje tenker at det er en quick fix for det indre livet”*. Dette tenkes å opptre ved psykiske vansker som konkretiseres til kroppen. *“Man har lyst til å bruke utseendet, da, og en forbedring i utseendet til å på en måte fikse det”*, sier Kristian.

Hvis kroppen oppleves som årsaken til psykiske belastninger, kan en forandring av kroppen gjennom kosmetisk kirurgi forventes å bedre psykiske vansker hvorav en vil få et bedre selvbilde og en høyere følelse av verdi. *“Kanskje enkelte hadde en forventning om at man liksom kom til å føle seg mye bedre med seg selv. At man får en større følelse av verdi, eller selvfølelse, av at man ser bra ut i etterkant”*, sier Kristian. Louise sier: *“Når jeg våkner nå så er usikkerheten forsvunnet. ... Tenker at da er jeg ikke feil lenger”*.

4.3.3 Kosmetisk kirurgi som strategi og metode

Kosmetisk kirurgi beskrives av informantene som en strategi, og ved gjennomføring en metode, for å oppnå et ønsket utfall. Intervjuene viser en sammenheng mellom forventninger til kosmetisk kirurgi og hvilken strategi individet kan ha. Strategiene er et mer vellykket liv og kompensering.

4.3.3.1 For et mer vellykket liv. Den mest generelle og overordnede målsettingen, slik flere informanter beskriver, er et mer vellykket liv. Strategien kan omhandle oppnåelse av suksess og forbedring av egen posisjon i arbeidslivet og sosialt, der kroppen er en måte å oppnå det ønskede utfallet. Lars sier: *“At det kan være en måte å komme seg opp og fram på innenfor det man jobber med og tjener penger på”*. Videre forklarer han: *“At det åpner seg flere muligheter for å klatre karrieremessig”*. Utseendet omtales som en måte å skaffe en status og anerkjennelse på flere arenaer. Nina forklarer: *“Utseendet er en del av det ytre livet. Deres utseende er på en måte noe som ses av mange – det er mer på display for folk. At de personene som har et sånt liv vil føle mer på utseendet. Og vil at det skal bli så perfekt som mulig”*. Strategien kan betraktes som en form for optimalisering av utseendet og et ønske om å nå et ideal. *“De ønsker å perfeksjonere utseendet”*, sier Nina.

Videre kan strategien omhandle et ønske om sosial aksept. Nina sier: *“Kanskje man ønsker å bli akseptert i et visst miljø, eller at man ønsker å få mer oppmerksomhet fra visse personer”*. Kristian sier: *“At man føler seg ikke godt likt, og man har lyst til å bruke utseendet, og en forbedring i utseendet, til og på en måte fikse på det”*. Ved gjennomføring av kosmetisk kirurgi i den forbindelse kan dette være en metode for å søke innpass i et miljø. Dette forklares av flere informanter som spesielt relevant for personer med en opplevelse av å skille seg ut. Nina forklarer:

Også føler man seg utenfor. Jeg ser for meg at det kan være vanskelig. Hvis man ikke har et annet miljø man kan føle seg akseptert i. Da kan noen være fristet til å, ja, ønske å se sånn og sånn ut for å komme inn, da. Og bli akseptert.

Dette kan handle om et behov for tilhørighet som ikke er dekt. Louise sier: *“Om det er manglende tilhørighet, manglende bekreftelse. ... At en tyr til operasjon for å bli mer likt og sett”*. Forandring av kroppen kan slik intervjuene viser være en strategi, og ved gjennomføring en metode, for et mer vellykket liv. Dette assosieres med et ønske om å nå et

ideal eller å ikke skille seg ut. En viktig egenskap ved denne strategien er at den i hovedsak beskrives som forekommende hos individer uten større psykiske vansker, men som ønsker framgang og suksess eller innpass i et sosialt miljø.

4.3.3.2 For å kompensere. Kosmetisk kirurgi beskrives også som en strategi for å bedre selvoppfattelsen og en redusert psykiske helse og velvære. Henrik sier:

Grunnen til at du tar en operasjon er jo fordi du mest sannsynlig har et problem som du vil løse. ... For da har du nå hatt den psykiske helsa, eller den psykiske tilstanden, og prøver å løse det med en operasjon.

Svar fra intervjuene tyder på at kosmetisk kirurgi kan være et forsøk på å kompensere for opplevde feil og mangler ved en selv. Dette tenkes å være relatert til en negativ selvoppfattelse, med et negativt selvbilde og en lav selvfølelse. *“Jeg tenker at det er en form for kompensasjon, for å dekke opp for et negativt selvbilde”*, sier Hedda. Videre sier hun: *“Så, ja, at de ikke er helt bra nok uten, og må ha noe som trekker dem opp litt”*. Kosmetisk kirurgi kan være en strategi for å bedre selvoppfattelsen også ved sammenligning med andre: *“... at jeg må gjøre noe for å komme på de andres nivå. Eller i hvert fall for å komme opp på et litt høyere nivå”*, sier Thea. Thea beskriver kompensasjonen som en måte å veie opp for misnøye ved en selv som ikke er direkte relatert til det kroppslige. *“Det kan også være noe annet. Og at de veier opp for dette med å endre på utseendet. Og dersom de endrer på utseendet kan en bli litt bedre på et annet punkt. At det liksom nulles ut, da”*. Kosmetisk kirurgi kan således være en strategi for å kompensere for opplevde feil og mangler ved en negativ selvoppfattelse og psykiske vansker.

4.3.4 Effekt på psykisk helse og velvære

Samtlige informanter tenker at kosmetisk kirurgi har effekter på individet i etterkant av et inngrep. De tenker at kosmetisk kirurgi for enkelte kan ha en positiv effekt mens det for andre ikke vil gi den ønskede effekten. Hvorvidt individet opplever at forventningene innfris, tenkes å påvirkes av den psykiske helsen, egenskaper ved selvoppfattelsen, inkludert omfanget og bredden av usikkerhet, selvfokus og misnøye, samt hvor realistiske forventningene er.

4.3.4.1 Positiv effekt. Informantene tenker at kosmetisk kirurgi kan bety mye for enkeltmennesker. *“Jeg vil tro at det kan ha en positiv effekt ...”*, sier Kristian. Louise uttrykker det samme: *“Ja, jeg tror at for noen kan det få positive virkninger”*. De tenker at kosmetisk kirurgi har større sannsynlighet for å få positive effekter dersom misnøyen er begrenset, og har et konkret og spesifikt kroppslig fokus. Om sannsynligheten for positiv effekt ved kosmetisk kirurgi sier Thea: *“Det kommer nok litt an på om det i utgangspunktet var kun det med kroppen som var grunnen til at man går gjennom det”*. Louise sier: *“Jeg tror for en person som kun sliter med utseendet, så vil det å fikse på utseendet være løsningen”*. Videre sier hun: *“Jeg tror absolutt at noen som har et tydelig kompleks, som oppleves som en funksjonsnedsettelse, kan oppleve det som godt å operere seg. Få et mer normalt utseende”*. Flere informanter påpeker at de er usikre på hvor lenge den positive effekten varer. Kristian tenker: *“Det kan være midlertidig, det kan være varig”*.

Informantene tror at en opplevelse av positiv effekt har en sammenheng med at forventningene blir innfridd. Nina sier: *“At det blir sånn man hadde sett for seg”*. Hedda påpeker at dette er en konsekvens av at kosmetisk kirurgi som strategi var vellykket: *“(…) du føler at dette er blitt løst med kosmetisk kirurgi”*. De forventningene som pekes på, og som flere informanter ser for seg kan bli innfridd, er forbedret kroppsbilde og økt velvære. velvære.

4.3.4.1.1 Økt velvære. Dersom man opplever at forventningene innfris, kan man ifølge flere informanter bli mer komfortabel i egen kropp. *“(…) du vil nok føle deg mer komfortabel i den”*, sier Hedda. Videre sier hun: *“Også blir du mer komfortabel med deg selv, på en måte”*. Dette kan gi en “boost”, som flere informanter kaller det. Nina utdyper dette: *“... den her lille positive energien man kan få ved å gå forbi et speil, også føler man seg mer fornøyd med seg selv”*. Økt velvære kan få positive ringvirkninger. Louise sier: *“At man får mer tro på seg selv, og dermed så ruller ballen videre”*. Økt selvsikkerhet, og mer tro på seg selv, kan gi økt velvære også i sosiale situasjoner. Lars sier:

At man på en måte har ... La oss si at hvis komplekset har gjort at du tidligere unngår visse sosiale relasjoner eller sosiale happenings, så tror jeg det kan gjøre at du møter sånne utfordringer på en bedre måte. Og dermed at man føler at man klarer å tilpasse seg et vanlig liv igjen.

4.3.4.2 Ikke ønsket effekt. Informantene tenker at flere vil oppleve at kosmetisk kirurgi ikke hadde den effekten de så for seg. *“Når man utfører blir det på en måte ikke bra nok likevel”*, tenker Hedda. De tenker at dette ikke nødvendigvis betyr at operasjonen ikke var vellykket, og at det aspektet man opererte faktisk kan bli forbedret. Operasjonen kan likevel oppleves som å ikke ha gitt effekt, spesielt dersom forventningene var at opplevelsen av selvet skulle forandres. Mangel på innfridde forventninger forklares av informantene med at forventningene kan ha vært for store og urealistiske. Kristian sier: *“Kanskje om man har veldig høye forventninger om at det skal ha en stor endring, også har det ikke det”*.

Flere informanter tror at mangel på innfridde forventninger oftest forekommer ved forventning om at kosmetisk kirurgi skal fikse en negativ selvoppfattelse av selvet som helhet. En forandring av det overordnede selvbildet og selvfølelsen tror flesteparten av informantene sjeldent vil være en konsekvens av et inngrep. Louise sier: *“Jeg tror ikke selvbildet blir fikset ved å operere seg ... Den lave selvfølelsen og selvverdien blir ikke blir nødvendigvis noe bedre”*. Lars forklarer at dette har en sammenheng med fokuset for misnøyen:

Når du først får fikset på ett kompleks, tror jeg ikke det nødvendigvis gir de samme gevinstene som hos den gruppa som bare har én ting, og that´s it. jeg tror ikke operasjon gir de samme emosjonelt gode effektene det kan ha.

Også en generalisert usikkerhet og psykiske vansker kan redusere sannsynligheten for positive effekter. Hedda sier: *“Jeg tror ikke en operasjon gjør det bedre hos de med en mer generell usikkerhet. At man kanskje har litt dypere problemer, faktisk”*. En mangel på opplevd positiv effekt kan handle om at en negativ selvoppfattelse vedvarer. Marius sier: *“En har på de samme brillene som før operasjonen”*. Han forklarer videre: *“Det er jo noe man er ganske opphengt i før operasjonen, så jeg tror man blir ganske opphengt i det etter óg”*. Hedda påpeker at dette kan gjøre at en er tilbake til et slags startpunkt: *“... etterpå er man tilbake i samme situasjon der man føler seg usikker”*.

Enkelte informanter tenker at et kosmetisk inngrep også kan forsterke en negativ selvoppfattelse. *“At det heller bidrar til å forsterke det negative selvbildet og den sykelige opptattheten av eget utseende”*, forklarer Lars. Forsterkning av en negativ selvoppfattelse beskrives som mest uheldig hos de med omfattende psykiske vansker. *“Jeg vil tro at de som på en måte har dårligere psykisk helse fra før av, de går det mer ut over. De som er ekstra isfornøyde med seg selv, at det kan gå verst ut over dem”*. Louise sier: *“... operasjon kan*

være å legge lokk på følelsene. Det kan bli en form for forskyving av tanker og følelser en ikke ønsker å kjenne på. Man tar ikke rota, men man plastrer litt”. Ved mangel på innfridde forventninger og vedvarende eller forsterket negativ selvoppfattelse, ser informantene for seg to mulige konsekvenser. Disse vil presenteres i hvert sitt undertema: “Søker nye forklaringer” og “Økt motivasjon for flere operasjoner”.

4.3.4.2.1 Søker nye forklaringer. En mulig konsekvens av mangel på innfridde forventninger og negativ selvoppfattelse og psykiske vansker, er at en søker nye forklaringer og strategier. Thea sier: “... man innser at det å endre på kroppen gjør ikke nødvendigvis at følelsene forsvinner”. Heller enn å forandre kroppen kan en utforske andre forklaringer på et opplevd problem. Thea fortsetter:

Jeg tror samtidig at man gjerne merker at det har på en måte ikke så mye å si for det helhetlige bildet. At det påvirker ikke andre sider ved deg, hvordan du oppfører deg, hvordan du er med andre, hvordan andre ser deg.

Nina beskriver et lignende scenario: “Så tror jeg jo, da håper jeg, at de skjønner at det kanskje er en annen kjerne til problemet”. Henrik sier:

For noen kan jo da tenke at: “Ah, det var aldri et fysisk problem med meg. Da må jeg gå litt inn i meg selv og finne ut av hva jeg kan gjøre for å få det bedre. Kanskje jeg må vekk fra miljøet”. Litt sånn fresh start opplegg.

Louise tenker at dette i enkelte tilfeller også kan medføre at man reverserer inngrepet i ettertid. “Også ser du tilfeller der folk tar ut implantater igjen og innser etter hvert at det var bare i hodet mitt”. Flere nevner også samtaler med andre mennesker og oppsøking av terapi om opplevde vansker som mulige alternative strategier.

4.3.4.2.2 Økt motivasjon til flere operasjoner. Flere informanter tenker at individet etter et inngrep kan få økt motivasjon for flere operasjoner dersom misnøyen og selv-/kroppsfokus vedvarer. Dette kan skje ved en opplevelse av at forventningene ikke innfris. Enkelte informanter peker også på at økt motivasjon kan opptre ved innfridde forventninger. Kristian sier: “Jeg tror det kan forsterke lysten til å gjøre det igjen. Eller ja, med en forventning om at det kommer til å gi den samme følelsen av fornøydhet som man hadde

forrige operasjon”. Hedda tror at ny motivasjon oppstår som en følge av at fokuset forflyttes: *“I ettertid må alt dette fokuset flyttes til noe annet. Det kan gjerne være litt vanskelig sikkert. At det da kan flyttes til noe som ikke nødvendigvis er bedre. ... Til et annet sted på kroppen*”. Ved en forflytting av fokuset tenker flere informanter at kosmetisk kirurgi kan bli en avhengighet. Louise sier: *“... forflytte seg over til en ny ting. ... Det er kanskje vanskelig å ikke tenke at man bare skal endre på den og den tingen*”. Dette tenker informantene er en svært uheldig effekt. *“Jeg tror av og til det kan åpne en dør til å se hva neste ting man er misfornøyd med. Det blir på en måte en sånn uendelig jakt. Jeg tror for mange at det kan gjøre ting vondt verre”*, sier Marius. Lars sier:

Om man kontinuerlig fikser på nye ting, kan man jo tenke at dette ikke er så rasjonelt. Eller at det ikke er objektivt nødvendig å gjøre det, til tross for at dette er en så viktig del for denne gruppa. At det kan bli en skadelig psykisk del, en psykisk forstyrrelse. Heller enn et enkelt, vanlig kompleks, på en måte.

Dette tenker informantene at oftest forekommer ved, og kan være et uttrykk for, psykiske vansker. Henrik sier: *“Det tror jeg må være helt forferdelig. At du gikk inn med en dårlig psykisk helse, og prøvde å fikse det. Og løsningen din ga deg bare mer problemer*”. Han legger til: *“Det kan kanskje bli litt lettere å hoppe inn i det på nytt*”. Lars tenker også at det er en økt sannsynlighet for gjentatte inngrep for denne gruppen: *“Det blir sånn ... Inngrepet kan føre til tankerekker som gjør at en igjen velger å utføre slike inngrep*”.

