

**SY 180H 000**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

**Kull 09 Høst**

*Sykepleiers pedagogiske funksjon i forberedende fase:*

*Hvordan kan sykepleier bidra til pasientens psykiske  
velvære – som livskvalitet etter gastric bypass?*

**Kandidatnummer: 257**

**27.04.2012**

## **Hjelpekunst**

*Hvis det i sannhet skal lykkes  
å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først og fremst passe på å finne ham der  
hvor han er,  
og begynne der.*

*Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.  
Enhver der ikke kan det,  
er selv i innbilning,  
når han mener å kunne hjelpe andre.*

*For i sannhet å kunne hjelpe en annen,  
må jeg forstå mer enn han,  
men dog vel først og fremst forstå  
det, han forstår.*

*Når jeg ikke gjør det,  
så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.*

*Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende,  
så er det fordi  
jeg er forfengelig eller stolt,  
så jeg i grunnen  
i stede for å gagne han,  
egentlig vil beundres av han.*

*Men all sann hjelpekunst  
begynner med en ydmykelse.  
Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil  
hjelpe  
og derved forstå,*

*at det å hjelpe  
ikke er å beherske, men det å tjene -*

*at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste,  
men den tålmodigste -*

*at det å hjelpe  
er villighet til inntil videre  
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,  
det den andre forstår*

**Søren Kierkegaard**

# INNHold

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven.....	4
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	4
1.3 Definisjon av sentrale begreper.....	5
1.4 Oppgavens oppbygning.....	6
<b>2.0 METODE.....</b>	<b>7</b>
2.1 Valg av metode.....	7
2.2 Litteratursøk i forhold til problemstillingen.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
2.4 Forarbeid og gjennomføring av intervju.....	10
2.4.1 Relevans og pålitelighet.....	11
2.4.2 Analyse og tolkning av intervju.....	12
2.4.3 Ethiske overveielser.....	12
<b>3.0 TEORI.....</b>	<b>14</b>
3.1 Orem's sykepleieteori.....	14
3.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon.....	16
3.3 Gatric bypass operasjon.....	18
3.4 Psykisk velvære.....	20
<b>4.0 DRØFTING OG PRESENTASJON AV FUNN.....</b>	<b>21</b>
4.1 Psykisk velvære – en utfordring for sykepleier.....	21
4.2 Første møte med pasienten.....	23
4.3 Betydningen av undervisning.....	25
4.4 Betydningen av veiledning.....	29
<b>5.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>33</b>
<b>6.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>35</b>
6.1 Pensumlitteratur.....	35
6.2 Selvvalgt litteratur.....	35

## **VEDLEGG:**

Vedlegg 1: Tillatelse til innhenting av data

Vedlegg 2: Søknad om tillatelse til innhenting av data

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Antall ord: 9305

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven**

Bakgrunn for valg av tema har vært personlige interesser og erfaringer som student, hvor jeg har kommet i kontakt med pasienter etter gjennomført gastric bypass, som er slankeoperasjon. I møte med denne pasientgruppen har jeg sett hvordan livet deres har endret seg etter gjennomført operasjon. Disse møtene har resultert i personlig interesse for teamet. For tiden er det stor fokus rundt slankeoperasjon. Det blir ofte diskutert rundt gastric bypass operasjon i media, dette har også påvirket mitt valg. Den største interessen min har vært rundt livskvalitet etter gjennomført gastric bypass. Teamet i oppgaven er satt i et sykepleierperspektiv hvor jeg undersøker hvordan vi som sykepleiere kan bidra til psykisk velvære etter gjennomført gastric bypass.

Hensikten med oppgaven er å tilegne meg kunnskap ved å intervju sykepleier, lese teori og forskning for å få svar på min problemstilling. Det vil være hensiktsmessig å intervju sykepleier, for å lære av hennes erfaringer med gastric bypass pasienter. Jeg mener at min bacheloroppgave vil kunne bidra til å øke min kompetanse som sykepleier, spesielt i møte med denne pasientgruppen

### **1.2 Problemstilling med avgrensning**

Ut i fra begrunnelsen for tema og hensikt med oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling:

*Sykepleiers pedagogiske funksjon i forberedende fase:*

*Hvordan kan sykepleier bidra til pasientens psykiske velvære – som livskvalitet etter gastric bypass?*

For å få belyst min problemstilling på en interessant og lærerik måte, valgte jeg å intervju en sykepleier, dette for å få tak i hennes erfaringer rundt temaet.

Bacheloroppgaven har begrensninger og har jeg har derfor vært nødt til å gjøre avgrensninger i forhold til min problemstilling. Dette på grunn av oppgavens lengde, tid til rådighet og tilgang på informanter.

Jeg har valgt å spørre sykepleier om hvordan den pedagogiske funksjon kan fremme psykisk velvære etter endt operasjon. Grunnen til at jeg valgte å se på psykisk velvære, er fordi livskvalitetsbegrepet er flertydig, og psykisk velvære er derfor et mer fruktbart begrep når det kommer til sammenheng mellom menneskers velvære og levekår (Næss, 2001).

Jeg har valgt pasienter som har fått invilget gastric bypass operasjon. Jeg har ingen avgrensninger når det kommer til kjønn eller alder. Videre har jeg fokusert på den forberedende fasen, som er perioden før pasienten blir operert. I denne fasen har jeg valgt å se på sykepleiers pedagogiske funksjon, og lagt vekt på undervisning og veiledning. Jeg har derfor valgt å skrive om hvilken betydning undervisning og veiledning har for pasientens psykiske velvære.

### **1.3 Definisjon av sentrale begreper**

**Lapraskopisk Gastric bypass:** Har til hensikt å føre til vektreduksjon hos pasienter med sykkelig overvekt. Gastric bypass utføres i dag ved hjelp av lapraskopisk teknikk. Dette har forbedret pasientens postoperative forløp, risiko for død og alvorlige komplikasjoner etter operasjon er lavere enn tidligere. Allikevel kan fedmekirurgi gi uønskede plager og komplikasjoner for pasienten (Hofsø et al., 2011).

**Sykkelig overvekt:** kroppsmasseindeks (BMI)  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> eller BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, hvor pasienten har fedmerelaterte følgetilstander (Hofsø et al., 2011).

**Forberedende fase:** Er den fasen når pasienten har fått innvilget operasjon og fram mot operasjonsdagen. Denne perioden varer i 3-6 måneder, men kan vare lengre. Pasienten møter opp til utredning som går over to dager. Første dagen er samtale med sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, kirurg og lege. Andre dagen er det undervisning av 2-3 pasienter sammen. Videre må pasienten følge et program i denne fasen når det kommer til endring av vaner (sykepleier).

**Psykisk velvære:** Psykisk velvære handler om en persons kognitive og affektive opplevelse. Kognitive opplevelser er tanker og vurderinger: Er vi fornøyd med livet? Affektive opplevelser handler om følelser: Er vi glade? engstelig eller nedstemt? (Næss, 2001).

Siri Næss (2001) foreslår begrepet livskvalitet som psykisk velvære, det er et snevrere begrep som inkluderer levekår, men det rommer mer enn mental helse begrepet. Levekår er de objektive betingelsene en lever under og kan påvirke livskvaliteten. Hvilke levekår som er gode og dårlige, vil være subjektivt. Innenfor medisin er det betegnelsen mental helse, som har vært brukt til å undersøke pasienters psykiske velvære, men positive opplevelse blir ikke fokusert på.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

- Innledningkapitel: Her har jeg presentert valget av tema, hensikten med oppgaven og problemstilling med avgrensning. Samt definisjon av sentrale begreper.
- Teoridel: Her presenterer jeg Dorothea Orems sykepleieteori, teori om sykepleiers pedagogiske funksjon, gastric bypass og psykisk velvære.
- Metodedel: I denne delen beskriver jeg hvilken metode jeg har brukt for å samle inn informasjon til oppgaven. Samt tar opp jeg etiske overveielser, forarbeid og gjennomføring av intervju, litteratursøk i forhold til problemstillingen, kildekritikk, relevans og pålitelighet og analyse og tolkning av intervju.
- Drøftning og presentasjon av funn: Her presenterer jeg mine funn i fra det kvalitative intervjuet med sykepleier, og drøfter det opp mot faglitteratur og forskning. Jeg har valgt å ta tema for tema i drøftningsdelen.
- Avslutning: Her presenterer jeg svarene jeg har fått på problemstillingen.

## 2.0 METODE

For å få svar på en problemstilling må en velge en metode, da den vil være vårt redskap i møte med det vi vil undersøke. Den vil veilede oss i hvordan vi skal gå frem for å etterprøve og fremskaffe kunnskap (Dalland, 2008).

