

MASTEROPPGAVE

Masterstudiet i Helse og empowerment
2015

”En ny livssituasjon”

Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet
i tiden etter bypasskirurgi?

Gro Wuttudal Kjøren

**Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse**



FORORD

Å jobbe med voksne hjerteopererte pasienter gjennom 14 år har gitt meg interessant, utfordrende og meningsfull jobb. Som forsker med et sykepleiefaglig blikk ønsker jeg å dele erfaringer fra yrkesaktive bypassopererte menn, deres historie, opplevelser og erfaringer til andre sykepleiere og helsepersonell. Mennene ser på bypassoperasjonen som en ny sjanse i livet. Muligheten til å kunne utforske temaet har gitt meg mange refleksjoner og ny kunnskap i løpet med studien. Jeg ønsker å takke mennenes positive innstilling til å stille opp i intervjuene slik at studien ble gjennomført. Deres historier vil være med meg lenge der de delte opplevelser og erfaringer åpent, ærlig og sårbart.

Jeg vil også takke alle som har bidratt til studien. Takk til Gunhild på rehabiliteringsavdelingen for all hjelp, som på en effektiv og ryddig måte inkluderte informanter til intervjuene. Takk til Monica og Marte for nyttig gjennomlesing og til Morten for bidrag til oversettelse av sammendraget. Jeg vil også takke kollegaer og avdelingsleder som har vært tålmodige.

Jeg vil takke familien min, spesielt mann og barn som har støttet og oppmuntret meg hele veien. De har tatt hensyn og latt meg jobbe i fred når det har vært nødvendig. Uten deres positive innstilling hadde det nok blitt en utfordring.

Takk til mine to veiledere Veslemøy Egede-Nissen og Ragnhild Flittie Onstad som har bidratt til forståelse og kunnskapsutvikling, og ikke minst med nyttige refleksjoner.

Masterstudiet startet august 2013 og det har vært en spennende og ukjent reise som har vart i to år. Et møte med interessante lærere og fine medstudenter. Jeg har vært målbevisst og aldri angret på mitt valg. Det har vært spennende, lærerike, morsomme, tøffe og utfordrende år.

Eidsvoll 18. mai 2015

Gro Wuttudal Kjøren

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Hjertesykdom og kirurgisk bypass oppleves som en alvorlig livshendelse for de som rammes. Tidligere forskning viser at det er kjønnsforskjeller i opplevelsen av å få hjerte- og karsykdom og behandling av bypasskirurgi. Menn knytter sin yrkesaktivitet til livskvalitet i sterkere grad enn kvinner, og uttrykker følelser i sterkere grad enn sykepleiere tradisjonelt har oppfattet. Det er derfor viktig å fremskaffe kunnskap om pasientopplevelse av helse og livskvalitet, og menns forståelse, følelser og forventninger i forbindelse med sykdom og behandling. Ved å få mer kunnskap, kan sykepleier bidra til pasientsentrert informasjon, forståelse, mestring og medvirkning under operasjonsoppholdet og for å forberede tiden hjemme.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke og beskrive *hvordan* yrkesaktive menn opplever helse og livskvalitet den første tiden etter bypasskirurgi. En videre hensikt med studien er å undersøke og beskrive *hvilke forhold* som kan ha hatt betydning for opplevd helse og livskvalitet etter bypasskirurgi.

Metode: Studien har et kvalitativt hermeneutisk design. Det ble gjennomført individuelle intervju med 7 menn 8-10 uker etter bypasskirurgi.

Resultat: Hovedfunnene viser at menn uttrykker like sterke følelser som kvinner når de står i en krevende situasjon. Det å bli hjertesyk endrer synet på livet der ny kunnskap og forståelse for den nye livssituasjonen gir trygghet, motivasjon og mestring under operasjonsoppholdet og i hjemmet. Det å kjenne på følelser, ha gode relasjoner og komme tilbake på jobb er av stor betydning for helse og livskvalitet.

Konklusjon: Studiens funn synliggjør at yrkesaktive bypassopererte menn opplever og er motiverte for en ny livssituasjon, der indre og ytre motivasjonsfaktorer bidrar til å mestre hverdagens utfordringer.

Nøkkelbegrep: bypasskirurgi, helse, livskvalitet, sykepleie, empowerment, sykepleie-pasientrelasjon, kjønn, pasientdeltakelse, sence of coherence.

ABSTRACT

Background: Heart disease and surgical bypass is experienced as a serious life event for those that have it. Earlier research shows that there are differences between the sexes in how they experience heart disease and bypass surgery. Men connect their profession/work to their quality of life to a stronger degree than women, and express feelings to a stronger degree than nurses traditionally have comprehended. It is therefore important to acquire knowledge about how patients perceive their health and quality of life, and how men understand, feel and what they expect in connection with illness and treatment. By acquiring more knowledge, nurses can contribute to patient centered information, understanding, empowerment and participation during their hospitalization, surgery, recovery and preparation for what to do after returning home.

Purpose: The purpose of the study is to research and describe how workingmen experience their health and quality of life the first period after bypass surgery. Another purpose of the study is to research and describe which factors can have a positive influence in their perception of health and quality of life after bypass surgery.

Method: The study has a qualitative hermeneutic design. Individual interviews were conducted with 7 men 8-10 weeks after bypass surgery.

Result: The main findings show that men express feelings just as much as women when they are in a demanding situation. Developing heart disease changes how people view their life. However new knowledge and understanding about the new life situation gives security, motivation and mastering during hospitalization and at home. To be aware of ones feelings, having good relationships and returning to work is important for good health and quality of life.

Conclusion: The studies reveals that active working men who have had bypass heart surgery experience and are motivated for a new life situation, where inward and outward motivational factors contribute to mastering the daily challenge of life.

Key words: bypass surgery, health, quality of life, empowerment, nurse-patient relationship, sexes, patient participation, sense of coherence.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt.....	10
1.3 Formål	10
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål	11
1.5 Avgrensninger	11
1.6 Begrepsavklaringer.....	11
1.6.1 Aterosklerotisk hjertesykdom	12
1.6.2 Bypasskirurgi	12
1.6.3 Opplevelse	12
1.6.4 Empowerment	12
1.6.4 Psykologisk empowerment	12
1.6.5 Salutogenese og OAS.....	12
1.7 Studiens disposisjon	13
2.0 LITTERATUR OG ARTIKKEL SØK.....	14
2.1 Søkeprosessen	14
2.2 Inklusjonskriterier for artikler	14
2.3 Relevant forskning på feltet	15
2.3.1 Kunnskap og empowerment.....	15
2.3.2 Sykepleier-pasientrelasjonen.....	16
2.3.3 Brukermedvirkning	17
2.3.4 Helse og livskvalitet og opplevelse av sammenheng	17
2.3.5 Følelsesmessige reaksjoner	18
2.3.6 Kjønnsperspektivet.....	20
3.0 TEORI	21
3.1 Helse.....	21
3.2 Livskvalitet.....	22
3.3 Helse og opplevelse av sammenheng.....	23

3.4 Mestring.....	24
3.5 Relasjoner, empati og makt.....	25
3.6 Empowerment og medvirkning.....	26
3.8 Psykologisk empowerment.....	26
3.9 Helseveiledning og medvirkning.....	27
4.0 METODE.....	29
4.1 Valg av metode og forskningsstrategi.....	29
4.2 Forskerrollen og egen forforståelse.....	30
4.3 Forberedelse til intervjuet og utvalget.....	33
4.3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	34
4.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervju.....	34
4.5 Transkribering.....	36
4.6 Analyse.....	36
4.7 Ethiske aspekter.....	38
5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER.....	40
5.1 Presentasjon av funn –å bli hjertesyk endret synet på livet.....	41
5.1.1 Forståelse av ny livssituasjon og følelser.....	41
5.1.2 Nytt perspektiv på livet og kjenne på sine følelser.....	41
5.1.3 Jobbtilhørighet og følelser.....	44
5.2 Presentasjon av funn - ny kunnskap og trygghet.....	45
5.2.1 Kunnskap gir trygghet og mestring under operasjonsoppholdet.....	45
5.2.2 Medvirkning og mestring.....	47
5.2.3 Sykepleier - pasientrelasjonen.....	48
5.2.4 Kunnskap gir trygghet og mestring for utreise og hjemmesituasjonen.....	49
6.0 DISKUSJON.....	50
6.1 Vurdering av studiens kvalitet.....	50
6.2 Diskusjon av funn.....	51
6.2.1 Betydningen av ny kunnskap og forståelse.....	52
6.2.2 Relasjonens betydning.....	57
6.2.3.Retning på livet, følelser og helse og livskvalitet.....	59
6.2.4.Betydningen av å være yrkesaktiv.....	61
7.0 AVSLUTNING.....	64
7.1 Kritisk refleksjon.....	64

7.2 Konklusjon	65
7.3 Forslag til videre forskning og forbedring av praksis	66
LITTERATURLISTE	67
VEDLEGG 1	74
VEDLEGG 2	87
VEDLEGG 3	90
VEDLEGG 4	93
VEDLEGG 5	108
VEDLEGG 6	110
VEDLEGG 7	112
VEDLEGG 8	113

1.0 INNLEDNING

Mitt utgangspunkt for valg av tema til denne studien kommer av mitt faglige engasjement som sykepleier på en Hjerteklinikk for voksne hjertepasienter. I studien er pasientperspektivet overordnet, med fokus på helse og livskvalitet etter bypasskirurgi hos yrkesaktive menn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerte- og karsykdom er den hyppigste sykdommen og årsak til død her i landet, når alle aldersgrupper sees under ett (Folkehelseinstituttet, 2014b). Aterosklerotisk hjertesykdom utgjør hovedgruppen av hjerte- og karsykdommer. Av de som fikk utført bypassoperasjon i 2013 var 83 % menn. Sykdomsrisikoen for menn øker med alderen. Det viser seg at menn som rammes er ofte fra 50 års alderen, men de fleste er i gruppa 60-79 (Hjertekirurgiregister, 2013). Bedre medisinsk behandling både akutt og sekundærforebyggende samt økt kunnskap om livsstil, kosthold og fysisk aktivitet har bidratt til bedret helse, og dermed redusert risiko for utvikling av hjertesykdom (Folkehelseinstituttet, 2013b; Neramoen & Lavoll-Nylenna, 2006).

Den hyppigste årsaken til redusert livskvalitet og uførhet er hjerte- og karsykdommer (Mæland, 2006). I de siste 20 årene vises endringer i det demografiske bildet med hjerte- og karsykdom, der flere overlever med hjelp av bedre behandlingsmetoder og medisiner (Folkehelseinstituttet, 2012). Det er likevel tydelige sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen med hensyn til hvem som rammes av hjertesykdom (Feiringklinikken, 2013). På tross av folkeopplysning om risikofaktorer, har befolkning med lav utdanning eller inntekt høyere risiko for hjerte og karsykdom enn de med høyskole- og universitetsutdanning. Hvor man blant annet har funnet at i Oslo øst er det flere risikofaktorer for hjerte-karsykdom enn i Oslo vest. Det viser seg at de som rammes er risikofaktorer som diabetes, lite mosjon, daglig røyking og høy kroppsvekt fremtredende faktorer (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Mangel på kunnskap og mestringsstrategier hos pasienten kan medføre problemer etter bypasskirurgi (Christiansen, 2013 a). Fokus på helse og livskvalitet kan bidra til at pasientene bedre mestrer å få gjennomført bypasskirurgi (Bjørnsland, Wilde-Larsson, & Kvigne, 2012). Dette kan føre til redusert belastning for pasienten, antall liggedøgn og reinnleggelses. Det er komplisert å definere eksakte tall på yrkesuførhet og kostnader relatert til hjerte- og karsykdommer og bypasskirurgi. Dette er komplekst og det er flere medvirkende faktorer

(Folkehelseinstituttet, 2014b). Hjerterehabilitering har til hensikt å bidra til å få bypassopererte tilbake til normal hverdag og yrkesaktive tilbake i jobb. Dette har en helsemessig og sosioøkonomisk gevinst (Grimsmo, 2009). Psykiske faktorer er viktig i behandlingen av koronare hjertesyrke og i rehabiliteringsfasen (Espens & Smedslund, 2009). Det er økt risiko for depresjon og dødelighet ved hjerte- og karsykdom som følge av samspillet mellom hjerte- karsykdom og depresjon (Folkehelseinstituttet, 2014a). Eksakte tall på hjerte- og karsykdommer og depresjon foreligger ikke.

Pasientene er sikret gjennom norsk helsevesen og spesialisthelsetjenesteloven for å ivareta et godt tjenestetilbud der det er krav om å samarbeide og samhandle med de ulike helseforetak og kommuner (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Forebygging og tidlig behandling vektlegges i Samhandlingsreformen (Folkehelseinstituttet, 2013a; St.meld., 2009). Til sammen skal dette ivareta befolkningens behov for helsehjelp, forebygge og bidra til helsefremmende arbeid. Samhandlingsreformen påpeker at medvirkning er et bærende prinsipp i folkehelsearbeid, der empowerment er sentralt. Verdens helseorganisasjon, WHO, og norsk lovverk fremmer brukermedvirkning (Pasientrettighetsloven, 1999; Stortingsmelding, 2012; WHO, 1986). Lov om pasientrettigheter vektlegger pasientens rett til brukermedvirkning og medbestemmelse ved at det gis mulighet til pålitelig kunnskap og kompetanse (Pasientrettighetsloven, 1999). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremhever også pasientens rett til selvbestemmelse (NSF, 2012). Ethiske prinsipper gir retning for hva man skal vektlegge som grunnlag for refleksjon og handlingsvalg i de ulike pasientsituasjoner og hvordan ivareta pasientens medbestemmelsesrett (Nortvedt, 2012).

Helseopplysning som bidrar til livsstilsendringer reduserer risikoen for aterosklerotiske hjertesyrke. På tross av dette er etterlevelse av livsstilsendringer i befolkningen langt i fra det som er ønsket i det helsefremmende arbeidet (Folkehelseinstituttet, 2014a). Livskvalitet og livsstil er i et gjensidighetsforhold, der mennesker har valgmuligheter, ulike verdier og mål om livets innhold. Livskvalitet og livsstil er et personlig valg. En persons evne til å velge en sunn livsstil er et resultat av personens forutsetninger for å ta livsvalg. Endringene er avhengig av faktorer som motivasjon, kunnskap og holdninger hos den enkelte (Kristoffersen, 2011). Sykepleiere er her en viktig bidragsyter for pasientens mulighet til å utvikle kunnskap for å endre livsstil under sykehusoppholdet. Generell livsstilsrådgivning i seg selv øker ikke etterlevelsen av livsstilsråd. Derfor må det vektlegges større fokus på individuell

livsstilsrådgivning der oppfølging, motivasjon og holdningsendring er vesentlig (Wensaas, 2012). Siden arvelige faktorer også er av betydning for sykdomsutvikling, vil samspillet av disse risikofaktorene enten redusere eller øke risikoen for aterosklerotisk hjertesykdom.

Helseundersøkelsene i 2000-2013, viser at befolkningen kan oppleve helse og livskvalitet som god på tross av sykdom (Folkehelseinstituttet, 2013a). Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og defineres som personens egenopplevelse av positive og negative sider ved livet.

Helserelatert livskvalitet tar utgangspunkt i sykdom og det sykdommen medfører for pasienten (Mæland, 2010; NOU, 1997: 2). Sykepleierne er ansvarlig for å bidra til å tilrettelegge for og støtte pasienten slik at det utvikles økt forståelse for hva sykdom og behandling kan medføre i forhold til endret helse og livskvalitet.

Flere studier viser kjønnsforskjeller i opplevd helserelatert livskvalitet. Menns kjønnsrolle er ofte forbundet med tradisjonell og stereotyp maskulinitet og sosial rolle, og at det er kjønnsforskjeller i hjerte- karsykdom og ved behandling av bypasskirurgi (Bergvik, 2011; Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010 a, 2011; Gjeilo, 2010; Lilleaas, 2006). Kunnskapsgrunnlag og klinisk praksis bygger ofte på en mannlig norm, som kan vise mangel på kjønns spesifikk kunnskap og kjønns perspektiv. Det kan ikke bevises eller motbevises at hjertesykdom behandles ulikt (Dommerud, 2005). Forskning viser midlertid at sykdommen blir en ”annen” om det er mann eller kvinne som blir alvorlig syk, og at menn oppsøker helsevesenet sjeldnere (Christiansen & Maier, 2013 b; Lilleaas, 2006).

Tidligere forskning anbefaler flere studier på opplevelser og følelser i forbindelse med koronar hjertesykdom. Det anbefales også mer fokus på den hjerteopererte pasientens mestring for å redusere psykisk stress, angst og depresjon (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010). Hyppigst er angst og depresjon hos begge kjønn, noe som forverrer sykdomsutviklingen. Vedvarende angst eller depresjon og passive mestringsstrategier har sammenheng med redusert livskvalitet, økt fare for komplikasjoner, tilbakefall og kan medføre dårligere prognose (Christiansen, 2013 a). Det viser seg at menns følelsesmessige opplevelser kommer til uttrykk ved sykdom der identiteten tradisjonelt sett er knyttet til styrke, tøffhet og arbeid. Forskning har vist at menn fortsatt knytter sin yrkesaktivitet til livskvalitet i sterkere grad enn kvinner, og der menn har jobb å vende tilbake til kommer seg raskere etter bypasskirurgi (Gjeilo, Wahba, Klepstad, Lydersen, & Stenseth, 2008b; Grimsmo, 2009). Innenfor

helsevesenet viser det seg forskjell på åpenhetskultur hos mannlige og kvinnelige pasienters. På nasjonalt nivå er det lite forskning på området hvordan kvinnelige sykepleiere tolker mannlige pasienters behov for å snakke om sin livssituasjon relatert til sykdom og behandling. (Lien, 2013).

Problemstillingen er valgt ut fra egne erfaringer som sykepleier og sykepleiefaglig interesse for hver enkelt pasients ulike opplevelser. For å belyse menns forståelse og håndtering av følelser, forventninger og opplevelser har jeg valgt å undersøke og beskrive hvordan mennene opplever perioden under operasjonsoppholdet og i hjemmesituasjonen. Større forståelse for menns opplevelser kan medføre muligheter for bedre omsorg, støtte og veiledning under operasjonsoppholdet og påvirke tiden etterpå. Hva gjør disse mennene i stand til å forholde seg til sykdom, bypasskirurgi og livet videre? Hvordan opplever mennene det vi sykepleiere tror de gjør? Hvilken betydning har sykepleiernes informasjonsformidling og helseveiledning for deres mestringsevne? Erfaring viser at individuelle bekymringer hos pasienten, pasientens egne forventninger til behandlingen og forventninger og relasjon til sykepleier er viktige faktorer. Sykepleiernes oppgave er å bidra med kunnskap slik at pasienten utvikler større forståelsen for situasjonen. Erfaringer viser at standardiserte rutiner kan være vanskelig å tilpasse den individuelle pasientens behov, selv om det som regel må ligge til grunn for et faglig forsvarlig kvalitetsnivå og styringsverktøy for institusjonens behandlingsmål. Min erfaring er at når hver enkelt pasients individuelle behov og forutsetninger blir ivaretatt, medfører dette mulighet for medvirkning, mestring, motivasjon og tro på seg selv i sin nye livssituasjon.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke og beskrive *hvordan* yrkesaktive menn opplever helse og livskvalitet den første tiden etter bypasskirurgi. En videre hensikt med studien er å undersøke og beskrive *hvilke forhold* som kan ha hatt betydning for opplevd helse og livskvalitet etter bypasskirurgi.

1.3 Formål

Formålet med studien er å tydeliggjøre pasientperspektivet og få større innsikt og forståelse for deres opplevelser og erfaringer etter bypasskirurgi. Slik at sykepleiere gjennom økt kompetanse eventuelt kan bidra til å forbedre kvaliteten på helse- og sykepleietjenesten.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Valg av tema er basert på at av de som får gjennomført bypasskirurgi er mange menn i yrkesaktiv alder, og deres opplevelser er lite beskrevet i litteraturen og studier. Menn i yrkesaktiv alder har sannsynligvis ikke forventet at sykdom, fysiske og psykiske utfordringer kan få konsekvenser for helse og livskvalitet.

Studiens problemstilling er:

Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?

Problemstillingen er inndelt i følgende to forskningsspørsmål:

1. Hvilke forhold opplevde pasientene, under sykehusoppholdet, som kan ha påvirket evnen til å mestre ny livssituasjon og opplevelse av helse og livskvalitet?
2. Hvordan opplevde pasientene den første tiden etter bypasskirurgi?

1.5 Avgrensninger

Undersøkelsen av opplevelse av helse og livskvalitet som undersøkes var under operasjonsoppholdet og rehabiliteringstiden i eget hjem. Intervjuet foregikk en av de første dagene på hjerterehabilitering 8-10 uker etter operasjon. Den avgrensede tidsfasen ble valgt på bakgrunn av at det normalt sett tar ca. to måneder å komme seg fysisk og psykisk etter bypasskirurgi. Standard lengde på postoperativt opphold varierer fra 3-6 dager, avhengig av utskrivelsesrutiner hos det behandlende sykehuset. Avhengig av hvilken fase mennene befinner seg i studien benevnes de som pasient under operasjonsoppholdet, som informant og menn etter utskrivelse. Yrkesaktiv alder varer for de fleste opp til 67 år. Jeg har valgt yrkesaktive menn til og med 62 år, fordi de kan ha andre forventninger til helse og sykdom, det sosiale liv, jobbsammenheng og familie enn eldre bypassopererte som nærmer seg eller ikke er yrkesaktive på grunn av alder (Bergvik, Sørli & Wynn, 2011).

1.6 Begrepsavklaringer

Jeg har i dette kapitlet valgt å gi en oversikt over sentrale begreper som er vesentlig for min studie.

1.6.1 Aterosklerotisk hjertesykdom

Hjerte- og karsykdom er samlebetegnelsen der en av hovedgruppene er aterosklerotisk hjertesykdom. Fysiologisk er dette fortykninger i koronarkarene som reduserer elastisiteten og gir dårligere blodgjennomstrømning i hjertet (Sand, Sjaastad, Haug, & Toverud, 2011). Noen opplever klassiske symptomer i form av angina pectoris med press i brystet, tungpusten og utstråling til venstre arm og kjeve. Mange opplever usymptomatiske og diffuse plager der diagnosen kan være krevende å stadfeste, og hvor det kan ta tid å definere diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2014a). Behandlingsalternativer er bypasskirurgi, perkutan utblokking (PCI) eller medikamentell behandling.

1.6.2 Bypasskirurgi

Bypasskirurgi er en utbredt behandlingsform som ved kirurgisk metode forbedrer blodgjennomstrømningen til hjertet. Metoden bypasskirurgi defineres som åpen kirurgi der brystbeinet blir delt i to for å blottlegge hjertet (sternotomi). Bypass betyr at det transplanteres blodårer av arterie/vene fra leggen som festes til hovedpulsåra utenpå hjertemuskelen. Det vil si at en eller flere nye blodårer legges forbi de fortykkede partiene på syke koronararterier, en såkalt bypass. Dette sørger da for nødvendig næring til hjertet (Sand et al., 2011).

1.6.3 Opplevelse

Begrepet opplevelse er sentralt i studiens problemstilling. Opplevelse betegnes som en subjektiv opplevelse av helse og livskvalitet. Subjektiv opplevelse er blant annet vesentlig i empowerment og veiledning, OAS og følelser.

1.6.4 Empowerment

Det finnes ikke noe godt ord for empowerment, men myndiggjøring, istandsetting og styrking er muligens mest brukt på norsk. Jeg velger å bruke begrepet empowerment og styrke da dette for det meste brukes i ulike teorier og forskning.

1.6.4 Psykologisk empowerment

Psykologisk empowerment har til hensikt å oppnå følelse av kontroll over eget liv, der en indre motivasjon og mestringsfølelse er en øvelse for å oppnå dette.

1.6.5 Salutogenese og OAS

Jeg har valgt å inkludere teorien om salutogenese som et viktig helsebegrep relatert til min studie. Dette er gjort på bakgrunn av Antonovskys bruk av begrepet opplevelse av sammenheng, OAS. Antonovsky utviklet ”teorien om salutogenese” og ”Sense of coherence”.

Teorien om salutogenese bidrar til å vektlegge helse i motsetning til sykdom og fokuserer på hva som gir god helse. Selve salutogene helsemodellen fremmer læring som påvirker helse og livskvalitet (Eriksson & Lindstrøm, 2006). Salutogenese er et begrep som sier noe om hvordan vi prøver å holde oss friske.

Antonovskys begrep sence of coherence (SOC), begrepet ble utviklet med norsk oversettelse opplevelse av sammenheng, OAS., eller forutsigbarhet. Begrepet OAS ble teoretisk utviklet for å forstå hvordan helse skapes i lys av teorien om salutogenese. Jeg har i min studie valgt å bruke den norske oversettelsen OAS (Antonovsky, 2000; Langeland, 2009).

1.7 Studiens disposisjon

Kapitel 2 beskriver søkeprosessen og inklusjonskriterier i forhold til å valgte artikler og relevant forskning på feltet. Kapitel 3 beskriver teori for å belyse problemstillingen. Kapitel 4 omfatter studiens metode, forskningsprosessen og etiske aspekter. Presentasjon av funn og fortolkninger fremstilles i kapitel 5. Kapitel 6 omhandler diskusjon av studiens kvalitet og diskusjon av funn. Studien avrundes med kapitel 7 der beskrivelse av kritisk refleksjon, konklusjon og til slutt forslag til videre forskning omtales.

2.0 LITTERATUR OG ARTIKKEL SØK

Kapitel 2 omtaler søkeprosessen og hovedfunn av artikler. Nyere forskning viser en tendens til økt vektlegging av psykososiale opplevelser samt at tidligere forskning anbefaler økt fokus på området (Bergvik, 2011; Gjeilo, Wahba, Klepstad, Lydersen, & Stenseth, 2008a).

2.1 Søkeprosessen

For å finne frem til relevant forskning er det søkt i ulike databaser som MEDLINE, CINAHL, OVID Nursing, SveMed og PsycInfo. Disse er mest brukt innenfor sykepleieforskning og emosjonelle områder. Det er utført manuelle søk i aktuelle studier/artikler/litteraturlister. Første søkeprosess ble foretatt vår/sommer 2014 og andre søkeprosess desember 2014 –mars 2015.

2.2 Inklusjonskriterier for artikler

I forarbeid til søkeprosessen ble det utarbeidet inklusjonskriterier for artikler. Søkeprosessen ble gjennomført ved hjelp av søkeord og kombinasjoner av disse. Dette for å få en mer spesifikk søkeprosess.

Valgte inklusjonskriterier:

- publisert fra 2004 og senere
- skandinavisk eller engelsk språklig
- kvalitative og kvantitative forskningsdesign
- aorta bypasskirurgi (ACB)/coronary artery bypass grafting (CABG) i kombinasjonssøk med andre søkeord
- søk i anerkjente databaser og nettsteder

Som naturlig grense ble artikler fra primært 2004 valgt. Forskning fra denne perioden regnes som relativt ny forskning innenfor temaet. Språkkriteriet er et innlysende valg innenfor databasene. Jeg har valgt å inkludere studier med kvantitative design i tillegg til de kvalitative. Studier med kvantitativ design gir et godt supplement og perspektiv på de kvalitative studiene. Kriteriet aorta koronar bypass kirurgi ble brukt som sammenligningsgrunnlag for funnene i denne studien, samt for å finne ut hvilke studier som er gjort innenfor fagområdet. Søkene er gjort i anerkjente databaser som relateres til sykepleieforskning og annet øvrig fagpersonell.

2.3 Relevant forskning på feltet

I dette kapitlet har jeg valgt å redegjøre for relevant forskning som et resultat av søkeprosessen, der jeg fant mye som var interessant relatert til problemstillingen. I diskusjonen refererer jeg til enkelte artikler flere ganger, disse hadde større betydning enn andre i studien. Med hovedfokus på kunnskap og empowerment relateres artiklene til problemstillingen og forskningsspørsmålene, med hovedfokus sykepleier -pasientrelasjonen, brukermedvirkning, helse og livskvalitet og opplevelse av sammenheng, følelser og kjønnsperspektivet. Forskningen ble vurdert som viktig i forhold til problemstillingen der den både støtter opp om, bekrefter og skiller seg fra funnene i min studie. Forskningsartiklene sorteres under de påfølgende kapitler.

