



Fakultet for helse og sosialvitenskap

**Masteroppgave**

**Menns opplevelse av å bli pensjonist**

en kvalitativ studie om psykisk helse hos menn som går av med pensjon

**Men's experience on retirement**

a qualitative study on mental health in men who retire

**Kandidatnummer: 12**

Antall ord: 24397

4PM791- Master i psykisk helsearbeid

**2020/2021**

**Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage**

**JA  NEI**

## FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært utrolig spennende og lærerikt. Jeg har følt meg privilegert som har kunne sittet og fordypet meg i denne studien. Det er mange som fortjener en stor takk for å ha hjulpet meg igjennom denne prosessen.

Først og fremst vil jeg takke deltagerne i studien. Jeg er utrolig takknemlig for samtalene med dere, for at dere delte erfaringer, tanker og opplevelser fra deres livsverden. Videre vil jeg takke den personen i Pensjonistforbundet som engasjerte seg og hjalp meg med rekrutteringen av deltagerne, uten deg hadde jeg ikke funnet fram til akkurat disse pensjonistene. Videre vil jeg rette en spesiell takk til min veileder Monica Stolt Pedersen som har inspirert meg og gitt meg gode råd og innspill underveis. Alderspsykiatrien i Sykehuset Innlandet har tilrettelagt slik at jeg har kunnet gjennomføre dette masterstudiet ved siden av jobb, de har gitt meg fri til skoledager, men også dager til å skrive, dette har vært utrolig verdifullt! Jeg har også fått økonomisk støtte til bøker og dette har jeg også fått fra Fagforbundet. Tusen takk!

Lærere og medstudenter skal også takkes, uten dere hadde jeg ikke lært alt som jeg har gjort! Til sist, men ikke minst til katten min Linus for selskap på kontorpulten og til min samboer Atle. Tusen takk for din tålmodighet, din støtte og ikke minst for at du har lyttet. Du har tatt hovedansvaret her hjemme og har virkelig vist at du ønsker at jeg skal gjennomføre dette!

Tusen takk!

Ingunn Andraa

Ottestad, våren 2021

## **Sammendrag på norsk**

**Bakgrunn:** Å bli pensjonist er en av overgangene i livet som ofte stiller krav til endring. Pensjonisttilværelsen er likevel ikke noe som det i samfunnet snakkes mye om. Eldre menn ligger også høyt på selvmordsstatistikken i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021). Det finnes lite kvalitativ forskning på pensjonister, spesielt der man ser på de psykiske normalreaksjoner.

**Hensikt:** Min studie setter søkelys på hvordan overgangen til en pensjonisttilværelse påvirker menns psykiske helse. Studien vektlegger menns tanker, opplevelser og holdninger.

**Teoretisk forankring:** Meleis teori om overganger og Antonovsky's teori om salutogenese er valgt som sykepleieteoretisk grunnlag. Videre er det brukt aktuell teori og forskning relatert til psykisk helse hos menn og pensjonister.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie basert på dybdeintervju av 6 menn i alderen 67-72 år. Materialet er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC) av Kirsti Malterud.

**Resultat:** Fire hovedkategorier ble definert: «menns relasjoner endrer seg i overgangen», «god helse og en kvinne gjør livet lettere å leve», «konteksten vi lever i påvirker våre liv», «roller og identitet som endrer seg».

**Konklusjon:** Pensjonisttiden oppleves individuelt, og den påvirkes av konteksten man lever i. Det å ha god helse som pensjonist, beskrives som den største verdien for å oppleve god psykisk helse, også kontakt med familie og det å ha en kvinne i livet. Å være mentalt oppegående har også stor verdi, videre det å være aktiv, og det å ha en rolle i samfunnet. Det største savnet i overgangen ble i studien relatert til kameratskapet. De savnet fellesskapet og tilhørigheten til arbeidsplassen.

**Nøkkelord:** menn, eldre, 65 +, menns helse, pensjon, overgang til pensjonist, pensjonist tilværelse, livskvalitet, psykisk helse, kjønnsidentitet, manns rolle.

## Summary in English

**Background:** Retiring is one of the transitions in life that often demands change. Retirement is still not something that is much discussed in the society. Older men are also high on the suicide statistics in Norway (The National institute of Public Health, 2021). So far there is little qualitative research on retirees, especially when looking at the normal mental reactions.