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2008:83).*

### 2.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke intervju som kvalitativ metode for å belyse min problemstilling. Jeg mener det vil på en interessant måte belyse min problemstilling, når det kommer til læring og faglighet. I følge Dalland (2008) er samtalen det viktigste redskapet en har i arbeid med mennesker. Formålet med det kvalitative intervjuet blir å fremskaffe intervjupersonens beskrivelse av situasjonen han eller hun befinner seg i. Kvalitativ metode vil hjelpe meg å fange opp meninger, opplevelser og erfaringer, da dette ikke kan tallfestes eller måles. Jeg er ute etter sykepleiers erfaringer, og metoden vil kunne gi meg tilgang til erfaringsbasert kunnskap. Kvantitativ metode ville ikke gitt meg tilgang til dette, da denne metoden fokuserer på å forme informasjon om til målbare enheter. Dette er grunnen til at jeg valgte kvalitativ og ikke kvantitativ metode. I følge Dalland (2008) egner den kvalitative metoden seg best når en skal undersøke et fenomen ved å gå i dybden. Det som blant annet kjennetegner en kvalitativ metode er følsomhet, nærhet, fleksibilitet og forståelse. Dette er ord jeg synes beskriver godt den kvalitative metoden. Nærhet får jeg til feltet gjennom å gjøre intervju, intervjuet blir preget av svaralternativer som ikke er faste, og jeg tolker mine funn.

Jeg har valgt å bruke en hermeneutisk tilnærming som er fortolkningslære. *”Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Dens opprinnelige bestemmelse var fortolkningslære eller fortolkningskunst ”* (Thornquist, 2010:139). Ved å lese ulike forskningsartikler og faglitteratur, samt gjøre intervju med sykepleier, vil jeg fortolke og forstå funnene mine. Disse funnene vil jeg bruke i drøftingskapitlet i oppgaven min. I følge



Thornquist (2010) er det vi forstår og fortolker subjektivt, fordi vi alle har en tankemessig og erfaringsmessig ”bagasje”, som er med og påvirker vår forståelse og fortolkning.

## **2.2 Litteratursøk i forhold til problemstillingen**

Jeg har brukt ulike søkekilder i mitt søk etter litteratur og forskning. Først og fremst har jeg brukt bibliotekdatabasen BIBSYS, og artikkeldatabasene Scopus og helsebiblioteket. Søkeord jeg har benyttet for å finne fram til relevant litteratur og forskning er; psykisk velvære og gastric bypass, livskvalitet og gastric bypass, psykisk velvære, mestring og psykisk velvære, sykepleie og pedagogikk. Jeg har også skrevet søkeordene på engelsk i databasene for å finne relevant litteratur og forskning.

### **Antall treff i BIBSYS på søkeordene**

**Psykisk velvære og gastric bypass:** 0 treff.

**Psykisk velvære:** 9 treff, det var i dette søket jeg fant boken *livskvalitet – forskning om det gode liv*.

**Livskvalitet og gastric bypass:** 0 treff.

**Mestring og psykisk velvære:** 4 treff. Jeg søkte derfor på mestring, det ga meg 933 treff, videre søkte jeg på mestring og stress, som ga meg 139 treff. Det var i dette søket jeg fant boken *Grunnleggende sykepleie*, som hadde et eget kapittel om *stress, mestring og endring av livsstil*.

**Gastric bypass og sykepleie:** 0 treff.

**Sykepleie og pedagogikk:** 87 treff. Det var når jeg gjorde dette søket at jeg fant fram til boken *sykepleiepedagogisk praksis*.

Etter å ha gjort søk i denne databasen, synes jeg BIBSYS var den databasen som ga meg mest sykepleiefaglig litteratur.

### **Antall treff i Scopus på søkeordene**

**Psychological well-being:** 20 770 treff. Søket ga alt for mange treff. Jeg spesifiserte mitt søk til året 2012, medisin og sykepleie, det ga meg 67 treff.

**Quality of life, gastric bypass:** 590 treff.

**Coping, psychological well-being:** 2292 treff, jeg begrenset søket til året 2011 og 2012, fagfeltet medisin og sykepleie, som ga meg 206 treff.

**Gastric bypass, nursing:** 75 treff.

**Nursing and education:** 135 531 treff. Jeg begrenset søket til året 2012, det ga meg 183 treff.

Denne databasen ga meg veldig mange treff, også etter jeg hadde begrenset søkene. Jeg så igjennom de ti første sidene på hvert søk for å finne relevant forskning og litteratur. De søkene jeg gjorde i databasen ga meg mange funn som var rettet mot medisin, og det var lite sykepleiefaglig litteratur og forskning å finne i forhold til min problemstilling.

### **Antall treff i Helsebiblioteket på søkeordene**

**Livskvalitet og psykisk velvære:** 0 treff.

**Psykisk velvære:** 143 treff. Her fant jeg artikkelen livskvalitet som psykisk velvære.

**Livskvalitet og gastric bypass:** 263 treff. I dette søket fant jeg artikkelen *livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt*, og artikkelen *Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study*.

**Mestring og psykisk velvære:** 39 treff.

**Gastric bypass og sykepleie:** 113 treff.

**Sykepleie og pedagogikk:** 18 treff.

## **2.3 Kildekritikk**

Det har vært en vanskelig prosess å finne litteratur til min oppgave. Temaet jeg skriver om er ferskt og er i tiden nå. Noe som tyder på at det vil komme mer forskning i tiden fremover. Jeg valgte derfor å søke kunnskap ute i praksisfeltet og gjøre et kvalitativt intervju med sykepleier som har erfaring rundt teamet.

I mitt søk etter litteratur og forskning har jeg valgt ut litteratur som er relevant og aktuell for min problemstilling. Først og fremst har jeg så langt det har latt seg gjøre, brukt pensum litteratur, ettersom dette er et krav i følge emnebeskrivelsen. Når jeg har funnet forskning, har jeg i hovedsak forholdt meg til primærkildene. I følge Dalland (2008) er primærkilden ny

kunnskap om et emne som presenteres for første gang. Derfor vil det kunne være mer pålitelig, ettersom det ikke er fortolket av andre, slik det vil være om en finner sekundærlitteratur.

Jeg har forholdt meg til følgende kriterier i søken etter litteratur. Faget helse- og sosial og nyere forskning som ikke er eldre enn 10 år, da faget vårt stadig er i endring. Samt finne litteratur og forskning som er på et nivå som jeg klarer å forstå, altså litteratur som er på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Jeg har valgt å bruke disse kriteriene for å finne litteratur og forskning, som er relevant og pålitelig i forhold til min problemstilling. Litteraturen jeg fant om Orems sykepleieteori valgte jeg å ta med selv om den er over 10 år gammel, dette fordi den er relevant for oppgaven min. Jeg ser viktigheten av å ta med tidsskriftsartikler i oppgaven da det er her diskusjonene foregår, og de nyeste forskningsresultatene finnes (Dalland, 2008). Det er mange tidsskrifter å forholde seg til i vår profesjonsutdanning. Jeg har valgt å benytte tidsskrifter innenfor støttefaget medisin, fordi det var lite sykepleiefaglig forskning å finne, som var relevant for min problemstilling. Artikkelen *oppfølging etter fedmekirurgi* er en av de vitenskapelige artiklene jeg har funnet, det er en oversiktartikkel, som er en tolkning av andres arbeid, det vi kaller for sekundær litteratur. Som hovedregel bør en gå tilbake til den opprinnelige kilden (Dalland, 2008). Jeg valgte allikevel ikke å gå til primærkilden, fordi oversiktartikkelen var relevant for min oppgave, og jeg benyttet faktaopplysninger i fra artikkelen angående gastric bypass operasjon. Når det gjaldt å finne forskning om livskvalitet etter gastric bypass operasjon valgte jeg å bruke *SOS-studien: Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity*, som er en langtidsstudie der fedmeopererte pasienter blir fulgt over en ti års periode. En langtidsstudie styrker påliteligheten til forskningen. Jeg valgte også å bruke originalartikkelen *livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt*, fordi den ga meg relevant litteratur i forhold til den kirurgiske behandlingen og gastric bypass pasienter.

## **2.4 Forarbeid og gjennomføring av intervju**

Lenge før vi skulle begynne å skrive bacheloroppgave hadde jeg bestemt meg for hvilket tema jeg skulle skrive om. Da jeg startet oppgaveprosessen bestemte jeg meg for å bruke intervju i min oppgave for å hente inn fersk og erfaringsbasert kunnskap ifra praksisfeltet. Jeg begynte

med å skrive intervjuguide, i følge Dalland (2008) er det til hjelp å skrive en intervjuguide da en får forberedt seg faglig og mentalt til å møte informanten. I tillegg til intervjuguide skrev jeg søknad om tillatelse til intervju, og samtykkeskjema. Disse ble godkjent av veileder før jeg gikk i gang. Jeg valgte å møte opp personlig for å presentere meg selv, informere om oppgaven min og levere skriftlig søknad om tillatelse til intervju, dette for å få fortlgang i prosessen. Jeg fikk positiv tilbakemelding i fra sykepleier, og hun sa jeg ville høre i fra dem. Jeg kontaktet sykepleier via telefon noen dager senere og lurte på om de hadde funnet en passende dato for intervju. De informerte om stramt tidsskjema for tiden, og hun skulle prøve så godt hun kunne og finne en dag det passet. Kanskje skulle jeg vært ennå tidligere ute med søknad om intervju, ettersom det tok så lang tid før intervjuet ble gjennomført. Selv om det tok lang tid, og jeg møtte gjentatte ganger opp personlig for å få fortlgang i prosessen, må en regne med at fagpersoner har en hektisk hverdag fylt av planlagte aktiviteter. En må derfor ta hensyn til deres stramme tidsskjema. Jeg ga meg i hvert fall ikke, og hadde is i magen ettersom jeg så viktigheten av å ha med intervju i min oppgave.