2.3.1 Kunnskap og empowerment

Disse valgte artiklene beskrev sykepleiefaglig utøvelse i empowermentprosessen som et strategisk middel for å imøtekomme pasienten der veiledning, individuell tilrettelegging, støtte til mestring og motivasjon.

Martinsen & Moen (2010) viste at for å kunne møte pasientenes behov på en best mulig måte er målet bedre behandling og brukeropplevelse. Undervisning og mestring skulle gi bedre forståelse av hva som ventet pasientene postoperativt, og det viste seg ved å gjenvinne opplevelsen av sammenheng (Martinsen & Moen, 2010).

Bergvik et al. (2008) viste til standardisert sykepleierinformasjon. Den opprinnelige rutinen for elektive bypassopererte pasienter var standardisert informasjon til pasientene og sykepleiere rapporterte problemer med å etablere kontakt og samarbeid ved en slik tilnærming. Det ble utviklet et program for informasjon rettet mot pasientens behov. Resultatet viste at tilnærmingen hadde effekt på pasientene der de stilte spørsmål, snakket om bekymringer, klaget eller der ektefelle kunne uttrykke bekymring. (Bergvik, Wynn, & Sørli, 2008).

Holmstrøm & Røing (2009) viste at målet var pasientsentrert pleie- og behandlingsfokus i møtet med pasient og helsearbeider. Her sammenlignes pasientsentrert sykepleie og pasient empowerment, dette for å tydeliggjøre relasjonene mellom behandler og pasient. Det viste seg at pasient empowerment kunne oppnås ved pasientsentrering, men også at pasienten hadde

evne til å styrke seg selv (Holmstrøm & Røing, 2009).

Gammersvik & Alvsvåg (2009) utforsket forståelse av helsefremming i sykepleie og påpekte at pasientens stemme må tas på alvor. Det ble anbefalt helsefremming med fokus på empowermentstrategi i tråd med Ottowacharterets tenkning. Helsefremming var en del av sykepleiers omsorgsfunksjon, og det anbefales mer forskning på området (Gammersvik & Alvsvåg, 2009).

2.3.2 Sykepleier-pasientrelasjonen

Under operasjonsoppholdet var sykepleier og pasientrelasjonen sentralt i behandlingen. I søkeprosessen valgte jeg disse artiklene som relevante og støttet opp om min studie..

Tveiten (2009) beskrev at dialog og veiledning burde anses som del av helsefaglige arbeid for å fremme reell pasientmedvirkning. Det ble konkludert med at god dialog inkluderte pasientene til å fortelle sin historie. Metoden her var å gi pasienten tilstrekkelig tid, at helsepersonell lyttet aktivt og hadde fokus på pasienten i samtalen. Det anses som at dialog og kommunikasjon var et viktig aspekt ved pasientmedvirkning (Tveiten, 2009).

Dinc & Gastmans (2013) undersøkte tillit i sykepleier-pasientrelasjonen. Resultatene viste at sykepleiere var viktig for utvikling av tillit og at ulike faktorer hindret tillit i relasjonen. Tilliten var skjør og pasienten hadde en iboende sårbarhet. Sykepleier måtte være klar over denne sårbarheten i relasjonen. Tillit var avgjørende faktorer for kvalitet og positive resultater i relasjonen (Dinc & Gastmans, 2013).

Kvåle (2006) undersøkte hva pasienter opplevde som god omsorg. Pasientene beskrev god omsorg som individualisert, pasientsentrert og opptatt av deres behov. Den omsorgsfulle sykepleier utpekte seg (Kvåle, 2006).

Sahlsten et al. (2007) beskrev ved fokus på pasientperspektivet ble pasientdeltakelse vektlagt og pasientens syn på sykepleie i sykehus. Pasientene fremhevet vennlig atmosfære, respons, omtanke, tillit, dialog, motta kunnskap, informasjon, valgmuligheter og ansvar.

Empowermentprosessen var her sentralt (Sahlsten, Larsson, Sjøstrøm, Lindencrona, & Plos, 2007).

2.3.3 Brukermedvirkning

Mye forskning er gjort på brukermedvirkning utenfor sykehus, men det er gjort færre studier om pasientenes brukermedvirkning i sykehus. Jeg har valgt to artikler der den ene fokuserte på pasientperspektivet og den andre på sykepleieperspektivet. I min studie så jeg det som viktig å inkludere begge perspektivene for å belyse problemstillingen.

Bjørslund et al. (2012) viste til pasientperspektivet angående brukermedvirkning på sykehus. Det viste seg at ved å implementere brukermedvirkning bidro det til økt bevisstgjøring hos sykepleiere. Dette ble gjort ved å ha fokus på likeverdige partnere helsepersonell-pasient og synet på pasienten som ekspert på eget liv. Medvirkning var knyttet til empowerment-tenkningen, en myndiggjøring av pasient, pasientens egeninnsats og sykepleiers bidrag til styrking av pasientens ressurser (Bjørslund et al., 2012).

Steinsbakk & Solbjør (2008) viste til brukermedvirkning og helsepersonells erfaringer på sykehus, som viste til at det ikke eksisterer enighet om begrepet hos helsepersonell. Det var også stor variasjon i hva slags interaksjon helsepersonell rapporterte som brukermedvirkning. Helsepersonell mente at brukermedvirkning ofte var initiert av de og at de ønsket mer medvirkning fra pasienten (Steinsbakk & Solbjør, 2008).

2.3.4 Helse og livskvalitet og opplevelse av sammenheng

Som resultat av søkeprosessen kom jeg frem til disse artiklene som beskrev helse og livskvalitet og opplevelse av sammenheng. Helse og livskvalitet var et av hovedfokusene i min problemstilling. Disse artiklene utvidet min forståelse av pasientens opplevelse av helse og livskvalitet før og etter bypasskirurgi.

Abbasi et al. (2013) gjennomførte en kvalitativ studie hvor pasientens opplevelser kom godt frem. Studien hevdet at det var for lite kunnskap og forståelse hos helsepersonell i forbindelse med pasientopplevde forventninger til livet etter bypasskirurgi. Undersøkelsen var et bidrag til å hjelpe helsepersonell til å utøve bedre service og tilrettelegging for pasientene.

Resultatene kategoriserte livet før og etter bypasskirurgi der følelse av å få en ny sjanse og bli mer ungdommelig var viktig i forhold til livskvalitet (Abbasi, Mohammadi, Nasrabadi, Fuh, & Sadeghi, 2013). Denne forskningen støttet opp om min studie. Inklusjonskriteriene var sammenlignbare med min studie bortsett fra kravet om yrkesaktivitet. Til tross for at studien

ikke tok høyde for kjønnsforskjeller så ga artikkelen større forståelse for pasientopplevd sammenheng både før og etter bypasskirurgi.

Kattainen et al. (2005) undersøkte sammenhengen mellom helserelatert livskvalitet og OAS (opplevelse av sammenheng) hos blant annet bypassopererte pasienter, der menn skåret høyere enn kvinner på å være fornøyd og lykkelig. Resultatene viste at pasienter med lav eller moderat OAS opplevde lavere helserelatert livskvalitet enn pasienter med sterk OAS (Kattainen, Merilainen, & Sintonen, 2006).

Grimsmo (2009) viste til at institusjonsbasert rehabilitering etter hjerteoperasjon hadde god effekt. Etter fire ukers rehabilitering der gjennomsnittsalderen på mennene var 55 år, kom åtte av ti tilbake i jobb og at de som hadde jobb å gå tilbake til kom seg raskere etter bypasskirurgi (Grimsmo, 2009).

Bergvik et al. (2011) viste til at kjønn, alder, etnisitet, utdanning, bo alene versus med partner, røyking og fysisk aktivitet var faktorer av betydning for gjenoppta yrket. Som følge av blant annet bypasskirurgi ble det konkludert med at pasientmestring og utdannelsesnivå var av betydning for psykososiale faktorer relatert til å komme tilbake til jobb (Bergvik et al., 2011). Denne forskningen skilte seg fra min studie der jeg fikk inntrykk av at utdannelsesnivå hadde liten betydning for å komme tilbake til jobb. Min studie hadde få informanter der fem av sju hadde yrkesrelatert arbeid og alle var motivert for jobb..

Pinto et al. (2012) beskrev at mannlige pasienter som gjenopptok jobben etter bypasskirurgi hadde sannsynligvis bedre opplevelse av livskvalitet enn de som ikke gjorde det. Dette var mannlige pasienter under 50 år, med manuelt arbeid ("blue-collar") og aktiv i jobb fram til operasjonen. Studiene identifiserte faktorer som ble assosiert med å fortsette i jobb (Pinto et al., 2012).

2.3.5 Følelsesmessige reaksjoner

Hvordan de følelsesmessige reaksjonene i forhold til bypasskirurgi og i tiden etter utviklet seg var avhengig av forventninger og mestringsopplevelser. Disse artiklene ga et bredere perspektiv på hvor viktig følelsesaspektet var hos disse pasientene.

Laferton et al. (2013) undersøkte betydningen av pasientens optimistiske forventninger før bypasskirurgi. Resultatet viste seg ved å gjennomgå et psykologisk utdanningsprogram før operasjon ble optimistiske forventninger mye høyere og hadde en sammenheng med bedre utfall av mestringsressurser (Laferton, Mora, Auer, Moosedorf, & Rief, 2013).

Bergvik et al. (2010) beskrev i sin studie om identifiserte tanker og bekymringer som angikk operasjonen. Mange av pasientene opplevde høy grad av stress og angst gjennom passive og aktive mestringsstrategier. Mangel på kontroll ble assosiert med angst og et ønske om kontroll i stressede situasjoner (Bergvik et al., 2010 a).

Rigde et al. (2011) beskrev menns erfaringer i forhold til mentale stresssituasjoner, hvordan de uttrykte seg og mestret mentale følelser. Dette kom til uttrykk via holdninger og sosial aktivitet (Ridge, Emslie, & White, 2011).

I Martinsen & Moen (2010) bekreftet i forhold til annen forskning at det var forskjell på menn og kvinner i forbindelse med bypasskirurgi. Begge kjønn opplevde og ønsket ulik støtte ved bypasskirurgi og at engstelse kunne inneholde varierende grad av angst, trøtthet, depresjon og irritasjon (Martinsen & Moen, 2010).

Lilleaas (2006) fokuserte på menn som hadde hatt hjerteinfarkt og vært igjennom bypasskirurgi. Hensikten var å belyse forståelse og håndtering av symptomer og følelser og hva som skjedde med dem før og etter hjertesykdom. Faktorer som kunne påvirke håndteringen var forsørgeransvar, lide i stillhet, bagatellisering av problemer, opplevelse av kroppen før og etter bypasskirurgi og opplevelsen av tillit til andre mennesker (Lilleaas, 2006). Denne forskningen ga et godt bilde av forståelse og håndtering av følelser som både skilte seg fra og bekreftet min studie.

Cebeci & Celik (2008) viste til pasientens preoperative forventning gjennom psykologisk intervensjon og om disse endringene kan resultere i bedre "outcome" etter hjertekirurgi. Der veiledning av bypassopererte pasienter rettet mot utskrivelse viste mer positivitet, evne til egenomsorg og sto sterkere i problemer som kunne oppstå enn hos kontrollgruppen som ikke fikk denne veiledningen (Cebeci & Celik, 2008).

2.3.6 Kjønnsperspektivet

Gjeilo (2010) viser til at det finnes kjønnsforskjeller både før og etter kirurgi som kan relateres til helserelatert livskvalitet. Hvor man ser at menn høyere skår på alle vurderinger av helserelatert livskvalitet enn kvinner (Gjeilo et al., 2008a).

Lien (2013) undersøkte betydningen av kjønn når kvinnelige sykepleiere ga omsorg til menn og hvordan de tolket mannlige pasienters behov for å snakke om deres livssituasjon relatert til sykdom (Lien, 2013).

3.0 TEORI

Egne kliniske erfaringer som sykepleier, teoretisk grunnlag og studier på fagområdet har gitt føringer for valg av øvrig teoretisk referanseramme. For å få frem nyanser i målgruppas faktiske opplevelser og forventninger til helse og livskvalitet har teorien sammen med tidligere forskning til hensikt å belyse studiens problemstilling.

Det er et avhengighetsforhold mellom teorier og begreper. Begreper er nødvendige byggeklosser ved utvikling av teori og teorier uttrykkes ved hjelp av begreper (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I kapitlet kan det skje overlapping av teoriene da de har gjensidig innflytelse på hverandre.

3.1 Helse

Jeg har valgt ulike teorier rundt begrepet helse for å belyse problemstillingen. Det overordnede fokuset i denne studien er pasientens subjektive opplevelse av helse og livskvalitet. Å skille mellom helse og livskvalitet og helserelatert livskvalitet kan være vanskelig da begrepene ligger nær hverandre og går til dels over hverandre begrepsmessig (Mæland, 2010). I min studie har jeg valgt å se på helse som god på tross av sykdom, som en opplevelse av velbefinnende, og som en persons fokus på helse i den situasjonen den befinner deg i.

WHOs helsedefinisjon inneholder blant annet begrepet ”well-being” som oversatt betyr følelse av velvære, og er et resultat av WHOs helsebegrep fra 1948. Helse er ikke entydig, og forståelsen av helse gjenspeiler opplevelsen av livet, individets verdier, kulturelle og sosiale forhold (Mæland, 2010; WHO, 1986). Mæland definerer å fremme helse der den enkelte eller samfunnet kan styre prosessen ”*den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som har innvirkning på egen helse*” (Mæland, 2010 s.15). Forebyggende helsearbeid betegnes som en målsetning ved å forebygge sykdom og fremme helse (Mæland, 2010). Ottawacharterets (WHO, 1986) ideologi har bidratt til helsetjeneste og folkehelsepolitikken utvikling. Helsebegrepet omfatter mer enn fravær av sykdom, men også velvære, som blant annet innebærer empowermentstenkning der mestring og brukermedvirkning er sentralt (Gammersvik & Larsen, 2012). Antonovsky (2000) definerer helse som en ”opplevelse av sammenheng”, OAS, og teorien om salutogenese bidrar til større fokus på forståelse av helse (Antonovsky, 2000). Det er viktig å være klar over at helse kan

forstås ulikt i ulike perspektiv og fagfelt. Et perspektiv er folks meninger og forestillinger om helse, noe annet er fagstyrte definisjoner (Fugelli & Ingstad, 2001). En studie av folks helsebegrep ble gjort i 1997-2000, "Helse slik folk ser det" (Fugelli & Ingstad, 2001). De viktigste funnene i allmenne og folkelige oppfatninger av helse var trivsel, funksjon, natur, humor, mestring og energi, og har ulike kjennetegn, både som et holistisk fenomen, som et relativt fenomen og et personlig fenomen. Det siste betegner at menneskene er ulike, og derfor må helse som mål og helse som retning være forskjellig fra menneske til menneske (Fugelli & Ingstad, 2001). I forhold til min studie er det viktig å forstå hva den enkelte legger i begrepet helse som et folkelig begrep.

God helse kan oppleves på tross av sykdom, som en opplevelse av velbefinnende. Behandlingsmetoder har til hensikt å behandle eller forbedre helsen. Ved forebygging unngås sykdom og ved helsefremming økes kompetansen til å nå målet gjennom handling og veiledning på individnivå (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). I forhold til min problemstilling var dette viktig der målet hos mennene var å opprettholde og forbedre helse og livskvalitet.

3.2 Livskvalitet

Jeg har valgt å presisere livskvalitet slik at begrepet blir meningsfullt i forhold til problemstillingen. Å operasjonalisere begrepet kan være krevende sett i forhold til opplevelser hos bypassopererte menn. På intervjudtidspunktet kunne det være en mulighet at mennene i min studie opplevde livskvalitet som helsereelatert livskvalitet da de fortsatt ikke var ferdig rehabilitert. Jeg har allikevel valgt å skille begrepene helse og livskvalitet, fordi mennene innstilte seg på livet videre som ferdigbehandlet og frisk. Helsereelatert livskvalitet omhandler de generelle helseforhold som spesifikke plager og opplevelser av en konkret sykdom eller diagnose (Wahl & Hanestad, 2004). Begrepet opplevd helse kan brukes som et tilnærmet synonym til livskvalitet (Espens & Smedslund, 2009). I min studie vil det være variasjon hos mennene på hvordan egen sykdom, helse og livskvalitet opplevdes hos den enkelte.

Hensikten med å inkludere livskvalitet er å kunne innhente kunnskap og få større forståelse og innsikt på områder innenfor pasientgruppas pasientperspektivet. Ved å fokusere på livskvalitet kan kunnskap tilføres på områder som er utfordrende eller styrke det som er bra (Mæland, 2006). Livskvalitet kan generelt sett være et uttrykk for hvordan mennesket har det fysisk,

mentalt og sosialt. Mæland omtaler livskvalitet som en positiv måte å forstå helse på, og at det er stor overlappning mellom helse og livskvalitet, og derfor kaller mange det helserelatert livskvalitet. Livskvalitet gjenspeiler individuelle valg påvirket av ytre omgivelser (Mæland, 2010). Forbedring av livskvaliteten kan gjøres ved å tilegne seg kompetanse om hvordan utvikle kunnskap og strategier som kan hjelpe pasienten til å takle konsekvensene (Dantas, Motzer, & Ciol, 2002). I forhold til min problemstilling er betydningen av ny kunnskap og hvordan kunnskapen overføres til pasienten avgjørende for utvikling av motivasjon og mestring.

3.3 Helse og opplevelse av sammenheng

Helse er et vidt begrep, og for min oppgave ble OAS en sentral teori i studien. I forhold til problemstillingen var fokus på helse framfor sykdom med på å motivere mennene til å tillære seg kunnskap og mestre livet, noe som bidro til god helse og livskvalitet. Antonovsky stilte spørsmål som blant annet ”Hva er det som gir god helse?” ”Hvorfor klarer noen mer motgang enn andre?” Dette forklarte han ut fra et salutogent perspektiv på mestring. Den salutogene helseutviklingen kan sees i forhold til forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2000; Langeland, 2009).

Forskning har dokumentert betydningen av salutogen tilnæringsmåte ved ulike helseproblemer (Borg & Kristiansen, 2004; Langeland, 2009). I møte med livets hendelser utvikles individuelle ressurser og ulike grunnholdninger. Denne grunnholdningen er OAS. Målet er å gjøre pasientene i stand til leve optimalt med sine helseproblemer der forebygging og helsefremming er fokuset (Langeland, 2009). Viktige elementer for å lykkes er relasjon, empati, respekt, bli sett, dele makt og skape atmosfære av tillit (Borg & Kristiansen, 2004). En salutogen tilnærming tilrettelegger for styrking av mestringsressurser, høyere grad av helse og helseeffekt. Dette dekker ikke begrepet helt da utvikling av holdningene til livets krav, påvirkning, deltakelse, mestring av motgang og kriser også har innflytelse på OAS (Antonovsky, 2012; Walseth & Malterud, 2004).

Kunnskap om salutogenese og OAS gir innsikt og forståelse i den enkeltes holdninger, livsvilkår, håndtering av hendelser og sykdomsatferd og valg i livet (Netland, Fålund, & Norekvål, 2011). Sykepleiers ansvar er i denne sammenhengen å utforske pasientens kunnskap for så å støtte pasienten og bidra med tiltak som kan fremme helsen (Walseth &

Malterud, 2004). Helse sees i et kontinuum der grader av helse er ytterpunktene for dårlig helse og god helse i en dynamisk prosess. Bevegelse opp mot enden på kontinuumet gir god helse. Perspektivene helse, livskvalitet og empowerment må sees i sammenheng med mestring og har innflytelse på OAS (Langeland, 2009). Videre viser det seg at det er en sammenheng mellom OAS og livskvalitet. OAS er en ressurs som indirekte eller direkte øker livskvaliteten ved å ha en god helse (Eriksson & Lindstrøm, 2007). I forhold til min studie kom det tydelig frem det å bli hjertesyk, operert og tiden etter i mennenes opplevelse av OAS. Forståelse og håndtering av endret situasjon, ervervelse av ny kunnskap og opplevelse av meningsfullhet i livet var vesentlig for mestring hos disse bypassopererte mennene, og der funnene viste viktigheten av OAS. Jeg tolket det som at pasienten ga inntrykk av at de reflekterte over framtidsutsikter i livet sitt som forståelig, håndterlig og meningsfullt.

3.4 Mestring

Mestring defineres som opplevelsen av kontroll over eget liv og dermed krefter til å møte utfordringer. Vidfladt og Hopen (2004) omtaler mestring som en praktisk forståelse der mestring handler om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer. Der det å ha kontroll over eget liv og tilpasse seg virkeligheten er vesentlig. (Vidfladt & Hopen, 2004).

Antonovskys teori om salutogenese er en teoretisk referanse for mestringsforståelse og helsefremmende perspektiv (Antonovsky, 2012). Sentralt er pasientens historie og vektlegging av mestringsevnen der kvaliteten på sosial støtte og den subjektive livskvaliteten er viktig for å bruke de ulike motstandsressurser (Langeland, 2009; Mæland, 2010). Motstandsressurser menes her som toleranseopplevelse i møte med stress og sykdom (Langeland, 2009).

Mestringsopplevelsen kan være ulik hos den enkelte. Helsen påvirkes av flere faktorer som gjensidig er forbundet med hverandre. Livsstil og levevaner er faktorer som har sammenheng med forekomst av hjerte og karsykdommer, og kunnskap om hva sosiale miljøfaktorer betyr for helse. Her er evnen til å etablere mestringsstrategier sentralt. Mestringsstrategier er teknikken en velger for å møte sykdommen og dens konsekvenser (Mæland, 2010). Grad av mestring handler om hvordan en lykkes med å håndtere atferd. For å utføre dette må en ha en oppfatning av hva som foregår. Det er viktig å ha med at ulike kulturer og sosial bakgrunn kan oppfatte sykdom forskjellig og handler i forhold til det (Bergvik, 2011).

I forhold til problemstillingen var opplevelse av mestring svært betydningsfullt i forhold til å menns mestring av sykdom, behandling og livet videre. Mestringsopplevelsen var blant annet viktig i forhold til innsikt, forståelse og tilegnelse av kunnskap og empowerment, og ikke minst faktorer som påvirket psykiske og fysiske helse og livskvalitet.

3.5 Relasjoner, empati og makt

I forhold til min studie valgt jeg å belyse sykepleier og pasientrelasjonen da jeg erfarer som sykepleier det har stor innflytelse på styrking av helse og livskvalitet.

Sentralt innenfor positiv psykologi er empati som en prosess mellom menneskers relasjon (Brudal, 2006). Der empatiens betydning er å vise forståelse for andres følelser og kan betegnes som emosjonell intelligens. Prosessen innebærer at vi innstiller oss på den andre personen og forsøker å oppfatte og forstå den andres liv. Hovedtrekkene i empatisk kommunikasjon som metode er å forstå andres normer og verdier (Brudal, 2006). Jeg har valgt å ikke gå inn i selve prosessen i metoden, men påpeker at relasjonen er basert på empati og jevnbyrdighet der pasientens historie, følelser, refleksjoner og dialog er vesentlig (Brudal, 2006). Anerkjennelse er i denne sammenheng å vise nærhet og bistår slik at pasienten skal oppleve selvforståelse.

Selve sykehusinnleggelsen kan være forbundet med maktforhold mellom pasient og helsepersonell. Det er viktig å huske på pasientens personlige kunnskap om sin sykdom og forståelse av den. Makt er ikke bare noe man har som en konsekvens av utdanning og faglig posisjon, men også knyttet til fortrolighet og tillit man kan få hos andre mennesker (Dored, 2011). Ved å være bevisst relasjonens dialogiske fundament, er det også mulig å kombinere faglig autoritet og likeverdige mellommenneskelige forhold (Bjørslund et al., 2012). Hvilke forventninger og makt som ligger i hjelperollen og hos den som søker å bli styrket, er avgjørende for endringen gjennom empowerment, en såkalt maktomfordeling. Når mennesker møtes vil det alltid være maktpregede relasjoner (Fog, 2004). I en avmaktssituasjon kan pasienten opparbeide styrke, kraft og makt til å komme ut av avmakten. Her er det viktig at pasienten møter respekt og forståelse og unngå usikkerhet i behandlingen slik at avmaktssituasjonen forsterkes (Dored, 2011). Forskning viste at en god empatisk allianse, ”en varm mellommenneskelig stil”, i medisinsk behandling ga pasienten bedre etterlevelse og fornøyhet med behandlingen, (Fuertes et al., 2006; Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad,

2010). I forhold til min studie viste det seg at en positiv utvikling av relasjonen oppsto der sykepleier viste empati, tillit, anerkjennelse, støtte til mestring, respekt og forståelse. Det viste seg at symmetri i maktforholdet var avhengig forståelse, tillit og respekt. Som forsker bidro studien til større forståelse og ny kunnskap om betydningen av sykepleier-pasientrelasjonen.

3.6 Empowerment og medvirkning

Sentralt i helsefremmende arbeid er empowerment-begrepet og medvirkning. WHO definerer dette som *”en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse”* (WHO, 1986). Empowermentprosessen har til hensikt å få i gang prosesser og aktiviteter hos den enkelte (Tveiten, 2007). Ved å fokusere på pasientens ressurser nås et resultat (Gibson, 1991). Pasientmedvirkning er avhengig av pålitelig kunnskap, kompetanse og selvbestemmelse for å kunne utvikles i positiv retning. Helseveiledning er et middel i empowermentprosessen, der hovedhensikten er å styrke pasientens kompetanse til medvirkning og mestring (Askheim, 2007). I forhold til min problemstilling bidrar sykepleiere til pasientmedvirkning gjennom å støtte pasienten i ulike empowermentstrategier for å oppnå trygghet i behandlings- og rehabiliteringssituasjonen.

3.8 Psykologisk empowerment

Pasienten er sin egen ekspert på individnivå, såkalt psykologisk empowerment der det å ta beslutninger og kontroll over eget liv er sentralt (Tveiten, 2007). For å utvikle et positivt selvbilde trenger vedkommende hjelp til å identifisere hva vedkommende kan og ønsker å oppnå (Thesen & Malterud, 2001). Det viser seg at en fleksibel holdning til forandringer og motgang er avgjørende for hvordan en takler en vanskelig situasjon som sykdom (Brudal, 2006).

Sammenhengen mellom empowerment, salutogenese og emosjonelle reaksjoner kan påvirke den psykiske helsen. Helsepsykologi bidrar til å påvirke pasientene til å slutte med atferd som påvirker helsetilstanden negativt, eventuelt stimulerer til atferd som har positiv innvirkning på hver enkeltes helse (Brudal, 2006; Thesen & Malterud, 2001). Her er teoriene om empowerment og salutogenese sentrale verktøy. Forskning innen helsepsykologi har sett på faktorer som hadde innvirkning på helsen (Espens & Smedslund, 2009). Helsepsykologi inkluderer også Antonovskys teorier om salutogenese og sammenhengen i livet der håndterbarhet, forståelighet og meningsfullhet var vesentlig (Espens & Smedslund, 2009).

Helsepsykologi har til hensikt å gi god innsikt i pasientens følelser og handlinger som er forbundet med helse. Dette skal bidra til å utvikle positiv innvirkning på helse og sykdomsutvikling (Brudal, 2006). Det er ifølge forskning påvist sammenhenger mellom pasientaktivitet, forståelse, følelsesmessige reaksjoner, forløp og utfall. Videre var det påvist høy forekomst av angst og depresjon i pasientgruppa bypassopererte (Bergvik et al., 2010 a; Christiansen, 2013 a). Oppmerksomheten har blitt større med tanke på psykologiske, sosiale og livsstils faktorer og deres betydning for utvikling av sykdom og bedring av helse (Mæland, 2006). Psykologisk stress er som oftest tilstede ved koronarsykdom, og ofte kan symptomer overses og oppsøking av lege kan skje på grunn av bekymring (Bergvik et al., 2010 a). I min studie viste det seg pasientens mestring og følelsesmessige reaksjoner påvirket kvaliteten i behandlingen og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sett i forhold til behandlingen bypasskirurgi og i tiden etter er det viktig å vurdere og inkludere psykiske forhold som kan styrke pasienten, slik at de kan ta kontroll over eget liv.