De neste sidene vil gi et sammendrag av studiens resultater, og et forslag til relasjonen mellom hovedtemaer og temaer foreslås i en oppsummerende figur.

4.4 Oppsummering av resultater

Resultatene som presenteres i dette kapitlet representerer oppfatninger blant et flertall av informantene om motivasjon for- og påvirkning til kosmetisk kirurgi, egenskaper ved selvpoppfattelsen hos mennesker med motivasjon for kosmetisk kirurgi og relasjonen mellom kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære. For å illustrere temaer og deres sammenhenger over hele materialet, er Figur 2 utviklet som utgangspunkt for sammenfatting og diskusjonen. Del A, som omhandler interne og eksterne faktorer som kan påvirke og gi individet motivasjon for kosmetisk kirurgi, er oppsummert i den blå ruten i Figur 2.

Eksposering for kosmetisk kirurgi og kroppsrelatert innhold ble identifisert som den viktigste eksterne faktoren som direkte kan påvirke individet gjennom effekter på opplevelsen av selvet og egen kropp. Da påvirkningen, slik det fremkommer i denne studien, skjer direkte, viser Figur 2 en heltrukken pil som går direkte til “Interne faktorer”.

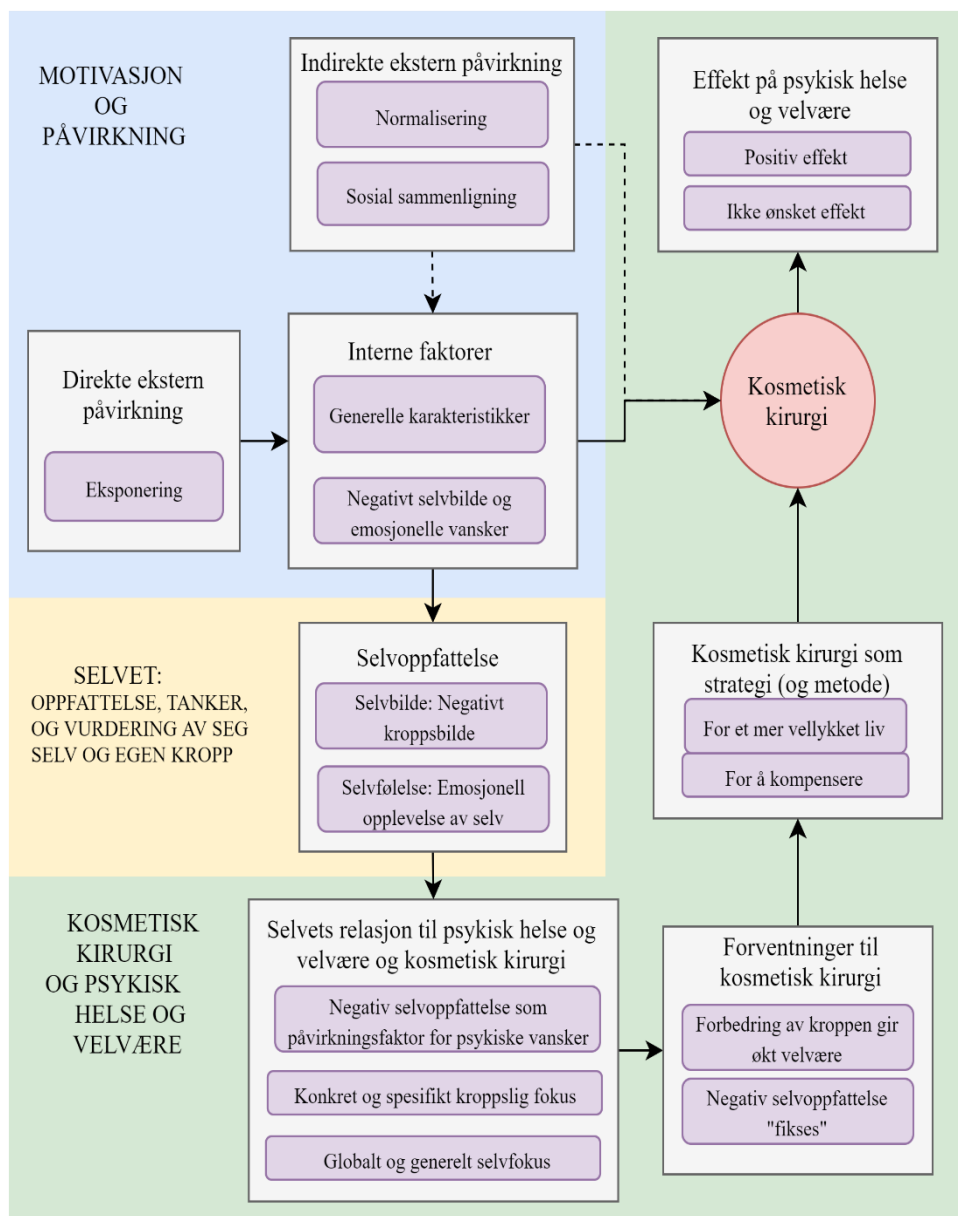
Ekstern eksponering kan foregå på sosiale medier, øvrige medier og via kjennskap til andre som har operert seg slik som venner og familie. Individet kan se opp til enkelte profiler på sosiale medier eller øvrige medier og ønske å være mer lik disse, eller bli eksponert for ulike menneskers positive erfaringer med kosmetisk kirurgi. Eksposering kan mobilisere til et ønske om kosmetisk kirurgi og gi og forsterke en positiv assosiasjon mellom slike inngrep og et positivt utfall. Eksposeringen kan også gi og forsterke et negativt selvbilde, med en opplevelse av usikkerhet, selvfokus og misnøye.

Normalisering av kosmetisk kirurgi kan gi økt eksponering for kosmetisk kirurgi. Gjennom eksponering for kosmetisk kirurgi og kroppsfokusert innhold kan individet bli presentert for et skjønnhetsideal, og flere informanter beskriver dagens idealer som urealistiske og homogene. En normalisering av kosmetisk kirurgi og økt eksponering for dette kan fremme aksept for slike inngrep innad i et miljø som i sin tur kan påvirke individets holdninger. Individet kan få en opplevelse av at kosmetisk kirurgi er forventet og en norm en bør følge. Gjennom å sammenligne seg med andre, kan individet internalisere normer og idealer et samfunn eller et sosialt miljø har, og ved en oppfattet diskrepans kan en motivasjon for kosmetisk kirurgi fremmes gjennom et ønske om å ikke skille seg ut eller nå et ideal. Sosial sammenligning og normalisering betraktes i denne sammenheng som en form for indirekte påvirkning som fremmer motivasjon, og av denne grunn viser Figur 2 en stiplet pil fra “Indirekte ekstern påvirkning” til “Interne faktorer” og mot kosmetisk kirurgi.

Av interne egenskaper som kan påvirke og fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi er et negativt selvbilde og emosjonelle vansker. Hvilke interne egenskaper individet innehar har betydning for hva det eksponeres for og hvordan det påvirkes av denne eksponeringen. Hva en eksponeres for vil i sin tur påvirke hva det opplever som normer og idealer og hvordan det evaluerer seg selv i relasjon til disse. Informantene tenker at et negativt selvbilde og/eller emosjonelle vansker kan gi økt tilbøyelighet for sosial sammenligning, og at sammenligningen kan forsterke en negativ selvoppfattelse.

Motivasjon og påvirkning beskrives som en dynamisk prosess bestående av interne og eksterne faktorer, der eksterne faktorer kan påvirke både direkte og indirekte, samtidig som at interne faktorer både kan forsterke den direkte og den indirekte eksterne påvirkningen. Motivasjonen er således både eksternt og internt påvirket. Det dynamiske samspillet medfører

flere utfordringer med hensyn til den tematiske kategoriseringen i Del A og den oppsummerende figuren. Dette vil diskuteres i neste kapittel. Figuren er kun ment som en oversikt over hovedtemaer og temaer og et forslag til et samspill mellom disse. Prosesser som kan lede til motivasjon for kosmetisk kirurgi vil i virkeligheten være langt mer komplekst enn det fremstår her.



Figur 2. Figuren viser et mulig samspill mellom hovedtemaer. Hvert hovedtema (hvite bokser) viser inkluderte temaer (lilla bokser). Undertema vises ikke i figuren

Del B gir en utdypning av informantenes oppfattelse av egenskaper ved selvoppfattelsen hos mennesker med motivasjon for kosmetisk kirurgi. Dette inkluderer negative tanker og følelser knyttet til egen kropp. Da dette er en utdypning, går det i figuren en pil fra “Interne faktorer” ned til “Selvoppfattelse”. Samtidig illustrerer den nye bakgrunnsfargen i figuren et skifte fra spørsmål og svar innen Del A til Del B som i sin tur reflekterer hver sine forskningsspørsmål. Resultatene for Del B beskriver at kroppen er sentral for selvoppfattelsen – både for tanker og følelser knyttet til egen kropp, og for flere også selvet som helhet. Misnøyen og fokuset kan være generell eller spesifikk. Innholdet i selvoppfattelsen kan påvirke kroppslig opplevelse, og kroppslig opplevelse kan påvirke innholdet i selvoppfattelsen.

Kroppen beskrives som et bilde og symbol på av hvem og hvordan en er som person, og således kan kroppen gis en sentral funksjon som overskrider det rent kroppslige og fysiske. En del av kroppens oppgave for individet beskrives som å kommunisere indre kvaliteter til andre mennesker, og informantene tenker at individet kan være fokusert på, og opptatt av, hvordan en oppfattes og vurderes av andre mennesker. Med et økt kroppsfokus kan misnøyen og selvbildet forsterkes, og dette kan oppta fokus også i sosiale sammenhenger og prege individets interaksjon med andre. Selvtilliten kan påvirkes negativt ved et økt kroppsfokus. Det kan eksistere en diskrepans mellom kroppens objektive form, figur og størrelse og individets kroppsbilde og kroppsperspeksjonen kan være forstyrret. Den emosjonelle opplevelsen av selvet og egen kropp beskrives som preget av negative følelser, og selvfølelsen kan være lav. Dersom kroppen fremstår viktig, og en opplever sterk misnøye med denne, kan dette gi en følelse av nedsatt personlig verdi.

I Figur 2 går det videre en pil til “Selvets relasjon til helse og velvære og kosmetisk kirurgi”. Dette er et hovedtema som beskriver at selvoppfattelsen kan påvirke den psykiske helsen og utgjøre en påvirkningsfaktor for psykiske vansker og lidelser som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse. De to sistnevnte er tilstander som er nært knyttet til et negativt kroppsbilde. Videre beskriver informantene to hovedformer for misnøye av forskjellig fokus, hvorav disse kan fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi og være forbundet med to forskjellige forventninger til inngrepet. Det går derfor en pil videre til “Forventninger til kosmetisk kirurgi”.

Den første hovedtypen misnøye er konkret og spesifikt kroppslig fokus. Dette omtales også som kroppslige komplekser, og disse kan medføre nedsatt velvære og en opplevelse av funksjonsnedsettelse uten å gi psykiske vansker. Et konkret og spesifikt kroppslig fokus

assosieres med et ønske om å ikke skille seg ut og ikke være avvikende fra normen. Dette beskrives som tett forbundet med forventninger om at kosmetisk kirurgi kan gi økt velvære.

Den andre formen for misnøye er av et globalt og generelt selvfokus, og dette assosieres med psykiske vansker og et stabilt og vedvarende negativt selvbilde og lav selvfølelse. Dette er en generalisert misnøye som ved konkretisering til kroppen kan gi motivasjon for kosmetisk kirurgi. Kosmetisk kirurgi kan i denne sammenheng være motivert av et ønske om å forbedre selvoppfattelsen og den psykiske helsen. Generalisert forbindes av informantene med en forventning om at selvoppfattelsen kan “fikses”. Videre går det en pil fra “Forventninger til kosmetisk kirurgi” og “Kosmetisk kirurgi som strategi (og metode)”. Metode er her satt i parentes for å understreke at en kan ha motivasjon for kosmetisk kirurgi uten at dette nødvendigvis leder til gjennomføring av et faktisk inngrep. Kosmetisk kirurgi ble identifisert som en strategi for et mer vellykket liv både karrieremessig og sosialt. Dette temaet er bredt og omhandler et stort spekter av målsettinger som assosieres med et ønske om å ikke skille seg ut til å nå et ideal. Den andre strategien beskrives som nært relatert til psykiske vansker og en negativ selvoppfattelse, og kosmetisk kirurgi kan i den forbindelse være en strategi for å kompensere for individets opplevelse av feil og mangler.

Basert på ulike motivasjoner og forventninger kan kosmetisk kirurgi gjennomføres. Det går en pil fra “Kosmetisk kirurgi som strategi (og metode) til “Kosmetisk kirurgi”, som siden har en effekt på psykisk helse og velvære. Kosmetisk kirurgi er lagt til i denne figuren til tross for at dette ikke er et hovedtema for å illustrere at effekten i denne forbindelse er et resultat av gjennomføring av et inngrep. Hvilken effekt individet får kan påvirkes av en rekke faktorer, slik som hvilke interne egenskaper (faktorer) det innehar, inklusive selvoppfattelsen, eventuelle psykiske vansker og egenskaper ved misnøyen (om denne er spesifikk eller generalisert). Forventningene kan også påvirke effekten og hvorvidt individet er fornøyd med inngrepet eller ikke. Dersom misnøyen er av et konkret og spesifikt kroppslig fokus, tenker informantene at kosmetisk kirurgi har større sannsynlighet for å gi økt velvære. Hvis misnøyen er generalisert, betraktes sannsynligheten for ønsket effekt for å være mindre. Dette forklares med at forventningene da er urealistiske og det ofte kan ligge mer omfattende psykiske vansker til grunn. Misnøyen og det globale og generelle selv fokuset kan da opprettholdes og forsterkes, og medføre søking etter nye forklaringer på et oppfattet problem eller økt motivasjon til flere operasjoner.

5 Diskusjon

Denne studien undersøkte unge menneskers oppfatninger om motivasjon for kosmetisk kirurgi og sammenheng med subjektiv livskvalitet. Forrige kapittel ga en beskrivelse av temaer innen eksterne og interne faktorer ved påvirkning og motivasjon for kosmetisk kirurgi, en utdypning av oppfatninger rundt selvpoppfattelsen hos individer med motivasjon for kosmetisk kirurgi og relasjoner mellom kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære. Diskusjonen vil starte med en drøfting av metodiske betraktninger, slik som styrker og svakheter med hensyn til studiens troverdighet. Deretter vil sentrale funn ved eksterne og interne faktorer ved påvirkning og motivasjon diskuteres, før en drøfting av relasjonen mellom kosmetisk kirurgi og psykisk helse og velvære. Avslutningsvis vil det gis anbefaling til videre forskning.

5.1 Metodiske betraktninger: Styrker og svakheter ved studien

Denne studien bærer preg av flere egenskaper som kan medføre utfordringer med hensyn til troverdighet. Troverdighet er mål på hvorvidt forskningsfunnene er pålitelige, gyldige og overførbare (Johannessen et al., 2016, s. 232; Langdridge, 2004, s. 41). Av etiske hensyn, og av årsaker begrunnet innledningsvis i denne oppgaven, har datagrunnlaget ikke vært basert på informanter med personlig erfaring, men heller unges oppfatninger om motivasjoner andre mennesker kan ha. Resultatene er altså basert på oppfatninger og refleksjoner rundt hva som foregår i prosesser som resulterer i kosmetisk kirurgi, og hvilke effekter dette kan ha på individets subjektive livskvalitet. Informantenes oppfatninger og studiens resultater vil senere drøftes med utgangspunkt i relevant forskningslitteratur.