Gjennomføringen av intervju gikk greit. Jeg valgte ikke å gi sykepleier spørsmålene på forhånd, fordi jeg ville ha hennes erfaringer og ikke strukturerte svar. Sykepleier var veldig engasjert, og jeg fikk gode svar på mine spørsmål. Jeg brukte båndopptaker og slettet opptaket etter at jeg hadde transkribert intervjuet.

#### **2.4.1 Relevans og pålitelighet**

I følge Dalland (2007) må data være relevante for problemstillingen. Når man velger å intervju en informant, må en vurdere om denne personen kan svare på de spørsmålene problemstillingen reiser. Jeg valgte derfor en sykepleier som jeg viste hadde erfaring rundt min problemstilling.

Intervjuet ble preget av en samtale mellom meg og sykepleier, det var i stor grad sykepleier som styrte samtalen, intervjuguiden var til god hjelp med å holde oss innenfor temaet. Jeg følte derfor at intervjusituasjonen gjorde at jeg fikk tak i viktige sider rundt min problemstilling. Sykepleiers erfaringer kom godt fram da hun fikk formidle kunnskapen på en måte som var naturlig. Når det gjelder pålitelighet er det i følge Dalland (2007) at leddene i

prosessen må være fri for unøyaktigheter. I en hver oppgave kan det være feilkilder, jeg brukte båndopptaker noe som kan føre til at feil kan oppstå ved transkribering av lydopptaket. Informanten kan ha misforstått enkelte spørsmål og under transkribering kan meningsinnholdets pålitelighet bli redusert. Det at jeg valgte en person å intervju, kan redusere påliteligheten til de data jeg har samlet inn.

I følge Dalland (2008) vil den som undersøker alltid ha en førforståelse rundt det som skal undersøkes. En vil ha tanker om fenomenet og hvilke funn en kommer til å gjøre. Det er viktig å erkjenne denne førforståelsen, og være åpen for nye inntrykk. Jeg møtte ikke med ”blanke ark” til intervjuet, dette fordi jeg selv har møtt denne pasientgruppen i praksis og dette har farget min førforståelse. Jeg valgte derfor å være åpen for nye inntrykk, fordi jeg ønsket å erverve meg ny kunnskap gjennom intervjuet

#### **2.4.2 Analyse og tolkning av intervju**

I følge Dalland (2007) er analyse å dele opp eller løse opp en helhet i mindre deler. Analysen kommer tidlig i arbeidet med dataene som er samlet inn, mens tolkningen av dataene kommer senere. Jeg startet med å transkribere intervjuet som i følge Dalland (2007) er å overføre det muntlige over til ord og bokstaver. Deretter bearbeidet jeg teksten, som å dele opp i hovedsetninger, leddsetninger og bestemme tegnsetting. Jeg leste det transkriberte intervjuet og samlet tekst som hørtes meningsmessig ut under spørsmålene i intervjuguiden. Deretter tolket jeg intervjuet. *”Tolkning dreier seg om å forklare innholdet eller betydningen av noe”* (Dalland 2008:173). Min tolkning av funnene i intervjuet vil være preget av mine erfaringer, mitt ståsted og funn av litteratur.

#### **2.4.3 Etiske overveielser**

Det stilles krav til personvern når en skal forske, dette fordi hver enkelt skal være beskyttet mot at personvernet ikke blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Forskningens mål skal ikke gå utover enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2008).

I min oppgave hvor jeg har brukt intervjuet, har jeg anonymisert informantene og arbeidsplassen. I følge Dalland (2008) er opplysningene anonymisert når de ikke kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale. Jeg har valgt å benytte meg av båndopptaker i

intervjuet. Da dette også regnes som opplysninger og vurderinger, som kan knyttes tilbake til enkeltpersoner, ble dette slettet etter at det ble transkribert.

Det ble informert på forhånd til informantene muntlig og skriftlig om anonymisering, frivillig samtykke og hva det innebærer. Jeg informerte om at båndopptaker ville bli benyttet under intervjuet. Samt at jeg som helsepersonell kom til å ivareta min taushetsplikt jamfør helsepersonelloven § 21 hovedregel om taushetsplikt som lyder:

*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.*

## 3.0 TEORI

### 3.1 Orems sykepleieteori

Dorothea Orem ble født i 1914 i Baltimore, Maryland. Hun begynte å studere sykepleie ved Providence Hospital school of Nursing i Washington, og fikk sin bachelorgrad tidlig på 30-tallet. Hennes sykepleieteori ble for første gang presentert i 1971, i etterkant av dette er det blitt gjort flere endringer og forbedringer. Orems sentrale målsetning med teorien om egenomsorgssvikt, har vært å presisere hva som er det særegne ansvarsområde i sykepleiefaget. For å forklare dette har Orem tatt for seg hva som er karakteristisk for personer som har behov for kvalifisert sykepleie (Kirkevold, 1998). I følge Canvanagh (2001) består Orems modell av tre teorier. Teorien om egenomsorg, teorien om omsorgssvikt, teorien om sykepleiesystemene og sykepleiers hjelpemetoder

Jeg valgte å bruke Dorothea Orems sykepleieteori i min oppgave, da hun fokuserer på at pasienten trenger å lære å behandle og pleie seg selv, gjennom undervisning og veiledning, samt støtte fysisk og psykisk fra sykepleier. En av forutsetningene for dette er at pasienten ønsker å lære og ser behovet i dette selv (Kirkevold, 1998). Etersom jeg vil fokusere på sykepleiers pedagogiske funksjon i den forberedende fasen i forhold til gastric bypass pasienter, så jeg det relevant å bruke Orems sykepleieteori i forhold til min problemstilling.

#### **Teori om egenomsorg**

Egenomsorg er aktiviteter som individet selv planlegger og utfører på egenhånd for å opprettholde liv, helse og velvære. Dette gjelder ikke bare de fysiske, men også de psykiske og åndelige behov. Egenomsorg er et aktivt fenomen som krever at individet selv forstår sin helsetilstand og vil derfor ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak (Cavanagh, 2001).

Orem deler egenomsorgsbehovene inn i tre kategorier *universelle, utviklingsmessige og de som er forbundet med helseavvik*.

De *åtte universelle egenomsorgskrav* har betydning for det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene i våre liv som er behovet for tilførsel av tilstrekkelig luft, vann og mat. Behov for eliminasjonsprosesser som utskillelse av avfallsstoffer, en balanse mellom aktivitet

og hvile, samt en balanse mellom det å være alene og ha sosial kontakt. Vi har også et behov for trygghet mot farer for livet, menneskelig funksjon og velvære. I tillegg har vi behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, og ønsket om et positivt selvbilde. Disse universelle egenomsorgsbehovene er områder som individet må være i stand til å mestre for å kunne praktisere egenomsorg. Denne tanken om en balanse mellom krav og evner står sentralt i Orem's modell (Cavanagh, 2001).

I følge Kirkevold (1998) beskriver Orem en rekke behov som forandrer seg med menneskets modning og utvikling fra fødsel til død, dette er de *utviklingsmessige omsorgsbehovene*. De universelle egenomsorgsbehovene finner vi på hvert av disse utviklingsstadier. Her kan det også foreligge omsorgsbehov som er helserelaterte og har betydning for utviklingen, som foreksempel regulering av temperatur hos en nyfødt, som ikke er i stand til å sørge for dette selv og trenger assistanse. Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov kan også omhandle tilstander som har negative konsekvenser for utvikling. Det kan være tap av slektning eller bekjente, manglende utdanning og plutselig endring i levekår (Cavanagh, 2001).

*Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov* foreligger når individet blir sykt, har funksjonssvikt, blir skadet, eller er under medisinsk behandling. Hovedforutsetningen er at individet selv må søke råd og assistanse fra mennesker med kompetanse, når en selv ikke har kapasitet til å dekke sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2001).

### **Teorien om egenomsorgssvikt**

*Teorien om egenomsorgssvikt* er en beskrivelse og forklaring på hvorfor en trenger sykepleie. Det vil si når det oppstår et misforhold mellom individets egenomsorgsbehov og evne til å gjennomføre disse behovene. I slike situasjoner må for eksempel pårørende ta ansvar for personens egenomsorg. Dette kaller Orem for ”omsorg for avhengige”. Når individet selv eller pårørende ikke har evne til å gjennomføre disse behovene er sykepleie berettiget (Kirkevold, 1998).



## **Teorien om sykepleiesystemer**

*Teorien om sykepleiesystemer* foreller om hvilke funksjoner sykepleier kan utøve når det kommer til å hjelpe pasienten (Canvanagh, 2001).