3.9 Helseveiledning og medvirkning

Helseveiledning er et omfattende tema, og jeg har derfor valgt å ta for meg overordnede prinsipper som jeg mener er vesentlig i forhold til problemstillingen. Valgte definisjon på helseveiledning mener jeg passet pasientgruppa i studien ”*en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring av helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner*” (Christiansen, 2013 s.14). Veiledningens intensjon har et faglig grunnlag med mål og verdier. Veileders dialog, aktiv lytting og spørsmål er sentralt i prosessen. Viktig er også pasientens oppdagelse av egne muligheter, mestre og tro på svarene for å styrke mestring. Pasientsentrert veiledende holdning bidrar til at pasienten forstår den informasjonen som gis (Christensen, 2006; Christiansen, 2013 a). I følge Tveiten (2010) er veiledning en pedagogisk istandsettingsprosess der pasienten skal få styrket mestringskompetansen gjennom dialog (Tveiten, 2010). I veiledningen er dialogen hovedformen og relasjonen prosessen. Pasientens mestringskompetanse gjør pasienten i stand til å bruke ferdigheter, kunnskap og holdninger. Sentralt er ansvarfordeling mellom sykepleier og pasient og fokus på pasientens behov (Tveiten, 2007).

Sykepleiere har en tradisjon for undervisning og informasjon. Perspektivet har endret seg innenfor helsesektoren med økt vekt på pasientens ressurser og medvirkning. Veiledning har de siste årene kommet inn i sykepleiefunksjonen som et begrep. Dette har ført til at pedagogisk kompetanse har endret seg og stiller andre krav til sykepleiers funksjon og

helsevesenet for øvrig (Christiansen, 2013 a; Tveiten, 2007). Helseinformasjon og helseveiledning sentralt i forskning og teori, der veiledning blir sett i sammenheng med sykehusoppholdet og tiden etter bypasskirurgi (Bergvik et al., 2010 a; Christiansen, 2013 a). Samspillet mellom standardiserte pasientrutiner og individuell informasjon og veiledning kan være en utfordring. Helsepedagogikk handler også om helsepersonells bevissthet i formidling av kunnskap om helse og sykdom, med tilrettelagt informasjon og bevisst brukermedvirkning (Ekeland & Heggen, 2007). Innenfor spesialisthelsetjenesten er informasjon og pasientveiledning av pasienter en stor del av sykepleiernes utøvelse. I min studie ble det bekreftet at god veiledning ga trygghet under operasjonsoppholdet og i hjemmesituasjonen. Som sykepleier erfarer jeg at informasjon og veiledning bidrar til å styrke pasientens evne til mestring og gjør pasienten mer forberedt på utfordringene som kan oppstå etter operasjonen.

Pasientmedvirkning har utgangspunkt i FNs menneskerettigheter fra 1948, som er en juridisk og faglig etisk rett (WHO, 1986). Autonomiens hensikt er å styrke pasientdeltakelse og mestring. Sentralt er alle menneskers rett til verdighet gjennom deltakelse og medbestemmelse. (Bjørslund et al., 2012; Mæland, 2010). Medvirkning er grunnleggende for pasientens selvrespekt og gir mulighet til følelse av kontroll og involvering i egen situasjon. Pasientrollen endrer seg i takt med samfunnet, og helsevesenet endres mer eller mindre i takt med forventningene hos brukerne. Pasientene er i større grad mer aktive og deltagende i sin egen helse, sykdom og behandlingsprosess enn tidligere. Dette betyr at slike endringer har medført økt oppmerksomhet på pedagogisk utførelse hos helsepersonell. Graden av medvirkning må sees i sammenheng, hvor i prosessen pasienten befinner seg og vurderes derfra (Austevoll-Dahlgren & Johansen, 2013).

I forhold til pasientgruppa i min studie erfarte jeg som forsker at veiledning hadde stor betydning for pasientens forståelse av situasjonen og utvikling av mestringsopplevelsen. Istandsettingsprosess og mestringskompetanse i helseveiledningen erfarer jeg som sykepleier som vesentlig for å lykkes, og burde ha mer fokus i sykepleiers fagfunksjon og utvikle økt kunnskap om helseveiledningens betydning. Min studie viste også at pasientene medvirket og var aktive i sin egen sykdom, behandling og restitusjon, og de fortalte om planer for hvordan de ønsket å medvirke til å oppnå bedre helse og livskvalitet

4.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg begrunne valg av metode og gjøre rede for gjennomføringen av studien. Jeg vil presentere valgene jeg tok gjennom hele prosessen fra tiden før jeg møtte informantene og fram til ferdigstilling av analyserte funn. Jeg har valgt å beskrive mine innsamlingsstrategier og gjennomføring av forskningsintervjuet. Deretter presentere utvalg, utarbeidelse av intervjuguiden, innsamling av data, transkripsjon og analyseprosessen. Til slutt har jeg valgt å se på forskningsetiske aspekter.

4.1 Valg av metode og forskningsstrategi

I dette kapitlet vil jeg beskrive valg av metode og forskningsstrategi. Studien har en kvalitativ tilnærming. Jeg har valgt å belyse fortidens opplevelser og erfaringer og betydningen av disse. I studien var opplevelsesaspektet hos de bypassopererte mannlige pasientene hovedfokus sammen med tolkning av de innsamlede dataene. Valg av metode var avgjørende for type informasjon jeg ønsket å innhente, og jeg erfarte at metoden var hensiktsmessig for å tilnærme meg min problemstilling der hovedfokuset var opplevelser. Ved å bruke kvalitativ tilnærming undersøkte jeg menneskers opplevelser, erfaringer, tanker, holdninger, forventninger og deres livsverden for å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2007; Kvale & Brinkmann, 2012). Den vitenskapelige metoden som ble valgt hadde betydning for fremgangsmåten i forskningsarbeidet, og hvordan jeg fikk svar på problemstillingen. I følge teori ble problemstillingen undersøkt best ved å benytte kvalitativ metode der ”hvorfor”, ”hvordan”, ”hva” spørsmål ble brukt for å beskrive og analysere det som ble undersøkt (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2007; Malterud, 2011). Kvalitative metoder omhandler menneskelig erfaring, fenomenologi og hermeneutikk. En systematisk innsamling, organisering og fortolkning av menneskers levde erfaringer som skrives ned som tekst (Malterud, 2011).

Formålet var å undersøke pasientenes helse og livskvalitet gjennom å besvare forskningsspørsmålene og problemstillinger på en troverdig måte. Dette gjorde jeg ved å videreutvikle og øke kunnskap innenfor temaet. Forskningsspørsmål ble valgt ut ifra problemstilling som jeg ønsket å få svar på (Polit & Beck, 2012). Utarbeidelse av min problemstilling krevde en grundig gjennomgang av gode forskningsspørsmål, noe jeg synes det var krevende å få gode nok. De endelige forskningsspørsmålene ble et godt verktøy for utarbeidelse av intervjuguiden. Kvalitativ forskning innebærer innhenting, bearbeiding, fortolkning og analyse av forskningsdata. Innflytelse på hvilken kunnskap som utvikles og

fremlegges er avhengig av forskerens vitenskapsteoretiske perspektiv (Ellingsen & Dragset, 2008).

Studien har en hermeneutisk tilnærming, som er et verktøy for å forstå den konteksten opplevelsen oppsto i. Innenfor hermeneutikken arbeider man med og tolker levd erfaring som gir innsikt i en persons livsverden. Hermeneutikkens essens er fortolkning av tekster der fortolkning av mening er sentral, og der forforståelsen ligger til grunn (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck, 2012). Prinsippet er bevegelser mellom helhet og del i den hermeneutiske sirkel, det vil si mellom det som skal tolkes, konteksten det tolkes i og ikke minst forskers forforståelse. Som forsker i tolkningsarbeidet beveget datamaterialet seg i spiral eller sirkel som åpnet for dypere forståelse av meningen (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2012). Fortolkningen ble relatert til meningsbærende informasjon som forholdt seg til problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Fortolkningens bevegelse var en tidskrevende prosess som resulterte i meningsfulle enheter og til slutt i kategorier.

Forforståelsen om det aktuelle tema er viktig i hermeneutikken. Dette kunne være krevende da jeg som forsker hadde forforståelse om temaet. Min faglig bakgrunn vil derfor kunne påvirke kunnskapen som ble utviklet i prosessen (Drageset & Ellingsen, 2010; Johannessen et al., 2010). Jeg vurderte i utgangspunktet en fenomenologisk tilnærming men valget falt på hermeneutikken. Jeg erfarte valget av den hermeneutiske fortolkningen som en god arbeidsmåte for meg som forsker. Det var interessant å vurdere funnene opp mot min forforståelse. Bevegelser og fasene funnene ble tolket i ga et stort handlingsrom for analysen.

4.2 Forskerrollen og egen forforståelse

I dette kapitlet vil jeg beskrive min vegen forforståelse. Som forsker var mitt ståsted, faglige interesser og personlige erfaringer avgjørende for valg av problemstilling og perspektiv. Hvilke resultater som ønsket å besvart og hvordan konklusjonen blir vektlagt og videreformidlet er avhengige av mitt ståsted (Malterud, 2011). Som forsker var jeg delaktig i forskningsprosessen og brukte meg selv som instrument. Dette erfarte jeg som spennende og utførende, der resultatet av forskningen var avgjørende for hvordan jeg anvendte forskningsprosessen. Hvilke briller jeg som forsker så på virkeligheten gjennom, egne erfaringer, faglig perspektiv og teori lå til grunn for min virkelighetsforståelsen. Sentralt i

forskerrollen var det vitenskapelige ansvaret, forholdet til intervjupersonene og forskeruavhengighet at studien ble troverdig og pålitelig (Kvale & Brinkmann, 2012). Min forforståelse var avgjørende for valg av problemstilling og hvordan jeg utviklet intervjuguiden. Det å være bevisst min forskerrolle overfor informantene var vesentlig. Her vektla jeg blant annet at jeg ikke skulle kjenne til informantene på forhånd og at grunnlaget for datainnsamlingen var et trygt møte med informantene. Forforståelsen ble sannsynlig påvirket av hva jeg som forsker observerte og hvordan observasjonene ble vektlagt. Innenfor hermeneutikken er tolkning en del av metoden der forforståelsen er vesentlig og der forskningsprosessen ble preget av meg som forsker.

Jeg har valgte å beskrive enkelte utfordringer knyttet til forskerrollen som kunne oppstå underveis i prosjektet. Det ville være fordeler og ulemper med min bakgrunn i forhold til forskning på eget fagfelt. Egen fortrolighet til pasientgruppa og bypassopererte, og samtidig opprette et mer distansert blikk til tema var en utfordring. Hva jeg som forsker hørte, så, vektla og tolket ville påvirke min forståelse og oppfatning. Jeg bestemte på forhånd hva jeg vil vite noe om ut ifra valgte problemstilling og tema. Videre utviklet jeg intervjuguiden ut fra min forforståelse og kunnskap om temaet. Data som ble samlet inn og tolket ville bli tillagt mening fra forhåndsoppfatning og hva jeg som forsker vektla mest (Johannessen et al., 2010). For å unngå kjennskap til valgte informanter ble de inkludert uavhengig av meg. Inklusjonen foregikk via rehabiliteringsavdelingen i forbindelse med inntaket til hjerterehabilitering. Informert samtykke ble underskrevet når informantene ankom rehabiliteringen. For å unngå å få en forforståelse om deres historie kjente jeg ved intervjustart kun til navn, fødselsdato og behandlingssted. Dette mente jeg var viktig i forhold til å unngå forhåndsoppfatninger av informantene.

Egen bevissthet på min dobbeltrolle var viktig slik at egen bakgrunn og tilknytning til pasientgruppen i minst mulig grad påvirket hvordan funnene ble fortolket. Jeg mener at mitt kjennskap til pasientgruppen gjorde intervjusituasjonen og spørsmålene relevante og tilpasset for studien, men preget av min forforståelse. Det var viktig å ikke blande roller som intervjuer, rådgiver og sykepleier, og jeg valgte å fortelle at jeg jobber som sykepleier på sykehuset. Det var vanskelig å si om svarene ble påvirket av mitt engasjement og sykepleier. Min antagelse om hvorfor informantene fortalte så åpent og ærlig var min sykepleierfaglig bakgrunn i forskerrollen. Mulig dette gjorde de trygge på at jeg hadde innsikt og forståelse for

deres situasjon. Intervjuene var basert på en samtale rundt et tema der pasienten snakket fritt, og hvor jeg som forsker styrte samtalen underveis. Informantene ga uttrykk for at det var viktig å få muligheten til å fortelle sin historie, og at noen faktisk etterspurte deres opplevelser. Ved å etablere et tillitsforhold ved å lytte og være genuint interessert opplevde jeg balanse i intervjusituasjonen.

Informantene ble intervjuet i en periode der de var motiverte for rehabilitering, og de hadde lagt ”sykehistorien” bak seg. I intervjuet ble de påmint sin sårbare situasjon av å være hjertesyk. Jeg viste respekt i møte med deres åpenhet, ærlighet og sårbarhet, og jeg følte meg heldig og ydmyk som fikk høre deres historie. Intervjusituasjonen kan være en positiv opplevelse hvis forskningsintervjuet er verdifullt og beriker opplevelsen for pasienten, og gi en ny mulighet for innsikt i sin egen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2012; Patton, 2002). Underveis i intervjuene ble flere av informantene følelsesmessig påvirket av samtalen, og beskrev dette som overraskende, aha-opplevelser og erkjennelse i forhold til hva de hadde opplevd.

Som kvinnelig sykepleier og forsker på menns opplevelser kunne ha både fordeler og ulemper. Jeg vet ikke hvilken virkning dette hadde på deres relasjon til meg i intervjusituasjonene, men deres åpenhet om tema opplevde jeg som gjennomgående ærlig. Jeg reflekterte over min forskerrolle og prøvde å tilstrebe nøytralitet med informanten underveis, men det var ikke til å unngå at deres opplevelser også påvirket meg følelsesmessig. Jeg satt igjen med erfaringen av at alle informantene hadde vist åpenhet og tillit i intervjusituasjonen. I forskningsprosessen og i hver intervjusituasjon ble min forforståelse og forskerrolle kontinuerlig vurdert.

Avgjørende for valg av min problemstilling er 14 års erfaring som sykepleier ved kirurgisk avdeling for voksne hjertepasienter. Møtet med pasienten og deres opplevelser før og etter bypasskirurgi opptar meg som fagperson. På tross av likhet i diagnosen har alle pasientene sin særegne historie og sin opplevelse av å bli hjertesyk og behandlet. Opplever de mannlige pasientene det slik som vi sykepleiere tror? Uten undersøke vet faktisk ikke sykepleiere hva pasientene egentlig opplever og om det finnes store individuelle forskjeller hos pasientene, også blant menn. Vi kan tillegge dem uriktig kunnskap og dermed ikke gi tilfredsstillende

helseveiledning. Det er kun eier av situasjonen som vet akkurat hvordan det oppleves. Det er viktig å ikke glemme hver pasients levde liv når oppstår endret livssituasjonen.

4.3 Forberedelse til intervjuet og utvalget

Valg av informanter et viktig grunnlag innenfor kvalitativ forskning. Det var viktig at intervjumaterialet ga tilstrekkelig grunnlag for analysen. Det anbefales ulikt om antall informanter til individuelt intervju, men det anbefales et antall opptil eller til oppnådd metningspunkt for informasjon (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). En opplevelse av oppnådd mengde data oppsto etter 6-7 intervju, dette antallet følte tilstrekkelig til å danne et bilde av deres livssituasjon. Jeg valgte derfor å avslutte med 7 intervju. Dette på tross av at et større utvalg sannsynligvis ville bidratt til mer pålitelig datamateriale. Det ble gjennomført et strategisk utvalg av informanter der inklusjonskriteriene var ledende. En såkalt hensiktsmessig utvelgelse og som bidro til mest mulig informasjon (Polit & Beck, 2012). Informantene var i hovedsak en homogen gruppe som var i samme livssituasjon og samme kjønn. Med få informanter opplevde jeg som vesentlig også for å få et godt forskningsresultat. Viktigheten av homogen gruppe oppfattes ulikt i litteraturen der de hevder det kan være vanskelig å få fram nyanser om ny kunnskap ved homogen gruppe (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012). Ulikhetene i min gruppe var blant annet spredning i alder, utdanning, sivilstatus og lengden på sykdomsforløp før utredning av hjertesykdom. Dette erfarte jeg ga interessante nyanser i en ellers homogen gruppe.

Det ble gjort et bevisst valg på at intervjuene skulle foregå første til andre dag på hjerterehabilitering. Dette for at oppholdet ikke skulle prege intervjuets hensikt. Sammen med skriftlig bekreftelse på rehabiliteringsopphold ble informantene forespurt av en kollega som ikke arbeider på sykehusavdelingen, og informert samtykke signert. Ved intervjustart spurt jeg om de hadde forstått informerte samtykke og om de hadde noen spørsmål i forhold til dette. Jeg valgte å møte informantene uten å ha lest epikrise da jeg mente det var en fordel i intervjusituasjonen. Jeg stilte dermed med blanke ark og med åpent sinn om deres sykehistorie og opplevelser. Deltakerne ble operert på to ulike spesialsykehus på Østlandet for voksne hjertepasienter. Dette erfarte jeg ga variasjon og bredde i svarene.

Utvalgsriteriene gjorde at det tok ca. 3 måneder å rekruttere og gjennomføre syv intervju. Utvalget av informanter var i mindretall på hjerterehabiliteringen i denne perioden. Inntaket

på hjerterehabilitering ble gjennomført hver fjerde uke og dette påvirket tilgangen på informanter.

4.3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

1. Yrkesaktiv voksne menn til og med fylte 62 år.
2. Forundersøkt med koronar angiografi (utredningsmetode), påvist nyoppdaget aterosklerotisk hjertesykdom.
3. Behandlet med bypasskirurgi.
4. Har søkt seg til avdeling for Hjerterehabilitering på samme institusjon 8-10 uker etter bypassoperasjon.

Eksklusjonskriterier:

1. Har gjennomgått koronar angiografi (utredning) tidligere.
2. PCI-behandlet (perkutan koronar intervensjon) tidligere.

4.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervju

Den vanligste måten å innhente kvalitative data er gjennom intervju fordi det regnes som en fleksibel metode (Johannessen et al., 2010). Intervjumetoden ble basert på forhåndskunnskap og hensikt og formål med studien. God kvalitativ forskning gjenspeiles ved at kvaliteten vurderes kontinuerlig (Polit & Beck, 2012). Denne studien hadde fokus på opplevelser, noe som også preget problemstilling, forskningsspørsmål og intervjuguiden. Grunnlaget for intervjuene var intervjuguiden der mellommenneskelige relasjoner hadde fokus på reflektert kunnskap over valgt problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg forsøkte å være bevisst prinsippene for god dialog. Ved å være bevisst min maktposisjon som forsker overførte jeg makt til informantene ved å la de fortelle sin historie så fritt som mulig. Etter en grundig bearbeidelse og uttesting etter gjennomført et pilotintervju opplevde jeg spørsmålene i intervjuguiden som et godt verktøy. Jeg valgte å gjennomføre delvis strukturert intervjuguide. Dette sikret at alle informantene ble stilt de samme spørsmålene, samtidig som det ga muligheter for avklaringer og utdypinger. Intervjuguiden ble tilpasset hver enkelt intervjusituasjon i forhold relasjonen, dialogen og svarene. Underveis i hvert intervju ble rekkefølgen på spørsmålene vurdert, og ofte kom svarene uten direkte spørsmålsstilling eller uoppfordret fra informantene. Kvale og Brinkmann (2012) definerer et delvis strukturert intervju som *”en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som*

blir beskrevet” (Kvale & Brinkmann, 2012 s.325). I utarbeidelsen av intervjuguiden forberedte jeg meg som forsker på å møte intervjupersonene for å kunne utarbeide best mulig spørsmål. Jeg opplevde at denne typen intervjuguide var en styrke der guiden kunne øke omfanget av data og systematisere datasamlingen. Videre kunne manglende opplysninger etterspørres med oppfølgingsspørsmål og intervjuene ble preget av en samtale. Svakheten kan ha vært at tema uteble, og at fleksibiliteten ga ulike svar som vanskeliggjorde sammenlikning av data (Patton, 2002). Sannsynligheten for at dette kunne skje var tilstede, og derfor var dette med i min forskningsvurderingen.

Intervjuet ble gjennomført som en samtale med struktur og formål med likeverdig relasjon, ved å lytte, vise interesse og anerkjennelse i hele intervjusituasjonen. Formålet var å tolke opplevelsen og meningen med det som ble sagt og innhente kvalitativ kunnskap. Jeg erfarte at datamaterialet gjenspeilet virkeligheten som ønsket undersøkt. Intervjuguiden og intervjusituasjonene hadde stor betydning for arbeidet etterpå og selve analysen (Dalland, 2007). Etter hvert intervju så jeg det som nyttig å skrive intervjulogg med inntrykk og refleksjoner. Analysen startet tidlig under intervjuet, sannsynlig allerede ved å møte og hilse på informanten. Ved å stille spørsmål fikk jeg egen tolkning vurdert, om spørsmålene var relevante og om dette ga utdyping av informasjonen (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck, 2012).

Intervjuguiden ble formulert med et folkelig språk for å unngå fagterminologi. Jeg opplevde ingen misforståelser om hensikten eller spørsmålene. Oppfølgingsspørsmål ble stilt for å belyse tema ytterligere der det var nødvendig. Det var første gang jeg intervjuet på denne måten. Jeg opplevde det som en god intervjumetode der jeg erfarte progresjon i intervjusituasjonene, ble mindre bundet av intervjuguiden etter hvert og samtalen forløp mer naturlig.

Intervjuene ble gjort i et egnet rom i omgivelser uten forstyrrelser. Det ble informert om lydopptak av intervjuet. Jeg startet med en uformell samtale. Deretter innledet jeg intervjuet med demografiske spørsmål om alder, sivilstatus, utdanning, yrke med mer. Her ble relasjonen tillitsforhold til informanten etablert. Videre introduserte jeg temaet og fokuset på temaet ble opprettet. Jeg ledet samtalen til nøkkelspørsmålene som var det sentrale i intervjuguiden og fulgte opp med eventuelle oppfølgingsspørsmål. Hensikten var å fange opp

informasjon som ble rettet mot problemstillingen og formålet. Intervjuet ble avrundet med avklaring, kommentarer og øvrige innspill.

4.5 Transkribering

Intervjuene ble foretatt med lydopptak, og i etterkant lyttet jeg til disse og transkriberte innholdet. Dette opplevde jeg var en god måte å gå inn i analyseprosessen på. Å transkribere betyr å omforme fra en form til en annen som i denne sammenhengen fra tale til tekst. Transkriberingen ble gjort egenhendig etter hvert intervju. Jeg lærte mye om hvordan jeg intervjuet, blant annet om flyten i samtalen og hvordan den ga beste informasjon. For å holde transkripsjonen virkelighetsnær og pålitelig transkriberte jeg ordrett. For ikke å miste opplevelsen og meningen av det som ble sagt, transkriberte jeg ett intervju delvis på dialekt. Pauser, kroppsspråk og trykk på setningen ble markert med utheving. Den levende samtalen mellom to mennesker blir gjort om til ”livløs” tekst. Derfor var det viktig at det transkriberte materialet ble presentert på en måte som gjenspeilet informantens historie. Anonymisering av materialet ble gjort for å ivareta informantene (Kvale & Brinkmann, 2012). Det transkriberte materialet resulterte i 139 sider, og ble gjennomlest flere ganger for å finne essensen bak hvert intervju. Transkriberingen og gjennomlesningen var en tidkrevende prosess, som jeg oppfattet som en viktig del av forståelsen av datamaterialet og forskningsprosessen i sin helhet.

4.6 Analyse

Analysen var ikke en avgrenset del av forskningsprosessen, men et kontinuerlig arbeid gjennom hele studien. Allerede under intervjuet startet tolkning av pasientens utsagn og sortering av data tidlig, og ny kunnskap ble utviklet. For å finne essensen i intervjuene sies det at det ikke finnes standardmetoder (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2011). Min forforståelse som forsker preget analysen sammen med teori og empiri. Typen intervju som ble gjennomført, beskrev informantenes livsverden ved å fortolke betydningen av det de sa og for å få ny innsikt innenfor temaet. Det ble utført hermeneutiske prinsipper for meningsfortolkning, og fokuset var å være tro mot materialet og konteksten (Kvale & Brinkmann, 2012).

Ved gjennomføring av analyseprosessen hadde jeg i hovedtrekk valgt å følge Malterud (2011), Kvale og Brinkmann (2012). Refleksivitet og systematikk er alltid i en forutsetning for at analysen skal føre til vitenskapelig kunnskap. Datareduksjon innebar å redusere

transkribert materiale til en mer håndterlig tekst, dvs. å identifisere enheter i teksten som ga grunnlaget for kategoriene slik at meningsinnholdet ble tydeliggjort (Malterud, 2011). I analyseprosessen bearbeidet jeg materialet for å gi svar på problemstillingen som gjenspeilet funnene i studien. Spørsmålene ble ledet av problemstillingen og svarene ble bestemt av spørsmålene, empirien og den teoretiske referanserammen. Arbeidet ble gjort i flere faser der tolkninger ble vurdert frem og tilbake, som en følge av den hermeneutiske sirkel. Tolkingsprosessen åpnet for dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2011). For å holde den røde tråden i analyseprosessen var problemstillingen hele tiden være i fokus.

Alle intervjuene ble grundig gjennomlest, markert og relatert til problemstillingen. Ved førstegangs gjennomlesing av det transkriberte materialet markerte jeg spørsmålene for lettere å kunne finne tilbake, og ved neste gjennomlesing markerte jeg funnene. Første sortering av materialet ble gjennomført ved at intervjuguiden ble lagt inn i et nytt word-dokument. Utsagn ble så sortert der de passet inn under hvert intervju spørsmål der informantenes utsagn fikk hver sin fargekode. Deretter ble stikkord notert for hvert utsagn, og foreløpige temaer notert for å belyse problemstillingen.

Videre ble meningsbærende enheter utformet og materialet som ønsket undersøkt organisert og tekstbiter ble systematisert og sortert. Meningsfortetting eller meningsfulle enheter som medførte forkortelser av informantenes utsagn til kortere setninger og færre ord ble systematisert (Vedlegg 1, tabell 1). Disse ble skrevet i "jeg-form". Dette utgjorde de foreløpige overordnede hoved- og underkategorier som belyste problemstillingen. Når dette arbeidet ble gjennomført sto jeg igjen med to hovedkategorier med elleve underkategorier. Kodeprosessen var krevende og mye fram og tilbake arbeid, men etter hvert kom det frem tydelige kategorier. Resultatet ble kondensering av materialet der kunnskapen ble abstrahert fra kode til mening. Den hermeneutiske spiral ble fulgt for å generere nye meningsfulle enheter (Malterud, 2011).

Bearbeiding av funn og utvikling og justering av forståelsen var en kontinuerlig og krevende prosess. Tekstene ble tolket ut ifra min forforståelse som forsker og videre opp mot beskrevet teori. De empiriske data ble redusert til et dekontekstualisert utvalg, der deler av stoffet ble tatt ut og sett nærmere på sammen med andre elementer som sier noe om det samme temaet.

Disse meningsfulle enhetene fortalte noe nytt om temaet (Malterud, 2011). Etter gjentatte gjennomganger av materialet resulterte det i benevnelser på kategorier som jeg kunne stå inne for og som gjenspeilet sentrale temaer og svarte på problemstillingen. Jeg erfarte analyseprosessen var krevende og ga store utfordringer underveis.

I den siste fasen ble funnene sammenfattet i hovedkategorier og underkategorier. Det ble foretatt en rekontekstualisering og en sammenfatning av betydningen av kodegruppene. Svarene som ble lest ut av det dekontekstualiserte materialet ble sjekket om det stemte overens med den sammenhengen det ble hentet ut ifra. Funnene ble sjekket opp mot deler og helhet og hermeneutisk fortolkningsprosess (Malterud, 2011). Dette resulterte i to hovedkategorier med tre underkategorier hver:

1. Å bli hjertesyk endrer synet på livet
2. Ny kunnskap og gode relasjoner gir grunnlag for trygghet.

(se tabell kapitel 5).

4.7 Etske aspekter

Denne studien har fulgt de etiske krav for meldeplikt. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble søkt. Tilbakemelding på søknaden: ”*Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern*” (Vedlegg 4). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste – NSD ble også vurdert sammen med veiledere, og NSDs test på deres nettside ble gjennomført. Etter gjennomføringen av testen ble studien vurdert som ikke meldepliktig. Dette ble begrunnet med at det ikke opplyses om personopplysninger i studien. Overordnet personvern for LHL-klinikkene godkjente studien (Vedlegg 5). For å få gjennomført studiet ble det søkt ledelsen av sykehuset og sykehusets rehabiliteringsavdeling (Vedlegg 6).