En presis og nøyaktig operasjonalisering av studiens problemstilling er sentralt for å sikre valide funn. Subjektiv livskvalitet er et vidt begrep som kan defineres og måles på ulike måter, der det på tvers av ulike fagfelt har vært vanskelig å enes om en felles definisjon (Solberg, 2018). Som beskrevet i Kapittel 3 er subjektiv livskvalitet i denne studien operasjonalisert som psykisk helse og velvære. Da psykisk helse er et begrep som for flere assosieres med psykiske lidelser, og subjektiv livskvalitet også omfatter positive følelser (Gustavson et al., 2018, s. 10), kan det virke sannsynlig at en slik operasjonalisering kan gi en opplevelse av et noe skjevt fokus på såkalt psykisk uhelse. Utgangspunktet for denne studien har vært at dersom brukere av kosmetisk kirurgi ikke opplever psykiske problemer relatert til denne typen behandling, er dette heller ikke en problematikk som direkte relaterer seg til

psykologarbeid. Samtidig er kjent at mange unge i dag opplever kroppspress, usikkerhet og kroppsmisnøye, og da min fremtidige arbeidsrolle sannsynligvis vil medføre møte med individer som opplever dette, har det vært av interesse å undersøke den aktuelle problemstillingen.

En stor trussel for troverdig forskning er “forskerbias”, som enkelt forklart kan medføre at forhåndskunnskap og antakelser gjør at forskeren ser det en ønsker å se (Burnard, Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008; Johnson, 1997). Gjennom en refleksiv tilnærming med bevissthet rundt eget utgangspunkt samt betydningen av denne (Ibrahim & Edgley, 2015), forsøkte jeg å motvirke et slikt bias. Dette ble spesielt aktuelt i møte med flere informanter hvorav vi hadde sentrale ting til felles. Flere deltakere var psykologistudenter, og dette kan ha medført en antakelse om at jeg i intervju situasjonen møtte dem med en faglig definert holdning. Dette kan gjøre resultatene sårbare for en sosial ønskelighet, hvilket kan true validiteten (Nederhof, 1985). Dette kan ha vært en risiko i møte med samtlige deltakere, men effekten kan ha blitt forsterket blant deltakerne med samme studiebakgrunn som meg. Disse deltakerne kan ha følt på en forventning om at de skal svare “korrekt” eller se spørsmålene innen et begrenset psykologisk perspektiv. Det ble i den anledning viktig å presisere at jeg ikke intervjuet deltakerne på bakgrunn av deres studieretning, og at jeg søkte deres oppfatninger og synspunktet heller enn psykologiske kunnskap.

En felles bakgrunn hos forsker og informant kan videre øke risikoen for at man kjenner eller kjenner til hverandre, og dette kan gi ulemper dersom informanten tilbakeholder informasjon i frykt for å møte på intervjueren ved en senere anledning (Bryman & Cassell, 2006). Det ble ekstra viktig å bruke god tid på rekruttering slik at deltakerne ikke kjente meg. Tjora (2017, s. 199) påpeker viktigheten av bruk av åpne og generelle spørsmål med en naiv tilnærming i møte med deltakere som har noe til felles med forskeren. En naiv tilnærming kan motvirke at viktig informasjon går tapt gjennom en antakelse om at informant og intervjuer forstår hva den andre prøver å formidle uten at dette uttrykkes eksplisitt. I denne anledning ble informantene ofte bedt om å utdype svarene.

En utfordring med intervjustudier er spørsmålet om når utvalget er stort nok og datainnsamlingen skal avsluttes. Innen kvalitativ forskningsmetode er det vanlig å begrunne og rettferdiggjøre utvalgsstørrelsen med teoretisk metning (Guest et al., 2006). Dette er et mål innen intervjustudier som har fått kritikk for å være relativt dårlig operasjonalisert da det eksisterer usikkerhet rundt hvordan mening burde konseptualiseres (Rowlands, Waddell & McKenna, 2016; Saunders et al., 2018). Det er få retningslinjer for hvordan metningspunktet bør vurderes (Morse, 1994). Guest og kolleger (2006) fant i sin studie at alle

hovedtemaer/metatemaer oppstod så tidlig som etter det sjette intervjuet, og at nye koder ikke ble utviklet etter det tolvte intervjuet. Forfatterne foreslår at teoretisk metning kan vurderes som et resultat av at nye koder ikke utvikles ved innhenting og analysing av nytt datamateriale. Med utgangspunkt i Guest et al., (2006) sin operasjonalisering, ble teoretisk metning i denne studien oppnådd ved det åttende intervjuet. Da også kjønnsbalansen var jevn på dette tidspunktet ble rekrutteringen og datainnsamlingen avsluttet.

Valg av metode for datainnsamling, med individuelle, semistrukturerte intervjuer, kan ha gitt en god mulighet til rike og detaljerte beskrivelser og på denne måten ha styrket studiens validitet. Individuelle, semistrukturerte intervjuer synes å generere detaljerte beskrivelser, og kan gi bedre innsikt i informantenes tanker og forståelser om et gitt tema sammenlignet med andre kvalitative datainnsamlingsmetoder (Knodel, 1993; Morgan, 1998). De individuelle, semistrukturerte intervjuene i denne studien kan ha økt sannsynligheten for at informantene i større grad følte seg komfortable med å dele ærlige oppfatninger rundt en tematikk som for flere kan oppleves sensitiv. Gjennom tilrettelegging for en trygg atmosfære kan individuelle, semistrukturerte intervjuer gi god mulighet til å gå i dybden på egne synspunkter (Gaskell, 2000, s. 45), og dette ble forsøkt lagt til rette for i møte med informantene.

Det bør samtidig påpekes at en digital gjennomføring av intervjuene, slik som ved bruk av Skype og telefon, kan by på utfordringer. I denne studien ble Skype i hovedsak benyttet. Kun ved ett tilfelle ble intervjuet foretatt per telefon. Telefonintervjuer medfører redusert tilgang på informasjon, slik som ansiktsuttrykk, og ikke-verbal informasjon går dermed tapt. Skype gir en bedre tilgang på kroppsspråk, og enkelte hevder at tilgangen til ikke-verbal informasjon er tilnærmet lik “ansikt-til-ansikt-intervjuer” (Janghorban, Roudsari & Taghipour, 2014). Til tross for at det ikke oppstod noen større tekniske utfordringer ved gjennomføring av Skype-intervjuene, bør det likevel tas høyde for at den digitale gjennomføringen kan ha skapt en opplevd distanse mellom informant og intervjuer, og at dette kan øke terskelen for å dele det som kan oppfattes som sensitiv informasjon (Seitz, 2016). I tråd med Seitz sine råd om tiltak for å kompensere for dette, ble valg av et stille lokale fri for distraksjoner, gjentakelse av spørsmål ved behov og god tid på innledning og avrundning av intervjuet gjennomført.

En viktig forutsetning for pålitelige og gyldige funn er entydig begrepsbruk, der intervjuer og samtlige informanter oppfatter sentrale begreper og spørsmål likt (Espnes & Smedslund, 2012, s. 61). Dette ble jeg ekstra bevisst da jeg stilte spørsmål fra Del B av intervjuguiden da det selv blant fagfolk eksisterer ulike syn på begreper relatert til selvet

(Hoban & Hoban, 2004). Det var derfor ikke overraskende at informantene seg imellom hadde ulik forståelse og bruk av begreper som selvtillit, selvfølelse, selvbylde og kroppsbilde. Dersom informantene benyttet seg av disse begrepene, ble de bedt om å forklare hvordan de forstod begrepet og hva de la i det. Dette ble gjort for senere utvikling av koder som var basert på informantenes eksplisitte meningsinnhold heller enn min teoretiske forståelse av begrepene.

Analyseprosessen ble i Kapittel 3 beskrevet som en realistisk/essensialistisk tilnærming (Braun & Clarke, 2006). En slik beskrivelse medfører flere utfordringer. For det første forutsetter dette at deltakerne uhindret har delt sine subjektive oppfatninger og at jeg som intervjuer har direkte tilgang til disse. Dette er ikke bestandig tilfellet slik det er blitt påpekt tidligere. For det andre baserer dette seg på en antakelse om at forskeren er objektiv, og at det er informantenes utsagn alene som danner grunnlaget for analysen. Det er naturlig å anta at tidligere erfaringer med psykologisk teori, da inklusiv kunnskap om studiens tematikk, og oppgaveskriving i studiesammenheng kan ha påvirket analyseprosessen. For å motvirke en teoretisk drevet analyse ble detaljert gjennomgang av litteratur utsatt (Braun & Clarke, 2006). Samtidig kan forhåndskunnskap ha bidratt til en vurdering av hva som utgjorde en kode og hvor viktig denne koden ble ansett for å være (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Dette peker på at resultatene av en TA også påvirkes av andre faktorer enn informantenes verbale utsagn og eksplisitte meningsinnhold.

Videre kan en påstand om at analysen er datadrevet være problematisk. Flere forhold peker på at analysen ikke kan anses som induktiv. Kodingsprosessen tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene, noe som kjennetegner en teoretisk drevet analyse (Boyatzis, 1998, s. 32; Nowell, Norris, White & Moules, 2017). Videre kan inndelingen av grupper med spørsmål og svar (Del A-C) øke sannsynligheten for “forskerbias” i analyseprosessen. Sentrale bias i den forbindelse kan være “overkategorisering” og “konseptuelt tunnelsyn” (Morse & Mitcham, 2002). I den forbindelse ble ulike teknikker og strategier gjennomført for å etterstrebe valide koder med nærhet til datamaterialet. Disse presenteres i følgende avsnitt.

Å basere analysen på semantiske koder, med en stadig sammenligning av kodene opp mot de faktiske utsagnene, samt en avventing med fortolkning til senere steg i prosessen, ble gjort for å utvikle koder med nærhet til datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Likevel vil “senere” analysesteg slik det er beskrevet av Braun og Clarke (2006) involvere abstrakte koder og en viss tolkning av disse. Basert på dette kan det argumenteres for at analyseprosessen er refleksiv heller en fullt ut induktiv (Braun & Clarke, 2020). Morken, Lossius og Arefjord (2018) peker på at TA nettopp er en refleksiv prosess hvor tema utvikling

er et resultat av samspill mellom forskerens forhåndsantakelser og det foreliggende datamaterialet. Av denne grunn har det vært viktig å beskrive kodings- og analyseprosessen nøye. Hvert tema bestod av flere eksempler fra forskjellige informanter og dette var en såkalt induktiv strategi (Morse & Mitcham, 2002) for å utvikle koder som hadde en bred forankring i datamaterialet. Videre ble det stilt kritiske spørsmål underveis og lett etter alternative forklaringer og forståelser av resultatene. Det bør likevel igjen presiseres at en påstand om at analysen er induktiv og datadrevet, heller enn teoretisk, er en grov forenkling av et komplekst teoretisk spørsmål (Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Morse & Mitcham, 2002).

Også utvalget medfører utfordringer med hensyn til troverdighet. Et bekvemmelighetsutvalg bestående av åtte informanter kan ikke anses for å være representativt, noe som åpenbart svekker overførbarheten (Etikan, Musa & Alkassim, 2016). Overførbarhet, også omtalt som muligheten til å generalisere, handler om hvorvidt forskningsfunnene er gyldige utover det spesifikke utvalget (Johannessen et al., 2016, s. 233). Det er lite sannsynlig at overvekten av psykologistudenter i denne studien representerer oppfatninger og bredden av disse blant unge fra andre studieretninger eller i andre livssituasjoner utover studentlivet. Andre individer kan inneha relevant informasjon som denne studien ikke hadde tilgang på og dermed ikke fikk belyst (Langdridge, 2004, s. 47). Mangel på et representativt utvalg medfører at funnene ikke er generaliserbare, noe kvalitative studier ellers sjeldent er (Hallberg, 2013).

Det bør samtidig presiseres at hensikten med denne studien ikke var å generalisere forskningsfunnene, men å belyse informantenes oppfatninger knyttet til problemstillingen. Den jevne kjønnsbalansen, spenn i alder og studenter fra ulike steder i studieløpet samt fra ulike fagområder har i det minste gitt eksempler på oppfatninger blant norske studenter i alderen 18-30 år. Deltakerne hadde ulik erfaring og kjennskap med kosmetisk kirurgi som fenomen. Flere kjente til venner eller familiemedlemmer som hadde gjennomført kosmetisk kirurgi og to deltakere fortalte at de omtrent ikke hadde noe kjennskap til temaet fra før. Dette kan ha bidratt til forskjellige innfallsvinkler og perspektiver.

At forskningsfunnene ikke er generaliserbare, og at utvalget medfører utfordringer med hensyn til overførbarhet, betyr likevel ikke at resultatene ikke er gyldige som eksempler på hvordan unge studenter kan reflektere over oppgavens tematikk. Sammenlignet med forskningslitteratur fra området kan man hevde at oppgavens resultater på mange måter stemmer overens med publiserte studier. Spesielt studier relatert til den psykiske helsens påvirkning og prediksjon for konsekvenser av kosmetisk kirurgi (Haas et al., 2008; Herruer, Prins, van Heerbeek, Verhage-Damen & Ingels, 2015; Honigman et al., 2004; Sarwer, 2019),

gir en viss ekstern validitet til denne studien. I følgende avsnitt vil de empiriske funnene drøftes i relasjon til annen forskningslitteratur, og mulige kliniske implikasjoner av resultatene vil diskuteres.

5.2 Eksterne faktorer – Ytre påvirkning

Denne studien beskriver ulike former for ekstern påvirkning og en oppfatning blant informantene om at disse er sentrale og en forutsetning for utvikling av motivasjon for kosmetisk kirurgi. Som flere informanter påpeker, kan spesielt Instagram og visuell eksponering for kosmetisk kirurgi medføre misnøye med egen kropp og gi et nedsatt stemningsleie. Dette er i overensstemmelse med resultater fra Brown og Tiggemann (2016). Studier har også funnet at kvinner er mer utsatt for økt misnøye med egen kropp ved denne typen eksponering (Makowski, Mnich, Angermeyer, Löwe & von dem Knesebeck, 2015), noe som kan ses i sammenheng med informantenes oppfatning om at flere kvinner enn menn er motivert for kosmetisk kirurgi.

Media anses av flere informanter som en sentral kilde til presentasjon av skjønnhetsidealer. Dette synes å stemme overens med litteraturen (Swami, 2009), og disse idealene internaliseres allerede i ung alder (Dakanalis et al., 2015; Fitzsimmons-Craft et al., 2012). Studier tyder også på at gjentatt eksponering kan medføre en sterkere internalisering (Grabe, Ward & Hyde, 2008), og det virker sannsynlig at individer som eksponeres ofte for såkalte “urealistiske” skjønnhetsidealer og attraktive kropper i media kan ha en sterkere internalisering av disse idealene. En studie fant at deltakere som hadde internalisert et tynnhetsideal fikk et mer negativt syn på egen kropp (kroppsbilde) ved eksponering for tynne og attraktive mennesker i media sammenlignet med individer som ikke har internalisert et tynnhetsideal (Yamamiya, Cash, Melnyk, Posavac & Posavac, 2005). I likhet med hva informantene beskriver, peker disse funnene på at eksponering for kosmetisk kirurgi alene ikke gir kroppsmisnøye, og at påvirkningen medieres av interne faktorer ved individet, slik som hvilke idealer det har internalisert.