### **3.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon**

Den pedagogiske funksjonen til sykepleier dreier seg om å møte mennesker. Målet er å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Dette gjør sykepleier gjennom konkrete gjøremål, vurderinger og handlinger. For at sykepleier skal kunne beherske sin pedagogiske funksjon på en tilfredsstillende faglig måte må hun ha pedagogisk kompetanse. Dette innebærer kunnskap, viten og forståelse av ulike fagområder innenfor sykepleie, som sykdomslære, pedagogikk og psykologi. Hun må ha emosjonell, etisk og moralsk bevissthet for å kunne vurdere egne handlinger når det kommer til utvikling og læring hos mennesker. Her vil det også være viktig at sykepleier innehar kommunikasjons – og samhandlingsferdigheter i møte med mennesker, og har ferdigheter når det kommer til undervisning og veiledning (Tveiten, 2009).

Målet for den sykepleiepedagogiske aktiviteten er helsefremming. De ulike pedagogiske funksjonene til sykepleier er *støtte, informering, instruksjon, undervisning og veiledning*, disse er verktøy eller metoder for sykepleiepedagogisk praksis.

Undervisning har til hensikt å styrke pasienten på den måten at han opplever læring, klarer å delta som et aktivt og tenkende menneske i sitt eget pleie- og behandlingsforløp, samt få økt kompetanse, slik at han lærer nye strategier for å kunne møte sin endrede livssituasjon. Pasienten må derfor endre gamle handlingsmønstre og finne fram til nye hensiktsmessige, ut ifra den situasjonen som har brakt ham i kontakt med helsevesenet, og inn i rollen som pasient (Lejsgaard og Jensen, 2003). Som del av den pedagogiske funksjonen må sykepleier også informere ved å formidle relevante opplysninger, og beskrivende forklaringer når det for eksempel kommer til en spesiell type undersøkelse, dette er viktig for at pasienten skal føle trygghet og forutsigbarhet. Instruksjon, opplæring og undervisning som er elementer i pasientutdanningen har som mål å fremme kunnskap, forståelse og atferdsendring (Brataas, 2011).

Hensikten med veiledning er å gi pasienten mestringskompetanse når det kommer til egen sykdom, gi økt forståelse for sykdommen, bidra til endring av holdninger og lære pasienten ferdigheter eller prosedyrer knyttet til sykdom (Tveiten, 2009). Veiledning trenger ikke bare å være mestringsorientert. Den kan også være handlingsorientert ved å hjelpe pasienten til å takle følelsesreaksjoner, og velge å lære hensiktsmessige handlemåter (Brataas, 2011).

I følge Tveiten (2009) vil mestring være av mening og hensikt å fokusere på gjennom sykepleiers pedagogiske funksjon hvis man vil at individet skal utvikle seg, lære og å få økt livskvalitet. Målet er at individet skal mestre sitt liv og sin helse, samt ha tro på bruk av egne ressurser. Det er viktig at sykepleier vet at mestring vil variere med person og situasjon. Da mestring i følge Richard Lazarus er når personens ressurser settes på prøve og en bruker ulike typer atferd og psykiske prosesser for å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere de krav som stilles i en gitt situasjon (Kristoffersen, 2005). I situasjoner hvor personen skal prøve å mestre handler det om personens følelser, tanker og handlinger (Brataas, 2011). Mestring dreier seg derfor om handlinger og strategier som er rettet mot å ha kontroll over indre og ytre krav, samt konflikter en møter på. Atferden representerer de forsøkene personen gjør for å takle de utfordringer han står ovenfor på en hensiktsmessig måte (Kristoffersen, 2005).

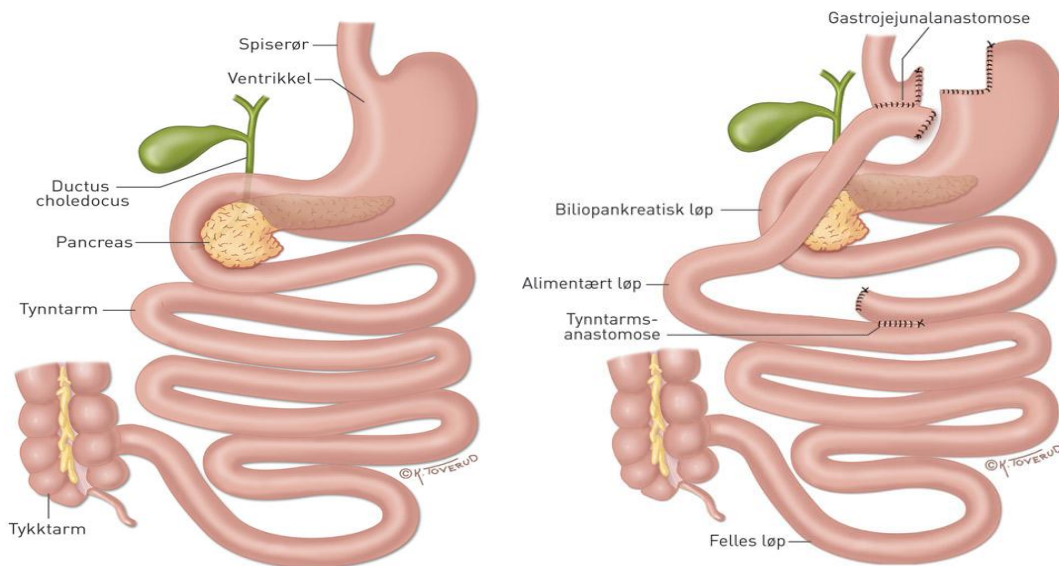
Pasienten trenger mestringshjelp ifra sykepleier, derfor må Sykepleiers formidle kunnskap til pasienten, som bidrar til læring. Dette er viktig for at pasienten skal forstå at han kan gjøre noe positivt når det kommer til sin egen sykdom. Antonovsky har utviklet salutogonesemodellen, som er en modell som fokuserer på helse som en utviklingsprosess. Modellen fokuserer på menneskets motstandsressurser som; materielle ressurser, kunnskap, selvbilde, fleksibilitet, rasjonalitet, sosialt nettverk, kulturell stabilitet, bevisst livssyn og tro, helseatferd, og genetisk og konstitusjonell styrke. Disse motstandsressursene har innvirkning på hvordan mennesker mestrer stress og sin helsetilstand. En del av mestringshjelpen til sykepleier vil bli å styrke og bevisstgjøre pasientens motstandsressurser gjennom læring, og bidra til endre helseatferd (Tveiten, 2009).

### **3.3 Gastric bypass operasjon**

Lapraskopisk gastric bypass er en operasjonsmetode som utføres på pasienter med sykkelig overvekt. Dette er et behandlingstilbud som Helsedepartementet i 2004 påla de regionale helseforetakene og etablere, etter dette har det vært en økning i antall fedmeoperasjoner her i landet. Lapraskopisk gastric bypass er hovedmetoden ved fedmeoperasjon her i landet, og utgjør derfor 90 prosent av fedmeoperasjonene (Hofsø et al., 2011).

Hensikten med operasjonen er å oppnå en restriksjon av magesekk, samt malabsorpsjon som forekommer på grunn av omkobling av tynntarm. Det reduserte næringsopptak, samt de endringene som skjer i mage-tarmkanalen fører til at en ikke klarer å spise like mye som tidligere. Dette er hensikten, da man ønsker å hindre vekt oppgang (Nordlandssykehuset, 2011).

## Anatomisk bildeforklaring



Normal anatomi som viser spiserør, magesekk, gallegangen, bukspyttkjertelen og tynn-og tykktarm (Hofsø et al., 2011).

Ved gastric bypass operasjon lages en mindre magesekk, og rest-magesekken kobles ut. Tolvfingertarmen og 60 cm av første del av tynntarmen kobles også ut. Det lages en kobling mellom den nye magesekken og tynntarmen. Dermed går føden forbi magesekken og duodenum i et alimentært løp, mens galle og pankreassekret går igjennom i et biliopankreatisk løp, før de møtes i et felles løp (Hofsø et al., 2011).

### 3.4 Psykisk velvære

Det er mange definisjoner på begrepet livskvalitet, og begrepet er stort og omfattende da det tar for seg helse, mental helse, smerte, og levekår. *Livskvalitet som psykisk velvære* blir definert som, ”en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Næss, Moum & Eriksen, 2011). Slik begrepet blir definert er det en subjektiv tilstand hos den enkelte (Næss, 2001).

Psykiske velvære går mer på de følelsesmessige opplevelsene i begrepet livskvalitet *å ha det godt og en grunnstemning av glede*. I boken til Rustøen (2001) beskriver Siri Næss fire hovedområder som går på å ha det godt. Det første punktet dreier seg om mening, at man er opptatt av noe, og har følelsen av at noe er meningsfylt. Hun påpeker at det er viktig å ha interesser utenfor seg selv. Det andre punktet dreier seg om fellesskap, at man har et nært, varmt, og gjensidig forhold til minst et annet menneske. Det tredje punktet dreier seg om selvfølelse som innebærer selvsikkerhet og følelsen av mestring. Til slutt trekker hun inn vår psyke, og nevner at dette punktet kan være en konsekvens av de andre. Skal man være aktiv og selvrealisert, ha et godt mellommenneskelig forhold og selvfølelse, må grunnstemningen være tilstede i form av mer positiv enn negativ. Næss nevner videre under dette punktet at det må være fravær av uro, bekymring, angst, rastløshet, tomhetsfølelse, nedstemthet, ubehag og smerte.