I følge forskningsetiske retningslinjer ble deltakere i studien informert om hensikten med forskningen og informasjonen ble behandlet konfidensielt (Helseforskningsloven, 2008). Informantene fikk et informasjonsskriv som beskrev studien i korthet og konfidensielt behandling av alt materiale (Vedlegg 3).

Kvalitative data er ofte sensitive. Oppbevaring av de underskrevne samtykkeskjemaene ble innelåst på min arbeidsplass. Navn og andre personopplysninger fremkom ikke i

lydopptakene. Intervjuene ble kodet fortløpende uten relasjon til navn og andre gjenkjennbare opplysninger. Helsepersonellovens krav om taushetsplikt ble fulgt (Helsepersonelloven, 1999) Utskriften av transkripsjonene ble oppbevart innelåst og siden makulert. Jeg unngikk å referere informantenes uttalelser om behandlingssted og møter de hadde med helsepersonell. Dette med tanke på å ivareta deres tillit og konfidensialitet.

Profesjonsetikk og moral er verktøyer som sykepleieren bruker for å finne de beste løsninger for pasienten i vanskelige situasjoner. Sykepleiers kunnskap og holdninger ivaretar respekten for pasientens menneskeverd og rettigheter (Slettebø, 2012). Etisk refleksjon har sitt grunnlag i relasjonelle ferdigheter, empati, kritisk refleksjonsevne, evne til god situasjonsforståelse og kommunikasjonsferdigheter (Nortvedt, 2012). Basert på krav om forskningsetikk har jeg som forsker vurderte etisk refleksjon kontinuerlig.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER

I dette kapitlet presenterer jeg mine funn og fortolkninger, som er resultat av det analytiske arbeidet. Datamaterialet resulterte i to hovedkategorier med tre underkategorier hver, se tabell. Disse funnene presenteres i dette kapitlet. Funnene skal bidra til å gi en mer overordnet forståelse av hvordan yrkesaktive menn opplever helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi.

Trinn 4 i analyseprosessen, hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori 1	Underkategorier
Ny kunnskap og gode relasjoner gir grunnlag for trygghet	<p>Kunnskap gir trygghet og mestring under operasjonsoppholdet</p> <p>Kunnskap gir trygghet og mestring for utreise og i hjemmesituasjonen</p> <p>Relasjon mellom sykepleier og pasient gir grunnlag for medvirkning og mestring</p>
Hovedkategori 2	Underkategorier
Å bli hjertesyk endrer synet på livet	<p>Forståelse gir trygghet og motivasjon for ny livssituasjon</p> <p>Nytt perspektiv på livet – kjenne på sine følelser</p> <p>Å komme tilbake på jobb</p>

Som forsker innenfor kvalitativ forskningsdesign var jeg opptatt av å fremheve informantenes stemme. Hovedhensikten var å fremheve personlige historier. Dette gjorde jeg ved å gjengi sitater fra intervjuene for å utdype og nyansere kategoriene.

I neste kapittel vil jeg presentere funn og fortolkninger. Jeg har valgt å presentere funn og

fortolkninger som omfatter det å bli hjertesyk og endret syn på livet i kapittel 5.1. I kapittel 5.2 har jeg valgt å presentere funn og fortolkninger som omfatter ny kunnskap og trygghet.

5.1 Presentasjon av funn –å bli hjertesyk endret synet på livet

Funnene jeg her presenterer skiller seg mest fra tidligere forskning. Funnene har betydning og kan bidra til sykepleiefaglig kunnskapsutvikling og forståelse, og videre implikasjoner for praksis.

5.1.1 Forståelse av ny livssituasjon og følelser

Ervervelse av ny kunnskap var nødvendig for å oppnå forståelse og mestring av følelser i forhold til ny livssituasjon. Jeg stilte spørsmålet innledningsvis i intervjuene om hvordan de opplevde å få vite om sin hjertesykdom. Hensikten var å få et helhetlig bilde av deres opplevelser i tiden fra det å få vite om sin hjertesykdom og fram til intervjudispunktet. Sett i sammenhengen med helse og livskvalitet fortalte alle informantene om opplevelser i sammenheng med endret livssituasjon og nytt syn på livet. Det var i denne sammenhengen viktig for mennenes å få fortalt at noe ikke stemte.

En informant sa: *”Jeg hadde symptomer lenge, ikke klar over at det var dette. Fikk sjokk! Følte jeg hadde gjort alt riktig – fikk en voldsom nedtur og det kjentes urettferdig. Fikk et støkk og var skuffa men bestemte meg for at dette skal jeg ta. Sånn er situasjonen, jeg må videre – tenkte gjør dette så lett for deg selv som mulig.”* En annen informant sa: *”4-5 år var jeg sliten, dårlig form – skummelt å tenke tilbake på. Endelig fikk beskjed – gleda meg til operasjon – det høres kanskje rart ut. Sjokket ved å få vite det varte et kvarter – ja vel sett i gang – følte trygghet og var fornøyd med at det ble oppdaget og tatt tak i.”*

Informantene uttrykte variasjon av følelser, fra bitterhet og gråt til glede og lettelse. En tredje informant uttrykte å få vite på denne måten: *”Fikk vite det ville jeg grine – datt sammen – at de måtte åpne brystkassa. Overnervøs, jeg gråt, jeg ville ikke dø – var innmari redd og hadde dødsangst”. En opplevelse som kom tydelig til uttrykk i intervjuet der dødsangsten hadde fulgte han i tiden etterpå.*

5.1.2 Nytt perspektiv på livet og kjenne på sine følelser

Å få vite om sin hjertesykdom og få gjennomført bypassoperasjon hadde stor betydning for opplevelsen av endret livssituasjon og endret syn på livet. Hvordan mennene hadde det

akkurat nå nevnte de som viktige i den nye livssituasjonen; fornøyd og glad i livet, relasjoner med familien, god og bedre helse, god livskvalitet, være frisk, endre livsstil og så frem til å komme tilbake på jobb.

En informant sa: *”Veldig mye, glad i livet – jeg har mye å leve for – datter og mange venner. Helse er ikke likegyldig. Helse og livskvalitet henger sammen – hele pakka liksom.”* En annen informant sa: *”Jeg tenker på det å være frisk, bedre helse og livsstil – omprioritere livet – være fornøyd sammen med familie venner og kollegaer. Jeg har blitt mer reflektert over livet.”*

Da mennene fikk konstatert sin hjertesykdom og fikk forståelse av hvorfor de hadde blitt hjertesyke fortalte de om at de fikk en opplevelse av sammenheng ved å få satt en ”merkelapp” på sin helsesituasjon. Mennene uttrykte betydningen av å kjenne på sine følelser i denne situasjonen, og de fremhevet at det å få kunnskap og forståelse ga dem trygghet og reduserte skremmende tanker og følelser. Meningsfullhet og en retning i livet kom tydelig frem gjennom intervjuene. Å få påvist hjertesykdom ga et nytt perspektiv på livet og endret motivasjon for ny livssituasjonen og synet på betydningen av helse og livskvalitet. Samtlige informanter fremhevet dette uavhengig av alder. Mennene ga uttrykk for at de fremsto med en klar retning i livet der motivasjon og endringer var fokuset.

En informant uttrykte dette med å si: *”Dette har forandret livet mitt – skal ikke tilbake til denne situasjonen igjen. Jeg har gjort livsstilsendringer – ser sammenheng helse – sykdom – livskvalitet. Jeg har fått et nytt perspektiv på livet – ha det godt – tro på meg selv – en wake up call.”* En annen informant uttrykte målbevissthet og retning på livet slik:

”Jeg bestemte meg for ikke å være hjertepasient resten av livet.....jeg har delt halvåret opp i puljer, målrettet. Når sykmeldingen går ut er jeg klar for jobb – at livet er på sporet igjen”

Mennene ga uttrykk for et nytt perspektiv på livet ved å snakke om hvordan de vil endre sin livssituasjon. Her kom de frem med forhold som viste deres målrettethet som å komme i bedre fysisk form, endret livsstil, ha det bedre med seg selv, få det meningsfullt og oppleve glede. Opplevelsen av en retning i livet definerte de som mål og planer for fremtiden for å ivareta best mulig helse og livskvalitet. De ga uttrykk for at livet ga mening og at de i det store og hele hadde anerkjent den nye livssituasjonen for seg selv.

Nytt perspektiv på livet inkluderte også refleksjon over betydningen av familie og sosialt nettverk. De uttrykte refleksjon over den nære familiens viktighet der ektefelle og barn hadde en sentral plass. De fortalte at de snakket med få og nære familiemedlemmer om det som berørte dem. Her nevnte de blant annet kone, samboer, ekskone, mor, bror og bestekompis. En informant uttrykte dette slik: *”Samboer kan jeg snakke med og en bestekompis, mor og bror – familien er viktig.* En annen uttrykte det slik: *”For meg er kona den viktigste.”*

Det var ikke entydige funn som viste at opplevelsen av å være sosial aktiv ble oppfattet likt. Flere av mennene oppfattet seg som sosiale og at de hadde overskudd til å være det. En informant uttrykte: *”Jeg er sosial – familie, venner og naboer er like viktig nå.”* Andre uttrykte at de har behov for å trekke seg litt tilbake og prøvde å begrense sosial aktivitet for å venne seg til den nye hverdagen. I denne forbindelse fortalte de om følelser rundt det å vende tilbake til sosial hverdag. En informant uttrykte: *”Jeg er vanligvis sosial –men har fått behov for å trekke meg tilbake – ikke klar enda etter operasjonen – jeg er egentlig ikke sånn – er overrasket og prøver å ta meg sammen....”* De var også opptatt av om de faktisk hadde endret seg eller om det var forbigående.

Informantene ga uttrykk for at de var bevisst på å omprioritere og sette grenser for sosial aktivitet ut ifra hva som var viktig for dem. En informant uttrykte dette slik: *”Jeg er ikke typen som snakker om alt – noen få nære å snakke med – holder det. Jeg har unngått å møte folk pga. repetisjoner – hvordan går det? Jeg deltar på ungenes aktiviteter og prioriterer sosial aktivitet annerledes – føler meg roligere – mindre stressa og mer oppmerksom på hva som er positivt for meg.”*

Ved alvorlig sykdom er det naturlig å kjenne på følelsesmessige reaksjoner som oppstår, både på sykehuset og tiden hjemme. Mennene fremhevet at det å få kunnskap og forståelse ga dem trygghet, og reduserte skremmende tanker og følelser som kom og gikk. En informant fortalte at: *”På sykehuset følte jeg meg trygg, men tenkte på døden. Hadde dødsangst før operasjonen. Etter 4 uker hadde jeg en nedtur – skikkelig angstfølelse. Tar lettere til tårene og mer emosjonell, mindre sint og roligere i sinnet nå. Jeg tenker mer på døden enn før.”*

Mennene fortalte om sykepleiere og pårørende som bidro med å gi trygghet for å redusere følelsesmessige reaksjoner. Flere av mennene uttrykte at de følte seg ”annerledes”

følelsesmessig i tiden etter operasjonen, og undret på om dette vedvarte. De forteller blant annet at de reagerte annerledes på situasjoner og opplevelser enn før, og at de reflekterte mer over livet. En informant uttrykte: *”Jeg fikk et støkk i livet ved å bli hjertesyk, men ingen følelsesmessige reaksjoner. Jeg føler meg annerledes følelsesmessig nå – de nærmeste sier jeg har forandret meg som person – ting går lettere innpå meg”*

Mennene uttrykte følelsesmessige reaksjoner som forandret dem som person som de blant annet nevnte som opplevelse av å være mer emosjonelle, mer bevisste på følelser, kjente på dødsangst, innstilt på å klare dette og var ikke engstelig og redd. Enkelte fortalte følelse av engstelse eller redsel var fraværende, og at de virket innstilt på at sånn var situasjonen og at de tok det som det kom. En informant uttrykte dette ved å si: *”Jeg opplevde et lite sjokk så var det greit. Jeg verken grua meg var redd eller engstelig. Jeg leste igjennom hva som skulle skje og tenkte det her får jeg ikke gjort noe med.”*

5.1.3 Jobbtilhørighet og følelser

Alle informantene, bortsett fra en som var selvstendig næringsdrivende, uttrykte innledningsvis i intervjuet viktigheten av jobb og hvor vanskelig det var å være sykmeldt. Gjennom intervjuet gjentok de jobbens viktighet i forhold til ulike sammenhenger, særlig la disse informantene vekt på at jobben hadde stor betydning for sosialt liv og kollegaer som var venner. De opplevde å være sykmeldt som tungt, der de savnet jobben, arbeidskollegaer og ikke minst tap av kontroll. En informant sa: *”For meg betyr jobben mye – det første jeg tenkte på når dette skjedde – når kan jeg begynne å jobbe igjen? Veldig viktig, det sitter under huden, mange av kollegaer er og kompiser. Jeg føler det pyton å gå sykmeldt, har vært oppom jobben et par ganger i uka. Jeg kjenner det skal bli godt å komme i gang igjen – merker at når jeg prater om jobben blir jeg følelsesmessig engasjert.”*

De fortalte om hvor viktig det var å stikke innom jobben i sykmeldingsperioden for å holde kontakten. De fortalte også at i perioden de var sykmeldt jobbet flere noe hjemmefra, der de uttrykte følelsen av å være til nytte og følelsen av kontroll ved å utføre noen arbeidsoppgaver. En av informantene sa: *”Jeg opplever det tungt å være sykmeldt – redd for meningsløse dager. Jeg trives på jobb – savner jobbmiljø – jeg har besvart telefoner og mailer – jeg føler meg brukbar ved å opprettholde noe jobbkontakt.”*

En annen sa dette: *”Jeg synes det er trasig å være sykmeldt – savner kollegaer – har besøkt*

de flere ganger på jobb – de viser interesse. Jeg trives i jobben – dit skal jeg tilbake.”

En av mennene hadde skiftet jobb som et resultat av at han var sliten og i dårlig form over år før han fikk vite om sin hjertesykdom. Han uttrykte dette: *”Jeg skiftet jobb for to år siden på grunn av overarbeid og stress – nå har jeg jobb med mindre stress, en helt annen bransje. Jeg er fornøyd og liker jobben – har vært innom på besøk flere ganger.”*

En av informantene var selvstendig næringsdrivende og hadde solgte unna og redusert arbeidsmengden betydelig etter han fikk vite om sin hjertesykdom. Han sa dette: *”Jeg har solgt firma – redusert arbeidsmengde og ansatte – en gave å endre jobbsituasjon. Dette er det beste som har skjedd i livet – som følge av sykdommen.”* Han uttrykte med dette styrke, kontroll og målrettethet i sin nye livssituasjon. En annen jobbet med å få endret arbeidsmengde og redusere stress på samme arbeidsplass etter bypassoperasjon. Han uttrykte dette med å si: *”Jeg har redusert arbeidsmengden – jobber mindre overtid.....er redd for å miste kontrollen ved å være lenge borte – sykmeldt. Jeg tenker livskvalitet – hvorfor ta ut alt på jobb. Jobben er viktig for sosial tilhørighet.”* Mennene viste her tydelig bevisst på tiltak til forbedret jobbsituasjonen i forhold til endret livssituasjon og fokus på bedre livskvalitet. Viktigste for alle informantene var å komme tilbake på jobb etter operasjonen. Dette uttrykte alle like intenst uavhengig av type jobb og alder.

5.2 Presentasjon av funn - ny kunnskap og trygghet

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene som samsvarer mest med tidligere forskning Relatert til kunnskapsutvikling, helseveiledning, medvirkning, mestring og sykepleier-pasientrelasjonen støtter disse funnene opp om kunnskap som har bidratt til å utvikle sykepleiefaget.

5.2.1 Kunnskap gir trygghet og mestring under operasjonsoppholdet

Beslutningsprosess angående egen helse skjedde ved å opparbeide forståelse, styrke, kraft og makt til å komme videre i livet. Ervervelse av kunnskap var sentralt for å forstå, mestre og oppnå trygghet i endret livssituasjon. Gode relasjoner med sykepleiere under behandlingsoppholdet og familie og venner i hjemmesituasjonen ga grunnlag for trygghet. Mestringsopplevelsen ble definert forskjellig av informantene, hvordan de mestret eget liv og krefter til å møte nye utfordringer.

Kunnskap om pre- og postoperativt veiledning og informasjon var av stor betydning for å

oppleve situasjonen forståelig og håndterbar. Som sykepleier har jeg erfart at hele sykehusoppholdet hadde en sammenheng med tiden etter operasjon, og jeg har derfor valgt å inkludere funn i forbindelse med preoperativ fase slik at opplevelsen av sammenheng blir tydeliggjort.

Mennene uttrykte at god informasjon og veiledning dagen før operasjonen ga trygghet og følelse av å være forberedt. En informant sa dette: *”Jeg leste mye skriftlig informasjon selv, så det ble mye repetisjon, jeg følte meg godt forberedt. Muligheter til å stille spørsmål – sykepleier snakket folkelig – greit å få en gjennomgang.”* I den nye situasjonen hver enkelt sto i fortalte mennene at de opplevde stort sett støtte og forståelse. De følte seg forberedt og opplevde trygghet dagen før operasjonen. De fortalte at et folkelig språk ble brukt av leger og sykepleiere under informasjonen om hva som kunne forventes før og etter operasjonen. En informant sa: *”Dagen før operasjonen fikk jeg god informasjon av sykepleier, fint å treffe kirurgene – viktig med informasjon i forkant – ja det ga trygghet.”* En annen informant sa: *”Jeg hadde dødsangst - sykepleier var utrolig forklarte, støttet og viste forståelse. Jeg fikk snakke med kirurgene – ble beroliget – allikevel vanskelig å få med seg det som ble sagt – var redd –men det ga allikevel trygghet.”*

Den postoperativ perioden opplevde de forskjellig på de to sykehusene informantene ble behandlet på. Grunnen til dette var ulike rutiner i forhold til når de var utskrivningsklare til lokalsykehuset. Det ene sykehuset sendte pasienten til lokalsykehuset 3. postoperative dag, og det andre fra 5.-6. postoperative dag. De fortalte at lengden på operasjonsoppholdet hadde betydning for hvordan informasjon og veiledning ble oppfattet. I forhold til dette var det tydelig forskjell på hvor lite eller mye informasjon og veiledning de fikk postoperativt og relatert til utskrivelse. En informant som ble sendt til lokalsykehuset på 3. postoperative dag uttrykte: *”Etter operasjonen husker jeg ikke mye av de tre dagene – et svart hull – følte meg nesten ikke tilstede – jeg fikk lite veiledning som jeg husker – lå der bare tre dager - jeg fikk mest informasjon på lokalsykehuset.”*

I forbindelse med informasjon var det særlig viktig for informantene med pårørendes tilstedeværelse. Det ga mulighet for større forståelse og innsikt for hva deres kjære gjennomgikk og opplevde. De informantene som hadde med pårørende eller fikk besøk av de uttrykte at det å få muligheten til å få samme informasjon fra helsepersonell opplevdes

betryggende for begge parter. En uttrykte at: *”Jeg synes det var viktig kone og datter var her da legen informerte.”* En annen uttrykte dette: *”Kona var med og vi fikk felles informasjon – jeg synes det var viktig.”*

Tryggheten med pårørende tilstede og muligheten til en felles forståelse gjaldt både for operasjonsoppholdet og tiden etter. Informantene fortalte om nærmeste familie som viktig i denne situasjonen. En informant sa: *”Jeg hadde med sønnen under hele oppholdet, det hadde stor betydning – han er bare 20 år – viktig han fikk samme informasjon – han opplevde faren sin på sykehuset – felles forståelse og trygghet. Ellers var det viktig med besøk av familie og venner.”*

Gjennom intervjuene fikk jeg forståelse av at informasjon og veiledning medførte forståelse, trygghet og avklaring av forventninger hos informantene, og at nære familierelasjoner var betydningsfullt.

5.2.2 Medvirkning og mestring

I tidlig postoperativ fase fortalte informantene om medvirkning som *”godt å bli ledet gjennom”* eller *”å følge et program”*, og at dette også ga motivasjon og mestring på tross av tilsynelatende passivitet. De medvirket ved å velge denne måten å involvere seg på fordi de hadde liten energi og hadde vanskelig for å tenke og utføre handlinger på egenhånd. En uttrykte dette som: *”Jeg følte jeg kunne styre mye selv samtidig fulgte jeg et program – hadde ikke mye tiltak selv, vanskelig å tenke selv. Jeg kom fort i gang og kjente mestring.”* I denne fasen valgte de å stole på kompetansen helsepersonell hadde. Dette ga trygghetsfølelse og mestring. En informant sa: *”Da legen sa du kommer til å bli helt frisk igjen – akkurat det trengte jeg å høre – da kjente jeg på mestring. Jeg gjorde de jeg fikk beskjed om – de visste best, Jeg opplevde det godt å bli ledet gjennom.”* En annen informant sa: *”Jeg valgte å tro på veiledningen – ga trygghet og mestring. En sykepleier satte grenser for hvile og aktivitet – sikkert det beste for meg, da var det ikke mulighet for medvirkning – greit. Følte jeg medvirket når jeg ønsket.”* En tredje sa: *”Atrieflimmerepisoden gjorde at jeg ikke mestret akkurat da – ingen egenkontroll – følte ellers jeg mestret situasjonen – gjorde som jeg fikk beskjed om – fulgte programmet. Jeg medvirket med å velge det.”*

Det viste seg at medvirkning og mestring i pasientsituasjonen var av stor betydning for

hvordan de opplevde og motiverte seg videre i den nye livssituasjonen, også hvordan egne forventninger ble møtt og sykepleiers forventninger til pasienten.

5.2.3 Sykepleier - pasientrelasjonen

Sykepleier-pasientrelasjonen gir grunnlag for medvirkning og mestring. Sykepleier er tilstede i alle faser under operasjonsoppholdet. Relasjonsforholdet sykepleier og pasient er en viktig forutsetning for tilpasset individuell veiledning.

Alle informantene fremhevet enkelte sykepleiere som spesielle eller utpekte seg og ga trygghet. En informant sa: *”Spesielt en sykepleier som forsto meg – jeg savnet vedkommende når han hadde fri –han ga trygghet.”* En annen uttrykte det på denne måten: *”Jeg hadde godt forhold til to sykepleiere som utpekte seg og fulgte meg tett, de var ulike men utfylte hverandre og ga god informasjon. De motiverte meg – jeg følte meg trygg og ivaretatt.”* Med dette mente de at de opplevde en forskjell hos sykepleiere og at disse sykepleierne var betydningsfulle for den enkelte under oppholdet. En informant uttrykte sin fornøydhet og sa: *”Jeg glemmer de aldri – bedre ivaretatt har jeg ikke vært – følte meg fryktelig trygg. Jeg var fornøyd med alt og alle – ikke noe å utsette på noen – utrolig fantastiske.”*

Enkelte informanter uttrykte at de fikk liten tillit til sykepleiere som viste lite engasjement eller som ikke viste en interessert og oppriktig holdning. En informant sa: *”Jeg opplevde en sykepleier som utpekte seg – helt fantastisk medmenneske og ga trygghet. En annen opplevde jeg fikk ”et horn i sida” til meg –viste liten respekt.”* En annen sa: *”Noen sykepleiere utpekte seg. Jeg opplevde en sykepleier som så meg, og av en annen ble jeg ikke sett.”*

Mennene beskrev sykepleierens rolle og holdning av stor betydning for at situasjonen skulle oppleves god og trygg under operasjonsoppholdet. De påpekte gode relasjoner med sykepleiere der de opplevde medmenneskelighet og trygghet. De fortalte om viktigheten av å bli støttet, bli sett, bli hørt, respektert, ivaretatt, få omsorg, opplevde service, vist tillit, utviste tid og ro og ble motivert. Både verbal og nonverbal kommunikasjon hos sykepleierne ble fremhevet av informantene som viktig, noe som kom til uttrykk gjennom sykepleierens holdninger og selve sykepleieutøvelsen.

5.2.4 Kunnskap gir trygghet og mestring for utreise og hjemmesituasjonen

Forberedelsen for utreise og hjemmesituasjonen opplevdes forskjellig hos informantene. Kunnskapen pasienten tilegnet seg under behandlingsoppholdet hadde til hensikt å gjøre pasientene forberedt og trygge for å møte hjemmesituasjonens ulike utfordringer. En informant uttrykte dette: *”Jeg fikk informasjon om hva som kunne forventes og hvordan det kunne bli etterpå – de var der hele tiden behjelpelig og trygt.”*

Informantene beskrev ulike forutsetninger for å motta og forstå den nye kunnskapen. Informantene ga uttrykk for at kunnskap og mestring utviklet trygghetsfølelse. De som ble operert på sykehuset med kortest liggetid fortalte om best informasjon på lokalsykehuset. En informant sa: *”Fikk ikke greie på hva jeg skulle gjøre når jeg kom hjem – det fikk jeg mest på lokalsykehuset – der fikk jeg nok informasjon – jeg tenker at det ble porsjonert ut – helt greit. Jeg kunne ringe lokalsykehuset hvis det var noe – det ga trygghet”*.

Å tilegne seg kunnskap medførte også trygghet i hjemmesituasjonen der problemer og bekymringer kunne oppstå, der det blant annet ble nevnt smerter og plager fra operasjonsår og brystbein. En uttrykte dette: *”Ble blå rundt såret på leggen – dette fikk jeg ikke vite noe om at det var vanlig – ringte lokalsykehuset. Dette kunne de informert meg om at dette kunne skje.”* En annen uttrykte: *”Jeg har trent for fullt og tatt alle bevegelser uten smerter – så lenge jeg vet hvorfor det er vondt er jeg trygg og motivert for å bli frisk.”*

Betydningen av å føle seg trygg var essensielt for pasientens opplevelse og mestring av sykdom og behandling. Funnene har vist at kunnskap ga trygghet som var nøkkelen til motivasjon, mestring, medvirkning og utvikling av OAS.

6.0 DISKUSJON

I diskusjonen vil jeg først kort ta for meg studiens kvalitet og deretter diskutere funnene opp mot teori og forskning på feltet. Analyseprosessen har resultert i to hovedkategorier, hver med tre underkategorier, og det er funnene innenfor disse kategoriene jeg har valgt å diskutere.

6.1 Vurdering av studiens kvalitet

I dette avsnittet vurderer troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Bakgrunn for valg av problemstilling var et resultat av min kliniske erfaring med hjertepasienter og interesse for deres opplevelser under operasjonsoppholdet. Det var ikke til å unngå at problemstillingen ble påvirket av min forforståelse. Første steget i prosessen var utarbeidelse av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Hva ønsket jeg å undersøke og hva skulle studien bidra med? Under bearbeidelsen av problemstillingen ble det klart at opplevelser skulle undersøkes, og intervjuguiden ble formulert deretter. Det har vært vanskelig å definere i hvilken grad svarene har blitt påvirket av spørsmålene. Som kvinnelig sykepleier og forsker som intervjuet menn kan svarene også bli påvirket av hvor mye mennene egentlig ønsket å dele av følelser, opplevelser og erfaringer i denne situasjonen til en kvinne. På en annen side var muligheten tilstede for at jeg som kvinnelig forsker inviterte til åpenhet. Som kvalitativ forsker brukte jeg meg selv som instrument. Dette kan ha påvirket dem bare ved at jeg stilte spørsmålene. Kvalitativ forskningsmetode ble bestemt ut ifra hensikt og formål. I følge Malterud (2011) bestemmer problemstillingen valg av metode. Kvalitativ metode ble derfor et naturlig valg. Samspillet mellom teori, empiri, data og metode ga kunnskap om problemstillingen og temaet som ønsket utforsket (Malterud, 2011).

Troverdighet ble undersøkt ved å spørre om det var sammenheng mellom det som ble undersøkt og de innsamlede data. Den interne troverdighet viste i hvilken grad resultatene var gyldige for utvalget og det fenomenet som ble undersøkt. Ved å reflektere formålet med studien slik at den ga et representativt bilde av virkeligheten jeg studerte måtte jeg som forsker være tro mot fremgangsmåter og funn. Kvalitative individuelle forskningsintervju var egnet til å få frem informantens opplevelser og erfaringer, og ga grunnlag ny innsikt og forståelse av de mannlige pasientenes livssituasjon (Kvale & Brinkmann, 2012).

Forskningsspørsmålene var utgangspunktet for å belyse problemstillingen og verktøyet var intervjuguiden. Jeg erfarte at forskningsspørsmålene var spisset mot det jeg ønsket å undersøke. Ved å gjennomføre en mest mulig refleksiv og systematisk analyseprosess ville

mest mulig troverdighet bli oppnådd.