**Purpose:** My study sheds light on how the transition to a retirement life affects men's mental health. The conducted study described in this thesis emphasizes men's thoughts, experiences, and attitudes.

**Theoretical background:** Meleis's theory of transitions and Antonovsky's theory of salutogenesis have been chosen as the nursing theory. Furthermore, current theory and research related to mental health in men and pensioners has been used.

**Method:** This is a qualitative study based on in-depth interviews of 6 men aged 67-72 years. The material has been analyzed using systematic text condensation (STC) by Kirsti Malterud.

**Results:** Four main categories were defined: "Men`s relationships change in the transition", "good health and a woman make life easier to live", "the context we live in affects our lives", "roles and identities that change".

**Conclusion:** Retirement is experienced individually, and it is affected by the context in which one lives. Having good health as a pensioner is described as the greatest value for experiencing good mental health, including contact with family, and having a woman in the life. Being mentally active and having an active role in society also has great value. What the interviewed miss the most in their pensionist life, is the absence of earlier friendships and fellowships connected to being part of a community and a workplace.

**Keywords:** men, the elderly, 65+, men's health, pension, transition to retirement, retirement life, quality of life, mental health, gender identity, role of man

## **LISTE OVER FORKORTELSER**

WHO: Verdens helseorganisasjon

SOC: Sence of coherence

OAS: Opplevelse av sammenheng

STC: Systematisk tekstkondensering

## **LISTE OVER TABELLER**

1. Oversikt over to eksempler på analysetrinn 2 og 3 i hovedkategori 1 og 2.
2. Oversikt over hovedkategorier og subgrupper.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for tema	8
1.2 Min forforståelse	9
1.3 Prosjektets hensikt	10
1.4 Problemstilling	11
1.5 Begrepsforklaringer og avgrensninger i oppgaven	11
1.6 Oppgavens disposisjon	11
2 Teoretisk referanseramme	13
2.1 Psykisk helse	13
2.2 Psykisk helse hos menn	14
2.3 Psykisk helse hos pensjonister	15
2.4 Afaf Ibrahim Meleis sin teori om overganger	16
2.5 Aaron Antonovsky sin teori om salutogenese	18
3 Metode	20
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	20
3.1.1 Valg av forskningsdesign	21
3.2 Datainnsamling	21
3.2.1 Utvalg og rekruttering av deltagere	21
3.2.2 Presentasjon av deltagerne	23
3.3 Dybdeintervju – min intervjuguide	23
3.3.1 Gjennomføring av intervjuene	24
3.4 Analyse av datamaterialet	26
3.4.1 Transkribering	26
3.4.2 Systematisk tekstkondensering	27
3.5 Litteratursøk	31
3.6 Juridiske og forskningsetiske vurderinger	32
3.7 Oppsummering	33
4 Presentasjon av funn	34
4.1 Presentasjon av de ulike hovedkategorier med funn	34
4.1.1 Menns relasjoner endrer seg i overgangen	34
4.1.2 God helse og en kvinne gjør livet lettere å leve	36
4.1.3 Konteksten vi lever i påvirker våre liv	39
4.1.4 Roller og identitet som endrer seg	42
5 Drøfting	45
5.1 Metodediskusjon	45
5.1.1 Validitet	45
5.1.2 Refleksivitet	47
5.1.3 Relevans	49
5.2 Drøfting av funn	49
5.2.1 Menns relasjoner endrer seg i overgangen	49
5.2.2 God helse og en kvinne gjør livet lettere å leve	52
5.2.3 Konteksten vi lever i påvirker våre liv	55
5.2.4 Roller og identitet som endrer seg	59
5.3 Veien videre	62
6 Konklusjon	64

Referanseliste	66
VEDLEGG	70



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for tema

Det å bli pensjonist og gå ut av et aktivt yrkesliv er en av de største forandringene i livet vårt. Likevel er dette en av de periodene i livet det snakkes lite om. Å bli pensjonist vekker mange følelser, det er en tid hvor identiteten vår berøres. Mens noen gleder seg, synes andre det er vanskelig å akseptere. Ifølge Sønderbo (2020, s. 25) kan yrkesrollen være en del av vår identitet, det handler om bekreftelse på hvem vi er.