## 4.0 DRØFTING OG PRESENTASJON AV FUNN

Problemstillingen i oppgaven handler som tidligere nevnt om, sykepleiers pedagogiske funksjon i forberedende fase:

Hvordan kan sykepleier bidra til pasientens psykiske velvære – som livskvalitet etter gastric bypass?

I dette kapittelet vil jeg bruke de data jeg har samlet igjennom det kvalitative intervjuet, samt bruke den faglitteraturen og forskningen jeg har funnet rundt min problemstilling. Jeg vil bruke mine funn å drøfte dem opp mot problemstillingen, og fortelle hva jeg har lært. I følge Dalland (2008) skal man i drøftning vise hva man har lært av oppgaven sin, se på sammenheng mellom teorien og resultatene fra undersøkelsen.

### 4.1 Psykisk velvære – en utfordring for sykepleier

I følge sykepleier jeg intervjuet er *livskvalitet som psykisk velvære* et begrep som oppleves individuelt. Dette stemmer overens med teorien jeg har funnet. Sykepleier beskriver videre to ulike pasientsituasjoner for å eksemplifisere hvor forskjellig utgangspunkt pasientene kan ha før operasjon, og hvorfor de opplever redusert psykisk velvære. Begge disse to eksemplene er i fra den forberedende fasen når pasienten er til utredning.

*Pasient 1: Han var over 200 kilo og hadde aldri sett på vekten sin som et problem. Han sa: Jeg vet at jeg er stor, men jeg har aldri blitt mobbet. Jeg har deltatt i aktiviteter. Jeg har blitt tatt på alvor og blitt respektert. Jeg har hatt venner hele livet. Nå har jeg oppdaget at jeg begynner å bli syk og jeg trenger hjelp.*

I følge sykepleier var dette en unik mann, det bruker heller å være motsatt som det var med denne jenten.

*Pasient 2: Hun var en ung jente, som var skoleflink og akseptert i sitt bygdemiljø. Hun ville flytte til en større by for å studere nå, men turte ikke å søke fordi hun var redd for hvordan hun kom til å bli møtt. Hun var redd for og ikke klare å stå i situasjonen som student og forholde seg til miljøet, samt bli akseptert.*

I begge disse to eksemplene kommer det fram at pasienten ikke har en opplevelse av å ha det godt. Pasient 1 vil nok oppleve bekymringer, angst, ubehag og smerte i forhold til sin overvekt, ettersom han begynner å bli syk. Pasient 2 har problemer i forhold til at hun har dårlig selvfølelse, selvsikkert og liten tro på å mestre situasjonen. Altså har begge disse to pasientene tanker og opplevelser om seg selv som er negative.

De fleste pasientene som er sykkelig overvektige sliter med et dårlig selvbilde og redusert mestringsfølelse. Sykepleier er derfor klar over at mestring vil variere fra person og situasjon. Derfor er hun opptatt av at ”pasienten må ha lang tid på seg i forkant av operasjon, dette er viktig for at pasienten skal kunne lykkes i å gjøre noen grep for sitt liv, og oppleve psykisk velvære etter gastric bypass operasjon”. Å jobbe med ”etablering av nye vaner i den forberedende fasen er avgjørende for hvordan pasienten vil mestre sin livssituasjon etter operasjon”, ettersom gamle vaner kan etablere seg på nytt igjen i det postoperative forløpet. Derfor er det viktig at

*Jeg som sykepleier skal bidra med fagkunnskap, også skal pasienten sette det sammen med brukerkunnskapen. Når de får dette til og ”knekker koden”, da vet vi at de går ned i vekt, og de føler at de mestrer sin egen livssituasjon. Min erfaring er at pasientene får en helsegevinst og økt psykisk velvære. De aller fleste pasienter kommer med tilbakemeldinger til oss om at de mestrer den nye livssituasjon med nye vaner, og at dette bidrar til økt livskvalitet.*

I SOS-studien som har fulgt fedmeopererte pasienter gjennom en tiårs periode, og sett på forandringer i helserelatert livskvalitet, kommer det fram at det kan være vanskelig for enkelte pasienter å beholde vekttapet over tid. Tendensen er at de aller fleste har en dramatisk forbedring i livskvalitet det første året etter operasjon. I løpet av en tiårsperiode ser en at mange pasienter fortsatt har bedre livskvalitet, enn før operasjon. De pasientene som klarer å beholde en langvarig vektreduksjon over flere år har positiv effekt på livskvaliteten. På den andre siden går enkelte pasienter sakte opp i vekt, noe som bidrar til gradvis reduksjon i livskvalitet (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström, Sullivan, 2007). Her ser jeg viktigheten av det sykepleier sier, når det gjelder at pasienten må ha lang tid på seg i den forberedende fasen. Dette for å kunne mestre endring av vaner, som er avgjørende for pasientens psykiske velvære

i etterkant av operasjon. Jobbing med etablering av nye vaner er viktig for at gamle vaner ikke skal snike seg inn i det postoperative forløpet, og forårsake at pasienten gradvis går opp i vekt.

## **4.2 Første møte med pasienten**

Sykepleier klarer ikke alene å få et helhetlig bilde av pasienten. Derfor er det et tverrfaglig team som består av sykepleier, ernæringsfysiolog, kirurg og lege, som pasienten har samtale med den første dagen, dette for å få et mest mulig riktig bilde av pasient. Sykepleier opplever at pasientene gir mer av seg selv etter hvert som de får snakket med de ulike fagpersonene.

*Det kan være ting dem ikke tørr å fortelle meg som sykepleier, fordi jeg er førsteperson de er i kontakt med. Men når de kommer til legen, så kanskje de kan fortelle noe de ikke fortalte meg.*

Fagpersonene samles etter samtale med pasient, og diskuterer tverrfaglig rundt pasient når det kommer til hva de kan bidra med, og hvordan kan de sanke inn mer informasjon.

*Har pasienten en lange historie med angst, depresjon og spiseforstyrrelser, så er det viktig å sanke inn opplysninger i fra andre i helsevesenet, som har vært involvert i dette fra tidligere. Dette gjør vi fordi for å skaffe oss et best mulig bilde av pasienten, slik at vi vet hva vi skal legge fokus på og jobbe med videre.*

Dette er en viktig oppgave for å ivareta sykepleiers pedagogiske funksjon. Pasientens helhetlige behov må kartlegges. Derfor vil personsentrert, faglig og tverrfaglig pedagogisk praksis være viktige verktøy i vurderingen av hvert enkelt pasientens behov for helsehjelp (Brataas, 2011). Kartlegging av pasientens helhetlige behov vil være av betydning, når det kommer til å kunne legge til rette for pasient gjennom undervisning og veiledning. Det vil også være av betydning når det kommer til å samarbeide med pasienten, for å kunne finne verktøy til å mestre sin nye livssituasjon, og kunne oppleve psykisk velvære.

Det første møte mellom sykepleier og pasienten, kalles bli kjent-/ bli trygg-fasen. Fokuset skal ligge på pasienten, fordi det har stor betydning, når det gjelder å få tillit til sykepleier som



veileder. Opplevelsen av å bli sett, hørt, tatt på alvor og ha sykepleiers oppmerksomhet har betydning for tilliten (Tveiten, 2009). I intervjuet kommer der fram at

*I det første møte med pasient bruker vi mye tid på å møte pasienten, og begynner med å bygge et tillitsforhold. Jeg tenker over at dette er et veldig privat område for pasient når det kommer til å fortelle om sitt liv, problemer og årsaker til overvekten.*

Tveiten (2009) påpeker at det er viktig å lytte aktivt i den første samtalen, da dette kan legge til rette for tillit. Det at sykepleier og pasient blir kjent med hverandre kan skape trygghet. Trygghet kan gjøre at pasienten våger å reflektere over sin situasjon og egne behov. Derfor blir det i første møte med pasienten lagt fokus på å bygge et tillitsforhold. For å kunne bygge dette tillitsforholdet må sykepleier også ta hensyn til pasienten, fordi hver pasient har sin egen livshistorie, livsverden og opplevelse av å være pasient (Brataas, 2011).