At enkelte er mer sårbare for negativ påvirkning, her i form av et mer negativt kroppsbilde, og at ulike idealer kan internaliseres allerede i tidlig alder, problematiserer en kategorisering av eksponeringen som en *direkte* påvirkning. Funnene det refereres til over peker på at eksponering kan påvirke ulike mennesker forskjellig og i varierende grad. At forskjellige mennesker har ulike idealer internalisert, synes å være en forklaring på hvorfor enkelte ved eksponering for kosmetisk kirurgi og kroppsfokusert innhold opplever en mer

negativ evaluering av egen kropp. Som informantene forteller, tyder studier på at eksterne faktorer interagerer med de interne. Informantene peker blant annet på at grad av selv-/kroppsfokus kan mediere effekten av ytre eksponering. En studie synes å bekrefte denne antakelsen, da den viser at individer med et stort kroppsfokus og høy kroppsmonitorering får signifikant mer kroppslig misnøye ved eksponering for kroppsfokusert innhold i media sammenlignet med individer uten dette fokuset (Rousseau & Eggermont, 2018). Dette er i overensstemmelse med informantenes tanke om at et stort fokus på en selv og egen kropp kan gjøre en mer mottakelig for kroppsrelatert stimuli, og at denne i sin tur kan fremme misnøye med egen kropp.

En måte individet kan oppleve misnøye ved eksponering for kroppsfokusert innhold i media, er gjennom sammenligning med disse idealene (Engeln-Maddox, 2005; Jones, 2001; Morrison et al., 2004). Resultatene i studien viser at enkelte kan sammenligne seg oftere med andre mennesker, og at de til stadighet opplever en selv og egen kropp som mindre positivt enn andre. Festinger (1954) foreslår at sosial sammenligning kan foregå “oppover”, hvor individet gjentatte ganger sammenligner seg med mennesker en evaluerer som bedre enn en selv på en eller flere egenskaper. Dette kan være en måte å forstå hvordan eksponering for kroppsfokusert innhold i media kan ha sterke negative effekter på kroppsbildet og for enkelte også selvbildet. Sammenligningen og responsen på denne, slik informantene beskriver synes å ha en mulig forklaring i Higgins’ (1997) selvdiskrepansteori. Informantenes beskrivelse av at diskrepans mellom idealet og egen kropp kan gi misnøye, synes å samstemme med hva Higgins et al. (1986) fant ved en oppfattet diskrepan mellom “ideal-selv” og “faktisk-selv”. Det kan virke sannsynlig at negative tanker og følelser knyttet til egen kropp kan gjøre individet mer sårbar for “oppover”-sammenligning. Da denne typen sammenligning synes å ha negative effekter på selvfølelsen (Wood, 1989), kan dette trolig forsterke et negativt selvbilde og/eller kroppsbilde.

Til tross for at flere informanter peker på at medias urealistiske skjønnhetsidealer fremmer misnøye med egen kropp, forteller flere at disse også kan inspirere til å jobbe mot et ideal. Dette kan være gjennom en assosiasjon mellom kosmetisk kirurgi og “noe positivt”. Eksempelvis kan individet assosiere kjente profilers kropper med suksess og berømmelse, og dette beskrives som en måte ekstern eksponering kan gi individet en *lyst* til å nå idealet. En informant omtaler dette som en “perfeksjonering”, og en annen som “optimalisering”, av egen kropp, hvorav kosmetisk kirurgi kan utgjøre en strategi for et mer vellykket liv. Dette tyder på en mer lystbetont motivasjon. Slik informantene tenker, kan eksponering i media

fremme motivasjon gjennom et inntrykk av at kosmetisk kirurgi kan medføre flere fordeler (Furnham & Levitas, 2012).

Nabi og Keblusek (2014) gir en forklaring på hvordan “oppover”-sammenligning kan inspirere. Om diskrepansen mellom selvet og et ideal oppleves som mindre, kan dette ved en opplevelse av kontroll over utfallet motivere til atferd som reduserer diskrepansen. Atferden og innsatsen en må legge inn for å nå målet kan virke overkommelig, og slik teorien om planlagt atferd peker på, synes oppfattet atferdskontroll å være en sentral faktor ved prediksjon av planlagt atferd (Ajzen; 1985; Ajzen, 1991). At sosial sammenligning kan fremme inspirasjon og et *ønske* om å nå et ideal, er et viktig poeng, da det vil være naturlig å tenke at sosial sammenligning også kan resultere i en motivasjon for et ønsket utfall. Med utgangspunkt i Higgins’ (1997) selvreguleringsteori, kan en slik motivasjon for å nå et ideal betraktes som en fremmingsstrategi. Kosmetisk kirurgi motivert av oppfattet diskrepans mellom idealet og selvet, og et ønske om å nå dette idealet, kan derfor argumenteres for å være en fremmingsstrategi orientert mot et ønsket utfall og økt velvære heller enn forebygging av et uønsket utfall og redusert velvære.

Eksposering for kosmetisk kirurgi og kroppsfokusert innhold kan gi en assosiasjon mellom operasjon og et positivt utfall, og dette kan påvirke individets holdninger til å bli mer positive til kosmetisk kirurgi. Dette er bekreftet i flere studier, hvor både sosiale medier (Abbas & Karadavut, 2017), øvrige medier som TV og magasiner (Jung & Hwang, 2016; Slevic & Tiggemann, 2010) og venner og familie (Nerini, Matera & Stefanile, 2014) er sentrale påvirkningsfaktorer for dette. Positive holdninger for kosmetisk kirurgi kan slik teorien om planlagt atferd beskriver, øke sannsynligheten for intensjoner om atferd relatert til denne holdningen (Ajzen, 1985; Ajzen, 1991). Samtidig kan eksponeringen gi en opplevelse av press (von Soest, Kvalem, Skolleborg & Roald, 2006). En opplevelse av press kan slik resultatene presenterer, gi motivasjon for kosmetisk kirurgi for å ikke skille seg ut og avvike fra gruppenormen. Ved medlemskap i et miljø, eller ønske om innpass i denne gruppen, kan individet bli mer sensitivt og mottakelig for tegn på fravikelse fra gruppens normer (Hornsey, 2008; Tajfel, 1978; Tajfel & Turner, 1979).

Little (1998, s. 163) understreker at en opplevelse av kosmetiske operasjoner som norm, eller en opplevelse av kosmetisk kirurgi som nødvendig for å ikke avvike fra en kropprelatert norm, ikke nødvendigvis betyr at individet støtter denne normen. En opplevelse av press og forventning om et inngrep, tyder på at operasjonen ikke kommer fra et indre ønske, men heller er basert på en frykt for negative sosiale konsekvenser ved avvik fra normen. Selvkategorisering og opplevelse av en sosial identitet kan være en forklaring på

hvorfor en opplevelse av sosialt press kan motivere til kosmetisk kirurgi, hvorav karakteristikker ved gruppen en identifiserer seg med, slik som oppfattet norm hva gjelder kropp og utseende, blir viktig for individet og kan gå på bekostning av dets personlige holdninger og verdier (Turner & Reynolds, 2012, s. 402). Grupper normer har vist seg å være spesielt sentralt og veiledende for atferd i sosiale situasjoner preget av usikkerhet, og sosial påvirkning kan i disse tilfeller være sterk (Cialdini & Goldstein, 2004). Dette kan gi en forståelse av hvordan sosial påvirkning kan lede i retning kosmetisk kirurgi til ved en indre usikkerhet og ønske om sosial tilhørighet og inkludering. Teorien om planlagt atferd peker på at subjektive normer, med en opplevelse av sosialt press for konformitet til disse, er en sentral påvirkningsfaktor for motivasjon og intensjon om planlagt atferd (Ajzen, 1985; Ajzen, 1991), og dette synes å være et sentralt aspekt ved miljøets mulige påvirkning og fremming av motivasjon for kosmetisk kirurgi.

Resultatene viser at kosmetisk kirurgi kan være motivert av et ønske om å ikke skille seg ut fra normen. Informantenes beskrivelser av en slik motivasjon synes å ha likhetstrekk med en forebyggingsstrategi (Higgins, 1997). Informantene beskriver mulige sosiale konsekvenser av å skille seg ut, som å ikke aksepteres som en del av et miljø. I tråd med disse oppfatningene viser forskning at sosial inkludering og anerkjennelse fra jevnaldrende kan være en motivasjon for kosmetisk kirurgi (Haas et al., 2008; Kamburoğlu & Özgür, 2007; von Soest et al., 2006). Motivasjonen ved en opplevelse av press og forventning kan ses i relasjon til et underliggende behov for sosial tilhørighet. Da sosial tilhørighet er ansett som et grunnleggende behov hos de fleste mennesker (Baumeister & Leary, 1995), er det kanskje ikke overraskende at et ønske om sosial anerkjennelse, aksept og inkludering kan motivere til atferd som reduserer sannsynligheten for sosial avvisning. Slik resultatene og diskusjonen så langt har vist, kan kosmetisk kirurgi betraktes som et uttrykk for konformitet til kulturelle normer gjennom et ønske om å ikke avvike fra disse, og gjenspeile kulturelle idealer ved et ønske om å nå disse. Motivasjonen er i stor grad sosialt påvirket (Adams, 2010).

5.3 Interne faktorer – Selvoppfattelse

Resultatene i denne studien beskriver ulike interne faktorer som kan fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi. Denne studien viser at motivasjonen har en sammenheng med et negativt kroppsbilde. Slik informantene oppfatter, er misnøye med egen kropp vanlig ved motivasjon for kosmetisk kirurgi (Kamburoğlu & Özgür, 2007), og kroppsmisnøye er identifisert som en sterk prediktor for kosmetisk kirurgi (Kamburoğlu & Özgür, 2007;

Sarwer, Cash et al., 2005; Sarwer, LaRossa et al., 2003; Slevac & Tiggemann, 2010; Swami, 2009). Misnøyen synes også å være den sterkeste prediktoren for positive holdninger og en villighet til å gjennomgå kosmetisk kirurgi (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998b; Swami, 2009). Resultatene presentert i både Del A, B og C viser at misnøyen kan ha et ulikt omfang og intensitet for forskjellige mennesker. Dette kategoriseres som misnøye av et spesifikt konkret kroppslig fokus eller alternativt et globalt og generelt selvfokus. Dette er naturligvis en forenklet fremstilling, og det vil i virkeligheten være mer nyansert enn det fremstår her.

Litteraturen tyder på at de færreste med motivasjon for kosmetisk kirurgi er mer misfornøyd med kroppen som *helhet* (i litteraturen ofte omtalt som globalt negativt kroppsbilde) sammenlignet med andre, men de rapporterer signifikant større misnøye med den delen av kroppen de ønsker å operere (trekkspesifikt negativt kroppsbilde) (Didie & Sarwer, 2003; Frederick, Lever & Peplau, 2007; Pertschuk, Sarwer, Wadden & Whitaker, 1998; Sarwer, 2019; Sarwer, LaRossa et al. 2003; Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998a; Simis, Verhulst & Koot, 2001; von Soest et al., 2006). Dette tyder på at misnøyen som en hovedregel er av et konkret og spesifikt kroppslig fokus. Samtidig synes misnøyen for enkelte å kunne være mer generalisert til kroppen som helhet. Et globalt negativt kroppsbilde forekommer sjeldnere, men et interessant funn er at motivasjon for liposuksjon er assosiert med et signifikant større globalt negativt kroppsbilde (Frederick et al., 2007). Dette funnet kan ses som et uttrykk for at denne typen kirurgi forandrer mer generelle egenskaper ved kroppen, slik som vekt og figur (Mond, Mitchison, Latner, Hay & Rodgers, 2013). Dette tyder på at ulike individer med motivasjon for kosmetisk kirurgi kan ha et forskjellig kroppsbilde preget av et ulikt omfang av misnøye, og at dette kan assosieres med ulike typer kosmetisk-kirurgiske inngrep.

Selvfølelse og opplevelse av verdi er en egenskap ved selvoppfattelsen som i denne studien beskrives som et sentralt aspekt ved selvoppfattelsen, hvorav denne påvirker og påvirkes av kroppsbildet. Studier tyder på en sterk korrelasjon mellom global selvfølelse og vurdering av eget utseende (Cook, Rosser, Toone, James & Salmon, 2006; von Soest, Wichstrøm & Kvalem, 2016; Weiner & Thompson, 1997). Faktisk har “appearance self-esteem”, som er en domenespesifikk selvfølelse, en sterkere sammenheng med global selvfølelse enn alle andre domener synes å ha (Harter, 2012, s. 163). Dette viser at kroppen og vurderingen av denne er svært sentral for følelsen av verdi, og Harter (2012, s. 163) sier: “*We have yet to find a group for whom physical appearance is not the best predictor of one's overall sense of worth as a person*”. En lav global selvfølelse kan motivere til kosmetisk

kirurgi gjennom en oppfatning og forventning om at operasjonen kan øke ens personlige verdi (Mulken et al., 2012), og som resultatene viser kan dette peke på at et negativt kroppsbilde kan ha negative konsekvenser for ens overordnede selvfølelse, og at en global lav selvfølelse kan ha negative effekter på kroppsbildet.

Samtidig synes en lav global selvfølelse sjeldent å forekomme ved motivasjon for kosmetisk kirurgi, og nivået av selvrappportert global selvfølelse synes ikke å være lavere hos ved individer med motivasjon for kosmetisk kirurgi sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen, og global selvfølelse synes ikke å kunne forklare motivasjonen (Chen et al., 2010; Cook et al., Haas et al., 2008; Henderson-King & Henderson-King, 2005; Milothridis, Pavlidis, Haidich & Panagopoulou, 2016; von Soest et al., 2006).

Studiens beskrivelse av hvordan utseendet kan ha stor betydning for selvfølelsen synes å ha likhetstrekk med “appearance contingent self-esteem” og “appearance contingent self-worth” (Noser & Zeigler-Hill, 2014). At utseendet er såpass sentralt og viktig for evaluering av selvet og egen verdi, kan finne forklaring i at utseendet er sterkt integrert i selvkonseptet, at individet er “selv-skjematisk” på denne dimensjonen og at selvkunnskap om egen kropp har en høy prioritering i det hierarkiske systemet slik det beskrives av Shavelson og kolleger (1976). Sammenlignet med en selvfølelse som i større grad påvirkes av flere faktorer, slik som indre kvaliteter ved individet som person og menneske, vil en “appearance contingent self-esteem” være mer sårbar for ustabilitet (Noser & Zeigler-Hill, 2014).

Selvfølelsen, slik den beskrives av informantene, synes å kunne påvirkes både av hvordan individet selv oppfatter og vurderer eget utseende, samtidig som at oppfatning om hvordan *andre* mennesker vurderer en er sentralt. Et kjennetegn ved “appearance contingent self-esteem” er at selvfølelsen og opplevelsen av verdi avhenger av indre og ytre bekreftelse på attraktivitet, og det kan i den sammenheng fremstå hensiktsmessig med en høy offentlig selvbevissthet. Å være orientert rundt andre menneskers tegn og signaler på vurdering av individets utseende kan tyde på en inntakelse av et tredjepersonsperspektiv (Noser & Zeigler-Hill, 2014). Med en slik domenespesifikk selvfølelse som i stor grad påvirkes av kroppsbildet kan kroppen nærmest fremstå som et objekt som er gjenstand for vurdering. Selvobjektiveringsteorien påpeker at en objektivering av kroppen og stadig vurdering av denne har negative effekter på selvfølelsen (Fredrickson & Roberts, 1997).

Sosimeterteorien gir en mulig forklaring på selvfølelsens og kroppsmålingens funksjon (Leary, 1999). Ved en lav selvfølelse kan en sensitivitet for andres signaler og tegn på avvisning motivere til atferd som øker sannsynligheten for sosial aksept og bekreftelse. I den sammenheng kan kosmetisk kirurgi forstås som en atferd motivert av et behov for sosial

tilhørighet. Økt oppmerksomhet, fokus og monitorering av egen kropp kan ha et sentralt sosialt aspekt. Slik studiens resultater foreslår, synes personer motivert for kosmetisk kirurgi å ha en større kroppsmonitorering enn andre (Margraf, Meyer & Lavalley, 2015, Mulken et al., 2012; Sarwer, La Rossa et al., 2003; von Soest et al., 2006), og dette er identifisert som en viktig påvirkningsfaktor for motivasjon for kosmetisk kirurgi (Sarwer, 2019). Dette fokuset kan være orientert rundt aspekter en er misfornøyd med, og kan være uttrykk for et oppmerksomhetsbias.