Denne studien er relatert til psykisk helsearbeid, som handler om hvordan man kan fremme enkeltmenneskers psykiske helse. Lars Bauger som har forsket mye på pensjonister, hevder at overgangen for mange blir stor (som sitert av Jacobsen, 2020). Bauger hevder at media har lett for å sette søkelys på det økonomiske, istedenfor å vektlegge hva det betyr å være pensjonist psykologisk og sosialt. Bauger (2020, s. 2) påpeker at det er forsket lite kvalitativt på for eksempel trivsel hos pensjonister. Jeg ønsker derfor å studere menns overgang til en pensjonisttilværelse, der jeg vil ha søkelys på forhold som kan påvirke deres psykiske helse og hverdag. Erikson & Hummelvoll beskriver *psykisk helsearbeid* på denne måten:

Psykisk helsearbeid innebærer å bistå mennesker med ulike psykiske problemer og lidelser, og/eller særlige behov, til å oppleve mening og mestring i sin hverdagsvirkelighet. Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle og forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet (Eriksson & Hummelvoll, 2015, s. 4).

Ifølge den danske psykologen og mannsforsker Svend Aage Madsen er det heller ikke skrevet mye om menn og deres helse, spesielt ikke eldre menn (som sitert i Rostad, 2009, s. 40).

Madsen hevder at menn generelt ikke er så opptatt av det som har med helse å gjøre. Det er få kvalitative studier på menns psykiske helse i overgangen til en pensjonisttilværelse, der man studerer de psykiske normalreaksjoner. Det er dette kunnskapshullet jeg ønsker å utforske.

Sønderbo (2020, s. 7) refererer til at den 3.alder er årene mellom 60-80 år og beskriver at det handler om den perioden i livet hvor man ikke lenger er i jobb, men fortsatt kan være aktiv.

Den 3.alder bringer med seg en modenhet og en frihet. Det handler om å kunne gjøre det som føles personlig tilfredsstillende. Hvordan man opplever den 3.alder handler ifølge Sønderbo (2020, s. 6) om menneskets personlige forutsetninger. Mye er opp til en selv, tankene og

forventningene vil påvirke de valg man tar. Aldri har man hatt samme forutsetninger til et langt liv som i dag. Biologi, livsstil og samfunnsmessige forhold er med på å påvirke aldringsprosessen. Likevel er det stor forskjell mellom hvordan man håndterer pensjonisttilværelsen.

I rapporten «Att arbeta vidare efter 65 år – vem gör det och varför» (Hansson, Zulka, Kivi, Hassing & Johansson, 2019, s. 7-35) formidles foreløpige resultater etter et større forskningsprosjekt i Sverige; *Health, Aging and Retirement Transitions – Hearts study* (HEARTS). Dette er en omfattende langsgående studie som studerer overgangen fra et arbeidsliv til en pensjonisttilværelse (Lindwall & Johansson, 2017, s. 1031). Her fremkommer det blant annet at 10 % har vanskelig for å tilpasse seg livet som pensjonist, 20 % sier at de mangler meningsfulle oppgaver og roller i hverdagen, de savner sin profesjonelle identitet. Rapporten påpeker individuelle forskjeller ut fra mange faktorer, samt at det finnes systematiske forskjeller mellom kjønnene. Boken «Kvinner lider, menn dør», (Schei & Bakketeig, 2013, s. 6) ser på folkehelse i et kjønnsperspektiv i forhold til ulike problemstillinger. Dahl påpeker at det i forhold til selvmord, er risikoen høyest hos menn, til tross for at kvinner har hyppigere selvmordstanker og selvmordsforsøk (2017, s. 167). Kjølseth (2014, s. 36) stiller spørsmålet om dette handler om at menn har vanskelig for å uttrykke følelser. Gode sosioøkonomiske forhold i Norge burde tilsi at selvmordshyppigheten er lav, men i 2019 var det så mange som 76 menn i aldersgruppen 65+ eller eldre som tok sitt eget liv (Folkehelseinstituttet, 2021). Om dette har sammenheng med å bli pensjonist, finnes det ut fra min kunnskap, ingen statistikk på. Studien studerer ikke selvmordsproblematikk, men jeg tenker at oppgaven likevel kan ha betydning for å tilføre kunnskap om psykisk helse hos menn i aldersgruppen 65 +. På denne måten vil oppgaven ha betydning i et folkehelseperspektiv.