*Når jeg møter hver enkelt pasient må jeg ta hensyn til hva de har med seg i "bagasjen", det kan være negative erfaringer i møte med helsevesenet ifra tidligere, hvordan opplevelse har pasienten av å bli veid sammen med andre i grunnskolen. Kanskje har pasienten slitt med vektproblematikk siden han var et lite barn, og hva har det gjort med pasienten som person og selvbilde.*

Ut ifra hva sykepleier sier forstår jeg at det er mye sykepleier må ta hensyn til i møte med denne pasientgruppen. I tillegg til dette, er det sykepleiers oppgave å identifisere ulike typer egenomsorgssvikt. Sykepleie dreier seg derfor om å gi pasienten økt evne til egenomsorg (Kirkevold, 1998). Evnen til egenomsorg kan utvikles når en tilegner seg kunnskap og forstår hvordan egen helse best kan ivaretas (Tveiten, 2009). Sykepleie til gastric bypass pasienter i den forberedende fasen vil derfor være å vurdere hva pasienten trenger av kunnskap, for å mestre ulike situasjoner i den forberedende fasen og etter operasjon. Sykepleier må derfor samle inn data om pasienten, som er relevant for videre undervisning og veiledning. Det vil derfor være aktuelt å bli kjent med pasienten som person og hans/hennes ressurser når det kommer til læring. Dette for å få kartlagt personens motivasjon og læringsstil, samt hvordan pasientrollen erfares. Målet er å fremme helse, derfor må sykepleier ha kunnskap og fremgangsmåter for å integrere person- og helsefremmende fokus. Det er derfor essensielt å kartlegge hvordan pasienten fungerer sammen med familie, personer i arbeidslivet, skole eller

andre sammenhenger (Bratass, 2011). Dette fordi følelsen av psykisk velvære også gjelder følelsen av fellesskap og et godt mellom menneskelig forhold (Rustøen, 2001). Dette har betydning for hvordan pasienten vil mestre de endringene som kommer i den forberedende fasen og etter gastric bypass.

Pasienter som lider av sykkelig overvekt har et helsesviktrelatert egenomsorgsbehov. Pasienten må selv kontakte helsevesenet og søke hjelp hos fagpersonell. Det foreligger egenomsorgssvikt hos disse pasientene, og de har et behov for å forbedre sin helsetilstand. Dermed har pasienten krav på sykepleie (Kirkevold, 1998).

Sykepleier poengterer viktigheten av den oppfølgingen pasienten får i dag. *”Før i tiden ble denne pasientgruppen tatt inn til operasjon av kirurger og fikk hverken oppfølging før eller etter operasjon. Hun understreker viktigheten av at ”hodet til pasienten må være med på det som skal skje, dette gir gode resultater for pasientens helse og livskvalitet. Det er sykepleiers oppgave å gjøre pasienten bedre rustet til operasjon og livet etter”.* I følge Orem's teori om sykepleiesystemer kan sykepleier benytte fem ulike hjelpemetoder for å hjelpe pasienten (Canvanagh, 2001), som

*å handle eller gjøre noe for en annen, å veilede en annen, å støtte en annen fysisk og psykisk, å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner, og å undervise (Canvanagh, 2001:33).*

Da pasienten ikke har kapasitet til å dekke sine egenomsorgsbehov må sykepleier tre inn med disse hjelpemetodene for å forbedre pasientens helsetilstand (Canvanagh, 2001).

### **4.3 Betydningen av undervisning**

I følge Orem er det sykepleiers ansvar å handle for å opprettholde og fremme liv, helse og velvære når pasienten selv ikke har evne til det. Pasienten trenger da å lære å utføre egenbehandling selv. Pasienten må da ha mulighet til dette, innse behovet og ønsker å gjøre det selv (Kirkevold, 1998). Dette kan gjøres gjennom undervisning. Sykepleier jeg intervjuet forklarte at *”Vi underviser i gruppe med to eller tre pasienter, i anatomi og ernæring, og vi snakker med pasientene om endring av vaner”.* Undervisning har som formål å oppnå kunnskap, forståelse og endring i adferd. Hensikten er at pasienten skal lære helserelatert

adferd, som fungere i hverdagslivet til pasienten. Det er viktig med tidlig og god informasjon da det bidrar til forutsigbarhet for pasienten, og har betydning når det kommer til mestring, opplevelse av kontroll og medvirkning. (Brataas 2011)

*Vi er opptatt av at pasienten må forstå hva det handler om. Jeg må forklare pasienten hvorfor han må tygge 15-20 ganger før han svelger maten. Dette fordi etter gastric bypass operasjon vil magesekk bli mindre og eldtefunksjonen forsvinner. Derfor må denne prosessen foretas i munnen. Når jeg da forteller pasienten dette har han mulighet til å se sammenheng, derfor er det viktig å tenke på å gi pasienten mest mulig fagkunnskap.*

Sykepleier må ha en forståelse av helheten, samtidig som hun klarer å formidle kunnskap og engasjere pasient. Sykepleier må ha et ønske om at pasienten skal lære noe og forstå at han må gjøre endringer i sin hverdag (Tveiten, 2009). Når pasienten føler at han lærer, kan han videre delta mer aktivt i forhold til egen behandling. Dette kan bidra til mestring av pasientens nye livssituasjon, som kan gi psykisk velvære.

Sykepleier er opptatt av at det er pasienten selv som må snu på ”steinene” og jobbe med å etablere nye vaner i den forberedende fasen. Gamle og trygge vaner som er knyttet opp mot følelser er vanskelig å endre på. Det er derfor viktig å jobbe med endring av vaner i den forberedende fasen. Slik kan pasient blir trygg på nye vaner, og har mulighet til å gjøre dem forenelig med sin hverdag. For å kunne endre gamle vaner og mestre sin nye livssituasjon etter operasjon, trenger pasienten fagkunnskap. Dette blir nærmere forklart i Lazarus stress-og mestringsmodell, som er knyttet til sykdom og helsesvikt. I følge Lazarus er det slik pasienten reagerer i en situasjon, som har sammenheng med pasientens kognitive vurdering av situasjonen. Derfor må sykepleier identifisere faktorer som er av betydning for pasientens kognitive vurdering. For å påvirke pasientens kognitive vurdering må sykepleier iverksette tiltak ved å anvende Orems teori om sykepleiesystemer (se kapittel 3.1). I dette tilfellet vil det være å gi pasienten den fagkunnskapen som skal til for å håndtere sin nye livssituasjon, dermed kan sykepleier bidra til at pasienten mestrer sin situasjon bedre. Når pasienten står i situasjoner som han opplever som stressende er kunnskap og ferdigheter viktig, det er av betydning for hvordan pasienten vurderer sannsynligheten for å mestre situasjonen. Mangel

på kunnskap og ferdigheter kan være utslagsgivende når det kommer til pasientens opplevelse av stress i en gitt situasjon. I en slik situasjon vil det være stor sjanse for at pasienten velger en passiv og unnvikende mestringsstrategi. Det er større sannsynlighet for at pasienten vil oppleve situasjonen mindre stressende, forholde seg mer aktiv og direkte hvis han har kunnskap om situasjonen (Kristoffersen, 2005). Når situasjonen ikke oppleves som stressende, vil pasienten kunne oppleve psykisk velvære som blant annet fravær av uro, bekymringer og angst (Rustøen, 2001).

*Vi er opptatt av å gi pasienten mest mulig fagkunnskap, men det er pasienten som sitter med brukerkunnskapen; hvordan er livet mitt? Hvilken rolle spiller maten i livet? Hvordan bruker jeg det som verktøy og problemløser? Pasienten er med seg selv 24 timer i døgnet og det er pasienten som bestemmer. Det er viktig å få pasienten i en situasjon hvor de forstår at de er nødt til å ta sjefsrollen.*

Det er viktig i undervisningssammenheng å få pasientene til å forstå at sykepleier skal være der som støtter, men pasienten må ha ansvaret og være ”sjefen”. Det nytter ikke for sykepleier å fortelle pasienten detaljert hva han skal gjøre for å etablere nye vaner. Sykepleier gir pasienten fagkunnskapen som trengs for å endre vaner. Videre må pasienten anvende fagkunnskapen, og gjøre nye vaner forenelig med sitt liv. I følge Tveiten (2009) må kunnskap og helse formidles på en slik måte at pasienten klarer å forholde seg til kunnskapen. Det er nødvendig for at pasienten skal klare å medvirke, og på denne måten vil helse og psykisk velvære fremmes. Derfor må målet være å oppnå et samarbeidsforhold, som gjør at pasientens selvstendighet styrkes, og ikke blir avhengig av sykepleier eller passiv i forhold til sin egen situasjon. Det er viktig å inkludere pasienten og få han til å delta mer aktivt i forhold til sin egen behandling, da styrkes selvrespekten og mestringssevnen, verdigheten gjenopprettes, det medfører til bedre yrkestilpasning og sosial deltakelse i samfunnet (Vatne, 2011).

For å få pasienten å medvirke i sin egen behandling må man også ta hensyn til at hver enkelt pasient er forskjellig. Sykepleier ser viktigheten av å tilrettelegge for hver enkelt pasient.

*I undervisningssammenheng tar vi hensyn til at pasientene har ulikt utgangspunkt. Faktorer som personlig ståsted og hvor syk den enkelte er spiller inn. Vi har hatt pasienter med søvnapné, det er utfordrende for disse pasientene å sitte på*

*undervisning. Vi må derfor legge fokuset på hva som er viktig for å få pasienten i gang, og begynne å jobbe med dette i den forberedende fasen.*

I følge Braatas (2011) har sykdom og helsesvikt ulik innvirkning på oss mennesker, det kan være skremmende og smertefullt. At pasienten føler at han får tilstrekkelig med informasjon og støtte vil være en viktig jobb for sykepleier, for å kunne bidra til mestring og psykisk velvære. Sykepleier må også ta hensyn til at mennesker er forskjellige, og møte behovene for læring, støtte, mestring og tilpasning. Sykepleier som tilrettelegger for pasientlæring vil ha avgjørende betydning for pasientens følelse av helse og psykisk velvære.