Slik informantene beskriver, tyder forskning på at sterk kroppslig misnøye gir økt fokus på de aspektene ved kroppen individet er misfornøyd med, og det store fokuset kan i sin tur forsterke misnøyen (Smeets, Jansen & Roefs, 2011). Informantene forteller at dette oppmerksomhetsbiaset kan overføres i møte med andre mennesker. Smeets og kollegaer (2011) fant i sin eksperimentelle studie at sterk kroppslig misnøye assosieres med større oppmerksomhet på de aspektene ved andres kropper individet vurderer som mest attraktive. Dette tyder på oppmerksomhetsbiaset ikke bare påvirker hvordan individet oppfatter og vurderer egen kropp, men også andres kropper.

De interne faktorene kan være av stor betydning for motivasjon for kosmetisk kirurgi, og slik det er blitt drøftet synes misnøye med egen kropp å være en sentral motivasjonsfaktor. Et interessant funn er at kvinner i hovedsak rapporterer interne heller enn sosiale motivasjoner for kosmetisk kirurgi (Davis, 1995; Didie & Sarwer, 2003, Henderson-King & Henderson-King, 2005). Resultatene viser at individet kan være motivert for kosmetisk kirurgi med et ønske om å føle seg mer attraktiv. Attraktivitet er i stor grad sosialt og kulturelt påvirket, og et annet interessant funn er at et ønske om kosmetisk kirurgi i større grad synes å være motivert av en frykt for å ikke være attraktiv heller enn et ønske om å bli mer attraktiv (Henderson-King & Henderson-King, 2005). Dette peker på at den emosjonelle opplevelsen av egen kropp er sentral for motivasjon for kosmetisk kirurgi, og at individet kan ha en oppfatning om konsekvenser av å ikke være attraktiv.

Denne studien, og annen forskningslitteratur som her er blitt referert til, har forklart at eksterne og sosiale faktorer kan påvirke opplevelsen av selvet, og Brewer (1991) hevder at opplevelsen av selvet vanskelig lar seg separere fra den sosiale konteksten. Indre strukturer og opplevelser er tett forbundet og påvirket av eksterne og sosiale prosesser (Misch, 2002). Dette gjør det vanskelig å skille mellom intrapersonlige og sosiale motivasjoner (Henderson-King & Henderson-King, 2005). Motivasjon for kosmetisk kirurgi kan forstås som en dynamisk prosess mellom interne og eksterne faktorer. Individet kan påvirkes av dets sosiale miljø og utvikle et ønske om å ikke skille seg ut fra normen eller et ønske om å nå et ideal.

Opplevelsen av egen kropp kan påvirkes negativt ved ytre eksponering for kosmetisk kirurgi og kroppsrelatert innhold, men dette kan også inspirere til en optimalisering og perfektionering av kroppen. Eksponeringens påvirkning kan i stor grad medieres av indre egenskaper, noe som problematiserer en kategorisering av ekstern påvirkning som direkte. Vurdering av egen kropp fremstår sentralt, og de fleste synes å være misfornøyde med kroppen. Studier peker samtidig på at misnøyen synes å være mer konkret og spesifikk relatert til enkelte aspekter ved kroppen heller enn generalisert til kroppen eller selvet som helhet.

5.4 Psykisk helse og velvære – Kan kosmetisk kirurgi gi bedre subjektiv livskvalitet?

Resultatene viser ulike relasjoner mellom psykisk helse og velvære og motivasjon for kosmetisk kirurgi. Informantene forteller at individer både med eller uten psykiske vansker kan være motivert for kosmetisk kirurgi. Forskning viser at de aller fleste med motivasjon for kosmetisk kirurgi har en sunn psykisk helse (Cook et al., 2006; Honigman et al., 2004; Margraf et al., 2015), og flere hevder at det er en utdatert oppfatning at psykiske lidelser er vanlig årsak til gjennomføring av et kosmetisk-kirurgisk inngrep (Herruer et al., 2015; Milothridis et al., 2016). Studier peker på at pasienter som gjennomgår kosmetisk kirurgi ikke har en større forekomst av psykiske lidelser sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen (Ferraro, Rossano & D'Andrea, 2005; Golshani et al., 2016; Mühlan, Eisenmann-Klein & Schmidt, 2007), og dette tyder på at prevalensen av psykiske vansker er mindre enn hva denne studien kan gi et inntrykk av.

En litteraturstudie fant at hele 90 prosent av kosmetisk-kirurgipasienter er tilfredse med inngrepet (Honigman et al., 2004). Dette kan fremstå som en større prosentandel enn hva flere informanter ser for seg. I tråd med resultatene, peker forskningslitteraturen på at tilfredshet med operasjonen har en sterk sammenheng med et forbedret kroppsilde (reduert misnøye med egen kropp) (Sarwer, 2019; Sarwer, Gibbons et al., 2005; von Soest, Kvalem, Roald & Skolleborg, 2009). Flere informanter er usikre på varigheten av en positiv effekt. Naraghi og Atari (2016) sier at langtidseffektene av kosmetisk kirurgi ikke er undersøkt tilstrekkelig og at det er vanskelig å trekke slutninger om dette. En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomgått et kosmetisk inngrep tyder likevel på at både trekkspesifikt og globalt kroppsilde var signifikant forbedret 5 år senere (von Soest, Kvalem, Skolleborg & Roald, 2011).

Et interessant funn flere studier finner, er at en større deformitet er en positiv prediktor for tilfredshet med inngrepet og forbedring av kroppsbildet (Herruer et al., 2015; Honigman et al., 2004). I denne forbindelsen bør det understrekes at et av vilkårene for kosmetisk kirurgi er at det ikke foreligger større fysiske avvik av normalen som medfører en såkalt medisinsk indikasjon (Ausen, 2020). Dette vil riktignok i flere tilfeller kunne betraktes som en skjønnsmessig vurdering, og det vil sannsynligvis være variasjoner blant helsepersonell med hensyn til hva som defineres som normalt og avvikende (Helsetilsynet, 2004, s. 16). Dette er interessant da en leges vurdering ikke nødvendigvis trenger å samstemme med pasientens opplevelse av egen kropp. Således kan individet ha en *opplevelse* av deformitet og et ønske om å ikke skille seg ut, til tross for at inngrepet formelt sett defineres som kosmetisk og en optimalisering av en normalt tilstand. Ulike mennesker oppfatter og vurderer kropp forskjellig, og i enkelte tilfeller tenker informantene at pasienten kan ha et forstyrret kroppsbilde og kroppsperspeksjon.

Informantene beskriver sekundære positive effekter av et kosmetisk-kirurgisk inngrep. Forskning viser at en operasjon, i tillegg til å kunne forbedre kroppsbildet, kan øke den subjektive livskvaliteten (Litner, Rotenberg, Dennis, & Adamson, 2008; Saariniemi et al., 2014; Yıldız & Şelimen, 2014). Dette samstemmer med hva denne studien viser, hvor en operasjon for flere kan gi økt velvære. Informantene tenker at spesifikk og konkret kroppslig misnøye og fravær av psykiske vansker øker sannsynligheten for positive effekter. Dette begrunner de med at det samme aspektet en opererer tidligere har forringet livskvaliteten, og at det ikke eksisterer andre større og bakenforliggende årsaker til misnøyen. Dersom den spesifikke kroppsdelen har opptatt et kognitivt, emosjonelt og sosialt fokus, tenker informantene at en forbedring av kroppsbildet kan ha sekundær effekter. Flere studier viser at en operasjon kan ha effekter på selvtilliten (Haas et al., 2008; Kamburoğlu & Özgür, 2007; Sarwer, Gibbons et al., 2005; Yıldız & Şelimen, 2014) og gi redusert kroppslig bevissthet og negative emosjoner i sosiale situasjoner (Litner et al., 2008; Sarwer, Gibbons et al., 2005). Også at selvfølelsen kan øke (Haas et al., 2008), og denne effekten kan reflektere den sterke korrelasjonen mellom domenespesifikk selvfølelse relatert til vurdering av eget utseende (“appearance self-esteem”) og global selvfølelse (Sirin, Abaci, Selcuk, Finik & Yildirim, 2019).

Ved oppnåelse av tilfredshet med inngrepet og positive effekter kan en mulig forklaring være at forventningene innfris. Denne studien peker på at forventninger i forkant av operasjonen kan påvirke utfallet av inngrepet. Et interessant forskningsfunn er at bare det å forvente positive effekter alene kan fremme selvfølelse (Haas et al., 2008; Sonstroem &

Morgan, 1989). Samtidig tyder forskning på at store forventninger om at kirurgien vil ha globale effekter på livskvaliteten kan utgjøre en fallgrube da store forventninger vanskelig lar seg operasjonalisere og dermed vanskelig å vurdere om de er innfridd, noe som i sin tur øker sannsynligheten for skuffelse (Barone, Cogliandro, La Monaca, Tambone & Persichetti, 2015; Sarwer, Gibbons et al., 2005). I tråd med informantenes oppfatninger, kan tyder studier på at realistiske forventninger, heller enn store og globale forventninger, er en positiv prediktor for effekten av kosmetisk kirurgi (Herruer et al., 2015; Honigman et al., 2004; Naraghi & Atari, 2016).

Resultatene viser at psykiske vansker kan utgjøre en påvirkningsfaktor for motivasjon for kosmetisk kirurgi. Spiseforstyrrelse beskrives av informantene som en relevant psykisk lidelse i den forbindelse, og en norsk studie viser at et ønske om liposuksjon var tre ganger så høyt blant kvinner med spiseforstyrrelse sammenlignet med kvinner uten denne lidelsen (Jávo, 2012). Også angst, depresjon og kroppsbildeforstyrrelse trekkes fram som eksempler på relevante psykiske lidelser. I forskningssammenheng er spesielt depresjon og kroppsbildeforstyrrelse ved motivasjon for, og gjennomføring av, kosmetisk kirurgi undersøkt, og av denne grunn vil i hovedsak disse to psykiske vanskene diskuteres.

Informantenes oppfattelse av at psykiske vansker korrelerer med en selvoppfattelse preget av negative tanker og følelser synes å samstemme med hva forskning viser. Depressive tilstander assosieres med nedstemthet, tanker om verdiløshet og skyld (WHO, 2020b). Blant mennesker med motivasjon for kosmetisk kirurgi har individer med kroppsbildeforstyrrelse ha en signifikant lavere global selvfølelse enn andre uten denne lidelsen (Mulkens et al., 2012). Et interessant funn er at den lave globale selvfølelsen synes å medieres av depressive symptomer (Phillips, Pinto & Jain, 2004), og det er en høy komorbiditet mellom kroppsbildeforstyrrelse og depressive lidelser (Crerand, Franklin & Sarwer, 2006). Dette tyder på at flere kan oppleve en sterk konkret og spesifikk kroppslig misnøye og en global og generell misnøye. Dette utfordrer denne studiens kategorisering av misnøyen og fokuset for denne som *enten* generell *eller* spesifikk, og tyder på at misnøye i virkeligheten er langt mer nyansert enn hva resultatene i denne studien viser. Sarwer og kolleger (1998b) foreslår på at det kan være mer hensiktsmessig å betrakte misnøye som en dimensjon heller enn kategoriske nivåer.

Denne studien viser at generalisert misnøye kan konkretiseres til kroppen, og kroppen kan fremstå som årsaken til problemene en opplever. Studier peker på at flere med kroppsbildeforstyrrelse synes å være overbevist om at kosmetisk kirurgi er løsningen på ens opplevde problemer (Naraghi & Atari, 2016; Vashi, 2016). Mer generelt kan kosmetisk

kirurgi gjennomføres med en motivasjon for å redusere psykisk smerte (Rountree & Davis, 2011). I denne studien forstås kosmetisk kirurgi ved psykiske vansker og en negativ selvoppfattelse som en strategi for å kompensere for et negativt selvbilde og en lav selvfølelse, og det kan følge forventninger om at selvoppfattelsen vil forbedres. Det kan trekkes paralleller mellom en slik strategi og ikke-kirurgiske strategier som slanking ved eksempelvis spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse. Felles for disse strategiene er at fokuset og oppmerksomheten på en selv og egen kropp er stort. Skårderud sier: “*Den sunne kroppen retter seg mot verden. Den syke kroppen vender seg mot seg selv*” (Skårderud, 2016, s. 111). Kroppen kan brukes som et verktøy for å regulere vanskelige følelser, bedre selvfølelsen og oppnå anerkjennelse og bekreftelse utenfra (Skårderud, 2016).

Ved psykiske plager og lidelser, slik som kroppsbildeforstyrrelse og depresjon, vil sannsynligheten for positive effekter reduseres betraktelig (Haas et al., 2008; Honigman et al., 2004; Sarwer, 2019). Disse studiene viser at psykiske lidelser er en sterk negativ prediktor for tilfredshet med inngrepet, og pasienter med psykiske lidelser vil sjeldent oppleve en forbedring av kroppsbildet (Haas et al., 2008; Herruer et al., 2015; Honigman et al., 2004; Sarwer, 2019). Informantene tenker at en negativ effekt av kosmetisk kirurgi kan være at misnøyen forverres, og flere studier har vist at et negativt kroppsbilde og symptomene på den psykiske lidelsen kan øke (Ferraro et al., 2005; Honigman & Castle, 2006; Mulkens et al., 2012; Mack & Grøholt, 2003; Noles, Cash & Winstead, 1985; s, 2011; Wilson & Arpey, 2004).

At kosmetisk kirurgi kan medføre redusert velvære og økt symptomtrykk ved psykiske lidelser er svært uheldig. Pasienter med kroppsbildeforstyrrelse synes å operere seg mer og oftere enn gjennomsnittsbefolkningen samtidig som at de er mer sårbare for negative effekter (Huayllani et al. 2020; Mulkens et al., 2012). Som informantene beskriver kan misnøyen forflyttes (Crerand, Phillips & Menard, 2005; Phillips, Grant, Siniscalchi & Albertini, 2001), og dette kan assosieres med motivasjon for flere inngrep (Alavi, Kalafi, Dehbozorgi & Javadpour, 2011; Honigman et al., 2004). Da informantene tenker at kosmetisk kirurgi ikke har noen god effekt på mennesker med kroppsbildeforstyrrelse eller andre psykiske lidelser som depresjon, spiseforstyrrelse og angst, tenker flere at annen helsehjelp kan være hensiktsmessig for disse pasientene. Dette synes å finne støtte i annen litteratur, hvor kosmetisk kirurgi på kroppsbildeforstyrrelse og andre psykiske lidelser frarådes, og det oppfordres til annen helsehjelp som psykologisk og medisinsk oppfølging (Castle, Honigman & Phillips, 2002; Vashi, 2016). Det foreslås ved behandling av kroppsbildeforstyrrelse blant annet kognitiv atferdsterapi og medisiner av typen selektivt

serotonin reopptakshemmere (SSRI) (Wilson & Arpey, 2004). Samtidig peker Vashi (2016) på at denne gruppen ofte kvier seg, og i flere tilfeller motsetter seg, slik behandling, noe som kan medføre en klinisk utfordring.