## **1.2 Min forforståelse**

Det har de siste årene blitt mer åpenhet om psykiske lidelser i samfunnet. Min erfaring tilsier at det snakkes og skrives mer om de yngre, enn de eldre. Som spesialsykepleier i alderspsykiatrien er jeg opptatt av dette, ettersom jeg i min arbeidshverdag hver dag møter eldre mennesker med store utfordringer i hverdagen. Jeg kan selv reflektere over det å bli gammel, hvordan vil det være for meg å bli pensjonist? Hva med min identitet?

Å være sykepleier er min grunnlagsidentitet og handler om min opplevelse av verdi. Slik vil det nok føles for veldig mange, den dagen man ikke lenger er yrkesaktiv. Min kliniske

erfaring fra alderspsykiatrien, bekrefter at en del eldre opplever det vanskelig å bli pensjonist. Jeg opplever at spesielt menn, forteller at de savner arbeidslivet og at det er vanskelig å håndtere hverdagen. De føler seg unyttige og verdiløse. Kvinner som har vært i arbeid utenfor hjemmet, snakker ikke om samme savn av arbeidslivet. Dette synes jeg er interessant. Selv om det nok kan sees litt i sammenheng med kjønnsrollemønsteret, ønsker jeg å utforske dette. Hvordan har menn det innerst inne? Hvordan håndterer de livet? Hvordan er det å være mann og pensjonist?

I mange år har jeg jobbet med pasienter som formidler tanker om at de ikke ønsker å leve. I en tidligere fordypningsoppgave skrev jeg en litteraturstudie om dødstanke hos pasienter på sykehjem. Dette inspirerte meg. Mange eldre delte sin livshistorie og det ga meg et perspektiv om det å bli gammel. Allerede da bestemte jeg meg for at jeg ville ta master i psykisk helse. Jeg kjente på motivasjon og hadde lyst til å fordype meg mer i menneskers tanker og erfaringer.

I min hverdag i alderspsykiatrien opplever jeg å se en sammenheng mellom menn og savn av et aktivt yrkesliv. Tema for masteroppgaven er derfor psykisk helse hos menn, i en potensielt sårbar overgangsfase. Slik jeg ser det, er det et relevant tema i forhold til studiets målsetting og rammer. Tittelen jeg har valgt er; «*Menns opplevelse av å bli pensjonist*». I oppgaven vil jeg gå i dybden for å prøve å forstå menn, samt hvordan de opplever egen psykisk helse. Har ting endret seg i overgangen til et pensjonistliv? Klarer de å håndtere utfordringer i hverdagen og hvilke mestringsstrategier har de å bruke?

Malterud (2017, s. 45) beskriver begrepet forforståelse og hevder det handler om den ryggsekken man som forsker har med seg når man skal gjøre en studie. Denne ryggsekken består av alt man bringer med seg inn i et tema. Dette handler om forskerens erfaringer, både profesjonelt og personlig, om hypoteser eller antagelser man måtte ha, og om teoretiske referanserammer.

Det er vanskelig å unngå å ta med sin forforståelse inn i en studie, jeg har likevel forsøkt å være bevisst min egen forforståelse jeg har ervervet med erfaring igjennom studier, samt min arbeidserfaring. Underveis i oppgaven vil begrepet forforståelse brukes mer aktivt.

### **1.3 Prosjektets hensikt**

Hensikten med denne empiriske studien vil være å få fram menn sine tanker, opplevelser og holdninger. Kan deres skildringer av egne liv, være med på å gi økt forståelse og kunnskap om hva som kan forebygge psykiske problemer? Så langt jeg vet og som nevnt innledningsvis

er psykisk helse hos menn et tema som det har vært lite forsket rundt. Kanskje vil en studie ut fra menns synspunkt gi nye perspektiver på fenomenet.

Det er generelt behov for økt kunnskap innen psykisk helsearbeid. Dette er et tverrfaglig fagfelt, men som sykepleier velger jeg å bygge min oppgave på sykepleiefaget som er min profesjonsutdanning. I arbeidet med masteroppgaven vil jeg ta i bruk erfaringsbasert kunnskap og ha hovedfokus på menn sitt perspektiv på det å bli pensjonist.