Når pasientene har vært hjemme en stund og fått arbeidet med sine vaner, møtes pasientene til lærings- og mestringskurs, som er obligatorisk. Når pasientene kommer til dette kurset har de gjort seg en del erfaringer og tanker, derfor er det enklere for dem å stille spørsmål og få tilbakemeldinger. Sykepleierne ved institusjonen ser at pasientene deler erfaringer og lærer av hverandre. Kursets hensikt er å gi hver enkelt pasient mer kunnskap når det kommer til mestringsstrategier. I følge Tveiten (2009) er det en fordel å kunne få være i gruppe, da pasienten opplever at han møter andre i samme situasjon. Dette kan bidra til fellesskapsfølelse og alminneliggjøring av problemer. Det å erfare at andre stiller spørsmål, som en selv ikke turte spørre om, eller hadde glemt at en skulle spørre om, kan bidra til trygghet, økt bevisstgjøring til egen situasjon og mestring.

*Når pasienten har vært på dette kurset og vi ser at de har greid å etablere nye vaner og er mentalt klare, tar vi beslutningen om operasjon sammen med pasient.*

Sykepleier er opptatt av at pasienten må føle at dette er et riktig valg, og at pasienten føler seg trygg. Dette på grunn av den endrede livssituasjonen pasienten vil få etter gastric bypass operasjon. Det er derfor viktig med en lang forberedende fase, hvor pasienten får bearbeid fagkunnskapen, og jobbet med etablering av nye og trygge vaner. Hun tørr og påstå at *sykelig overvektige pasienter som gastric bypass opereres er den beste informerte gruppen ved deres institusjon. Dette er pasienter som blir eksperter på sine liv og er sin egen "doktor"*.

Når pasienten er klar til operasjon, har sykepleier brukt sin pedagogiske funksjon hensiktsmessig ovenfor pasient. Dette har ført til at pasient mestrer endring av vaner, samt at pasienten føler seg rustet til operasjon og livet etter. Den jobben sykepleier har gjort i forkant

av operasjon kan være utslagsgivende for pasientens mestring og opplevelse av psykiske velvære, etter endt operasjon.

#### **4.4 Betydningen av veiledning**

Gjennom veiledning kan pasienten oppdage og bli bevisst. Det er viktig for å få den forandringen en ønsker. Kunnskap og endring av holdninger er ikke tilstrekkelig for å endre atferd. Pasienten må ha tro på egne muligheter, forventninger, verdier, positive rollemodeller, grad av kontroll over egen helse, sosial kontekst, helsegevinster, barrierer mot handling, subjektive normer, oppfatning av egen atferd, konsekvenser av atferden og opplevelsen av å bli møtt. Pasienten kan bli bevisst på egen helseatferd og egne forutsetninger for helseatferd gjennom veiledning (Tveiten, 2009).

Sykepleier er opptatt av å ansvarliggjøre pasienten etter to dager med utredning.

*Vi skriver en kontrakt med hver enkelt pasient angående hvilke endringer de skal gjøre videre.*

Kontrakter kan være med på å bevisstgjøre og ansvarliggjøre pasienten. Kontrakten inneholder informasjon om hva sykepleier og pasient forventer av hverandre i dette samarbeidet og veiledningsprosessen (Tveiten, 2009).

Sykepleier forklarer at pasientene må ringe inn til institusjonen hver fjortende dag. Da har sykepleier en samtale med pasient om hvilke endringer pasienten selv har gjort, hva de ikke har fått til og hva som kan gjøres annerledes. Med dette fokuserer sykepleier på at veiledningen skal være mestring- og handlingsorientert (Brataas, 2011). Hensikten er at pasienten skal lære nye handlemåter, og takle følelsesreaksjoner som eventuelt kan komme. Det vil være hensiktsmessig å velge et handlingsorientert formål hvis pasienten har et problem. Sykepleier må da lytte og spørre utforskende spørsmål, støtte pasientens mestring, overveielser og valg av handlinger for å håndtere problemet (Brataas, 2011). I intervjuet kommer det fram at

*Vi spiller ”ball” med pasienten for å få ham til å tenke problemløsningsorientert, samt komme med forslag sammen med pasient til endringer. Målet er å se sammen med pasient hvilke løsninger som kan være hensiktsmessige.*

Ved å spille ”ball” med pasienten, kan sykepleier hjelpe pasienten til mestring og psykisk velvære. Dette gjøres ved å hjelpe pasienten til å utvikle egenomsorgskapasitet, det vil si

*en kompleks tillært evne til å oppfylle ens kontinuerlige krav til sykepleie som regulerer livsprosesser, opprettholder eller fremmer menneskelig strukturell og funksjonell integritet og menneskelig utvikling og fremmer velvære (Kirkevold, 1998:132).*

For å kunne møte pasienten og hjelpe han til å utvikle egenomsorgskapasitet vil det være hensiktsmessig at sykepleier benytter erfaringsbasert kunnskap, og kunnskap om den aktuelle situasjonen. Det vil si evnen til å oppfatte hva som er viktigst og mest nødvendig i hver enkelt situasjon, samt se på hvilken kunnskap som er relevant å bruke i den aktuelle situasjonen. Klinisk fantasi vil være av betydning, for å kunne se muligheter, ressurser, pasientens begrensninger, pårørendes situasjon, forstå pasientens behov, og hvordan disse endres over tid, for å kunne sette inn pedagogiske tiltak.

I følge Brataas (2011) kan sykepleier bidra med mestringshjelp, når det kommer å tilrettelegge for at pasienten selv oppdager muligheter og tror på dem. Dette kan ha betydning for ivaretagelse av egen helse.

*Det handler om at pasienten må finne egne veier for å kunne mestre, så er vi sykepleiere støttespillere og kommer med forslag sammen med pasienten. Det kan være viktig for pasienten å bygge seg opp et nettverk i kommunen, med aktiviteter fordi det der hverdagen er. Først og fremst er det viktig å gjøre endringer, som er lysbetonet for pasient, fordi da klarer pasient å stå i situasjonen. Det å finne nye verktøy til å løse problemer i hverdagen, kan jeg ikke gjøre for dem, men jeg kan påvirke dem med å bidra med min fagkunnskap og veilede dem underveis.*

For at pasienten skal føle psykisk velvære er det essensielt at pasienten er opptatt av noe, og har følelsen av at noe er meningsfylt. Sykepleier må derfor legge til rette, og støtte pasienten i

sin læringsprosess. Å bli pasient er ingen enkel situasjon, og heller ikke en ønsket. Pasienten hadde ikke et ønske om å lære, eller endre vaner før situasjonen oppsto. Når mennesket blir rammet av sykdom blir læringsbehovet påtvunget pasienten. Sykepleier må derfor støtte pasientens interesser og håp for fremtiden, ettersom håp og interesser er drivkraft for læring. Hun må også påvirke og støtte pasientens læringsprosess, ved å integrere pedagogiske aktiviteter i helhetlig helsehjelp, og ta hensyn til pasientens læringsstil (Brataas, 2011).

Sykepleier poengterer at de er opptatt av å være tilstede for pasienten, de har derfor på seg en akuttefon når de er på jobb. Dette for å skape trygghet, samt støtte pasienten i forløpet.

*Vi vil være tilgjengelig for pasienten om de har spørsmål og gi dem fagkunnskapen videre.*

Dette er en del av mestringshjelpen til sykepleier. Det er viktig å være tilgjengelig og bidra med kunnskap, slik kan sykepleier hjelpe pasienten til å mestre stressende situasjon, da mestring handler om å ha kontroll over indre og ytre krav, samt konflikter en møter på (Kristoffersen, 2005).

I følge Brataas (2011) Er vesentlige kvalitetsaspekter ved koordinerte helsetjenester at pasienten får informasjonsformidling, veiledning og undervisning eller opplæring på rett måte og til rett tid gjennom hele forløpet. Samarbeid og samhandling er viktig for å kunne møte pasientens behov og sykepleier må innrette seg etter at det kan oppstå endringer ettersom læringsbehovene er situasjonelle og langsiktige, de vil derfor endres gjennom pasientforløpet.

Gjennom veiledning er det hensiktsmessig å nyttiggjøre seg av pasientens tidligere erfaringer fordi

*dette er en pasientgruppe som har opplevd og mislyktes gang på gang. Det er ei erfaring de drar med seg, men vi prøver å snu på den.*

Når pasienten lærer vil han alltid bringe med seg tidligere erfaringer inn i praktiske situasjoner. Desto mer pasienten har lært i fra tidligere erfaringer er sannsynligheten større for at kunnskapen kan anvendes i den nye situasjonen. Sykepleier skal bidra med kunnskap, som støtter pasientens motivasjon, og bidrar til at pasienten kan medvirke og ha innflytelse på sin egen læresituasjon (Brataas, 2011). Ettersom dette er en pasient gruppe som har mislyktes



gang på gang, vet de hvilke feller de skal unngå å gå i. Når pasienten vet fra tidligere erfaringer hvorfor han mislyktes, kan det bidra til at pasienten mestrer sin situasjon bedre.