Bekreftbarheten av studien ble gjort ved å beskrive hele forskningsprosessen. Hensikten var at leseren skulle kunne følge prosessen og vurderer denne. Jeg valgte å belyse en problemstilling jeg hadde mye erfaring fra, og jeg mener derfor jeg har vært grundig i valg av teori og relevant forskning. Muligheten for at noe var oversett av eksisterende teori og i søkeprosessen av artikler har vært tilstede, eller at jeg kunne vært mer refleksiv i prosessen. Min forforståelse og erfaring kan ha vært både en styrke og svakhet i studien. Jeg har vært bevisst på de hermeneutiske prinsipper i forhold til egne fortolkninger og vært selvkritisk til tilnærmingen av egen studie. Forskningsprosessen ble beskrevet steg for steg og jeg har vært åpen om valg av analysemetoder. Jeg kan ha oversett temaer i analyseprosessen på tross av en grundig prosess, eller at jeg med min forforståelse ikke har vært åpen nok til å tolke funnene. Ved å beskrive hvem jeg var som forsker, tydeliggjort resultatene, argumentert for troverdighet og laget en oversiktlig presentasjon av studien med den hensikt at mottaker skulle forstå og eventuelt ha nytteverdi av resultatene.

Overførbarhet av kunnskap til andre lignende utvalg og situasjoner er godtatt innen kvalitativ forskning. Overførbarhet kan etableres i den grad beskrivelser og fortolkninger er nyttige innenfor andre studieområder (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2012). Mottaker av studiens informasjon kan bestemme hvor anvendelig et resultat er for en ny situasjon. I kvalitativ forskning har forskere forskjellige utgangspunkt og i hvilken grad andre forskere oppdager samme fenomen i lignende situasjoner vurderes av hver enkelt. Overførbarhet forstås som beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttig for andres studieområder (Johannessen et al., 2010). Jeg kan ikke påstå at mine funn kan representere alle yrkesaktive bypassopererte menn. Min studie kan være et bidrag til utvidet forståelse av at det var større variasjon i menns opplevelser enn tidligere antatt innenfor temaet. Andre forskere må selv vurdere overførbarheten.

6.2 Diskusjon av funn

I dette kapitlet vil jeg diskutere mine mest sentrale funn opp mot teori, tidligere forskning og egne erfaringer som sykepleier. Funnene skal belyse problemstillingen og mine to forskningsspørsmål: - Hvilke forhold opplevde pasientene under sykehusoppholdet som kan ha påvirket evnen til å mestre ny livssituasjon og opplevelse av helse og livskvalitet? –

Hvordan opplevde pasientene den første tiden etter bypasskirurgi? I analysen av datamaterialet har det kommet frem to hovedkategorier og hver med tre underkategorier. Disse funnene er av betydning for pasientens opplevelser og erfaringer under sykehusoppholdet og i tiden hjemme.

Jeg har fortettet de mest sentrale funnene til fire hovedområder som jeg vil presentere videre i diskusjonen. Det kan gjenspeiles i diskusjonen at funnene er gjensidig avhengig av hverandre og kan ha glidende overganger.

Mitt første hovedfunn omhandler utvikling av ny kunnskap som gir forståelse i ny livssituasjonen. Dette funnet kan sees i lys av hvilke utfordringer og faktorer som kan ha påvirket pasienten i situasjoner der hvor ny kunnskap og forståelse var nødvendig for å oppnå trygghet, motivasjon og mestring. Faktorer som påvirket kunnskap var opplevelsen av sammenheng, omtales som OAS, og empowermentprosessen. Drøftingen vil omhandle å få vite om sin hjertesykdom, tiden under operasjonsoppholdet og i tiden hjemme.

Mitt andre hovedfunn vil omhandle relasjonenes betydning. Relasjonene som ble omtalt var pasient og sykepleierrelasjonen og pasient og pårønderrelasjonen. Dette vil drøftes i lys av makt i relasjoner, empowerment og psykologisk empowerment..

Mitt tredje hovedfunn vil omhandle hvordan det å bli hjertesyk endret synet på livet, opplevelse av ny retning på livet og følelsenes betydning i denne sammenhengen. Dette vil drøftes i lys av kjønnsperspektivet og opplevelsen av helse og livskvalitet.

Mitt fjerde hovedfunn vil omhandle tilknytning til arbeid og betydningen av yrkeslivet for å motivere seg til den nye livssituasjonen. Dette funnet drøftes i lys av kjønnsperspektivet, følelser og livskvalitet

6.2.1 Betydningen av ny kunnskap og forståelse

Det synes tydelig at det å bli hjertesyk har endret synet på livet og påvirket evnen til å mestre ny livssituasjon. Dette funnet kan sees i lys av pasientens utvikling av ny kunnskap og forståelse for å oppleve sammenhengen i sin nye livssituasjon. Jeg har valgt salutogenese og OAS som et overordnet helsebegrep i studien der den bidrar til å vektlegge helse i motsetning

til sykdom og fokuserer på hva som gir god helse.

Jeg valget å inkludere det å få vite om sin hjertesykdom og den preoperative perioden fordi dette var viktig for pasientens historie, og for å vise pasientens OAS. På bakgrunn av hvordan helse skapes og styrkes av pasientens egne ressurser har jeg valgt den salutogene teorien og ”Sense of coherence” som viktig for min studie. I min studie fortalte mennene om det å få vite om sin hjertesykdom og dagen før operasjon som viktige for pasientene i tiden etter bypassoperasjonen, i et OAS perspektiv. I et salutogent perspektiv vektlegges pasientens historie og den subjektive livskvaliteten som viktig for toleranse og mestringsopplevelsen i møte med sykdom. Den salutogene helseutvikling kan også sees i sammenheng med forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012; Langeland, 2009; Mæland, 2010). I min studie viste mennene forståelse i situasjonen, at de kunne se veien videre etter bypasskirurgi på bakgrunn av ny kunnskap og som følge av dette ga livet mening i deres nye livssituasjon.

Jeg har valgt å se OAS i lys av utvikling av forståelse som kan ha påvirket helse, holdninger og valg i livet. Tidligere forskning har vist at kunnskap om egen helse og OAS ga innsikt og forståelse i den enkeltes holdninger, livsvilkår, håndtering av hendelser og sykdomsatferd og valg i livet videre. Veiledning og mestring så ut til å gi pasienten bedre forståelse av det som kunne forventes og dette bidro til å gjenopprette OAS (Martinsen & Moen, 2010; Netland et al., 2011), noe som bekreftet min studie. Jeg erfarte både som forsker og som sykepleier at veiledning ga mestringsopplevelse og bidro til å gjenvinne OAS. Som sykepleier er det et sykepleiefaglig ansvar å få utforsket pasientens kunnskap for å støtte pasienten i deres behov. Både i min studie, tidligere forskning og teori bekreftet at helsefremming med fokus på empowerment var en del av sykepleiers omsorgsfunksjon (Gammersvik & Alvsvåg, 2009; Walseth & Malterud, 2004). Tidligere forskning har sett på sammenhengen helserelatert livskvalitet og OAS hos bypassopererte pasienter. Det viste seg at lav OAS ga dårligere opplevelse av helserelatert livskvalitet og det sterke OAS ga høy opplevelse av helserelatert livskvalitet (Kattainen et al., 2006). Dette bekreftet min studie der OAS gikk som en rød tråd, og der de ulike opplevelsene kunne ha både lav og sterk OAS sett opp mot opplevelse av helse og livskvalitet.

I den salutogene helseteorien sees helse som et kontinuum der grader av helse er

ytterpunktene for dårlig helse og god helse i en dynamisk prosess. Perspektivene helse, livskvalitet og empowermentstenkning må ses i sammenheng med mestring og forståelse og har innflytelse på OAS (Antonovsky, 2012; Langeland, 2009). I min studie viste det seg at i hver ny fase pasientene befant seg i opplevde de en sammenheng med det som hadde skjedd og med det de kunne forventes. Det vil si en utviklingsprosess hos pasientene mot bedre helse og livskvalitet som et resultat av OAS.

I min studie fortalte pasientene om tiden før diagnosen som frustrerende på grunn av dårlig form, og som flere uttrykte med ”*at noe ikke stemte*”. Det å få vite om sin hjertesykdom inneholdt ulike følelser som de opplevde som sjokk, bitterhet, skummelt, vanskelig, gammel, forfallen kropp, glede og lettelse. Videre fortalte de at på tross av dette motiverte de seg videre etter kort tid på det som skulle skje i forbindelse med bypassoperasjonen og tiden etterpå. På bakgrunn av ny kunnskap og forståelse opplevde de motivasjon. Denne utviklingen kan sees lys av empowermentteorien der pasientens beslutningsprosess var å få i gang prosesser og aktiviteter og kontroll over egen helse. I en avmaktssituasjon kan pasienten opparbeide styrke, kraft og makt til å komme ut av avmakten (Tveiten, 2007; WHO, 1986). Dette ble bekreftet i min studie der styrke, kraft og makt bidro til å bevege seg ut av avmaktssituasjonen og mot kontroll over eget liv. Som sykepleier og som forsker var inntrykket at når pasientene hadde fått vite om sin hjertesykdom, tilegnet seg ny kunnskap og forståelse for situasjonen, reflekterte de over det som hadde skjedd og tanker om livet videre.

Både den pre- og postoperative perioden på sykehuset og i hjemmet krevde etablering av ny kunnskap som videre skulle påvirke til medvirkning, motivasjon og mestring i en ny livssituasjon. Min erfaring som sykepleier har vist at den preoperative perioden er en viktig del av hele operasjonsoppholdet der forventningene til behandlingen er stor. Tidligere forskning viste at pasientens preoperative forventning ble styrket med målrettet veiledning som bidro til motivasjon, og som resulterte i bedre utfall av mestringsressurser etter operasjonen. Det viste seg også at det hadde positiv effekt på pasientens egenomsorg og reduserte problemene som pasientene kunne forvente i hjemmet (Cebeci & Celik, 2008; Laferton et al., 2013). Dette bekrefter min studie der det viste seg at pasientens opplevelse av den preoperative perioden var en viktig periode og hadde en sammenheng med mestring i tiden etter. Forståelig og håndterbar veiledning og informasjon ga trygghet og følelse av å være forberedt til operasjon og avklarte forventinger til tiden etter. Det var viktig at

sykepleiere og leger brukte et folkelig språk i informasjon, veiledning om det som kunne forventes. Tidligere forskning har vist at individuell tilrettelegging og informasjon rettet mot pasientens behov medførte mer åpenhet om det som opptok pasienten som blant annet bekymringer (Bergvik et al., 2008). I min studie erfarte jeg at pasientene var svært åpne om følelser som oppsto med tanke på operasjonen, alt fra glede seg til dødsangst. Fra min sykepleiepraksis erfarer jeg varierende grad av åpenhet hos menn. Jeg antar at muligheten for åpenhet har en sammenheng med hvordan de blir møtt på. Det kan være at deres åpenhet under intervjuene kan ha sammenheng med forholdene de ble intervjuet under. De fikk muligheten til å dele sin historie i sin helhet. Dette skjedde i trygge og rolige omgivelser, der jeg som forsker hadde tid, viste engasjement, fortrolighet, åpenhet og tillit til deres kunnskap og erfaring. Jeg fikk inntrykk av at mennene uttrykte mer og tydeligere følelser i min studie sammenlignet med som har kommet frem i tidligere forskning, (Lien, 2013), og at dette funnet skiller seg ut i så måte.

I min studie viste det seg at opplevelsen av kompetanse hadde betydning for empowerment og for positiv utvikling av helse og livskvalitet. Menneskets egen kompetanse hang sammen med opplevelse av empowerment, der viktige faktorer så ut til å være medvirkning, motivasjon, mestring og relasjon. Når disse faktorene påvirker hverandre bidro det til at mennene opplevde helse og livskvalitet. Dette bekreftet tidligere forskning som har vist at pasientsentrert sykepleie i møte med pasient har medført utvikling av empowerment, og at dette kan ha resultert i mestring som ga bedre forståelse av hva som kunne forventes. Tidligere forskning også viste at hjerteopererte pasienter ønsket mer individuell veiledning og flere dialoger med helsepersonell (Gammersvik & Alvsvåg, 2009; Karlsson, Mattesson, Johansson, & Lidell, 2009). Erfaringer tilsier at dette stemmer, men individuellrettet veiledning kan være krevende å prioritere i en travel sykepleiehverdag. Min studie bekreftet at individuelle veiledninger og dialoger var ønsket og forventet hos pasientene og der det ble utført bidro det til trygghet og fornøydhets. På bakgrunn av blant annet pasientenes ulikhet og behov erfarer jeg som sykepleier at det kan være en utfordring å balansere standardiserte rutiner og individuell informasjon og veiledning. Forskning har vist at individualisert informasjon gir best kvalitet på kommunikasjonen og pasient-sykepleierforholdet (Bergvik et al., 2008). I min studie påpekte pasientene at individuell veiledning, informasjon og samtaler var mest utbytterik, noe jeg også erfarer som sykepleier. I min studie fortalte de at de merket på sykepleier der informasjonen ble standardisert og dette medførte at den ikke ble så

interessant. Jeg erfarer som sykepleier at ved å veilede ut fra pasientens kunnskapsnivå og behov medfører dette til bedre oppfattelse og forståelse av veiledningen og bedre motivasjon og mestringsfølelse.

Ulike teorier viser at det er av stor betydning for opplevelse av mestring og trygghet å forberede mennene på hjemmesituasjonen. Hensikten er å styrke pasientens kompetanse og mestring (Askheim, 2007; Walseth & Malterud, 2004). I min studie skjedde forberedelsene til tiden etter operasjonen ved undervisning og veiledning under operasjonsoppholdet. Pasientene fortalte om skriftlig og muntlig individuell informasjon og veiledning. De uttrykte at kvaliteten varierte i forhold til lengde på operasjonsoppholdet og om de var i stand til å ta til seg kunnskapen. Min studie bekreftet at kunnskap bidro til at endret livssituasjon og opplevelsen av helse og livskvalitet ble forståelig og håndterbar. Sykepleiers ansvar var i denne sammenhengen å utforske pasientens kunnskap relatert til sykdommen og støtte pasienten med tiltak som fremmet helse og bidro med helseveiledning som et middel i empowermentprosessen. Som sykepleier erfarer jeg at det er viktig med pasientmedvirkning og tilpasset individuell veiledning slik at informasjon og veiledning skal forstås og praktiseres til beste for dem selv.

Gjennom min erfaring som sykepleier har jeg erfart at kompetansen som erverves postoperativt er en del av den dynamiske prosessen til å forberede seg til hjemmesituasjonen. Tidligere forskning har vist at pasientopplæring ved utskriving økte evnen til egenomsorg og reduserte problemene ved utskrivelse og i hjemmesituasjonen. Det viste seg også at ved å være observant under individuell veiledning på pasientens psykiske helse og motivasjon ble det etablert tilstrekkelig kommunikasjon og samarbeid med pasient og pårørende. Hjemkomsten opplevdes ikke som problematisk når de hadde fått kunnskap om hva som kunne forventes (Cebeci & Celik, 2008). Dette bekrefter min studie der mennene beskrev situasjoner hjemme der de opplevde trygghet ved å ha fått kunnskap om hva som kunne forventes. Dette kunne blant annet gjelde årsaken til smerter i brystbeinet, hvorfor såret så ut som det gjorde og hvorfor følelsesmessige svingninger kunne oppstå. Tidligere forskning bekreftet min studie som viste at kompetansen pasientene ervervet seg ga trygghet og opplevelse av færre problemer og bekymringer i hjemmesituasjonen (Laferton et al., 2013).

Tidligere forskning har vist at pasientmedvirkning og økt fokus på pasientens ressurser var

avhengig av pålitelig kunnskap, kompetanse og selvbestemmelse for utvikling i positiv retning (Tveiten, 2007). I studien min har pasientene uttrykt sin fulle tillit til kompetansen hos sykepleiere og leger. Medvirkning i egen prosess var forskjellig, avhengig av hvor i behandlingsforløpet pasienten befant seg. Postoperativt uttrykte pasientene at de valgte å følge programmet, de syntes det var deilig å bli ledet gjennom og å få kunnskapen servert. De uttrykte også at de ikke hadde energi, og at de ikke følte seg i stand til å komme i gang på egenhånd. Jeg har erfart som sykepleier og tolket som forsker at pasientene tok stilling til og erkjente denne formen for medvirkning som best i ny og ukjent situasjon som nyoperert. Dette samsvarer med tidligere forskning og teori som har vist at først når pasientene hadde kommet til mestringsstadiet var de i stand til å medvirke og møte utfordringene. Mestring handlet om evnen til å takle den aktuelle stressende situasjonen ved ha kontroll over eget liv og krefter til å møte nye og ukjente utfordringer. Aktiv og god mestring ble oppnådd best der de hadde tilpasset seg den endrede livssituasjonen (Bjørslund et al., 2012; Holmstrøm & Røing, 2009; Vidfladt & Hopen, 2004; Wensaas, 2009).

6.2.2 Relasjonens betydning

Relasjonens betydning kan knyttes til sykepleier-pasientrelasjonen og til pasient-pårørenderelasjonen. Tidligere forskning har vist at pasientens syn på sykepleie i sykehus viste ønske om individuell omsorg og sykepleiere som var opptatt av deres behov. Pasientene fremhevet her vennlig atmosfære, omtanke, tillit, dialog, kunnskapsformidling og valgmuligheter og ansvar (Kvåle, 2006; Sahlsten et al., 2007). Som sykepleier erfarer jeg relasjonens gjensidighet og mellommenneskelig forståelse som å ha fokus på pasientens ressurser. I min studie fremhevet pasientene sykepleiere som utpekte seg med blant annet tilstedeværelse og evne til å formidle kunnskap. De fortalte også om sykepleiere de hadde et bedre forhold enn andre. Disse sykepleierne fremsto med kvaliteter som blant annet viste seg som medmenneskelighet, trygghet, støttende, pasienten følte seg sett, respektert og ivaretatt. Videre følte de seg møtt med omsorg, tillit, tok seg tid, viste ro og ikke minst møtt med motiverende holdning. I tillegg nevnte de den nonverbal kommunikasjonen like viktig som den verbale. Tidligere forskning bekreftet min studie der forutsetningen for god sykepleier og pasientrelasjonen blant annet var avhengig av tillit og fortrolighet der pasienten følte seg trygg, komfortabel og respektert. Dette var avhengig av sykepleiers formidlingsevne av kunnskap, respekt, evne til å forutse pasientens behov, viste glede over jobben og viste sin tilgjengelighet for pasienten (Dinc & Gastmans, 2013).

Tidligere forskning på relasjoner og makt har vist at det alltid oppstår maktpregede relasjoner i møte med andre mennesker (Fog, 2004). Som sykepleier har jeg erfart at det er viktig å være bevisst på at selve sykehusinnleggelsen kan oppleves som et asymmetrisk maktforhold mellom sykepleier og pasient. Hver gang en sykepleier går inn til pasienten, går man i møte med pasienten. Ideelt sett bør forholdet mellom sykepleier og pasient betraktes som et dialogisk forhold som to likeverdige partnere. I situasjoner der man definerer autoritet i kraft av stilling og profesjon, utfordres den profesjonelle omsorgsgiver til ikke å misbruke sin posisjon. Tidligere forskning og teori har vist at det er viktig å ta pasientens egen kunnskap og forståelse om sin sykdom på alvor. Ved å møte pasienten med respekt og forståelse reduserte pasientens usikkerhet seg og dermed ble maktforholdet utjevnet mellom sykepleier og pasient (Dinc & Gastmans, 2013; Dored, 2011). Ulike teorier har vist at sykepleier og pasientrelasjonen og dens betydning for helse og livskvalitet var viktig for å opprettholde troen på seg selv. I møte med sykepleier hadde pasienten ikke noe annet valg enn å vise tillit der pasienten var i en sårbar fase. Forskning viste at tillit var en menneskelig verdi i sykepleier og pasient relasjonen og der det oppsto ubalanse i relasjonen økte pasientens sårbarhet (Dinc & Gastmans, 2013). Denne forskningen bekrefter min studie der pasientene opplevde dårlig relasjon med sykepleier kunne de fortelle om følelse av usikkerhet og sårbarhet.

Tidligere forskning har vist at endringer som styrket pasienten ble gjort gjennom empowermentprosessen, der hensikten var å mobilisere positive handlinger og viktigheten av relasjonene i forhold til suksess (Kvåle, 2006; Sahlsten et al., 2007). I min studie viste det seg blant annet at mennene opplevde å bli styrket ved å fortelle og dele sin kunnskap og erfaring som eier av sykehistorien til sykepleierne. Pasienten har mistet mye av sin tidligere erfaring og opplevde et stort behov for hjelp og støtte, samt stort behov for ny kunnskap. Som sykepleier må man bidra i den nye situasjonen med støtte og utvikling av positiv styrke hos pasienten der mangel på kontroll kan oppleves som en avmaktsfølelse.

I min studie viste det seg at det å opprettholde relasjonen med pårørende, og deres tilstedeværelse under operasjonsoppholdet var betydningsfullt. Forskning bekreftet at pasienten og pårørende opplevde trussel mot velvære etter hjertekirurgi forbundet med sårbarhet og utrygghet, og at helsepersonell måtte være klar over pasient og pårørendes utsatte posisjon (Karlsson et al., 2009). I min studie opplevde mennene det som viktig at når

pårørende fikk samme informasjon som dem, det ga de en felles forståelse og trygghet og følelse av å være mindre sårbar. Pårørendes opplevelser av felles forståelse gjennom helseveiledning kan gi de trygghet i situasjonen og styrke deres sårbarhet. Tidligere forskning viste også at pårørendedeltakelse kan forhindre engstelse hos pasienten der det i stressende situasjoner kan bidra til mestring (Dinc & Gastmans, 2013; Wensaas, 2009). Min studie bekreftet ikke at dette forhindret engstelse men at det ga trygghet med pårørende tilstede, også med tanke på tiden etter operasjonsoppholdet.

6.2.3. Retning på livet, følelser og helse og livskvalitet

Funnene i min studie gjenspeilet tilpasning til endret livssituasjon og nytt perspektiv på livet og følelser rundt dette. Jeg erfarte som forsker at mennene var åpne om sine følelser og egne og andres forventninger. Mennene uttrykte refleksjon over den nære familiens viktighet der ektefelle og barn hadde en sentral plass. De snakket med få og nære familiemedlemmer om det som berørte dem. Her nevnte de blant annet kone, samboer, ekskone, mor, bror og bestekompis. Erkjennelse av egne følelser gjorde situasjonen mer håndterbar både på sykehuset og i hjemmesituasjonen.

Tidligere forskning på menn og hjertesykdom har vist at den tradisjonelle mansrollen med vekt på kontroll og selvbeherskelse medførte at de ikke hadde lett for å vise følelser. Menn fremsto som individualister i forhold til følelser, fikset følelsene selv, selvkontroll, brukte metaforer, antydte følelser, snakket mindre om følelser, uttrykte seg gjennom aggresjon og at eksterne faktorer var årsaken til følelsene. Det viste seg også sammenheng mellom forventninger og behandlingsresultat i forhold til oppståtte problemer, livskvalitet og mestring av følelser (Laferton et al., 2013; Ridge et al., 2011). Forskning viste også at det å lide i stillhet og bagatellisere problemer var fremtredende hos menn både før og etter operasjon. Lilleaas fant også at de følelsesmessige uttrykkene i all hovedsak var knyttet til en sterk følelse av forsørgeransvar og bekymring for økonomi (Lilleaas, 2006). Disse forskningsresultatene skilte seg fra min studie der mennene var åpne om sine følelser og forventninger både før og etter operasjonen og at bekymring om økonomi ikke ble nevnt som årsak. Følelser rundt det å bli frisk ga motivasjon til å opprettholde og forbedre helse og livskvalitet. Teoretisk sett har psykologisk empowerment og mestring til hensikt å oppnå følelse og kontroll over eget liv. Dette gjøres ved å vise en fleksibel holdning til forandringer og motgang avgjøres det hvordan en mestrer følelsesmessige situasjoner og sykdom (Brudal,

2006; Thesen & Malterud, 2001). Dette samsvarer med min studie der mennene på intervjutidspunktet ga uttrykk for mestring, fornøydhet, glede og en retning i livet. De uttrykte også at det hadde vært en krevende prosess fram til der de var i dag. De fremhevet som viktig familiens betydning, fokus på helse, bedre livskvalitet og livsstil, ønske om fortsatt være frisk og mål og planer for fremtiden. Min studie viste at ved å erkjenne egne følelser opplevdes situasjonen mer håndterbar både på sykehuset og i hjemmesituasjonen.

Tidligere forskning viste at noen menn valgte å reflektere over det som hadde skjedd før de fikk diagnosen hjertesyk, mens andre mente det var feil å stoppe opp og tenke. Funnene i mine studie viste at det å bli hjertesyk kom som et sjokk og at det rommet en mengde følelser, og at de i ettertid erkjente og reflekterte over mistanken om at noe hadde vært galt. I tidligere forskning, har man også funnet, at mennene bagatelliserte problemene, de ville ikke overreagere, de ønsket kontroll over sine følelser, tok sykdommen lite innover seg, at de ikke reflekterte over det som hadde skjedd og at det de opplevde var angstfylt og skummelt (Lilleaas, 2006). Videre viser forskning at menns motstand mot å snakke om problematiske temaer kan være en rasjonell måte å håndtere problemer på, og det kan knyttes til forventninger om forsørgeransvar og maskulinitet (Lien, 2013). I motsetning til min studie der jeg erfarte åpenhet hos mennene der de snakket om vanskelige temaer og følelser. Som sykepleier erfarer jeg åpenhet ulikt hos mennene og at kan være situasjonsavhengig. Jeg erfarer at flere av de mannlige pasientene som ikke har pårørende med under operasjonsoppholdet har et større behov for å dele med noen det de føler, som med sykepleier. Empowermentprosessen hos disse mannlige pasientene kan sies å gå i retning av å fortelle om vanskelige følelser, og på den måten ta lettere kontroll over situasjonen.

Som sykepleier har jeg erfart at ved blant annet å formidle håp ga det mennene tro på seg selv og økte muligheten for mestring og motivasjon. Tidligere forskning har vist at erkjennelse av sykdommen medførte følelsesmessige forandringer, som en ”ventil har åpnet seg” og at følelser de hadde fra før og holdt igjen rant over og fikk utløp. Mer forskning og fokus på den hjerteopererte pasientens var anbefalt, for å redusere psykisk stress, angst og depresjon (Bergvik et al., 2010 a). I motsetning til min studie var ikke depresjon og angst funn som utpekte seg. Ingen av mennene brukte ordet depresjon men dødsangst kom strekt til uttrykk hos en av de. Angående pasientenes åpenhet om følelser som et resultat av erkjennelse av sykdommen kan dette ha medført endret følelsesmessige reaksjoner og at dette bekreftes opp

mot min studie.

En ny retning på livet kan sees i lys av endret forståelse av helse og livskvalitet etter bypasskirurgi. Tidligere forskning har viste at det fantes kjønnsforskjeller både før og etter kirurgi relatert til helserelatert livskvalitet (Gjeilo, 2010; Lien, 2013; Lilleaas, 2006). Siden min studie kun omfatter menn kan ikke kjønnsrolleforskjellen bekreftes, men mennenes beskrivelse av opplevelsen å bli hjertesyk gjenkjennes fra tidligere forskning. I teorien omtales livskvalitet som en positiv måte å forstå helse på (Mæland, 2006). Funnene i min studie viste at ved positiv innstilling og aksept av situasjonen ga alle mennene uttrykk for positiv målrettethet og motivasjon i forhold til endret livssituasjon. Motivasjon og aksept ble uttrykt som *"har fått opp øya og akseptert for meg selv"*, *"en wake up call"*.

Tidligere forskning beskrev pasientopplevelsen etter bypasskirurgi som en dynamisk prosess med bruk av begreper som født på ny, følelse av ungdommelighet, livskvalitet, returnere til normal aktivitet og rehabilitering på veien til bedre helse (Abbasi et al., 2013). Dette bekreftet funn i min studie der aksept og innstilling var viktig i mestring av sykdom. Helse og livskvalitet etter bypassoperasjon kan sees som en dynamisk prosess fra nyopplaget sykdom mot behandling, endret livssituasjon til forbedret helse. Intervjuene ble gjennomført etter ca. to måneder og da mennene uttrykte en retning i livet og fremtiden som meningsfull. Forskning viste også at opplevelse av helse og livskvalitet og perspektiv på livet kan være uttrykk for hvordan mennene hadde det fysisk, mentalt og sosialt. Menns opplevelse og mestring av hjertesykdom kan forstås i lys av sosiodemografiske forhold der rolleforståelse kan ha betydning for identitet (Gjeilo et al., 2008a; Lilleaas, 2006). I min studie har jeg ikke valgt å gå i dybden på eller å inkludere kjønnsforskning, men hatt med forskning inkludert rolleforståelse og kjønnsidentitet som et forklarende perspektiv på menns følelser og opplevelser i forbindelse med sykdom og behandling.