Da studier viser at motivasjon drevet av psykopatologi kan underminere en suksessfull intervensjon og ha negative effekter på pasientens helsetilstand, peker dette på behov for grundige konsultasjoner i forkant av kosmetisk-kirurgiske inngrep (Gloshani et al., 2016; Kamburoğlu & Özgür, 2006; Milothridis et al., 2016; Picavet, Gabriëls, Jorissen & Hellings, 2011). Flere hevder også at store, vage og urealistiske forventninger (Herruer et al., 2015; Honigman et al., 2004; Paraskeva, Clark & Rumsey, 2014) bør undersøkes før et eventuelt kosmetisk-kirurgisk inngrep. Dette fremkommer også av retningslinjene for plastikkirurgi i Norge (Den norske legeforening, 2018). Ved mistanke om psykiske forstyrrelser som kan ha innvirkning på pasientens motivasjon, kan det være behov for vurderinger av helsepersonell med kompetanse innen psykiske lidelser, og i den forbindelse kan psykologisk kunnskap og erfaring være nyttig (Mulken et al., 2012; Paraskeva et al., 2014). Psykologer kan være nyttige bidragsytere i en vurderingsfase i forkant av et kosmetisk inngrep, særlig ved differensiering av normalpsykologiske og psykopatologiske tilstander. Også ved oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ikke kvalifiseres til slike inngrep kan psykologer være aktuelle (Castle et al., 2002).

Innledningsvis ble det beskrevet at hele 68 prosent av norske jenter og 52 prosent av norske gutter ønsker å forandre på noe ved egen kropp (Nylander, 2018, s. 29), og kroppsmisnøye synes å være regelen heller enn unntaket (Frisén, Gattario & Lunde, 2014). Unge i dag eksponeres stadig for kroppsrelatert feedback fra jevnaldrende via sosiale medier og kan være spesielt sårbare for denne påvirkningen (Rohrich & Cho, 2018). Slik det ble pekt på innledningsvis evner ikke bestandig unge å reflektere rundt at kroppspress kan komme fra ytre hold, og at dagens samfunn kan påvirke og fremme kroppslig misnøye (Nylander, 2018, s. 44). Dette kan ha kliniske implikasjoner. Psykologer kan i møte med pasienter som opplever kroppspress og kroppsmisnøye bidra til bevissthet om at både eksterne og interne faktorer kan påvirke kroppsbildet negativt. Videre kan psykologer gjennom psykoedukasjon fremme generell kunnskap om hvordan motivasjon og påvirkning kan oppstå og påvirkes både internt og eksternt. En viktig rolle psykologer kan ha i møte med mennesker med motivasjon for kosmetisk kirurgi, er å bidra til refleksjon rundt innholdet i, og implikasjon av, pasientens motivasjon og forventninger for utfallet av operasjonen (Paraskeva et al., 2014).

Denne studien har vist at motivasjon for kosmetisk kirurgi har en nær relasjon til subjektiv livskvalitet, og at kosmetisk kirurgi kan ha ulike effekter på individets subjektive

livskvalitet. Det anbefales at fremtidig forskning undersøker hvordan og når positive og negative effekter av kosmetisk kirurgi opptrer da dette kan ha sentrale teoretiske og kliniske implikasjoner. Det er blant annet behov for flere studier av mekanismene bak hvordan og når kroppsbildet kan forbedres ved kosmetisk kirurgi, og hvordan og når kroppsbildet gir sekundære effekter på psykosial fungering og subjektiv livskvalitet (Sarwer & Polonsky, 2016). Videre anbefales fremtidig forskning å undersøke hvilke effekter kosmetisk kirurgi kan ha på kroppsbildeforstyrrelse da det fremdeles eksisterer lite kunnskap om dette. Naturligvis reiser dette etiske problemstillinger da kosmetisk kirurgi på pasienter med psykiske lidelser frarådes sterkt. I den forbindelse kan studier benytte seg av Body Dysmorphic Disorder-Scale på pasienter uten en klinisk diagnose (Phillips et al., 1997). Det er også behov for mer kunnskap om hvilken rolle psykologer har i møte med spesielt unge mennesker som opplever kroppsmisnøye og kroppspress.

6 Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke unge menneskers oppfatninger om motivasjon for kosmetisk kirurgi og hvilken sammenheng et slikt ønske kan ha med subjektiv livskvalitet. Studien viser at ekstern påvirkning er sentralt, hvor eksponering for kosmetisk kirurgi og kroppsfokusert innhold via sosiale medier, øvrige medier og venner og familie kan bidra til økt kroppsfokus, kroppslig misnøye, positive holdninger til kosmetisk kirurgi og opplevelse av sosialt press for gjennomføring av kosmetisk kirurgi. Sentrale interne faktorer som kan fremme motivasjon for kosmetisk kirurgi er et negativt selvbilde og kroppsbilde samt emosjonelle vansker. Selvoppfattelsen blant individer med motivasjon kan variere kraftig, men misnøyen synes i hovedsak å være av et konkret og spesifikt kroppslig fokus eller et globalt og generelt selvfokus. Motivasjonen kan basere seg på et ønske om å ikke skille seg ut, å nå et ideal og ved psykiske vansker et ønske om å forbedre ens negative selvoppfattelse. Studien viser at motivasjon for kosmetisk kirurgi har en nær relasjon med subjektiv livskvalitet hvor konkret og spesifikk kroppslig misnøye og fravær av psykiske vansker øker sannsynligheten for positive effekter av inngrepet, slik som forbedret kroppsbilde og økt fysisk og psykisk velvære. Generalisert misnøye og psykiske vansker kan medføre økt sannsynlighet for urealistiske forventninger, og ved gjennomføring av en operasjon kan symptomtrykket og selvbildet, kroppsbildet og selvfølelsen opprettholdes eller forverres.

Referanser

- Abbas, O. L., & Karadavut, U. (2017). Analysis of the Factors Affecting Men's Attitudes Toward Cosmetic Surgery: Body Image, Media Exposure, Social Network Use, Masculine Gender Role Stress and Religious Attitudes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(6), s. 1454-1462. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0882-3>
- Adams, J. (2010). Motivational Narratives and Assessments of the Body After Cosmetic Surgery. *Qualitative Health Research*, 20(6), 755-767. <https://doi.org/10.1177/1049732310362984>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. I J. Kuhi & J. Beckmann (Red.), *Action-control: From cognition to behavior* (s. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918. doi: [10.1037/0033-2909.84.5.888](https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888)
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alavi, M., Kalafi, Y., Dehbozorgi, G. R., & Javadpour, A. (2011). Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(6), 738-741. doi: 10.1016/j.bjps.2010.09.019.
- American Society of Plastic Surgeons. (2017). 2017 Cosmetic Plastic Surgery Statistics. Hentet fra <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2017/cosmetic-procedure-trends-2017.pdf>
- Andersen, A. J. W. (2018). Psykisk helse. Hentet fra https://sml.sn.no/psykisk_helse
- Ausen, K. (2020). Kosmetisk kirurgi. Hentet fra https://sml.sn.no/kosmetisk_kirurgi

- Ausen, K., Harbo, S., & Solheim, K. (2019). Plastikkirurgi. Hentet fra <https://sml.snl.no/plastikkirurgi>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice*, 25(2), s. 127-131.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018* (NOVA Rapport 8/18). Oslo: NOVA.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
- Barone, M., Cogliandro, A., La Monaca, G., Tambone, V., & Persichetti, P. (2015). Cognitive investigation study of patients admitted for cosmetic surgery: Information, expectations, and consent for treatment. *Archives of plastic surgery*, 42(1), 46-51. doi: [10.5999/aps.2015.42.1.46](https://doi.org/10.5999/aps.2015.42.1.46)
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. doi: [10.1037/0033-2909.117.3.497](https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497)
- Befring, A. K. (2004). Samtykke ved plastisk-kirurgiske tiltak hos barn og ungdom. *Tidsskriftet Den norske legeförening*, 6, 825.
- Blascovich, K., & Tomaka, J. (1991). Measures of Self-Esteem. I J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Red.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (s. 115-160). San Diego, California: Academic Press.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. California: Sage Publications Inc.
- Bradford, E. E. F., Jentsch, I., & Gomez, J.-C. (2015). From self to social cognition: Theory of Mind mechanisms and their relation to Executive Functioning. *Cognition*, 138, 21-34. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2015.02.001>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research / Early View*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Braun, V., Clarke, V., & Hayfield, N. (2019). "A starting point for your journey, not a map:" Nikki Hayfield in conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about thematic analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1670765>

- Braut, G. S. (2019). Uhelse. Hentet fra <https://sml.snl.no/uhelse>
- Brewer, M. B. (1991). The Social Self: On Being the Same and Different at the Same Time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(5), 475-482. <https://doi.org/10.1177/0146167291175001>
- Brooks, A. (2004). "Under the Knife and Proud of It:" *An Analysis of the Normalization of Cosmetic Surgery. *Critical Sociology*, 30(2), 207-239. doi: [10.1163/156916304323072080](https://doi.org/10.1163/156916304323072080)
- Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive Celebrity and Peer Images on Instagram: Effekt on Women's Mood and Body Image. *Body Image*, 19, 37-43. doi: [10.1016/j.bodyim.2016.08.007](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007)
- Bryman, A., & Cassell, C. (2006). The Researcher Interview: A Reflexive Perspective. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 1(1), 41-55. doi: [10.1108/17465640610666633](https://doi.org/10.1108/17465640610666633)
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429-432. doi: [10.1038/sj.bdj.2008.292](https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292)
- Campbell, J. D. (1990). Self-Esteem and Clarity of Self-Concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538-549. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.538>
- Campbell, J. D., & Lavalley, L. F. (1993). Who Am I? The Role of Self-Concept Confusion in Understanding the Behavior of People With Low Self-Esteem. I R. F. Baumeister (Red.), *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard* (s. 3-20). New York: Plenum Press.
- Castle, D. J., Honigman, R. J., & Phillips, K. A. (2002). Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Medical Journal of Australia*, 176(12), 601-604. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04593.x>
- Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 10(6), 807-815. doi: [10.1016/j.cptl.2018.03.019](https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019)
- Cesario, J., Corker, K. S., & Jelinek, S. (2013). A self-regulatory framework for message framing. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(2), 238-249. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.10.014>
- Chen, H.-C., Karri, V., Yu, R.-L., Chung, K.-P., Lu, Y.-T., & Yang, M.-C. (2010). Psychological profile of Taiwanese female cosmetic surgery candidates:

- Understanding their motivation for cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 34(3), 340-349. doi: [10.1007/s00266-009-9461-6](https://doi.org/10.1007/s00266-009-9461-6)
- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social Influence: Compliance and Conformity. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 591-621. doi: [10.1146/annurev.psych.55.090902.142015](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142015)
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 222-248). London: SAGE.
- Cook, S. A., Rosser, R., Toone, H., James, M. I., & Salmon, P. (2006). The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: Quantifying clinical need. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 59(1), 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2005.08.004>
- Cooley, C. H. (2011). Looking-Glass Self. I J. O'Brien (Red.), *The Production of Reality: Essays and Readings on Social Interaction* (5. utg, s. 126-128). Los Angeles: Pine Forge Press.
- Crerand, C. E, Franklin, M. E., & Sarwer, D. B. (2006). Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118(7), 167-180. doi: [10.1097/01.prs.0000242500.28431.24](https://doi.org/10.1097/01.prs.0000242500.28431.24)
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Non-psychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549-555. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.549>
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of Self-Worth in College Students: Theory and Measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 894-908. doi: [10.1037/0022-3514.85.5.894](https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.894)
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary resistant, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(8), 997-1010. doi: [10.1007/s00787-014-0649-1](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1)
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Davis, K. (1995). Reshaping the female body: The dilemma of cosmetic surgery // Review. *Resources for Feminist Research*, 24(1), 73-74.

- Davison, T. E., & McCabe, M. (2006). Adolescent Body Image and Psychosocial Functioning. *The Journal of Social Psychology, 146*(1), 15-30.
<https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>
- de Brito, M. J. A., Nahas, F. X., Cordás, T. A., Tavares, H., & Ferreira, L. M. (2016). Body dysmorphic disorder in patients seeking abdominoplasty, rhinoplasty, and rhytidectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery, 137*(2), 462-447.
 doi: [10.1097/01.prs.0000475753.33215.8f](https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475753.33215.8f)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Den norske legeforening. (2018). Regler for utøvelse av estetisk plastikkirurgi. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-plastikkirurgisk-forening/fag/retningslinjer/regler-for-utovelse-av-estetisk-plastikkirurgi/>
- Didie, E. R., & Sarwer, D. B. (2003). Factors That Influence the Decision to Undergo Cosmetic Breast Augmentation Surgery. *Journal of Women's Health, 12*(3), 241-253.
<https://doi.org/10.1089/154099903321667582>
- Engeln-Maddox, R. (2005). Cognitive responses to idealized media images of women: The relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college women. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(8), 1114–1138.
 doi: [10.1521/jscp.2005.24.8.1114](https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.8.1114)
- Eriksen, S., & Goering, S. (2011). A Test of the Agency Hypothesis in Women's Cosmetic Surgery Use. *Sex Roles, 64*(11-12), 888-901. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9952-1>
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2012). *Helsepsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5*(1), 1-4. doi: [10.11648/j.ajtas.20160501.11](https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11)
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality, 77*(6), 1903-1934.
 doi: [10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x)
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.75>

- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 522–527. <https://doi.org/10.1037/h0076760>
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- Ferraro, G. A., Rossano, F., & D'Andrea, F. (2005). Self-Perception and Self-Esteem of Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29(3), 184-189. doi: 10.1007/s00266-004-0124-3
- Festinger, I. (1954). A Theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Koehler, L. G., Danzi, L. E., Riddell, M. K., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*, 9(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.002>
- Folkehelseinstituttet. (2019). Fakta om livskvalitet. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Frederick, D. A., Lever, J., & Peplau, L. A. (2007). Interest in Cosmetic Surgery and Body Image: Views of Men and Women across the Lifespan. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120(5), 1407-1415. doi: 10.1097/01.prs.0000279375.26157.64
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. doi: [10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x)
- Frisén, A., Gattario, K.H. & Lunde, C. (2014). *Projekt perfekt: Om utseendekultur och kroppsuppfattning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Furnham, A., & Levitas, J. (2012). Factors that motivate people to undergo cosmetic surgery. *Canadian Journal of Plastic Surgery*, 20(4), 47-50. <https://doi.org/10.1177/229255031202000406>