## 5.0 AVSLUTNING

Å skrive bacheloroppgave alene har vært en utfordrende prosess. Samtidig har det vært spennende og lærerikt. Det var spesielt gjennom intervjuet jeg ervervet meg kunnskap, som jeg vil ta med meg videre i min utførelse av sykepleie.

Jeg hadde ingen tidligere erfaring med å utføre kvalitativt intervju, og ser derfor på meg selv med et kritisk blikk. Da intervjuguiden kunne vært annerledes utformet, og jeg kunne vært flinkere til og fulgt opp det sykepleier fortalte med videre spørsmål, for å få tak i dybdeforståelsen.

Slik dagens samfunn utvikler seg vil behovet for sykepleie i alle helsetjenester knyttet til denne pasientgruppen øke. Derfor trenger vi som helsepersonell mer kunnskap og forståelse rundt sykkelig overvekt, og sykepleie til pasientgruppen.

I følge Karlsson, et al (2007) blir overvektige mennesker lett usatt for diskriminering som er en stor risiko for å utvikle forstyrrelser i psykososial funksjon. En del av disse problemene blir påført og forsterket i det samfunnet vi lever i. Mange i denne pasientgruppen kan ha problemer med daglige gjøremål, jobb og opplever derfor livet som vanskelig (Aasprang, Andersen, Sletteskog, Våge, Bergsholm, Natvig, 2008). Sykepleier må derfor møte disse pasientene med forståelse og respekt for å bygge et tillitsforhold. Sykepleier må ta hensyn til at hver enkelt pasient er forskjellig, og legge til rette gjennom undervisning og veiledning. Gjennom undervisning og veiledning, gir sykepleier pasienten fagkunnskap, som kan bidra til mestringsfølelse og opplevelse av psykisk velvære. Når pasienten er klar for operasjon og har lyktes i å endre vaner, har sykepleier brukt sin pedagogiske funksjon hensiktsmessig ovenfor pasient. Dette vil kunne bidra til psykisk velvære hos pasient etter gjennomført gastric bypass operasjon.

Bedre helse relatert livskvalitet er målet med kirurgisk behandling og de fleste pasienter opplever dramatisk forbedring etter kirurgisk behandling (Aasprang et al., 2008).

Den kirurgiske behandlingen gir ikke alene langvarige resultater når det kommer til vekt og opplevelsen av psykisk velvære. Nøkkelen til å ha det godt, og opplevelsen av psykisk velvære, er sykepleiers fagkunnskap og pasientens brukerkunnskap. Når pasienten mestrer å sette fagkunnskap sammen med brukerkunnskap i sin hverdag, vil det kunne bidra til psykiske velvære.

Gjennom intervjuet kom det fram at sykepleier ønsket å gi oppfølging til fedmeopererte pasienter over lengre tid etter operasjon, og ikke bare det første året. I følge Karlsson et al (2007) kan mange fedmeopererte pasienter ha nytte av adferdsmessige støtteprogram i etterkant av operasjon. Samt må det forskes videre på langsiktig effekt av teknikker, når det kommer til livsstilsendring i den postoperative håndteringen av pasienter. Videre håper jeg at det vil komme mer forskning om sykepleie i den forberedende fasen av pasienten, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til psykisk velvære – som livskvalitet.

Arbeidet med denne oppgaven har økt min kompetanse når det kommer til hvordan jeg som sykepleier kan møte pasienter med overvekt- og fedmeproblematikk, og pasienter generelt. Jeg har ervervet meg kunnskap når det kommer til hvor viktig det er å skape tillitt, og hvordan jeg kan legge til rette for mestring hos pasient. Det er vanskelig å komme med noe fasitsvar på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til mestring og psykisk velvære, ettersom vi mennesker er forskjellige og har ulike behov. Allikevel vil behovet for undervisning og veiledning være tilstede hos denne pasientgruppen.

## 6.0 LITTERATURLISTE

### 6.1 Pensum litteratur

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell av 7.februar 1999 nr. 64. Hentet 29 februar 2012 fra <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#21>

Lejsgaard, S & Jensen, B.H. (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning*. Oslo: Akribe.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

### 6.2 Selvvalgt litteratur

Aasprang, A, Andersen, JR., Sletteskog, N., Våge, V., Bergsholm, P., Natvig, GK. (2008). Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. *Tidsskrift For Den norske legeforening*. 128(5), 559-562 = **4 sider**

Brataas, H. (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal. Kap 1,2,3,5 = **75 sider**

Cavanagh, SJ. (2001). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal. Kap 1 = **33 sider**

Datland, O.(2011). Den søte alderdom. I: Næss, S., Moum, T., Eriksen, J. (2011). *LIVSKVALITET forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget. S.188 = **1 side**

Hofsø, D., Aasheim, E., Søvik, T., Jakobsen, G., Johnson, L., Sandbu, R., . . . Aas, A. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 131(19), 1887-1891. = **5 sider**

Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity* (31), 1248-1261. = **13 sider**

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal. Kap 7 = **16 sider**.

Kristoffersen, N.J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3. Oslo: Gyldendal. Kap 21 = **60 sider**

Nordlandssykehuset. (2011). *Bivirkninger og komplikasjoner ved fedmeoperasjon*. Hentet 27.02.12 fra <http://www.nlsh.no/bivirkninger-og-komplikasjoner/category26650.html>

Næss, S., Moum, T., Eriksen, J. (2011). *LIVSKVALITET forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 1 = **32 sider**.

Næss, S. (2001) Psykisk velvære som livskvalitet. *Tidsskrift For Den norske legeforening*. 121(16), 1940-1944. = **4 sider**.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal. S. 18, 19 = **2 sider**.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 1 og 5 = **56 sider**

Vatle, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I: Brataas, H. (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal. Kap 7 = **11 sider**

ANTALL SIDER SELVVALGT LITTERATUR: 312

## Vedlegg nr 1



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

Profesjonshøgskolen

Sykepleie og helsefag

J.nr.:

# TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til

Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave X (Bacheloroppgave)
- 2.) Deleksamen \_\_\_
- 3.) Semesteroppgave \_\_\_
- 4.) Prosjektarbeid \_\_\_

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: Studiested:

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

## **OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:**

### Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Foreløpig problemstilling: Hvordan kan sykepleiers pedagogiske funksjon i forberedende fase, bidra til pasientens psykiske velvære etter gastric bypass?

### Metode v/ datainnsamlingen:

Kvalitativt intervju

### Respondenter / intervjupersoner:

Sykepleier

### Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen:

Båndoptaker

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Våren 2012

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

## **SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.**

Søknad av dato \_\_\_\_\_ er behandlet dato \_\_\_\_\_ av saksbehandler / organ:

\_\_\_\_\_

Vedtak: Tillatelse til å bruke data i fra intervjuet i bacheloroppgaven

Evt. merknader knyttet til vedtaket:

\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_

Underskrift



## Vedlegg 2

### Søknad om tillatelse til intervju

Mitt navn er . Jeg er sykepleierstudent som går siste semester på Bachelor i Sykepleie ved Universitetet i Nordland. For tiden er jeg i gang med å skrive avsluttende Bacheloroppgave.

I min oppgave har jeg kommet fram til foreløpig problemstilling:

*Sykepleiers pedagogiske funksjon i forberedende fase:*

*Hvordan kan sykepleier bidra til pasientens psykisk velvære – som livskvalitet etter gastric bypass?*

I denne forbindelse ønsker jeg å kunne få gjøre et intervju med en sykepleier ved deres avdeling. Jeg er interessert i en sykepleier som ønsker å dele sine erfaringer, når det kommer til veiledning/undervisning av pasienter som skal gjennomføre gastric bypass operasjon. Disse erfaringene vil jeg benytte i min Bacheloroppgave.

Beregnet tid som må settes av til intervju er 1 time. Jeg vil benytte båndopptaker under intervjuet. Alle opplysninger som fremkommer vil bli anonymisert og informanten vil bli anonymisert. Lydopptaket vil bli slettet og skriftlige notater blir makulert etter de er blitt transkribert. Taushetsplikten vil bli ivaretatt ved dette intervjuet.

Å delta i dette intervjuet er frivillig, og du kan trekke deg ved hvilket som helst tidspunkt uten å måtte oppgi grunn. Bacheloroppgaven skal være ferdig til 27/4-12.

Er du som sykepleier interessert i kunne delta i min bacheloroppgave med dine erfaringer knyttet opp mot min problemstilling ta kontakt med meg på tlf: eller email:

Mvh

.....

Student

Ansvarlig veileder ved Universitetet i Nordland

## Vedlegg 3

### *Samtykkeskjema*

Alle opplysninger som fremkommer og du som informant vil bli anonymisert. Lydopptaket vil bli slettet og skriftlige notater blir makulert etter de er blitt transkribert. Taushetsplikten vil bli ivaretatt ved dette intervjuet.

Å delta i dette intervjuet er frivillig, og du kan trekke deg ved hvilket som helst tidspunkt uten å måtte oppgi grunn. Bacheloroppgaven skal være ferdig til 27/4-12.

Ved å skrive under gir du meg tillatelse til å bruke dataene fra intervjuet i min Bacheloroppgave.

.....

Sykepleier

.....

Sykepleierstudent