6.2.4. Betydningen av å være yrkesaktiv

I min studie uttrykte flere av mennene bekymring for sin yrkesaktivitet da de fikk beskjed om sin hjertesykdom. Funnene viste også at de var svært motiverte for å gjenoppta jobben og at det hadde sammenheng med deres opplevelse av god livskvalitet. Uavhengig av type jobb og alder fortalte de blant annet om å være på jobb som viktig i forhold til sosialt liv, kollegaer som også kunne være venner og følelse av kontroll og mestring. Dette skilte seg fra tidligere

forskningen til Lilleaas (2006) som sier at menn uttrykker følelser relatert til forsørgeransvar og forståelse. Det er mennenes sosiale liv og jobbengasjement som blir truet når mennene rammes av hjertesykdom. I likhet med kvinners omsorgs og arbeidsrolle hadde menn en arbeids og forsørgerrolle som ble kalt kroppslig beredskap. Historisk sett er menn familieforsørgeren der menns kroppslige beredskap for jobben er en del av mannlige tillærte tanker og atferdsmønster (Lilleaas, 2006).

I min studie var mennene motivert for hjerterehabilitering, og dette kan ha vært en medvirkende faktor for å komme tilbake i jobb. De hadde ved intervju tidspunktet høy motivasjon for å gjenoppta det som var viktig for dem i livet. I følge forskning hadde de som valgte rehabilitering kommet inn i en positiv bølge og hadde lettere for å komme tilbake på jobb (Grimsmo, 2009). Min studie støtter opp om denne forskningen da mennene hadde valgt rehabilitering og ga uttrykk for positivitet. De hadde ulik demografi, men allikevel uttrykte de en tydelig retning på livet som var preget av personlig valg og jobbmotivasjon. Som et eksempel på dette endret en av mennene jobbsituasjon i forhold til arbeidsmengde og stress. I følge teorier viste det seg at ved å være ekspert på individnivå står det sentralt å ta beslutninger og ha kontroll over eget liv (Thesen & Malterud, 2001; Tveiten, 2007). I min studie uttrykte mennene at da den tid kom at de visste de kunne returnere tilbake til jobb, opplevde de livet som meningsfullt og en følelsen av kontroll gjenoppsto. Tidligere forskning bekreftet dette da det vist seg at det var en tydelig forbindelse mellom pasientkontroll og retur til jobb (Bergvik, 2011).

Tidligere forskning viste at bypassopererte menn bekymret seg for forskjellige ting før og etter, og at menn bekymret seg like mye som kvinner. Menns bekymringer i tiden før operasjonen kunne være utgifter til hus og hytte, ferier og fritidsaktiviteter til barna. I tiden etter endret bekymringene seg til å handle om jobben, om de kunne jobbe så mye som før eller måtte si opp jobben (Lilleaas, 2006) I min studie var mennene før operasjon og i de første ukene hjemme bekymret for om de kunne gjenoppta jobb som før. Faktorer som økonomi og materielle ting ble ikke nevnte. De relaterte heller til følelse av kontroll, meningsfullt arbeid, gode kollegaer, sosial tilhørighet og livskvalitet medførte til mestringsfølelse og trygghet i hverdagen.

Forskning viste at de som hadde en jobb å gå tilbake til kom seg raskere på tross av

sykmeldingsperiode både før og etter bypassoperasjonen (Grimsmo, 2009). Dette bekreftet min studie det det å komme tilbake på jobb ga motivasjon til å restituere seg fortere og at den positive innstillingen til jobb ga styrket livskvalitet. Funn i min studie viste også at sykmeldingsperioden opplevdes som tung, pyton, trasig og tap av kontroll. Alle mennene var sykmeldt i perioden fra utredningen og til 2-3 måneder etter bypassoperasjon. Flere av mennene hadde kontakt med arbeidsplassen under sykmeldingsperioden, enten med besøk eller at de svarte på mailer. Som sykepleier erfarer jeg at dette ikke er uvanlig hos de yrkesaktive mennene. Tidligere forskning har vist at opplevelse av kontroll og mening i livet ga forbedret livskvalitet og forebygget sykdom (Wensaas, 2009). Forskning viste også at de som returnerte til jobb etter bypasskirurgi hadde større sannsynlighet for bedre utfall av livskvalitet enn de som ikke kom tilbake til jobb. Dette var mannlige pasienter under 50 år med manuelt arbeid og som hadde jobbet helt frem til operasjonen (Pinto et al., 2012). Dette bekreftet min studie der fem av sju hadde yrkesrelatert arbeid og fortalte om positiv livskvalitet relatert til jobb. I min studie hadde jeg for øvrig ikke noe sammenligningsgrunnlag i forhold til de som ikke kom seg tilbake til jobb. Uavhengig av utdanning og type jobb uttrykte alle mennene viktigheten av å ha noe å komme tilbake etter sykdom og rehabiliteringsperioden, og betydningen dette hadde for opplevd livskvalitet. Funnene viste også at både de som arbeidet manuelt og de med høyere utdanning opplevde høy grad av mestring og en retning på livet. I motsetning til forskning som konkluderte med at utdanningsnivå var betydningsfullt for psykososiale faktorer som å returnere til jobb (Bergvik et al., 2011).

7.0 AVSLUTNING

Før studiens konklusjon gis en oppsummering i forhold til problemstillingen, teori og diskusjon. Deretter vil jeg gjøre en kritisk refleksjon av studien og komme med forslag til videre forskning

7.1 Kritisk refleksjon

I dette kapitlet vil jeg gi en kort kritisk refleksjon av utvalgte områder i studien.

Ulike teorier finnes innenfor kvalitativ forskning angående inkludering av informanter. Med et kritisk blikk og refleksjon ble antall informanter vurdert til å gi et optimalt datamateriale for å belyse problemstillingen.

Intervjutidspunktet ble valgt til 8-10 uker etter bypassoperasjonen. Jeg møtte mennene første til andre dag under oppholdet på hjerterehabiliteringen i en fase der de inntrykk av høy motivasjon. Sannsynlig hadde de høyere motivasjon enn de som ikke hadde søkt. Jeg kan ikke verifisere om svarene ble preget av mennenes motivasjon i intervjuene. Ved utarbeidelse av inklusjonskriteriene vurderte jeg at dette ikke skulle forringe studiens kvalitet så lenge det inngikk i studiets refleksjon.

Å være sykepleier og forsker på eget fagfelt har vært utfordrende i forhold til refleksjon og fokus på skille de ulike rollene. Jeg har vært bevisst på dette, men sannsynligheten for å blande roller kan ha vært tilstede. Å forske på eget fagfelt kan innebære både fordeler og ulemper med min sykepleierbakgrunn og forforståelse. Jeg har vært bevisst på det å forske på menns følelser og opplevelser som kvinnelig forsker. Om dette har påvirket studien blir kun spekulasjon, men jeg har etterstrebet å være nøytral i mitt syn på menns følelser og opplevelser, selv om vet jeg at dette er en umulighet. I denne studien hadde mennene vist stor åpenhet om følelser. Det kan være en mulighet for at jeg som kvinnelig forsker har fått frem perspektiv hos mennene som en mannlig forsker ikke hadde fått frem.

I hermeneutisk metode er forforståelse og tolkning akseptert. Til tider var det utfordrende å opprettholde et distansert blikk på temaet i forhold til egen sykepleiererfaring. Jeg vurderte det som viktig å inkludere min sykepleiererfaring i diskusjon av funn. Uten forskererfaring å sammenligne med fra tidligere har jeg hatt fokus på å følge forskningsprosessens krav. Jeg har

forsøkt å være selvkritisk i gjennomføringen av studien og vært tro mot forskningsetiske prinsipper.

7.2 Konklusjon

I dette kapitlet vil jeg i forhold til problemstillingen gi en oppsummering av funnene.

Datamaterialet ga rikholdig funn som bidro til å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Studiens hensikt var å belyse mennenes opplevelser og erfaringer av helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi, og hvilke forhold som har hatt betydning for opplevd helse og livskvalitet. Yrkesaktive menn ble undersøkt i aldersgruppen 43 til 62 år. Funnene viste at sykdom og behandling krevde kunnskap, motivasjon og mestringsressurser til ny livssituasjon, for å oppnå bedre helse og livskvalitet. Studien har bidratt til økt kunnskap om menns forståelse, håndtering av følelser, forventninger og opplevelser i forbindelse med sykdom og behandling.

Studien har bidratt med ny kunnskap og forståelse for denne pasientgruppa der de uttrykte betydningen av pasientsentrert sykepleie. Mennene fremhevet trygghet som viktig i sykepleier-pasientrelasjonen og betydningen av pasientsentrert informasjon og veiledning. Disse faktorene har medført forståelse, mestring og medvirkning under operasjonsoppholdet og for å forberede tiden hjemme.

På bakgrunn av hovedfunnene i studien mener jeg denne forskningen er viktig i forhold til min problemstilling. Det viste seg at menn uttrykker like sterke følelser som kvinner når de står i en krevende situasjon i forhold til å få hjerte-karsykdom og behandling av bypasskirurgi. Det å bli hjertesyk ga mennene et endret syn på livet der kunnskap og forståelse for den nye livssituasjonen medførte trygghet, motivasjon og mestring under operasjonsoppholdet og i hjemmet. Mennene knyttet i sterk grad sin livskvalitet til yrkesaktivitet. Det å kjenne på følelser, ha gode relasjoner og komme tilbake på jobb var av stor betydning for helse og livskvalitet.

Studiens formål ble gjennomført ved å tydeliggjøre pasientperspektivet hos pasientgruppa. Dette ga økt innsikt, forståelse og kunnskap på feltet i forhold til opplevd helse og livskvalitet.

7.3 Forslag til videre forskning og forbedring av praksis

I dette kapitlet vil jeg ta for meg forslag til videre forskning og avslutte med tanker om for forbedring sykepleiepraksis.

Ved å gjennomgå tidligere forskning i forhold til min studie, ble det anbefalt økt fokus på pasientperspektivet ved koronar hjertesykdom og bypasskirurgi, både hos kvinner og menn. Etter gjennomføring av denne studien har jeg ideer til videre forskning med særlig fokus på pasient og pårørendeperspektivet.

En kvalitativ oppfølgingsstudie et år etter bypasskirurgi vil ha nytteverdi ved å tilføre bredere innsikt og perspektiv på opplevd helse og livskvalitet hos menn.

En tilsvarende kvalitativ studie på yrkesaktive kvinner for å undersøke likheter og forskjeller sett i forhold til menns opplevelser under operasjonsoppholdet og de første ukene hjemme. Dette vil ha nytteverdi for å forstå kvinners opplevelser i forbindelse med bypasskirurgi.

Et interessant tema er pårørendes rolle sett i forhold til deres opplevelser som pårørende, og betydning de har for den bypassopererte pasienten. Som sykepleier erfarer jeg pårørendes relasjon med pasienten, og sykepleiere som viktig. Dette vil ha nytteverdi for sykepleiefaglig forståelse.

Forslagene til videre forskning har til formål å tydeliggjøre pasient og pårørende perspektivene, og bidra til å forbedre sykepleiepraksis innenfor fagområdet hjertekirurgi ved å få økt innsikt, forståelse og kunnskap til pasient og pårørendes beste.

Formålet med studien var å tydeliggjøre pasientperspektivet og få større innsikt og forståelse for deres opplevelser og erfaringer etter bypasskirurgi. Slik at sykepleiere gjennom økt kompetanse eventuelt kan bidra til å forbedre kvaliteten på helse- og sykepleietjenesten. Jeg har som forsker erfart at dette formålet ble oppnådd ved å belyse problemstillingen i min studie.

På sikt er planen å publisere en artikkel i et faglig sykepleietidsskrift basert på studiens resultat.

rLITTERATURLISTE

- Abbasi, M., Mohammadi, N., Nasrabadi, A. N., Fuh, S. B. & Sadeghi, T. (2013). Re-birth after coronary bypass graft surgery; A Hermeneutic-Phenomenological Study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 235-240.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (Vol. Gyldendal Akademisk). Oslo.
- Askheim, O. P. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Austevoll-Dahlgren, A. & Johansen, M. (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2), 225-223.
- Bergvik, S. (2011). Betydningen av depresjon og unnvikende mestring hos kvinner og menn med koronar hjertesykdom - kartlegging og intervensjon. Retrieved Nedlastet 31.05.14
- Bergvik, S., Sørli, T. & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology*(15), 915.
- Bergvik, S., Sørli, T. & Wynn, R. (2010 a). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 915-924.
- Bergvik, S., Sørli, T. & Wynn, R. (2011). Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work. *British Journal of Health Psychology*.
- Bergvik, S., Wynn, R. & Sørli, T. (2008). Nurse training of a patient-centred information procedure for CABG patients. *Patient education and counseling*, 70, 227-233.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukervedvirkning i sykehus. *Nordisk, Tidsskrift for Helseforskning*, nr 1-2012, 8. årgang.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Brudal, L. (2006). *Positiv psykologi. Empati, flyt, kvinne og mann, humor*. Bergen: fagbokforlaget.

- Cebeci, F. & Celik, S. S. (2008). Discharge training counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinic Nursing*, 17, 412-420.
- Christensen, B. (2006). Den gode profesjonelle samtalen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 90, 17-28.
- Christiansen. (2013 a). *Helseveiledning*. Christiansen, Bjørg (red.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Christiansen & Maier, C. M. r. (2013 b). *Patient støtte - før, under og etter sykdom*. København: Hans Rezels Forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldenndal akademisk.
- Dantas, R., Motzer, S. & Ciol, M. (2002). The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 745-755.
- Dinc, L. & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20, 501-516.
- Dommerud, T. (2005). Dagens Medisin. Kjønnforskjeller kan ikke dokumenteres.
- Dored, G. (2011). Et faglig blikk på empati. *Sykepleien forskning*, 6, 92-95.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Kvalitativt forskningsintervju. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*.
- Ekeland, T. J. & Heggen, K. r. (2007). *Mestring og myndiggjøring. Reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eriksson, M. & Lindstrøm, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and relation with health: a systematic review. *Journal Epidemiologic Community Health*, 60, 376-381.
- Eriksson, M. & Lindstrøm, B. (2007). Antonovsks's sense of coherence scale and relation with quality of life: a systematic review. *Journal Epidemiol Community Health*, 61, 938-944.
- Espens, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal, akademiske.
- Feiringklinikken. (2013). Virksomhetsregistrering kirurgisk avdeling.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt - Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2012). *Statistikk for koronare bypassoperasjoner i 2012. Publisert i 2014. Nedlastet 05.09.14*. Hentet fra

- http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:::0:0.
- Folkehelseinstituttet. (2013a). Helseundersøkelser 2000-2013. Nedlastet 15.09.14. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/id102763>.
- Folkehelseinstituttet. (2014a). Hjerteinfarkt og andre iskemisk hjertesykdom: forebygging, behandling og forskning. Nedlastet 05.09.14 Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/722991AB44.pdf>.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G. & Boylan, L. S. (2006). The physican-patient working alliance. *Patient education and counseling*, 66, 29-36.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidskriftet Norsk Lægeforening*, 30(121), 3600-3604.
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2, 18-29.
- Gibson, C. (1991). "A concept analysis of empowerment". *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Gjeilo, K. H. (2010). Kjønnforskjeller etter hjertekirurgi. Nedlastet 10.05.14. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/.../Kari_Hanne_Gjeilo_NSF-LKS_2010.pdf
- Gjeilo, K. H., Wahba, A., Klepstad, P., Lydersen, S., & Stenseth, R. (2008a). The role of sex in health-related quality of life after cardiac surgery: a prospective study. *European Society of Cardiology*, 15, 448-452.
- Gjeilo, K. H., Wahba, A., Klepstad, P., Lydersen, S. & Stenseth, R. (2008b). The role of sex in health-related quality of life after cardiac surgery: a prospective study. *The European Society of Cardiology*, 15, 448-452.
- Grimsmo, J. (2009). Moderne aktivitetsbasert 4 ukers hjerterehabilitering med vekt på tilbakeføring til arbeidslivet. Rehabiliteringsavdelingen Feiringklinikken. *Hjerteforum*, 22(1).
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om Helseforskning*. Nedlastet 20.10.14. Hentet fra <http://www.lovdato.no/sok?q=helsepersonelloven>.
- Helsepersonelloven. (1999). Nedlastet 25.03.15. Hentet fra <http://www.lovdato.no/sok?q=helsepersonelloven>.

- Hjertekirurgiregister. (2013). Årsrapport, Norsk Hjertekirurgiregister. Norsk Thoraxkirurgisk Forening: Oslo Universitetssykehus.
- Holmstrøm, I. & Røing, M. (2009). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient education and counseling*, 79, 167-172.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag, 2010.
- Karlsson, A. K., Mattesson, B., Johansson, M. & Lidell, E. (2009). Well-being in patients and relatives after open-heart surgery from the perspective of health care professionals. *Journal of Clinic Nursing*, 19, 840-846.
- Kattainen, E., Merilainen, P. & Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 21-30.
- Kristoffersen, N. J. (2011). *Livsstil og endring av livsstil 1: Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier - slik pasienter ser det. *Vård i Norden* 2006; 26 (1) 15.9.
- Laferton, J., Mora, M. S., Auer, C., Moosedorf, R. & Rief, W. (2013). Enhancing the efficacy of heart surgery by optimizing patients preoperative expectations. *American Heart Journal*, 165, 1-7.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av salutogen tilnærning for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4, 288-296.
- Lien, M. I. (2013). Den kjønnsnøytrale pasienten i sykepleien - betydningen av kjønn når kvinnelig sykepleier gir omsorg for kreftsyke menn. *Norma*, 8(2), 131-150.
- Lilleaas, U.-B. (2006). Det sterke kjønns sårbarhet. *Sosiologisk Tidsskrift*, 14, 311-325.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, R., & Moen, A. (2010). Unmet information and communication needs in the intermediate recovery from coronary artery bypass surgery. *Vård i Norden*, 30, 15-19.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget. Oslo.

- Nermoen, F. & Lavoll-Nylenna, A. (2006). *Pasienttilfredshet ved hjertekirurgi: En pilotstudie ved Ullevål Universitetssykehus*.
- Netland, H., Fålund, N. & Norekvål, T. (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Sykepleien forskning. Sykepleien 4/2011*.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach. *Psychotherapist Research, 20(6)*, 627-646.
- Nortvedt, P. (2012). Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert. *Sykepleien, 13*.
- NOU. (1997: 2). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus* Nedlastet 12.09.14. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/1997/NOU-1997-2>.
- NSF. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere gjeldende i perioden 2012-2015. Revidert 2011. Nedlastet 23.10.14. Hentet fra http://www.nsf.no/Content/1139465/NSFs_form%E51,_prinsippprogram
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Sist endret 01.01.2015. Nedlastet 10.03.14 Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Reserach & Evaluation Methodology*. London: Sage.
- Pinto, N., Shah, P., Haluska, B., Griffin, R., Holliday, J. & Mundy, J. (2012). Return to work after coronary artery bypass in patients aged under 50 years. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals, 20(4)*, 387-391.
- Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research - Generating and Assessing. Evidence for Nursing Practice. 8. ed.* Philidelphia. Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ridge, D., Emslie, C. & White, A. (2011). Understanding how men experience, express and cope with mental distress: where next? *Sociology of Health & Illness, 33*, 145-159.
- Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjøstrøm, B., Lindencrona, C. S. & Plos, K. A. (2007). Patient participation in nursing care: towards a cocept clarification from a nurse perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences. 16*, 630-637, 2007.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Toverud, K. C. (2011). *Menneskets fysiologi*. Gyldendal akdademiske, Oslo.
- Slettebø, Å. (2012). En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken. Tillit i praksis - forutsetning eller fortjeneste. *Nordisk sykepleieforskning nr.2-2012, Vol. 2 s. 145-155*.

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m Nedlastet 10.11.14.*
 Lovdata. Sist endret 2013. Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. (2009). *nr.47 (2008-2009) Samhandlingsformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Lastet ned 12.11.14. Hentet fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/St.meld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Steinsbakk, A. & Solbjør, M. (2008). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger? *Tidskriftet Norsk Lægeforening, 17*, 1944-1945.
- Thesen, J. & Malterud, K. (2001). "Empowerment" og pasientstyrking-
 undervisningsopplegg. *Tidskriftet Norsk Lægeforening, 121*, 1624-1628.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker.... Om veiledning i empowermentprosessen.* Fagbokforlaget, 2007.
- Tveiten, S. (2009). "Easier said than done": empowering dialogues with patients at the pain clinic - the health professionals perspective. *Journal of Nursing Management, 17*, 804-812.
- Tveiten, S. (2010). *Veiledning - mer enn ord....* Bergen: Fagbokforlaget, 3. utgave.
- Vidfladt, E. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring.* Oslo: NKLMS.
- Wahl, K. A. & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis:* Fagbokforlaget.
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidskriftet Norsk Lægeforening, 124*, 65-66.
- Wensaas, L. (2009). *Støtte til livsstilsendringer hos pasienter som utredes for koronar hjertesykdom - en randomisert kontrollert studie.* (PhD, RN), Det medisinske fakultetet UiO.
- Wensaas, L. (2012). Effects of a decision aid with and without additional decisional counseling for patients being examined for coronary artery disease on cardiac risk reduction behavior and health outcomes - A randomized controlled trial. Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.
- WHO. (1986). World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva:WHO Nedlastet 13.03.14. Hentet fra
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

VEDLEGG 1

Tabell 1

Trinn 3 i analyseprosessen: 2 hovedkategorier og 11 underkategorier

Hovedkategori	Underkategorier	Meningsfulle enheter
1. Betydningen av endret livssituasjon – i sammenheng med helse og livskvalitet	Forståelse gir trygghet og motivasjon for ny livssituasjon	<p><i>”symptomer lenge, ikke klar over at det var dette. Fikk sjokk. Følte jeg hadde gjort alt riktig, fikk en voldsom nedtur og det kjentes urettferdig. Fikk et støkk og var skuffa men bestemte meg for at dette skal jeg ta. Sånn er situasjonen, jeg må videre, gjør dette så lett for deg selv som mulig”</i></p> <p><i>”Følt meg dårlig i mange år, fikk sukkersyke – var gjennom mange undersøkelser, og fant ikke noe. Endelig finne ut hva det var – bitter. Fikk vite ville jeg grine – det var helt jævlig, datt sammen – at de måtte åpne brystkassa. Overnervøs, jeg gråt, jeg ville ikke dø var innmari redd og hadde dødsangst”.</i></p> <p><i>” 4-5 år sliten, trøtt, dårlig form – skummelt å tenke tilbake på. Fastlegen som ikke gir seg – gleda meg til operasjon – det høres kanskje rart ut. Sjokket ved å få vite det varte et kvarter – javel, sett i gang – følte trygghet og var fornøyd med at det ble oppdaget og tatt tak i”</i></p> <p><i>”Dårlig i 1 år – kjente at det var noe. Bitter over ikke å bli hørt av fastlegen, så skiftet lege. Endelig godt å få vite hvorfor, forstå. Venta 10 dager fra angio til operasjon – følte glede, ingen redsel eller engstelse på beskjeden”</i></p> <p><i>”Kort sykehistorie, gikk til fastlegen som starta prosessen. Kjente på følelsen av at jeg var gammel, forfallen, slapp, ikke tar vare på meg selv – jeg tenkte i forferdelig fysisk forfatning. Deilig å få avklart</i></p>

		<p><i>hvorfor sliten. Etter angio – positiv, så på dette som en kjempeinvestering og ikke bekymret. Supermotivert og kjempeklar for innsats”</i></p> <p><i>” 2 år før oppsøkte lege – streng beskjed av kjerringa – ikke glad i å gå til legen. Flere perioder med smerter. Gruer meg til angio – en stemme i hodet sa en stent – ikke noe annet. En del tanker – ventetid i jula – sperre det ute – forstått dette må gjøres – ikke noe valg. Livsfilosofi; en hump i vegen...den må jeg bare over har ikke noe valg”</i></p> <p><i>”Det kom ganske brått-jeg opplevde det som et lite sjokk-opsøkte fastlegen rett før jul da jeg følte meg i litt dårlig fysisk form da jeg skulle starte å trene igjen, et eller annet med beina-de hang ikke med-jeg opplevde et eller annet var galt-undersøkt med angiografi og fant to tette årer- jeg kjente det var bra de oppdaget dette-ting gikk fort fra beskjed til operasjon gikk det en uke-jeg fikk ikke tid til å tenke over ting men synes det var greit-så ble jeg operert og fikk en helt ny livssituasjon”</i></p>
	<p>Begrepet helse og livskvalitet</p>	<p><i>” veldig mye, glad i livet – har mye å leve for – datter og mange venner. Helse er ikke likegyldig. H&L henger sammen – hele pakka”</i></p> <p><i>” Bedre livsstil – ikke akseptere diabetesen tilbake. Gjøre det på min måte med mine egne mål”</i></p> <p><i>”Livsstil, glad i livet”</i></p> <p><i>”Gjøre hyggelig ting i livet sammen med kone, familie og venner. Være frisk”</i></p> <p><i>H&L henger sammen, være frisk, få behandlingen jeg trenger. Aktiviteter som jeg liker – være sammen med familien”</i></p> <p><i>”Bedre helse og være fornøyd med livet”</i></p>

		<p><i>”Jeg tenker være frisk og bedre helsen og livsstil, omprioritere livet, være fornøyd med familie, venner og kollegaer- Jeg har blitt mer reflektert over livet”</i></p>
	<p>Betydningen av å komme tilbake på jobb</p>	<p><i>”Jeg opplever det tungt å være sykmeldt – redd for meningsløse dager. Jeg trives på jobb – savner jobbmiljø – jeg har besvart telefoner og mailer- lystbetont – jeg føler meg brukbar med å opprettholde noe jobbkontakt”</i></p> <p><i>”Jeg har solgt firma – redusert arbeidsmengden og ansatte – en gave å endre jobbsituasjon. Dette er det beste som har skjedd i livet – som følge av sykdommen”</i></p> <p><i>”Jeg trives i jobben – vil fortsette – godt arbeidsmiljø og hyggelige kollegaer er viktig. Jeg jobbet hjemme ifra mens jeg var sykmeldt – innom jobben flere ganger”</i></p> <p><i>”Jeg skiftet jobb for 2 år siden pga overarbeidet og stressende jobb – nå har jeg mindre stress i en helt annen bransje. Jeg er fornøyd og liker jobben og har vært innom arbeidsplassen mens jeg var sykmeldt”</i></p> <p><i>”Jeg har redusert arbeidsmengden – jobber mindre overtid. Det er mye ansvar i jobben og har vært fremadstormende. Jeg er redd for å miste kontrollen ved å være lenge borte – sykmeldt. Jeg tenker livskvalitet – hvorfor ta ut alt på jobb? Jobben er viktig for sosial tilhørighet”</i></p> <p><i>”Jeg synes det var trasig å være sykmeldt – savner kollegaer. Jeg har besøkt de flere ganger på jobb – de viser interesse. Jeg trives i jobben – <u>dit skal jeg tilbake</u>”</i></p> <p><i>”For meg betyr jobben mye – det første jeg tenkte på når dette skjedde – når kan jeg begynne å jobbe igjen? Veldig viktig – det sitter under huden, mange kollegaer</i></p>