#### **1.4 Problemstilling**

I lys av introduksjonen har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

#### **Hvordan opplever menn, med hovedvekt på psykisk helse, overgangen til en pensjonisttilværelse?**

Problemstillingen retter søkelyset mot menn og deres egen forståelse av deres situasjon. Jeg ønsker å se overgangen opp mot psykisk helse. Eldre er en sårbar gruppe i samfunnet og livsfasen inneholder ofte store endringer. Motstandskraften er mindre og Kjølseth (2014, s. 33) hevder at det å bli eldre er en periode med utfordringer både fysisk og mentalt.

#### **1.5 Begrepsforklaringer og avgrensninger i oppgaven**

I masteroppgaven har jeg brukt begrepet *studie*, og jeg har valgt å omtale pensjonistene som *deltagere*. Dette er en anbefalt terminologi av Malterud (2017). I informasjonsskrivet til pensjonistene har jeg brukt begrepet *informanter*, dette fordi jeg ikke var klar over Malterud sin anbefaling. Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å gjelde menn over 65 år som ikke lenger er i arbeidslivet. Utvalget skal omfatte både enslige og menn i forhold. Deltagerne skal være hjemmeboende, de skal ikke motta tjenester innenfor det psykiske hjelpeapparatet. Dette er fordi jeg har valgt å ha søkelyset på de psykiske normalreaksjoner hos menn i overgangen til en pensjonisttilværelse. I problemstillingen er begrepene *pensjonist*, *psykisk helse* og *overganger* sentralt. Disse begrepene har jeg valgt å gi en beskrivelse av i det påfølgende kapittelet som omhandler min teoretiske referanseramme. I Antonovsky's teori om *salutogenese* bruker jeg både det engelske begrepet *SOC* (sense of coherence), og det norske begrepet *OAS* (opplevelse av sammenheng).

#### **1.6 Oppgavens disposisjon**

I første kapittel har jeg presentert min bakgrunn for valg av tema, redegjort for min forforståelse, samt presentert prosjektets hensikt og problemstilling med begrepsforklaringer og avgrensninger. I kapittel 2 redegjør jeg for min teoretiske referanseramme. I kapittel 3 er

det fokus på metode, der vil jeg også komme inn på de juridiske og forskningsetiske vurderingene jeg har gjort. I kapittel 4 presenteres studiens funn. Kapittel 5 vektlegger drøfting og inneholder både metodediskusjon og diskusjon av funn opp mot teori og forskning presentert i kapittel 2. Deretter skriver jeg om veien videre. Oppgavens konklusjon kommer i kapittel 6.

## 2 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for aktuell teorikunnskap og forskning. Dette er ment som en støtte for å kunne forstå hva som ligger bak funn i studien (Malterud, 2017, s. 47). Teorien og forskningen er valgt ut fra sin relevans til problemstillingen. Siden denne handler om menns opplevelse av overgangen til en pensjonisttilværelse, har jeg valgt sykepleieteori ved å ta utgangspunkt i Meleis' teori om *transitions*. Overganger kan sees på som en prosess som innebærer endring. Det er ifølge Hvalvik (2008, s. 8) en naturlig del av livet. Overganger kan være utfordrende, en risikoperiode i forhold til både helse og velvære. Å bli pensjonist kan være en slik overgang.

Problemstillingen omhandler menn sin psykiske helse. Jeg har valgt å se psykisk helse opp mot Aaron Antonovsky's (1923-1994) teori om *salutogenese*. Litteratur og forskning som omhandler *menn og psykisk helse* er vektlagt. Hva er det som gjør menn annerledes enn kvinner? Hva vet man om menn og deres håndtering av sykdom? I det følgende kommer noen refleksjoner rundt psykisk helse. Videre presenterer jeg teori og forskning relatert til psykisk helse om menn spesielt, og om pensjonisttilværelsen til menn.

### 2.1 Psykisk helse

Begrepet psykisk kommer fra det greske ordet *psukhè*, dette betyr «livsånne», det som gir livet en dimensjon av glede og mening (Store norske leksikon.no). Når man ser begrepet i sammenheng med helse, så kan man si det handler det om hvordan vi håndterer utfordringene våre i livet. Psykisk helse kan defineres som vår evne til å regulere tanker, følelser og adferd. Det handler også om hvordan vi klarer å tilpasse oss samfunnet, og hvordan vår relasjon til andre mennesker fungerer. Ifølge Barstad (2011) påvirker vårt forhold til andre mennesker vår helsetilstand. Hvis den psykiske helsen svikter, påvirker det oss og vi kan få psykisk sykdom.