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231-233.
doi: [10.1002/wps.20231](https://doi.org/10.1002/wps.20231)
- Gaskell, G. (2000). Individual and Group Interviewing. I M. W. Bauer & G. Gaskell (Red.), *Qualitative Researching With Text, Image and Sound: A Practical Handbook* (s. 38-56). London: Sage Publications.G
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., & Maitino, A. (2009). Gender Differences in Domain-Specific Self-Esteem: A Meta-Analysis. *Review of General Psychology, 13*(1), 34-35. <https://doi.org/10.1037/a0013689>
- Golshani, S., Mani, A., Toubaei, S., Farnia, V., Sepehry, A. A., & Alikhani, M. (2016). Personality and Psychological Aspects of Cosmetic Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery, 40*(1), 38-47. doi: [10.1007/s00266-015-0592-7](https://doi.org/10.1007/s00266-015-0592-7)
- Grabe, S., Ward, M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin, 134*(3), 460-476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- Grogan, S. (2017). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3. utg). London: Routledge.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods, 18*(1), 59-82.
doi: [10.1177/1525822X05279903](https://doi.org/10.1177/1525822X05279903)
- Gustavson, K., Aarø, L. E., Hauge, L. J., Handal, M., Hjellvik, V., Reichborn-Kjennerud, T., ... Torvik, F. A. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Haas, C. F., Champion, A., & Secor, D. (2008). Motivating Factors for Seeking Cosmetic Surgery: A Synthesis of the Literature. *Plastic Surgical Nursing, 28*(4), 177-182.
doi: [10.1097/PSN.0b013e31818ea832](https://doi.org/10.1097/PSN.0b013e31818ea832)
- Hallberg, L. (2013). Qualitative criteria and generalization of results from qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 8*, 1.
doi: [10.3402/qhw.v8i0.20647](https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20647)
- Harbo, S. (2019). Rekonstruktiv kirurgi. Hentet fra https://sml.sn.no/rekonstruktiv_kirurgi
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. New York, NY: Guildford Press.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *KOSMETISK KIRURGI – fortolkning av relevant regelverk*. (Rundskriv 1-8/2003). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-82003/id109270/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-07-01-749>
- Helsetilsynet. (2004). *Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge* (Rapport fra Helsetilsynet 8/2004). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2004/kosmetisk_kirurgiske_inngrep_rapport_082004.pdf
- Henderson-King, D., & Henderson-King, E. (2005). Acceptance of Cosmetic Surgery: Scale Development and Validation. *Body Image*, 2(2), 137-149. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.003>
- Herruer, J. M., Prins, J. B., van Heerbeek, N., Verhage-Damen, G. W. J. A., & Ingels, K. J. A. O. (2015). Negative predictors for satisfaction in patients seeking facial cosmetic surgery: a systematic review. *Plastic reconstructive surgery*, 135(6), 1596-15605. doi: 10.1097/PRS.0000000000001264
- Heyes, C. J. (2007). Cosmetic Surgery and the Televisual Makeover. *Feminist Media Studies*, 7(1), 17-32. <https://doi.org/10.1080/14680770601103670>
- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating to Self and Affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. doi: [10.1037/0033-295X.94.3.319](https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319)
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280-1300. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1280>
- Higgins, E. T. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle. *Advances in Experimental Social Psychology*, 30, 1-46. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60381-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60381-0)
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 5-15. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.5>
- Hoban, S., & Hoban, G. (2004). Self-Esteem, Self-Efficacy and Self-Directed Learning: Attempting to Undo the Confusion. *International Journal of Self-Directed Learning*, 1(2), 7-25.
- Honigman, R. J., & Castle, D. J. (2006). Aging and Cosmetic Enhancement. *Clinical Interventions in Aging*, 1(2), 115-119. doi: [10.2147/ciia.2006.1.2.115](https://doi.org/10.2147/ciia.2006.1.2.115)

- Honigman, R. J., Phillips, K. A., & Castle, D. J. (2004). A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Plastic Reconstructive Surgery*, 113(4), 1229-1237. doi: [10.1097/01.PRS.0000110214.88868.CA](https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000110214.88868.CA)
- Hornsey, M. J. (2008). Social Identity Theory and Self-Categorization Theory: A Historical Review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 204-222. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00066.x>
- Huayllani, M. T., Eells, A. C., & Forte, A. J. (2020). Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery: What to Know When Facing a Patient Requesting a Labiaplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(2), 468-469. doi: 10.24966/RMGO-2574/100053
- Ibrahim, N., & Edgley, A. (2015). Embedding Researcher's Reflexive Accounts within the Analysis of a Semi-Structured Qualitative Interview. *The Qualitative Report*, 20(10), 1671-1681.
- Janghorban, R., Roudsari, R. L., & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-3. doi: [10.3402/qhw.v9.24152](https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152)
- Javadi, M., & Zarea, K. (2016). Understanding Thematic Analysis and its Pitfall. *Journal of Client Care*, 1(1), 34-40. doi:10.15412/J.JCC.02010107
- Jávo, I. M. (2012). *Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery: Based on a population study of young Norwegian women* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnson, B. R. (1997). Examining the Validity Structure of Qualitative Research. *Education*, 118(2), s. 282-292. *Social Science Computer Review*, 1-17. doi:[10.1177/0894439319893612](https://doi.org/10.1177/0894439319893612)
- Jones, D. C. (2001). Social Comparison and Body Image: Attractiveness Comparisons to Models and Peers Among Adolescent Girls and Boys. *Sex Roles*, 45, 645-664. <https://doi.org/10.1023/A:1014815725852>
- Jones, M. (2008). *Skintight: An Anatomy of Cosmetic Surgery*. New York: Berg.
- Jung, J., & Hwang, C. S. (2016). Associations between attitudes toward cosmetic surgery, celebrity worship, and body image among South Korean and U.S. female college students. *Fashion and Textiles*, 3(17), 1-14. doi: [10.1186/s40691-016-0069-6](https://doi.org/10.1186/s40691-016-0069-6)

- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965.
<https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kamburoğlu, H. O., & Özgür, F. (2007) Postoperative satisfaction and the patient's body image, life satisfaction, and self-esteem: A retrospective study comparing adolescent girls and boys after cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery* 31(6), 739-745.
doi: 10.1007/s00266-006-0133-5
- Knapstad, M, Heradstveit, O., & Sivertsen, B. (2018). *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018*. Oslo: SiO (Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus).
- Knodel, J. (1993). The design and analysis of focus group studies: A practical approach. I D. L. Morgan (Red.), *Successful focus groups: Advancing the state of the art* (s. 35-50). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Langdridge, D. (2004). *Psykologisk forskningsmetode* (1. utg.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Leary, M. R. (1999). Making Sense of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8(1), 32-35. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00008>
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
- Litner, J. A., Rotenberg, B. W., Dennis, M., & Adamson, P. A. (2008). Impact of Cosmetic Facial Surgery on Satisfaction With Appearance and Quality of Life. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 10(2), 79-83. doi:10.1001/archfaci.10.2.79
- Little, M. O. (1998). Cosmetic surgery, suspect norms, and the ethics of complicity. I E. Parens (Red.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications* (162-176). Washinton, DC: Georgetown University Press.
- Mack, K., & Grøholt, B. (2003). Dymorfofobi - nytt lys på gammel sykdom. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 6(123), 779-781.
- Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 3-9. <https://doi.org/10.1177/0146167292181001>
- Madsen, O. J. (2012). Sjelelig makeover. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 4(1), 94-95.

- Maisel, A., Waldman, A., Furlan, K., Weil, A., Sacotte, K., Lazaroff, J. M., ... Alam, M. (2018). Self-reported Patient Motivations for Seeking Cosmetic Procedures. *Dermatological Surgery*, 44(8), 1121-1128. doi: 10.1097/DSS.0000000000001523
- Makowski, A. C., Mnich, E. E., Angermeyer, M. C., Löwe, B., & von dem Knesebeck., O. (2015). Sex differences in attitudes toward females with eating disorders. *Eating Behaviors*, 16, 78-83. doi: [10.1016/j.eatbeh.2014.10.017](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.017)
- Margraf, J., Meyer, A. H., & Lavalley, K. L. (2015). Psychological Health and Aims of Aesthetic Surgery Seekers. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 877-891. <https://doi.org/10.1177/2167702614551409>
- Markus, H. R. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63-78. doi:[10.1037/0022-3514.35.2.63](https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.2.63)
- Mead, G. H. (2001). Persons and Minds. I J. Margolis & J. Catudal (Red.), *Quarrel Between Invariance and Flux: A Guide for Philosophers and Other Players* (s. 207-234). Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Milothridis, P., Pavlidis, L., Haidich, A.-B., & Panagopoulou, E. (2016). A systematic review of the factors predicting the interest in cosmetic plastic surgery. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 49(3), 397-402. doi: [10.4103/0970-0358.197224](https://doi.org/10.4103/0970-0358.197224)
- Misch, D. A. (2002). Andragogy and Medical Education: Are Medical Students Internally Motivated to Learn. *Advances in Health Sciences Education*, 7, 153-160.
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, 13(1), 1-11. doi: [10.1186/1471-2458-13-920](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-920)
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morgan, K. P. (1991). Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies. *Hypatia*, 6(3), 25-53. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1991.tb00254.x>
- Morken, K. T. E., Lossius, K., & Arefjord, N. (2018). Uten indre agens - Hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighets forstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker? *Matrix*, 34(1), 20-42.
- Morrison, T. G., Kalin, R., & Morrison, M. A. (2004). Body-image evaluation and body-image investment among adolescents: A test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39, 571-592.

- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red), *Handbook of Qualitative Research* (s. 220-235). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Morse, J. M., & Mitcham, C. (2002). Exploring Qualitatively-Derived Concepts: Inductive-Deductive Pitfalls. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(4), 28-35. doi:[10.1177/160940690200100404](https://doi.org/10.1177/160940690200100404)
- Mühlhan, H., Eisenmann-Klein, M. & Schmidt, S. (2007). Psychological Features in a German Sample of Female Cosmetic Surgery Candidates. *Aesthetic Plastic Surgery*, 31, 746–751. <https://doi.org/10.1007/s00266-006-0211-8>
- Mulkens, S., Bos, A. E. R., Uleman, R., Muris, P., Mayer, B., & Velthuis, P. (2012). Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(3), 321-327. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2011.09.038>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Nabi, R. L., & Keblusek, L. (2014). Inspired by Hope, Motivated by Envy: Comparing the Effects of Discrete Emotions in the Process of Social Comparison to Media Figures. *Media Psychology*, 17(2), 208-234. <https://doi.org/10.1080/15213269.2013.878663>
- Naraghi, M., & Atari, M. (2016). Development and Validation of the Expectations of Aesthetic Rhinoplasty Scale. *Archives of Plastic Surgery*, 43(4), 365-370. doi: [10.5999/aps.2016.43.4.365](https://doi.org/10.5999/aps.2016.43.4.365)
- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal of Social Psychology*, 15(3), 263-280. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420150303>
- Nerini, A., Matera, C., & Stefanile, C. (2014). Psychosocial Predictors in Consideration of Cosmetic Surgery Among Women. *Aesthetic Plastic Surgery*, 38(2), 461-466.
- Nolen-Hoeksema, S. (2014). *Abnormal psychology* (6. utg.). New York: McGraw-Hill Education.
- Noles, S. W., Cash, T. F., & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 88-95. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.1.88>

- Norsk Helseinformatikk. (2020). Kosmetisk kirurgi. Hentet 6. desember fra <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/plastisk-kirurgi/kosmetisk-kirurgi/?page=all>
- Noser, A., & Zeigler-Hill, V. (2014). Investing in the ideal: Does objectified body consciousness mediate the association between appearance contingent self-worth and appearance self-esteem in women? *Body Image, 11*(2), 119-125. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.11.006
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Nylander, K. S. (2018). *Prosjekt perfekt. Press sin rapport om kroppspress 2018*. Hentet fra <https://press.no/wp-content/uploads/2018/03/Rapport-digital2.pdf>
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskriftet Den norske legeforening, 16*, 1940-1944.
- Paraskeva, N., Clarke, A., & Rumsey, N. (2014). The Routine Psychological Screening of Cosmetic Surgery Patients. *Aesthetics, 1*(12), 28-32. Hentet fra http://issuu.com/aestheticsjournal/docs/aesthetics_november_2014/0
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38/gdpr/a5>
- Pertschuk, M. J., Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Whitaker, L. A. (1998). Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery, 22*(1), 20-24. doi: 10.1007/s002669900160
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics, 42*(6), 504-510. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.504>
- Phillips, K. A., Pinto, A., & Jain, S. (2004). Self-Esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image, 1*(4), 385-390.
- Picavet, V., Gabriëls, L., Jorissen, M., & Hellings, P. W. (2011). Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *Laryngoscope, 121*(12), 2505-2722. <https://doi.org/10.1002/lary.21728>
- Pickett, C. L., Gardner, W. L., & Knowles, M. (2004). Getting a Cue: The Need to Belong and Enhanced Sensitivity to Social Cues. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(9), 1095-1107. <https://doi.org/10.1177/0146167203262085>

- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, 2(4), 281-307.
<https://doi.org/10.1191/1478088705qp045oa>
- Ramm, J., & von Soest, T. (2011). 5 prosent har lagt seg under kniven. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/5-prosent-har-lagt-seg-under-kniven>
- Redaksjonen for Norsk APA-stil. (2019). *Norsk APA-manual: En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil (Versjon 3.2)*. Hentet fra <https://www.unit.no/tjenester/norskapa-referansestil>
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151-161.
<https://doi.org/10.1177/0146167201272002>
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Consciousness and Cognition*, 12(4), 717-731. doi:10.1016/S1053-8100(03)00081-3
- Rohrich, R. J., & Cho, M.-J. (2018). When Is Teenage Plastic Surgery versus Cosmetic Surgery Okay? Reality versus Hype: A Systematic Review. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 142(3), 293-302. doi: 10.1097/PRS.00000000000004630
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Rosenberg, T. G., Steinnes, K. K., & Storm-Mathisen, A. (2018). *Markedsføring og personvern i sosiale medier - en flermetodisk undersøkelse med barn som medforskere* (Oppdragsrapport nr. 13- 2018). Oslo: Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet.
- Rountree, M. M., & Davis, L. (2011). A dimensional qualitative research approach to understanding medically unnecessary aesthetic surgery. *Psychology and Marketing*, 28(10), 1027-1043. <https://doi.org/10.1002/mar.20426>
- Rousseau, A., & Eggermont, S. (2018). Media ideals and early adolescents' body image: Selective avoidance or selective exposure? *Body Image*, 26, 50-59.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.06.001>
- Rowlands, T., Waddell, N., & McKenna, B. (2016). Are We There Yet? A Technique to Determine Theoretical Saturation. *Journal of Computer Information Systems*, 56(1), 40-47. <https://doi.org/10.1080/08874417.2015.11645799>

- Saariniemi, K. M. M., Salmi, A. M., Peltoniemi, H. H., Helle, M. H., Charpentier, P., & Kuokkanen, H. O. M. (2014). Abdominoplasty Improves Quality of Life, Psychological Distress, and Eating Disorder Symptoms: A Prospective Study. *Plastic Surgery International*, *64*(3), 321-327. <https://doi.org/10.1155/2014/197232>
- Sarwer, D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image*, *31*, 302-308. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.01.009
- Sarwer, D. B., Cash, T. F., Magee, L., Williams, E. F., Thompson, J. K., Roehrig, M., ... Romanofski, M. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic Reconstructive Surgery*, *115*(3), 931-938. doi: 10.1097/01.prs.0000153204.37065.d3
- Sarwer, D. B., Gibbons, L. M., Magee, L., Baker, J. L., Casas, L. A., Glat, P. M., ... Young, V. L. (2005). A Prospective, Multi-Site Investigation of Patient Satisfaction and Psychosocial Status Following Cosmetic Surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, *25*(3), 263–269. doi: [10.1016/j.asj.2005.03.009](https://doi.org/10.1016/j.asj.2005.03.009)
- Sarwer, D. B., LaRossa, D., Bartlett, S. P., Low, D. W., Bucky, L. P., & Whitaker, L. A. (2003). Body Image Concerns of Breast Augmentation Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *112*(1), 83-90. doi: [10.1097/01.prs.0000066005.07796.51](https://doi.org/10.1097/01.prs.0000066005.07796.51)
- Sarwer, D. B., Magee, L., & Clark, V. (2003). Physical appearance and cosmetic medical treatments: Physiological and socio-cultural influences. *Journal of Cosmetic Dermatology*, *2*(1), 29-39. <https://doi.org/10.1111/j.1473-2130.2003.00003.x>
- Sarwer, D. B., & Polonsky, H. M. (2016). Body Image and Body Contouring Procedures. *Aesthetic Surgery Journal*, *36*(9), 1039-1047. <https://doi.org/10.1093/asj/sjw127>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998a). Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *101*(6), 1644-1649. doi: 10.1097/00006534-199805000-00035.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998b). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, *18*(1), 1-22. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00047-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00047-0)
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., ... Jinks, C. (2018). Saturation in Qualitative Research: Exploring its Conceptualization and Operationalization. *Quality & Quantity*, *52*(4), 1893-1907. doi: 10.1007/s11135-017-0574-8

- Seitz, S. (2016). Pixilated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: A research note. *Qualitative Research, 16*(2), 229–235.
<https://doi.org/10.1177/1468794115577011>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research, 46*(3), 407-441.
<https://doi.org/10.2307/1170010>
- Simis, K. J., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2001). Body image, psychosocial functioning, and personality: How different are adolescents and young adults applying for plastic surgery? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(5), 669-678.
- Sirin, S., Abaci, F., Selcuk, A., Finik, O. B., & Yildirim, A. (2019). Psychosocial effects of otoplasty in adult patients: A prospective cohort study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 276*, 1533–1539. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05391-y>
- Skemp-Arlt, K. M. (2006). Body Image Dissatisfaction and Eating Disturbances Among Children and Adolescents: Prevalence Risk Factors, and Prevention Strategies. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 77*(1).
<https://doi.org/10.1080/07303084.2006.10597813>
- Skolbekken, J.-A., Songe-Møller, V., Ruyter, K., & Hovland, B. I. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra
<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Skårderud, F. (2016). Kroppen i snakkesalige rom. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* (s. 103-124). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, P. D. (1994). What is Body Image? *Behaviour Research and Therapy, 32*(5), 497-502.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Slevec, J., & Tiggemann, M. (2010). Attitudes Toward Cosmetic Surgery in Middle-Aged Women: Body Image, Aging Anxiety, and the Media. *Psychology of Women Quarterly, 34*(1), 65-74. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01542.x>
- Smeets, E., Jansen, A., & Roefs, A. (2011). Bias for the (un)attractive self: on the role of attention in causing body (dis)satisfaction. *Health Psychology, 30*(3), 360-367.
doi: 10.1037/a0022095
- Snyder, M., & Ickes, W. (1985). Personality and Social Behavior. I G. Lindzey & E. Aronson (Red.), *Handbook of Social Psychology* (3. utg., s. 883-948). Reading, MA: Addison-Wesley.