		<p><i>og mange av de er kompiser. Jeg føler det er pyton å gå sykmeldt, har vært oppom jobben et par ganger i uka. Jeg kjenner det skal bli godt å komme i gang igjen – merker når jeg prater om jobben blir jeg følelsesmessig engasjert”</i></p>
	<p>Å kjenne på følelser</p>	<p><i>”Jeg fikk et støkk i livet ved å bli hjertesyk men ingen følelsesmessige reaksjoner. Jeg føler meg annerledes følelsesmessig-de nærmeste sier jeg har forandret meg som person-ting går mer innpå meg-lettere nå å sette seg inn i andres situasjon av å være hjelpesløs. Jeg har fått en ny sjanse. Jeg fikk etter 4 uker en smell, følelseskurven svingte opp- ned og nå på vei opp”</i></p> <p><i>”På sykehuset følte jeg meg trygg men tenkte på døden. Hadde dødsangst før operasjonen. Etter ca 4 uker hadde jeg nedtur-angstfølelse. Tar lett til tårer-mer emosjonell, mindre sint og roligere i sinnet. Jeg tenker på døden mer enn før. Når jeg ble utskrevet følte jeg meg alene- ønsket å snakke med noen som forsto- tomrom ”</i></p> <p><i>”På sykehuset følte jeg meg aldri engstelig, ikke redd-trygg. Legen sa det var naturlig å bli engstelig-men jeg var ikke det. Jeg føler en stor seier ved å mestre som å gå lange turer. Jeg har aldri følt stress gjennom livet”</i></p> <p><i>”Jeg følte glede ved å få hjelp og operasjon-ingen engstelse eller redd. Hjemme har jeg ikke kjent på noen følelsesmessige reaksjoner utover bitterhet til legen som ikke ville respektere å sende meg videre til undersøkelser-kjenner på sinne”</i></p> <p><i>”Jeg følte meg trygg på sykehuset-ikke engstelig. Ble urolig av atrieflimmer, hadde ikke kontroll selv og ble irritert. Jeg følte meg veldig alene etter utskrivelsen-antiklimaks med bra sykehusopphold til ingenting. Jeg har</i></p>

		<p>ikke hatt noen psykiske reaksjoner, men har unngått situasjoner med negativt stress-jeg har gjort noe med det-mer bevisst. Jeg kjenner meg mer inkluderende og trygg for folk rundt meg”</p> <p>”Fikk beskjed om hjertesykdommen for det mye gjennom hode, men måtte gjennom det-følelser har du og grua meg- men den humpa må jeg over og la alt til side-jeg konsentrerte meg om målet jeg satte meg-dette skal jeg klare. Hjemme har jeg ikke kjent på noen følelsesmessige svingninger-det har vært så mye annet med nære som har vært syke- ikke tenkt så mye på meg selv”</p> <p>”Jeg opplevde et lite sjokk så var det greit. Jeg verken grua meg, redd eller engstelig. Jeg leste igjennom hva som kunne skje som bla blodpropp men tenkte det får jeg ikke gjort noe med</p>
	<p>Retning i livet og opplevelse av meningsfullhet</p>	<p>”Usikkerhetsfaktor, historier fra andre forsterker dette – bestemt meg for ikke å være hjertepasient resten av livet. Verste er meningsløse dager. Jeg har delt halvåret opp i puljer – målrettet. Når sykmeldingen går ut er jeg klar for jobb – at livet er på spor igjen. Motivert til å bli frisk – mange tanker rundt bak det å bli frisk – nye tanker – annen motivasjon. Har fått opp øya og akseptert overfor meg selv. Hele sykehistorien har vært vanskelig og gjort noe med meg”. Tilbake på jobb. Gleder meg til rehaboppholdet</p> <p>”Bedre hverdag og endre jobbsituasjon – har trent bort diabetesen. Dette har forandret livet mitt –ikke tilbake til denne situasjonen igjen. Jeg har gjort livsstilsendringer – ser sammenheng helse – sykdom – livskvalitet. Fått et annet perspektiv på livet – ha det godt – tro på meg selv-wake up call”</p> <p>” Jeg har alltid noe å holde på med – planer og mål for fremtiden. Tilbake på jobb. Bedre livsstil – holde kiloene nede”</p>

		<p><i>”Fortsette som før bare ferdig med rehaboppholdet—et godt liv med kona – god helse. Være mye på hytta”</i></p> <p><i>”Kjempeforbedring fysisk-og bare opp til meg selv å gjøre noe med det. Få tilbake gleden i livet og glede meg over hverdagen. Være flink med ungene. Tilbake på jobb”</i></p> <p><i>Meningsfullt og godt fremover. Tilbake på jobb – trene og mer i aktivitet – kjenner det gjør godt. Hele opplevelsen en jevn gange”</i></p> <p><i>”Jeg opplever livet har en god retning-tilbake på jobb-bedre fysisk form, holde meg frisk, ha det bra med familien”</i></p>
<p>2 Opplevelse av Empowerment og betydningen av kunnskap og forståelse</p>	<p>Kunnskap gir trygghet og mestring under operasjonsoppholdet</p>	<p><i>”Dagen før operasjon fikk jeg god informasjon, fint å treffe kirurgene-viktig med informasjon i forkant relatert til operasjon – ga trygghet. Etter operasjon husker jeg ikke mye av de tre dagene, et svart hull-følte meg nesten ikke tilstede-jeg fikk mest informasjon på lokalsykehuset-jeg kom til meg selv på lokalsykehuset”</i></p> <p><i>”Sykepleier utrolig-forklarte, støttet, viste forståelse. Jeg fikk snakke med kirurgene før operasjon-ble beroliget-allikevel vanskelig å med seg det som ble sagt, var redd, men det ga allikevel trygghet. Trygghet å våkne etter opr på intensiv-støtten fra sykepleier og sønnen min var der. Etter operasjonen spesielt en sykepleier som forsto meg-savnet vedkommende når han hadde fri-trygghet. Jeg gjorde som jeg fikk beskjed om-de visste best-godt å bli ledet gjennom”</i></p> <p><i>”Samtalen med legen kvelden før opr-han fortalte og jeg spurte- legen informerte med et folkelig språk. Jeg valgte å tro på veiledningen-trygg. Etter opr informerte legen med kone og datter</i></p>

		<p><i>tilsted-bra med legens versjon ikke bare min. Ellers lite individuell informasjon-kun de store trekkene. Ble informert på lokalsykehuset-oppfattet som standardpakke-ganske mye informasjon. Svensk spl satte grenser for hvile og aktivitet-trygt-ikke mulighet til medvirkning-greit”</i></p> <p><i>”Ga trygghet å vite hva som kunne forventes-mye informasjon-fint at kona var med-godt å få samme info. Informasjonen ga trygghet under oppholdet, fulgte programmet-jeg synes det var godt å bare å bli geleidet gjennom-som et program som styrte meg gjennom dagene-hadde ikke overskudd til å reflektere og tenke selv-dette hjalp meg å mestre. Jeg hadde nok med å komme meg-følte jeg kunne medvirke hvis jeg ville”</i></p> <p><i>”Jeg leste mye skriftlig info selv, så det ble mye repetisjon, jeg følte meg godt forberedt. Dagen før operasjon var det muligheter å stille spørsmål, spl og fysio snakket folkelig, greit å få en gjennomgang. Etter opr informasjon bra presentert, jeg tenkte ikke langsiktig-tok mer en oppgave der og da-følte jeg var gjennom et program-trygt-evaluerer ikke på samme måten rett etter operasjon. Jeg gjorde som jeg fikk beskjed om-deilig å få kunnskap servert- fint å være litt tøffe med oss så vi pasienter tør og blir trygge. Jeg opplevde høy grad av omsorg og service. Episoden med atrieflimmer tok mye fokus-hadde da ingen egenkontroll-ellers følte jeg at jeg mestret”</i></p> <p><i>” Dagen før operasjon fikk jeg bra informasjon-fikk det jeg trengte-være ærlig så var jeg ikke flink til å spørre-min tabbe. Jeg visste hva jeg kunne forvente-trygghet. Etter operasjon-jeg glemmer det aldri-bedre ivaretatt har jeg aldri vært, godt fornøyd, trygg og legevisitten tok seg god tid-mulighet til å spørre. Hodet er ikke 100% med etterpå. Info om</i></p>
--	--	---

		<p><i>det som skulle skje der og da, hvordan det kunne bli, sammenheng med hva som kunne forventes etterpå. De var der hele tida-behjelpelig og trygge. Jeg fulgte programmet-jeg synes det var vanskelig å tenke selv –trygt-dytt i ryggen av fysio og spl bra”</i></p> <p><i>”Jeg opplevde dagen før operasjon spesiell-innlagt på sykehuset-nesten i overkant-tatt imot av spl som informerte om hva som skulle skje når, når legen kommer og spl som skulle gjøre meg klar til operasjon. Jeg kjente meg forberedt på opr-hva som skulle skje og det var trygt, og kirurgen forklarte hvorfor det ble bypassopr og ikke utblokking-det synes jeg var greit. På U var de opptatt av praktiske ting som at jeg kom meg ut av senga, gå i korridor og blåse mini PEP-jeg fikk ikke mye greie på hva jeg skulle gjøre når jeg kom hjem – det skjedde mest på lokalsykehuset-synes det funka bra. Jeg kunne ringe lokalsykehuset hvis jeg lurte på noe- trygt-Jeg føler jeg har fått bra informasjon. Jeg er skrudd sammen at ting er greit å bli informert om og da synes jeg det er greit-stole på dem som kan jobben. Jeg synes det er greit å følge informasjonen jeg fikk.”</i></p>
	<p>Betydningen av begrepene medvirkning og mestring</p>	<p><i>”Jeg husker lite fra operasjonsoppholdet-kom til meg selv på lokalsykehuset-mer aktiv og kjente jeg mestra mer da”</i></p> <p><i>”Da legen sa du kommer til å bli helt frisk-akkurat det jeg trengte å høre-da kjente da på mestring. Jeg gjorde det jeg ble bedt om-min måte å medvirke på”</i></p> <p><i>”Jeg følte jeg mestra livet dagene etter operasjon-følte meg sprek og trygg .Jeg gjorde som jeg fikk beskjed om-de visste best. Jeg opplevde det var godt å bli ledet gjennom”</i></p> <p><i>”Jeg valgte å tro på veiledningen-ga trygghet og mestring. En spl satte grenser for hvile og aktivitet-da ikke mulig het for medvirkning-greit. Følte jeg medvirket</i></p>

	<p><i>når jeg ønsket”</i></p> <p><i>”Atrieflimmer episoden gjorde at jeg ikke mestret akkurat det-ingen egenkontroll-følte ellers jeg mestret situasjonen-gjorde som jeg fikk beskjed om-fulgte programmet. Jeg medvirket med å velge det”</i></p> <p><i>”Jeg følte jeg kunne styre mye selv samtidig fulgte jeg et program-hadde ikke mye tiltak selv-vanskelig å tenke selv. Jeg kom så fort i gang igjen og kjente mestrings-motivert av spl og fysio”</i></p> <p><i>”Jeg gjorde som jeg fikk beskjed om-greit og trygt. Jeg kjente meg motivert for å gjøre en innsats-mestringsfølelse. Jeg medvirket ved å ta valget å følge opplagte planen og informasjonen”</i></p>
Relasjonen mellom sykepleier og pasient	<p><i>”Jeg opplevde en sykepleier som utpekte seg-helt fantastisk-medmenneske og trygghet. En annen spl opplevde jeg fikk ”et horn i sida til meg”-liten respekt”</i></p> <p><i>”Noen sykepleiere utpekte seg-jeg følte jeg var et menneske, ble tatt vare på og så deg. Jeg opplevde trygghet ved å våkne på intensiv med støtten av en fantastisk spl-aldri fått sånn omsorg noen gang. En annen spl utpekte og jeg opplevde en utrolig trygghet”</i></p> <p><i>”Noen sykepleiere og lege utpekte seg. Jeg opplevde at en spl så meg og av en annen spl ble jeg ikke sett”</i></p> <p><i>”Jeg opplevde bare flotte sykepleiere som viste respekt og støtte- hyggelige, trygt, ivaretatt og imøtekommende”</i></p> <p><i>”Jeg opplevde ulike sykepleiere med høy grad av omsorg, service, ivaretatt og støttende. Jeg opplevde samtalene før opr gjorde at det ble bygd tillit-effekt i hele prosessen. Jeg opplevde behov for å være i fred- ikke snakke med noen hver gang en spl kom inn-skjønnsvurdering-”ikke bli vekt for en sovepille”</i></p>

		<p><i>”Jeg glemmer de aldri-bedre ivaretatt har jeg ikke vært-fryktelig trygg. Jeg var fornøyd med alt og alle-ikke noe å utsette på noen-utrolig fantastiske. Jeg opplevde spl tok seg tid-stresset ikke fra pasient til pasient-mulighet til å spørre-følte ro. Jeg følte meg trygg og ivaretatt”</i></p> <p><i>”Jeg hadde godt forhold til spl-det var to som fulgte meg tett, de var ulike men ga god informasjon-de motiverte meg til hjerterehab og hjerteskoole. Jeg følte meg trygg og ivaretatt”</i></p>
	<p>Kunnskap gir trygghet og mestring i hjemmesituasjonen</p>	<p><i>”Jeg fikk lite veiledning og hvis husker jeg ikke-veiledningen jeg fikk fikk jeg på lokalsykehuset-det ga meg trygghet. Jeg har ikke opplevd situasjoner der jeg har kjent angst eller vært redd”</i></p> <p><i>”Det jeg lærte var bra og tok det med meg hjem når noe oppsto, men utreiseinformasjonen kunne vært tydeligere-tror det hadde noe med spl som hadde det travelt”</i></p> <p><i>”Det jeg lærte gjorde meg trygg ved aktiviteter-ble ikke redd om det gjorde vondt i brystbeinet”</i></p> <p><i>”Jeg opplevde informasjonen ga trygghet når jeg kom hjem-nytteverdi”</i></p> <p><i>”Jeg erfarte masse nyttig informasjon muntlig og skriftlig-det gjorde at jeg visste hva jeg kunne forvente-trygghet”</i></p> <p><i>”Jeg opplevde jeg fikk vite det jeg trengte for å komme hjem der og da. Jeg var nok ikke flink nok til å spørre –ser det i ettertid-jeg spurte fastlegen om det jeg trengte”</i></p> <p><i>”Den informasjon fikk jeg på lokalsykehuset-var det noe kunne jeg ringe-og det gjorde jeg. Vanskelig å vite hva man trenger videre”</i></p>
	<p>Pårørendes betydning under</p>	<p><i>”Jeg synes det var viktig med muligheten til å få besøk av samboer, far, bror og</i></p>

	operasjonsoppholdet	<p><i>bestekompis-følelsesmessig”</i></p> <p><i>”Jeg hadde med sønnen min under hele oppholdet-stor betydning-han er bare 20 år-viktig han fikk samme informasjon-han opplevde faren sin på sykehuset-felles forståelse og trygghet. Jeg opplevde familie og venner ble godt i mottatt-viktig med besøk”</i></p> <p><i>”Jeg synes det var viktig kone og datter var her da legen informerte”</i></p> <p><i>”Kona var med, vi fikk felles informasjon-jeg synes det var viktig”</i></p> <p><i>”Ekskona var på besøk-hun tok seg av barna-vi har et godt forhold-hun tar vare på familien”</i></p> <p><i>”jeg var her alene-hadde telefonkontakt – bor langt unna-visste at familien var der for meg. Jeg opplevde det var fint å snakke med andre pasienter”</i></p> <p><i>”Det var fint kona var på besøk-vi fikk ikke informasjon sammen, jeg gjenga til henne og barna”</i></p>
	Betydningen av familie og sosialt nettverk i hjemmesituasjonen	<p><i>”Jeg er vanligvis sosial-fått behov for å trekke meg tilbake-ikke klar enda etter operasjonen- jeg er egentlig ikke sånn, er overrasket og prøver å ta meg sammen. Jeg føler ubehag ved å føle slik-svett i henda-ny følelse. Jeg er trygg på de nærmeste-ikke sånn med de. Datteren er det viktigste i livet mitt”</i></p> <p><i>”Sønnen min er viktigst. Jeg kunne vært mer sosial-har stor vennekrets. De nærmeste er viktigst”</i></p> <p><i>”Jeg er sosial-familie, venner og naboer er viktig”</i></p> <p><i>”For meg er kona det viktigste og familie og venner”</i></p> <p><i>”Ekskona betyr mye for meg-bodde hos</i></p>

		<p><i>henne de første dagene sammen med ungene. Jeg er ikke typen som snakker om alt-noen få nære å snakke med-holder det. Jeg har unngått å møte folk pga repetisjoner-hvordan går det? Jeg deltar på ungenes aktiviteter og prioriterer sosial aktivitet annerledes-føler meg roligere-mindre stressa og mer oppmerksom på hva som er positivt for meg”</i></p> <p><i>”Kona kan jeg snakke med og en bestekompis, mor, bror og søster-familien viktig. Arbeidskollegaer er viktig. Jeg har overskudd til å være sosial”</i></p> <p><i>”Familien min er viktigst, og kompiser og kollegaer. Jeg har omprioritert og bremsset ned i forhold til å gjøre andre ting. Har overskudd til å være sosial, men setter grenser mer enn før</i></p>
--	--	---

Sammendrag hovedkategori 1 – Betydningen av endret livssituasjon – i sammenheng med helse og livskvalitet:

Begrepet helse og livskvalitet 8-10 uker etter operasjonen har sin betydning av å være fornøyd og glad i livet. God helse og bedre livsstil og relasjon til de nærmeste i familien er viktig. De følelsesmessige reaksjonene å få vite om sin hjertesykdom ga en kortvarig sjokkopplevelse. Ved å få en avklaring og forståelse hvorfor de hadde plagene de opplevde ga det pasientene trygghet, glede, godt å få vite og motivasjon til å gjennomføre bypassoperasjon. Opplevelsen av en annen type motivasjon og nye tanker rundt motivasjonen, til å holde seg frisk og akseptere sin livssituasjon. Etter operasjonen fikk de fleste et annet perspektiv på livet, en ”wake up call”. Følelsesmessige reaksjoner i hjemmesituasjonen var positive som resultat av kunnskap og trygghet fra helseveiledningen. 4-5 uka etter operasjonen kunne føleskurven svinge fra gode til dårlige dager. Å tenke på døden og kjenne seg annerledes følelsesmessig er ikke uvanlig. Mål og planer er i fokus spesielt i forhold til fysisk form og endret livsstil. Nærmeste familie er viktig. Opplevelsen av å kunne vært mer sosial, omprioriterer og setter grenser for sosial omgang. De snakker med få personer og kun med nær familie om vanskeligheter i livssituasjonen. Det oppleves meningsfullt og viktig å jobbe. Pasientene opplever det tungt å være sykmeldt. De savner jobbmiljø, kollegaer, kontrollen og engasjementet. Under sykmeldingsperioden besøker de jobben regelmessig og noen bidrar med å jobbe noe hjemme ifra. Viktigste etter operasjonen er å komme tilbake på jobb. Dette er likt for alle mennene på tross av aldersspredning 43-62 år.

Sammendrag hovedkategori 2- Opplevelse av empowerment og betydningen av kunnskap og forståelse:

Helseveiledningen oppleves ”god” og gir trygghet dagen før operasjon. Etter operasjonen samt forberedelse for hjemmesituasjonen gir de uttrykk for trygghet, mestring og forståelse for situasjonen, på tross av at alle ikke har opplevd like tilfredsstillende veiledning før utreise. Veiledning om hva som kan forventes og hvorfor gir trygghet. Betydningen av å oppleve et

”folkelig språk” av helsepersonell er vesentlig. Enkelte sykepleiere utpekte seg, som støttende og forståelsesfulle og gir økt trygghetsfølelse. Sykepleiernes betydning var viktig. Alle nevnte enkelte sykepleiere som utpekte seg positivt som; medmenneske, trygghet, støttende, så meg, respekt, ivaretatt, omsorg, service, tillit i samtaler, tok seg tid, følte ro og motiverte. Under sykehusoppholdet har pasientene stort sett ikke energi til medvirke i ordets forstand. De opplevde medvirkning ved å velge å følge ”programmet/gjorde som jeg fikk beskjed om/ledet igjennom”- stolte på kompetansen som ga trygghet, motivasjon og mestringsfølelse. Å være forberedt på hjemmesituasjonen ga trygghet, de visste hva som kunne forventes, ble ikke redd selv om det oppsto ubehagelige hendelser (for eksempel smerter, hematom operasjonssår bein). Savnet de kunnskap kontaktet de fastlegen eller ringt lokalsykehuset.

Sosiodemografisk oversikt – 7 informanter

ALDER	43-62 år # 53,3 år (43, 49, 51, 52, 55, 61, 62) 43-50 år = 2 50-60 år = 3 60-62 år = 2
SIVILSTATUS	skilt m/barn, bor alene 2 samboer; eget barn, samboer har barn 2 gift, har barn 3
UTDANNELSE	høyskole 2 yrkesfag 5
YRKE	psykiatrisk hjelpepleier, fagarbeider kjølemontering, heise-montør nå selvstendig/eiendomsselskap, murer-mester nå i et selskap som produserer kjemiske produkter, vaktmester, maskiningeniør, ingeniørdesign.
SYKEHUS	Ullevål/OUS 3 Feiringklinikken 4
INTERVJUTID	etter operasjon 8-10 uker

VEDLEGG 2

Intervjuguide - åpent og delvis strukturert

Innledning:

Kan du fortelle litt om deg selv, hvem du er og bakgrunn? (alder, utdanning, yrke, sivilstatus, barn, varighet av sykdom før operasjon, hvor operert, lenge siden operer....)

1. Hvilke forhold opplevde pasienten under sykehusoppholdet som kan ha påvirket mestringsevnen til ny livssituasjon og opplevelse av helse og livskvalitet?

- Hvordan opplevde du å få vite at du var hjertesyk og at du måtte bypass-opereres?

- Kan du fortelle hva helse og livskvalitet betyr for deg?

- Når jeg sier medvirkning og mestring, hva tenker du på da?

- Når du tenker tilbake kan du fortelle hvordan du opplevde de første dagene på sykehuset etter operasjonen?

Oppfølging: Positive og negative opplevelser? Fortell hva som utpekte seg?

- Kan du fortelle om veiledningen (undervisning, informasjon, samtaler) dagen før operasjon var viktig for deg senere under sykehusoppholdet?

Oppfølging: Hva utpekte seg som utpekte seg bra/dårlig? Opplevde du trygghet?

- Kan du fortelle om hvordan du opplevde undervisning og veiledning etter operasjonen, under sykehusoppholdet?

Oppfølging: Hvor nyttig var det? Savnet du noe? Hva kunne vært gjort annerledes? Gjorde det deg motivert? Opplevde du at veiledningen var tilpasset din situasjon? Opplevde du medvirkning og mestring?

- Hvordan opplevde du veiledningen før utskrivelse?

Oppfølging: Klarte du å tenke på nytteverdien for hjemmesituasjonen? Tilpasset deg?
Ga trygghet? Savnet noe?

- Kan du fortelle om du opplevde medvirkning når beslutninger skulle tas under sykehusoppholdet? (F.eks; ved mobilisering/opptrening, personlig hygiene, samtaler med helsepersonell, fellesinformasjoner, undersøkelser/rtg, ekg med mer.....).

Oppfølging: Følte du trygghet i situasjonen du beskriver nå?

Hvor mye ønsket du egentlig å bestemme/medvirke? Energi og overskudd til deltakelse og medvirkning?

Opplevelse av mestring?

- Kan du fortell om hvordan du opplevde relasjonen med sykepleier(e)?

Oppfølging: Kan du beskrive om du opplevde forståelse og støtte fra sykepleier? (lyttet, respekt, trygghet, tillit). **Mulighet til mestring?**

- Kan du fortelle om pårørende, venner, andre pasienter med mer hadde betydning for deg?

Oppfølging: Kan disse relasjonene ha hatt betydning for din håndtering av følelsesmessige reaksjoner? Støtte, oppmuntring, negativt...?

- Kan du fortelle om du opplevde angst, frykt og stress under sykehusoppholdet?

Oppfølging: I spesielle situasjoner? Hva gjorde det med deg og mestringsevnen? Erfaringer?

2. Hvordan opplever pasienten den første tiden etter bypasskirurgi?

- Kan du fortelle hva helse og livskvalitet betyr for deg nå etter operasjonen?

Oppfølging: Hvilke opplevelser har vært viktig for deg? Livssituasjonen annerledes?

Utfordringer for deg nå hjemme? Hvordan påvirkes dagliglivet? Forventinger (personlig, sosialt)?

- Kan du fortelle om det du lærte og opplevde på sykehuset, som kunnskap og veiledning, har gjort deg trygg i hjemmesituasjonen?

Oppfølging: Fortell, en situasjon der du tenker: nå savner jeg kunnskap, - eller: heldigvis dette har jeg fått god undervisning om fra sykehuset

- Kan du si om du har kjent på følelsesmessige reaksjoner i hjemmesituasjonen? Ga det deg tap/styrke av mestringsevne?

Oppfølging: Hvilke reaksjoner? I spesielle situasjoner/når oppsto de? Kommet og gått?
Nyttige opplevelser?

- Kan du fortelle om betydningen av relasjoner og sosialt nettverk?

Oppfølging: Hvem er de? Kan du si noe om du har noen å snakke med? Har dette endret seg?
Kan du fortelle om du opplever å være sosial aktiv? Opplever du forskjell fra før operasjonen?
Endret det seg underveis?

- Hvilken betydning har jobben for deg og din livssituasjon?

Oppfølging: Opplevelse av å være sykemeldt? Tanker om å komme tilbake til jobb?
Forventninger?

- Kan du si noe om hvordan livet oppleves nå? Har det en retning eller en mening framover?

Oppfølging: Mestrer? Interessant? Rutinepreget? Uvant situasjon? Vet du hva du skal gjøre med situasjonen? Tanker videre? Ny sjanse i livet (re-birth)?

Avslutning:

Hva tenker du mest på akkurat nå?

Hvilke opplevelser tenker du som viktigst sett i etterkant?

Er det noe som er viktig for deg som du ikke har fått sagt noe om?

Hvordan synes du det var å svare på spørsmålene?

Takk for at du er velvillig til å delta, svare på spørsmålene og bidra til prosjektet!

VEDLEGG 3

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring til deltakere i studien

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

” Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie om helse og livskvalitet etter bypassoperasjon. Studien utføres av student ved masterstudiet Helse og Empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag. Informasjonen du gir vil bli brukt i masteroppgaven og studien vil bli gjennomført ved Feiringklinikken.

Hensikten med studien er å undersøke og beskrive *hvordan* yrkesaktive menn opplever helse og livskvalitet den første tiden etter bypasskirurgi. Studien vil også undersøke og beskrive *hvilke forhold* som kan ha hatt betydning for opplevd helse og livskvalitet etter bypasskirurgi.

Studien har som formål å bidra til at helsepersonell, særlig sykepleiere, skal få større forståelse og innsikt i menns helse og livskvalitet etter bypasskirurgi, og dermed bidra til økt kvalitet i sykepleie til pasientgruppen.

Hva innebærer prosjektet for deg som deltaker?

Det innebærer at du må delta i et individuelt intervju med varighet på ca. 45-60 minutter. Intervjuet blir tatt opp på bånd. Intervjuet vil foregå på et uforstyrret rom på sykehuset under hjerterehabiliteringsoppholdet. Tidspunktet vil avtales senere, slik at det passer med ditt rehabiliteringsopphold.

Mulige fordeler og ulemper

Intervjuet kan gi deg en mulighet for å reflektere over opplevelsene og erfaringene over helse og livskvalitet sammen med intervjuer som til daglig jobber med pasienter som deg. Det gis

ingen økonomisk kompensasjon.

Hvis du blir sliten underveis i intervjuet kan du gi beskjed om behov for pauser. Du kan velge å avbryte intervjuet når som helst.

Resultatene vil i første omgang publiseres i masteroppgaven. For øvrig vil resultatene bli en del av kunnskapsoverføring til helsepersonell på sykehuset.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger blir behandlet anonymt, det vil si uten navn, fødselsnummer, øvrige personalia eller andre gjenkjennende opplysninger. I publikasjoner og undervisningssammenhenger vil det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Intervjuet og alle personopplysninger vil bli anonymisert og kodet. Det er kun student og to veiledere fra høyskolen som har tilgang til informasjon du gir. Intervjuer har taushetsplikt for alt i forbindelse med intervjuet. Alle opplysninger blir innelåst og forsvarlig oppbevart, og etter studiens avslutning blir opplysningene slettet.

Overordnet godkjenning av prosjektet

Prosjektet er godkjent av leder for Helsefag og avdeling for Hjerterehabilitering på Feiringklinikken. For øvrig er prosjektet godkjent av Høyskolen i Oslo og Akershus og det er søkt godkjenning fra Regionale etiske komite.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen årsak.

Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg **eller behandlingen du får**.

Ønsker du å delta i studien returnerer du informert samtykke til prosjektets leder Gro Wuttudal Kjøren. Deretter tar jeg kontakt med deg for nærmere avtale en av de første dagene når du er tilbake på hjerterehabilitering. Dersom du har spørsmål angående prosjektet og forespørselen kan du kontakte ansvarlig prosjektleder; Gro Wuttudal Kjøren, 41506606.

Med hilsen

Gro Wuttudal Kjøren

Masterstudent ved Høyskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag.

VSamtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ”Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?”

Navn-----

Dato-----

VEDLEGG 4

Prosjektsøknad Skjema for søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Dokument-id: 522970 Dokument mottatt 28.10.2014

Bypassopererte yrkesaktive menn - opplevelse av helse og livskvalitet

1. Generelle opplysninger

1.1 Prosjektleder

Navn: Akademisk grad: Stilling: Hovedarbeidssted: Arbeidsadresse: Postnummer: Sted:
Telefon: E-postadresse:

1.2 Prosjekttittel

Norsk tittel Vitenskapelig tittel

1.3 Forskningsansvarlig

Institusjon

1. Høgskolen i Oslo og Akershus

Gro Elin Wuttudal Kjøren Offentlig godkjent sykepleier Sykepleier Feiringklinikken LHL-
klinikkene Høgskolen i Oslo og Akershus 2080

Eidsvoll 41506606 s194629@stud.hioa.no

Bypassopererte yrkesaktive menn - opplevelse av helse og livskvalitet

Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?

Kontaktperson Stilling E-post adresse

Nina Waaler Dekan nina.waaler@hioa.no

1.4 Initiativtaker

..
Hvem er initiativtaker til prosjektet?

1.5 Utdanningsprosjekt

Er prosjektet del av en utdanning eller doktorgrad? Studium/fag

Prosjektleder og/eller forskningsansvarlig institusjon (bidragsforskning)

Ja Helse og Empowerment Master

Nivå

1.6 Prosjektmedarbeidere

Navn

1. Gro Wuttudal Kjøren

Stilling

Sykepleier

Institusjon

Høgskolen i Oslo og Akershus

Akademisk rolle

Master

02.09.2014 15.11.2015

Nei

Nei

Nei

Prosjektrolle

Prosjektleder

1.7 Tidsramme for prosjektet

Prosjektstart dato Prosjektslutt dato

1.8 Offentlig innsyn

Søkes det om unntak fra offentlig innsyn i søknad eller vedlegg?

1.9 Samarbeid med utlandet

Har prosjektet noen form for samarbeid med utlandet?

1.10 Annet prosjekt med betydning for vurderingen

Er det noe annet prosjekt som kan ha betydning for vurderingen av det aktuelle prosjektet?

2. Prosjektopplysninger

2.1 Oppsummering av forskningsprosjektet

Prosjektbeskrivelse

Hensikten med studien er å undersøke og beskrive hvordan yrkesaktive menn opplever helse og livskvalitet den første tiden etter bypasskirurgi, samt å undersøke og beskrive hvilke forhold som kan ha hatt betydning for opplevd helse og livskvalitet etter bypasskirurgi. Formålet med studien er å tydeliggjøre pasientperspektivet og få større innsikt og forståelse av deres opplevelser og erfaringer etter bypasskirurgi. Samt å utvikle økt kunnskap på feltet, bidra med kompetanse og forbedre kvaliteten på helse- og sykepleietjenesten. Samfunnsøkonomisk gevinst ved å redusere antall liggedøgn og reinnleggelser, og gi best mulig helsetilbud. Forsknings spørsmål: 1. Hvordan opplevde pasientene den første tiden etter bypasskirurgi? 2. Hvilke forhold opplevde pasientene under sykehusoppholdet som kan ha påvirket mestringsevnen til ny livssituasjon og opplevelse av livskvalitet? Metode: Kvalitativ studie med et hermeneutisk perspektiv. Datainnsamling: individuelle intervju av 8-10 informanter.

2.2 Legemiddelutprøving

Legemiddelutprøving Nei

2.3 Forskningsdata

2.3.1 Tidligere registrerte opplysninger Nei

2.3.2 Nye helseopplysninger Ja

Spesifiser hvilke typer helseopplysninger

Individuelle intervju og spørreskjema vil bli brukt. Taushetsplikten vil overholdes (Helsepersonelloven) og helseopplysninger hos deltakerne og andre personlige opplysninger vil anonymiseres og kan ikke knyttes til enkeltpersoner i prosjektet.

"Enhver som får tilgang til helseopplysninger og andre personopplysninger som blir behandlet i et forskningsprosjekt skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene" (Helseforskningsloven)

2.3.3 Humant biologisk materiale Nei

2.4 Studiepopulasjon

2.4.1 Antall forskningsdeltakere og styrkeberegning

Antall forskningsdeltakere i Norge er 8-10.

Ved kvalitativt intervju kan antall intervjupersoner som er nødvendig være en utfordring, det vil si at antall informanter ikke kan være for mange. Dalland (2007) anbefaler å starte med få

informanter og eventuelt øke antall informanter underveis (Dalland, 2007). Ut ifra datainnsamlingens meningsfortetning kan antall informanter endre seg underveis i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2009). I utgangspunktet er planen ca. 8-10 individuelle intervju.

2.4.2 Beskrivelse av forskningsdeltakere/utvalg

Pasienter/klienter

Spesifiser hvilke pasienter

Nyoppdaget aterosklerotisk hjertesykdom påvist ved coronar angiografi der behandlingsalternativet er bypasskirurgi hos yrkesaktivemenn til og med 62 år. Prosjektet vurderes som helsefremmende forskning som har nytteverdi for fremtidige pasienter i tilsvarende situasjon.

I tillegg til kreft, er hjerte- karsykdom hyppigste sykdom og dødsårsak her i landet, når alle aldersgrupper sees under ett (Folkehelseinstituttet, 2014). Fra 2003 til 2012 er det dokumentert en betydelig nedgang hos begge kjønn, færre dør av sykdommen og nedgangen

er størst hos menn, på tross av at stadig flere yngre og eldre utredes og behandles med bypasskirurgi enn tidligere (Nermoen & Lavoll-Nylenna, 2006). Nyere forskning gir bedre kunnskap i befolkningen, bedre medisinsk behandling både akutt og sekundærforebyggende og økt fokus på kosthold og trening (Folkehelseinstituttet, 2013b; Nermoen & Lavoll-Nylenna, 2006). Gjennomsnittsalder for hjertekirurgi og menn er 65 år og kvinner 70 år. Menn er 7-10 år yngre enn kvinner når de rammes av hjertesykdom og dette kan påvirke yrkesaktive menns livskvalitet betydelig (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2011). I 2012 ble ca. 2000 pasienter bypassoperert, der av var 1632 menn og 72 % av mennene var under 70 år (Folkehelseinstituttet, 2012).

Verdens helseorganisasjon, WHO, og norsk lovverk fremmer brukermedvirkning (Pasientrettigheter, 1999; Stortingsmelding, 2012). Lov om pasientrettigheter sier at pasienten har rett til brukermedvirkning. Videreutvikling av pasientrettighetsloven vektlegger tilrettelegging av pasientmedvirkning ved at det gis mulighet til pålitelig kunnskap og kompetanse (Pasientrettigheter, 1999).

Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og defineres som et overordnet begrep, definert som personens egenopplevelse av positive og negative sider ved livet. Helserelatert livskvalitet tar utgangspunkt i sykdom og i det sykdommen medfører for pasienten (NOU, 1999). Flere studier viser kjønnsforskjeller i opplevd helsereelatert livskvalitet. Menns kjønnsrolle er forbundet med tradisjonell og stereotyp maskulinitet og sosial rolle. (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010b; Lilleaas, 2006). Det er økende oppmerksomhet på omfang og betydning av psykologiske forhold ved hjertesykdom og pasientens personlige opplevelser av sykdom og behandling, helse og livskvalitet. Hyppigst er angst og depresjon hos begge kjønn, noe som forverrer sykdomsutviklingen. I studien til Bergvik et al. anbefales mer fokus på den hjerteopererte pasientens mestring for å redusere psykisk stress, angst og depresjon (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010a).

Mangel på kunnskap og mestringsstrategier hos pasienten kan medføre problemer etter bypasskirurgi (B. Christiansen, 2013). Fokus på helse og livskvalitet kan bidra til at pasientene bedre mestrer å leve med sykdom og behandling (Bjørslund, Wilde Larsson, & Kvigne, 2012). Videre kan dette bidra til å redusere antall liggedøgn og reinnleggelser, og gi best mulig pasientsentrert kvalitetsmessig helsetilbud og samfunnsøkonomiske gevinster.



Begrunn valg av pasientgruppe

Bypassopererte menn er valgt fordi de er en stor gruppe av hjertepasientene. Vi vet lite om deres opplevelser og erfaringer i forbindelse med bypasskirurgi, og ønsker derfor å undersøke dette. Nasjonalt er det lite kvalitativ forskning på menns erfaringer med mestring av sykdom. Det er økende oppmerksomhet på omfang og betydning av psykologiske forhold ved hjertesykdom og pasientens personlige opplevelser av sykdom og behandling. Angst og depresjon forekommer ofte ved hjertesykdom. I studien til Bergvik et al. anbefales mer fokus på den hjerteopererte pasientens mestring for å redusere psykisk stress, angst og depresjon

(Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010a).

Gruppen yrkesaktive menn, til og med 62 år er valgt fordi de kan ha andre forventninger til helse, sykdom, livskvalitet og fortsatt yrkesaktivitet, enn eldre bypassopererte som nærmer seg eller ikke er yrkesaktive lenger på grunn av alder.

Bare ett kjønn Kun menn

Begrunn

Dette er et lite forskningsprosjekt med få informanter, der kun menn vil gi en mer entydig datainformasjon som svar på prosjektet enn miks av kjønn.

Forskning på bypassopererte pasienter viser kjønnsforskjeller derfor skilles det på kjønn for å utforske hva menn egentlig opplever.

2.5 Forskningsmetode

2.5.1 Metode for analysering av data

Fortolkende (kvalitative) analysemetoder

2.5.2 Metode for innhenting av data

Intervju Lydopptak Ja

2.6 Begrunnelse for valg av data og metode

Redegjør for den faglige og vitenskapelige begrunnelsen for valg av data og metode

Studien har et kvalitativt design, da dette egner seg til å undersøke erfaringer. Hermeneutisk perspektiv vil prege studien. Datainnsamlingsmetoden er individuelt intervju. Et kvalitativt intervju vil bidra til å få frem deltakerens erfaringer og opplevelser, og innsikt og forståelse av deres livssituasjon relatert til helse og livskvalitet etter bypasskirurgi. Delvis strukturert intervjuguide vil bli brukt, med åpne spørsmål. Denne typen intervju er valgt på grunn av at man har mulighet til å komme mer i dybden fremfor ved bruk av strukturerte ferdigformulerte spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009)





3. Informasjon, samtykke og personvern

3.1 Samtykke vil bli innhentet

Samtykke vil bli innhentet Ja

For hvilke deltakere, opplysninger og evt. prøver vil samtykke bli innhentet?

Nyoppdaget aterosklerotisk hjertesykdom hos yrkesaktive menn til og med 62 år som behandles med bypasskirurgi, deres opplevelser av helse og livskvalitet i tiden etter.

Har valgt og ikke inkludere og intervju under operasjonsoppholdet pga sårbarhet som nyoperert. Aktuelle innenfor målgruppa vil bli forespurt om deltakelse i forbindelse med søknaden til hjerterehabilitering.

Hvordan vil deltakerne bli identifisert, kontaktet og rekruttert? Beskriv rekrutteringsprosedyre og begrunn evt. avvik fra skriftelig samtykke

Bypassopererte yrkesaktive menn vil bli rekruttert fra et spesialsykehus for voksne hjertepasienter i Norge. Inklusjonskriteriene er styrende for valg av deltakere.

Leder for Rehabiliteringsavdelingen vil rekruttere deltakere til prosjektet når de søker deg til hjerterehabilitering, uavhengig av prosjektleder. Sammen med skriftlig bekreftelse på rehabiliteringsoppholdet vil det bli sendt ut forespørsel og informert samtykke til målgruppa. De som ønsker å delta i prosjektet returnerer skriftlig samtykke sammen med bekreftelse på rehabiliteringsoppholdet. Prosjektleder vil ikke kjenne til pasientens identitet før samtykket er levert. Tillatelse til prosjektet er avklart og godkjent av leder for Helsefag og leder for Hjerterehabilitering.

Inkludering av pasienter blir ikke foretatt under operasjonsoppholdet da pasientene er vurdert til å være i en sårbar fase. Det er også usikkert hvem som søker seg på hjerterehabilitering så tidlig i fasen samt en etisk vurdering av sårbarhet.

Søknad til institusjonens personvern er godkjent. Samtykke sikres gjennom forståelig skriftlig informasjon til pasienten, uten bruk av faguttrykk. Pasientene vil få mulighet til å lese igjennom og vurdere for seg selv om deltalekse.

Noen fler enn 8-10 vil bli rekruttert da frafall er sannsynlig.

Beskriv inklusjonskriterier

1. Yrkesaktiv menn til og med fylte 62 år.
2. Forundersøkt med coronar angiografi, følgende påvist nyoppdaget aterosklerotisk hjertesykdom.

3. Behandlet med bypasskirurgi, stabilt postoperativt forløp.

4. Har søkt seg til avdeling for Hjerterehabilitering på samme institusjon 8-10 uker etter bypassoperasjon.

Beskrivelse:

Yrkesaktiv alder varer for de fleste til 67 år. Valget av yrkesaktive menn til og med 62 år er valgt fordi de kan ha andre forventninger til helse og sykdom, det sosiale liv, jobbsammenheng og familie enn eldre bypassopererte som nærmer seg eller ikke er yrkesaktive på grunn av alder (Bergvik, Sørli & Wynn, 2011).

Resultatet av coronar angiografi avgjør behovet for bypasskirurgi. I denne sammenhengen betyr det at pasientene har en nyoppdaget aterosklerotisk hjertesykdom. Betydningen av nyoppdaget hjertesykdom påvirker hele personen, psykisk, fysisk, sosialt og åndelig, der hele livssituasjonen endres og nye forventninger oppstår (Christiansen, 2013).

Stabile pasienter er valgt fordi de vanligvis har en annen opplevelse og andre forventninger av å bli hjertesyk og behandlet med bypasskirurgi enn pasienter som har vært hjertesyk over lengre tid eller pasienter som defineres som ø-hjelp (Nermoen & Lavoll-Nylenna, 2006).

Tiden etter bypasskirurgi defineres som oppholdet på hjertekirurgisk avdeling 5-6 dager etter gjennomført bypasskirurgi og rehabiliteringstiden hjemme fram til intervjuet 8-10 uker etter operasjon. Opplevelse av mestring i den postoperative perioden påvirker mestringsevnen gjennom hele rehabiliteringsperioden (Gjeilo, 2010; Bergvik et al. 2010; Martinsen & Moen, 2010), derfor er den avgrensede tidsfasen valgt. Tidsperioden er også valgt for å ta hensyn til pasientens sårbarhet tidlig i behandlingen (Personopplysningsloven, 2000)

Beskriv eksklusjonskriterier

1. Ikke gjennomgått coronar angio (utredning) og PCI-behandlet (percutan coronar intervensjon) tidligere.

Flere av pasientene har vært til utredning og PCI behandlet for flere år siden, og har "følt seg frisk" inntil det oppstår nye symptomer på aterosklerotisk hjertesykdom. Dette defineres da ikke som nyoppdaget hjertesykdom.

3.2 Samtykke er allerede innhentet

Samtykke er allerede innhentet Nei

3.3 Det søkes om fritak fra kravet om å innhente samtykke

Det søkes om fritak fra kravet om å innhente samtykke Nei

4. Avveining av nytte og risiko ved prosjektet

4.1 Fordeler

Angi fysisk, psykisk, sosial og/eller praktisk fordel/nytte/gagn nå eller i fremtida for den enkelte pasient/deltaker, grupper av personer, samfunnet og/eller vitenskapen .

Pasientgruppa og sykepleiere: Tydeligere pasientperspektivet.

Større innsikt, forståelse og kunnskap hos sykepleiere om pasientgruppas opplevelser og erfaringer etter bypasskirurgi.

Forbedret praksis og økt fokus på pasientsentrert sykepleie. Samfunnet:

Økt forståelse og innsikt hos helsepersonell kan bidra til å fremme bedre mestring hos pasientgruppa. Dette bidrar til å fremme helse og livskvalitet for pasientene. Om mulig redusere liggedøgn og reinnleggelser, noe som er samfunnsøkonomisk positivt.

Pasientmestring av sykdom, helse og livskvalitet er vektlagt økt oppmerksomhet i norsk helsetjeneste, noe som prosjektet ivaretar.

4.2 Ulemper

Angi fysisk, psykisk, sosial og/eller praktisk risiko/skade/ubehag/belastning/uileilighet nå eller i fremtida for den enkelte pasient/deltaker, grupper av personer, samfunn og/eller miljø .

Deltaker:

Integritet og autonomi tas hensyn til. Det kan oppleves slitsomt eller ubehagelig for pasienter å snakke om opplevelser. Det vil bli presisert at pauser underveis i intervjuet eller muligheten for å avbryte når som helst uten konsekvenser for deltaker.

Prosjektleder:

Intervjuer og leder for prosjektet jobber i samme avdeling som deltakerne blir rekruttert. Være bevisst min forskerrolle og dobbeltrolle. At min egen bakgrunn og tilknytning til pasientene i minst mulig grad påvirker forskningen.

4.3 Tiltak

Redegjør for eventuelle særlige tiltak for å ivareta og beskytte pasientene/deltakerne i forskningsprosjektet og for å begrense mulig risiko/ulempe

Prosjektbeskrivelsen er godkjent av Høgskolen i Oslo og Akershus.

Det er søkt om tillatelse om gjennomføring av prosjektet ved prosjektleders arbeidsplass, og den er godkjent.

Det er søkt til personvernansvarlig ved institusjonen, og den er godkjent.

Informert samtykke og beskyttelse av pasientgruppas sårbare situasjon er overveid i samråd med veiledere.

Det aktuelle intervjutidspunktet er valgt på bakgrunn av pasientens sårbarhet under operasjonsoppholdet. Derfor er intervjutidspunktet valgt til 8-10 uker etter bypassoperasjonen. Det er praktisk å nå målgruppa under hjerterehabiliteringsoppholdet, og skånsomt å møte de i trygge omgivelser på institusjonen.

Følger de etiske krav som kreves for å ivareta prosjektet.

4.4 Forsvarlighet

Hvorfor er det forsvarlig å gjennomføre prosjektet? Gi en begrunnet avveining av fordelene og ulempene ved forskningsprosjektet.

Organisering av prosjektet vil være forsvarlig, og følge lover og retningslinjer i all utøvelse.

Risikoen for deltakerne vurderes som minimal. Intervjuet kan medføre følelser og reaksjoner. Skulle det oppstå så kan intervjuer tilby faglig støtte i situasjonen og etterpå. Respekt for deltakerne og ivaretagelse av etiske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold vil være med i alle vurderinger gjennom hele prosjektet. Informerer om muligheten for pauser underveis i intervjuet hvis nødvendig.

Fordelen er å få innsikt og større forståelse for pasientgruppas erfaringer og opplevelser relatert til helse og livskvalitet.

5. Sikkerhet, interesser og publisering

5.1 Personidentifiserbare opplysninger

I hvilken form skal personidentifiserbare opplysninger og prøver brukes i prosjektet?
Aidentifisert med koblingsnøkkel

Gi informasjon om hvordan koblingsnøkkelen oppbevares og hvem som har tilgang til denne

Personidentifiserbare opplysninger oppbevares innelåst.

Materiale vil bli oppbevart innelåst på prosjektleders arbeidsplass i en låsbar safe. Kun prosjektleder har tilgang til safen. Veiledere, to stykker, fra høgskolen vil få lesetilgang til materialet som er nødvendig for faglig veiledning og vurderinger.

Opplysninger som registreres i prosjektet er avdentifisert. Koblingsnøkkel oppbevares innelåst for seg selv på egen arbeidsplass.

5.2 Internkontroll og sikkerhet



5.2.1 Hvordan skal personidentifiserbare opplysninger og prøver oppbevares?

Innelåst oppbevaring

Redegjør nærmere for oppbevaringsmåte, låse- og adgangsrutiner mv

Innelåst safe på arbeidsplassen til prosjektleder, hvor kun prosjektleder har tilgang. PC uten tilknytning til internett

Videoopptak/fotografi/lydopptak

Ikke på PC Manuelt/papir

Koblingsnøkkel og data oppbevares atskilt fra hverandre Bakgrunnsinformasjon (bosted, yrke osv) oppbevares atskilt fra andre opplysninger Passordbeskyttet oppbevaring

5.3 Forsikring for forskningsdeltakere

Forsikring anses unødvendig

Begrunn hvorfor det anses unødvendig med forsikring for forskningsdeltakerne

Forskningsprosjektet innebærer ingen fare eller noen form for intervensjon.

5.4 Vurdering av andre instanser

Prosjektet har blitt vurdert/skal vurderes av: Egen institusjon

Internt personvernombud

Datainnsamlingssted

Hvilke(n) institusjon(er)/instans(er)?

Feiringklinikken LHL-klinikkene.

5.5 Interesser

Finansieringskilder

Ingen eksterne finansiering. Eventuelle utlegg av utstyr som lydopptaker finansieres selv.

Godtgjøring til institusjon

Ingen godtgjørelser.

Honorar prosjektleder/-medarbeidere



Ingen honorarer til prosjektleder eller andre medarbeidere.

Kompensasjon for forskningsdeltakere

Ingen økonomisk kompensasjon til deltakere.

Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere

Ingen interessekonflikter for prosjektleder.

5.6 Publisering

Er det restriksjoner med hensyn til Nei offentliggjøring og publisering av resultatene fra prosjektet?

Redegjør for hvordan resultatene skal gjøres offentlig tilgjengelig

Resultatene vil bli publisert i form av masteroppgave. Fremtidig mål er å kunne skrive en vitenskapelig artikkel.

5.7 Håndtering av data etter prosjektslutt

Hvordan skal personopplysninger håndteres etter prosjektslutt?

Alle data vil bli slettet fra PC og USB ved prosjektets slutt. Alt skriftlig materiale vil bli makulert ved høgskolens makuleringssystem.

Skulle en artikkel bli aktuell vil datamaterialet oppbevares til publisering av artikkel.

6. Vedlegg # Type

1. Intervjuguide
2. CV for prosjektleder
3. Forespørsel om deltakelse
4. Forskningsprotokoll
5. Øvrige vedlegg
6. Øvrige vedlegg
7. Øvrige vedlegg
8. Øvrige vedlegg

Filnavn

INTERVJUGUIDE.docx CV- Gro.docx

Samtykkeerklæring .docx

Prosjektbeskrivelse Gro master.docx

Personvernsøknad 2.10.docx

Personvern svar søknad LHL.docx

SCN_0003.pdf Søknad Feiringkl.docx

Lagt inn dato

26.10.14 25.10.14 25.10.14

25.10.14

16.10.14

14.10.14

14.10.14 14.10.14

7. Ansvarserklæring

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

i samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av REK eller andre instanser





VEDLEGG 5

Region:

REK sør-øst

Saksbehandler:

Knut Ruyter

Telefon:

22845518

Vår dato:

17.12.2014

Deres dato:**Vår referanse:**

2014/1960/REK sør-øst C

Deres referanse:

Gro Elin Wuttudal Kjøren Høgskolen i Oslo og Akershus

2014/1960 Bypassopererte yrkesaktive menn - opplevelse av helse og livskvalitet

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst)

i møtet 25.11.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus **Prosjektleder:** Gro Elin Wuttudal Kjøren

Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4.

Prosjektet er et doktorgradsprosjekt innen helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det virker som et velbegrunnet og nyttig prosjekt, men det faller utenfor helseforskningslovens virkeområde. Formålet med prosjektet er å undersøke bypassoperertes opplevelser og

erfaringer for å forbedre kvaliteten på helse- og sykepleietjenesten,

men det gir ikke, som helseforskningsloven forutsetter, ny kunnskap om sykdom og helse.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som egnet til å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf helseforskningsloven § 2.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, tredje ledd og forvaltningsloven § 28.

28.10.2014 Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Besøksadresse: Telefon: 22845511 Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo **E-post:**
post@helseforskning.etikkom.no

Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

En eventuell klage sendes til REK sør-øst C. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim prof.dr.med leder REK sør-øst C

Kopi til:

nina.waaler@hioa.no Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse:
postmottak@hioa.no

VEDLEGG 6

Søknad

Personvern i forbindelse med prosjekt/masteroppgave

Prosjektet vil bli utført på Feiringklinikken LHL-helse, et spesialsykehus for voksne hjertepasienter. Pasienter fra kirurgisk avdeling.

Navn: Gro Wuttudal Kjøren

Institusjon: Høgskolen i Oslo og Akershus

Fakultet: Helsefag

Akademisk grad: Offentlig godkjent sykepleier

Stilling: Sykepleier

Arbeidssted: Feiringklinikken LHL-klinikkene, Årnesvegen, 2093 Feiring

gro.wuttudal.kjoren@lhl-helse

Formålet: Masterprosjekt i studiet Helse og Empowerment.

Problemstilling: relatert til kirurgisk hjertepasient, og tema for prosjektet er

”Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?”

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplevde pasientene den første tiden etter bypasskirurgi?
2. Hvilke forhold opplevde pasientene under sykehusoppholdet som kan ha påvirket mestringsevnen til ny livssituasjon og opplevelse av helse og livskvalitet?

Utvalg: Voksne pasienter.

Ca. 8-10 respondenter inkluderes.

Inkludering: Betingelser at respondentene skal tilbake på hjerterehabilitering. Informert samtykke sendes sammen med tilbakemelding om rehabiliteringsoppholdet. Ansvarlig; leder for Helsefag og leder for Hjerterehabilitering.

Intervjues 8-10 uker etter operasjon. Dette vil skje en av de første dagene de er på hjerterehabilitering på Feiringklinikken.

Datainnsamling: individuelle intervju. Sensitive personopplysninger kan ikke spores.
Innsamlede opplysninger anonymiseres.

Veiledere vil være informert om funn, men uten personidentifikasjon.

Samtykke: Skriftlig informert samtykke og skriftlig innhenting av samtykke.

Datamateriale: Oppbevares i låst skap/safe på Feiringklinikken, der kun forskningsleder har tilgang. Behandling av personlige og sensitive opplysninger ivaretas, og lagring og bruk av personopplysninger følger lovverket.

Ved prosjektets slutt slettes data og lydopptak.

Lydopptak vil bli brukt.

Privat PC, med bruk av USB i låsbart skap. Beskyttet med brukernavn og passord.

Taushetsplikten vil overholdes ifølge lovverk og retningslinjer.

Søknader: søknad til Regionale etiske komite sendes (frist 28/10) i samråd med veiledere.

Gjennomføringen av prosjektet er godkjent av ledelsen på Feiringklinikken.

Prosjektstart: Når REK har godkjent prosjektet

Prosjektsslutt: 15.05.15 eller september 2015

Øvrig ansvarlige: Ranghild Flittie Onstad, Fag- og forskningsveileder v/høyskolen i Oslo og Akershus

Veslemøy Egede-Nissen, Fag- og forskningsveileder v/høyskolen i Oslo og Akershus

Bente Doknes, leder for Helsefag, Feiringklinikken

Gro Wuttudal Kjøren, forskningsleder og masterstudent

Mvh Gro Wuttudal Kjøren

Vedlegg:

- Informert samtykke
- Søknad til Feiringklinikken om gjennomføring av forskningsprosjektet relatert til masteroppgave
- Svar på søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt

VEDLEGG 7

Jeg har lest igjennom søknaden, samtykkeerklæringen og søknad om gjennomføring av prosjektet på Feiring.

Jeg har ingen merknader til forskningsprosjektet.

Mvh

Atle Larsen

Personvernombud LHL Helse

VEDLEGG 8

Gro Wuttudal Kjøren
LHL klinikkene Feiring

Vedrørende din søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt relatert til masteroppgave.

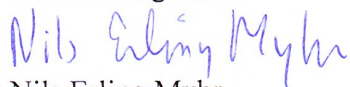
Det vises til din søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt.
Prosjektet er knyttet til din masteroppgave med tittelen: ” *Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?* ”.

Vi bekrefter med dette at vi innvilger din søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt ved kirurgisk sengepost og rehabiliteringsavdelingen på LHL klinikkene Feiring.

Lykke til, vi gleder oss til å høre resultatene !

Feiring, 01.10.2014

Med vennlig hilsen



Nils Erling Myhr
Avdelingsleder rehabiliteringsavdelingen

Bente Doknes
Avdelingsleder helsefagavdelingen