- Solberg, P. O. (2018). Folkets livskvalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(10), 900-901.
- Sonstroem, R. J., & Morgan, W. P. (1989). Exercise and self-esteem: rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21(3), 329-337.
<https://doi.org/10.1249/00005768-198906000-00018>
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1997-1998* (Prop. nr. 63). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Hentet fra <https://www.ssb.no/helseforhold>
- Stefanile, C., Nerini, A., & Matera, C. (2014). The factor structure and psychometric properties of the Italian version of the Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. *Body Image*, 11(4), 370-379. doi: [10.1016/j.bodyim.2014.06.005](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.06.005)
- Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 224-237. <https://doi.org/10.2307/2695870>
- Sutton, R., & Douglas, K. (2013). *Social Psychology*. London: Palgrave Macmillan.
- Svartdal, F. (2020). *Selvbilde*. Hentet fra: <https://snl.no/selvbilde>
- Swami, V. (2009). Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. *Body Image*, 6(4), 315-317. doi: [10.1016/j.bodyim.2009.07.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.07.001)
- Swann, W. B., Jr., & Bosson, J. K. (2010). Self and identity. I S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Red.), *Handbook of social psychology* (s. 589–628). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Swann, W. B., Jr., Griffin, J. J., Predmore, S. C., & Gaines, B. (1987). The cognitive–affective crossfire: When self-consistency confronts self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 881–889. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.881>
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations*. London: Academic Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. I W. G. Austin & S. Worchel (Red.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (s. 33–47). Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Tiggemann, M., & Slater, A. (2001). A Test of Objectification Theory in Dancers and Non-Dancers. *Psychology of Women Quarterly*, 25(1), 57-64.
<https://doi.org/10.1111/1471-6402.00007>
- Tjora., A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tran, V. (2010). For lite informasjon om kosmetisk kirurgi. Hentet fra
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/for-lite-informasjon-om-kosmetisk-kirurgi/>
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Turner, J. C., & Reynolds, K. J. (2012). Self-Categorization. I P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Red.), *The Handbook of Theories of Social Psychology* (2. utg, s. 399-417). London: Sage Publications.
- Updegraff, J. A., Emanuel, A. S., Suh, E. M., & Gallagher, K. M (2010). Sheltering the self from the storm: Self-construal abstractness and the stability of self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(1), 97-109. doi: 10.1177/0146167209353331
- Vashi, N. A. (2016). Obsession with perfection: Body dysmorphia. *Clinics in Dermatology*, 34(6), 788-791. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.04.006>
- Veale, D., Gledhill, L., Christodoulou, P., & Hodson, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.003
- von Soest, T., Kvale, I. L., Roald, H. E., & Skolleborg, K. C. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62(10), 1238-1244. doi: 10.1016/j.bjps.2007.12.093
- von Soest, T., Kvale, I. L., Skolleborg, K. C., & Roald, H. E. (2006). Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(1), 51-62. doi: 10.1097/01.prs.0000194902.89912.f1
- von Soest, T., Kvale, I. L., Skolleborg, K. C., & Roald, H. E. (2011). Psychosocial Changes after Cosmetic Surgery: A 5-year Follow-Up Study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(3), 765-772. doi: 10.1097/PRS.0b013e31822213f0

- von Soest, T., Wichstrøm, L., & Kvalem, I. L. (2016). The development of global and domain-specific self-esteem from age 13-31. *Journal of Personality and Social Psychology, 110*(4), 592-608.
- Weiner, K. E., & Thompson, J. K. (1997). Overt and Covert Sexual Abuse: Relationship to Body Image and Eating Disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 22*(3), 273-284. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199711\)22:3<273::AID-EAT6>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199711)22:3<273::AID-EAT6>3.0.CO;2-K)
- Wilson, J., & Arpey, C. (2004). Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and Treatment in Surgical Dermatology Practice. *Dermatologic Surgery, 30*(11), 1391-1399. doi: 10.1111/j.1524-4725.2004.30433.x
- With, M. L. (2017). Slik har vi det - Livskvalitet og levekår. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>
- Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin, 106*(2), 231-234.
- World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2020a). *Basic Documents (Forty-ninth edition 2020)*. Hentet fra https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7
- World Health Organization. (2020b). F32: Depressiv episode. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. Hentet 16. november fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599495>
- World Health Organization. (2020c). F50: Spiseforstyrrelser. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. Hentet 16. november fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599510>
- Yamamiya, Y., Thomas F., Cash, T. F., Susan E.Melnyk, S. E., Posavac, H. D., & Posavac, S. S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body Image, 2*(1), 74-80. doi: 10.1016/j.bodyim.2004.11.001
- Yıldız, T., & Şelimen, D. (2014). The Impact of Facial Aesthetic and Reconstructive Surgeries on Patients' Quality of Life. *Indian Journal of Surgery, 77*(3), 831-836. doi: [10.1007/s12262-013-1024-z](https://doi.org/10.1007/s12262-013-1024-z)
- Yip, K-S. (2006). Self-reflection in Reflective Practice: A Note of Caution. *British Journal of Social Work, 36*(5), 777-788. doi:10.1093/BJSW/BCH323

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsplakat



Oppfattede motiver til kosmetisk operasjon

I forbindelse med min hovedoppgave på profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU skal jeg undersøke unges oppfatninger om motivasjoner for gjennomføring av kosmetisk kirurgi og hvilken sammenheng et slikt valg kan ha med psykisk helse.

I den anledning søker jeg deltakere til studien.

Er du student mellom 18-30 år og har noen tanker om kosmetisk kirurgi, er jeg interessert i å ta en prat med deg. Deltakelse innebærer en samtale (i disse dager via Skype eller annet elektronisk kommunikasjonsmiddel) på mellom 45 - 60 minutter. Ditt bidrag vil selvsagt anonymiseres.

Studien omhandler generelle oppfatninger, og eventuelle personlige erfaringer med kosmetisk kirurgi er derfor ikke en forutsetning for deltakelse, og vil heller ikke være tema for samtalen.

Som en takk for din deltakelse vil du motta et gavekort på Trondheim kino.

Dersom du er interessert i å delta i min studie, har spørsmål eller ønsker mer informasjon, ikke nøl med å ta kontakt.

Med vennlig hilsen

Danielle Aker-Bjørke
danieak@stud.ntnu.no
48 08 75 00

Vedlegg 2: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE - OPPFATTEDE MOTIVER TIL KOSMETISK KIRURGI OG SAMMENHENG MED SUBJEKTIV LIVSKVALITET

Del 1: Introduksjon (maks 5 minutter)

- Presentasjon av hovedoppgavens tematikk og selve prosjektet
 - Informasjon om fritt og informert samtykke, retten til å trekke seg og anonymisering av forskningsresultatet
 - Presisere at det ikke må nevnes navn eller informasjon som kan identifisere spesifikke mennesker. Videre presisere at spørsmålene tar utgangspunkt i deltakers generelle oppfattelse av, og tanker rundt, folks motiver for kosmetisk kirurgi og sammenheng med psykiske helse/velvære. Det bør også presiseres at studien omhandler kosmetiske inngrep, og dermed utelukker rekonstruktiv kirurgi og behandling av medisinske tilstander.
- Innhenting av skriftlig samtykke
- Eventuelle spørsmål/oppklaringer i forkant av intervjuet
- Starte lydopptak dersom informanten godkjenner dette

Del 2: Innledende spørsmål

- Har du noen spørsmål i forkant av intervjuet?

Del 3: Sentrale spørsmål (hoveddel)

A: Motivasjon og påvirkning

- Etter din erfaring, hva motiverer folk til å gjennomføre et kosmetisk inngrep?
- Hvem mener du i hovedsak velger å gjennomføre kosmetisk-kirurgisk inngrep?
 - Spesielle tendenser? Personlighetstyper? Alder, kjønn, yrkesgrupper e.l.
- Kan du fortelle hva du tenker rundt hvorvidt motivasjonen er intern eller ekstern?
 - Hvordan ser du på denne relasjonen (mellom indre og ytre motivasjon)?

- Kan du fortelle hva du tenker rundt hvorvidt de som gjennomfører kosmetisk kirurgi blir påvirket?
 - Hva tenker du er relasjonen mellom motivasjon og påvirkning?

B: Selvet: oppfattelse, tanker og vurdering av seg selv og egen kropp

- Hvordan tror du de som opererer seg tenker om seg selv?
 - Selvkonsept: kunnskap om selvet
 - Hvilke aspekter ved seg selv tror du former hvordan de tenker om seg selv? Hvilke kvaliteter/sider/karakteristikker/egenskaper er viktigere enn andre?
 - I hvilken grad tror du deres tanker om seg selv har betydning for deres psykiske helse?
- Hvordan tror du de som opererer seg vurderer/evaluerer seg selv?
 - Selvfølelse: følelser knyttet til selvet
 - Hvilke aspekter ved seg selv tror du vektlegges når de evaluerer seg selv? Hvilke kvaliteter/sider/karakteristikker/egenskaper er viktigere enn andre?
 - I hvilken grad tror du deres følelser om seg selv har betydning for deres psykiske helse?
- Hvordan tror du de som opererer seg forholder seg til egen kropp (kroppsbilde)?
 - Hvordan tror du deres mentale bilde av kroppens størrelse, form og fasong er i forhold til virkeligheten/hvordan de objektivt ser ut?
 - Hvilke følelser tror du de har knyttet til egen kropp?
 - I hvilken grad tror du deres opplevelser og tanker rundt egen kropp har betydning for deres psykiske helse?

C: Kosmetisk kirurgi og psykisk helse/velvære

- Hva er din oppfattelse av sammenheng mellom kosmetisk kirurgi og psykisk helse?
 - Kan gjennomføring av kosmetisk kirurgi påvirke psykisk helse?
 - Hvis ja: hvordan?
 - Hvis nei: på hvilken måte er dette separert fra hverandre?
 - Kan psykisk helse påvirke gjennomføring av kosmetisk kirurgi?
 - Hvis ja: hvordan?
 - Hvis nei: på hvilken måte er dette separert fra hverandre?

- Hva tror du en kosmetisk operasjon betyr for de som gjennomgår dette?
 - Tror du disse menneskene opplever en forskjell i hvordan de tenker og føler som seg selv før og etter et inngrep?
 - Tror du disse menneskene opplever en forskjell i hvordan de tenker og føler om egen kropp før og etter et inngrep?
- Majoriteten av befolkningen gjennomfører ikke kosmetisk kirurgisk-inngrep. Etter din oppfatning, hva er forskjeller mellom de som gjennomfører kosmetisk kirurgi sammenlignet med de som ikke gjør det?

Del 4: Avslutning

- Hvordan var det å være med på dette intervjuet?
- Har du noe du ønsker å tilføye?
- Har du noen spørsmål du sitter igjen med nå?

Vil du delta i et forskningsprosjekt?

“Oppfattede motiver til kosmetisk kirurgi. En kvalitativ studie av unge menneskers tanker og oppfatninger om sammenhengen mellom psykisk helse/velvære og kosmetisk kirurgi”.

Bakgrunn og formål

Denne studien gjennomføres i forbindelse med en hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU. Formålet med studien er å undersøke ulike menneskers tanker og oppfatninger om motiver til gjennomføring av kosmetisk kirurgi og hvilken sammenheng et slikt ønske har med psykisk helse. Studien søker dine tanker på en generell basis, og omhandler ikke eventuelle personlige erfaringer med kosmetiske inngrep og/eller psykisk helse. Dersom du har noen tanker rundt temaet kosmetisk kirurgi og psykisk helse, er du velkommen til å delta i denne studien. Kontaktinformasjon og samtykkeskjema er oppgitt avslutningsvis i dette skrivet.

Hva innebærer det å delta?

Som deltaker i denne studien vil du delta på et individuelt dybdeintervju med en varighet på rundt 45-60 minutter. Intervjuene vil i hovedsak finne sted i løpet av mars 2020, og eksakt tidspunkt kan tilpasses hver enkelt. Intervjuet vil omhandle dine (generelle) tanker, og du vil bes utdype dine tanker og oppfatninger på en generell, ikke-personlig basis. Spørsmålene vil ta for seg hvilken oppfatning du har om hvorfor noen velger å endre eget utseende, hva som påvirker noen til å gjøre dette, hvordan du tror disse menneskene ser på seg selv og egen kropp, og hvilken sammenheng dette har med den psykiske helsen. Studien søker dine refleksjoner vedrørende denne tematikken, da unge i dag lever i et samfunn der kosmetisk kirurgi er en voksende bransje.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i denne studien er frivillig, og du som deltaker kan når som helst, uten oppgitt årsak, trekke ditt samtykke. Dersom du ønsker å trekke deg underveis i studien, vil

kontaktinformasjon og alle notater (eventuelt lydopptak) fra intervjuet slettes umiddelbart. Skulle noe være uklart, eller du har spørsmål underveis, kan undertegnede kontaktes.

Personvern og behandling av informasjon

Kun undertegnede og undertegnedes veileder vil ha tilgang til dine kontaktopplysninger og notater/lydopptak fra intervjuet. All informasjon og personopplysninger vil oppbevares separat og innelåst på NTNU. Datamaterialet som presenteres i hovedoppgaven anonymiseres for å sikre at informasjonen som forekommer i studien ikke kan spores tilbake til deltakerne. Prosjektet er planlagt å pågå fram til 01.12.20. Jeg ønsker å foreta lydopptak av intervjuet dersom du som deltaker samtykker til dette. Alt av notater og/eller lydopptak vil slettes når hovedoppgaven er blitt godkjent i løpet av våren 2021.

Kontaktinformasjon

Student:

Daniélla Johanne Aker-Bjørke

Telefon: 48 08 75 00

Epost: danieak@stud.ntnu.no

Veileder:

Britt-Marie Drottz Sjöberg

Telefon: 73 59 74 85

Epost: brittds@ntnu.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter at jeg har mottatt informasjon om studien, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.12.20, og ønsker med dette å delta i studien.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