Verdens helseorganisasjon definerer *god psykisk helse* som følger:

«en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet» (Verdens helseorganisasjon, WHO), 2018)

Definisjonen er sentral i forhold til problemstillingen. Den vektlegger at den enkelte må føle mestring, føle seg verdifull og til nytte i samfunnet. Slik vil man kunne oppleve god psykisk helse.

## 2.2 Psykisk helse hos menn

Madsen kom i 2014 ut med boken; «*Mænds sundhed og sygdomme*» der han fremhever at internasjonal forskning viser at menn har høyere dødelighet og en høyere forekomst av en rekke sykdommer. Han påpeker at menns psykiske helse må sees i sammenheng med kjønnspsykologiske, sosiale og samfunnsmessige forhold. Det kan se ut som om det holder på å vokse frem en ny forståelse, og at dette kan ha sammenheng med at farsrollen har gjennomgått en endring siste årene. (Madsen, 2014, s. 89).

«*Å være mann og håndtere sykdom*» er et samarbeidsprosjekt som ble gjennomført av Oslo Universitetssykehus og Reform – ressurscenter for menn i 2015. Prosjektet retter søkelyset på blant annet hvorfor menn og kvinner bruker helsetjenester ulikt. Funnene viser et behov for et mer kjønns sensitivt helsevesen og at det bør fokuseres mer på psykisk helse hos menn. Prosjektet vektlegger betydningen av egne lavterskel tilbud. De anbefaler møteplasser for menn som er tilrettelagt, for eksempel på arbeidsplassen. Menn blir ofte sett på som mindre åpne om psykisk helse enn kvinner, og myten er at menn ikke oppsøker helsevesenet like ofte, til tross for en lavere forventet levealder. Dette støttes av Madsen (2014, s. 71).

Også St.meld.nr 8. (2008-2009) «*Om menn, mannsroller og likestilling*» (Regjeringen, 2008) vektlegger at levealderen hos menn og kvinner ikke bare handler om biologiske forskjeller. Kap. 6 i Stortingsmeldingen beskriver at årsaken til ulikheter i helsetilstand mellom kvinner og menn handler om livsstil og levesett. De er opptatt av tiltak for å bedre kjønnspektivet. Det er behov for økt kunnskap, samt at man må ta hensyn til dette for å utarbeide forebyggende tiltak.

I St.meld. nr. 7 (2015-2016) «*Likestilling i praksis*». (Regjeringen, 2015) henvises det til forskning på menns helse i Norge og påpeker at faktorer som maskulinitet med søkelys på styrke, selvkontroll, selvbehersking og utholdenhet påvirker deres helse. Rapporten påpeker at det er forskjell på kvinner og menn i forhold til hjelpesøkende atferd. Menn er ifølge rapporten mer sårbare, og mener derfor at det må utarbeides andre tiltak for å nå menn. Stortingsmeldingen refererer også til den svenske regjeringens SOU fra 2014 «*Män och jämställdhet*» at det er behov for å bevisstgjøre menn om at de ikke må forholde seg til den tradisjonelle mannlige normen om å være sterk og ikke snakke om følelser. Det er behov for mer kunnskap om dette.

Rapporten: *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (Helsedirektoratet, 2016) beskriver betydningen av vennskap hos kvinner og menn. De hevder at nærhet har større betydning i

kvinnerens vennskap og at det kan ha sammenheng med kultur og kjønnsroller. Ifølge Kiely, Brady & Byles (2019, s. 76) kan kjønnsforskjeller for psykisk helse variere innenfor et tidsrom, ulik setting og sosial kontekst. Når det gjelder hvilken sykdom som er mest fryktet iblant oss så har studien «*Fear of diseases among people over 50 years of age: A survey*» funnet at uavhengig av kjønn så handler dette blant annet om Alzheimer sykdom. Dagens samfunn er opptatt av rasjonalitet og psykisk vekst, Alzheimer påvirker de intellektuelle evner (Bystad, Grønli, Lilleeggen & Aslaksen, 2016).

### **2.3 Psykisk helse hos pensjonister**

Det er de siste årene i Norge gjort en del studier i forhold til *pensjonister*, blant annet der man har studert effekten av helse og levealder opp mot når man pensjonerer seg. Det er også gjort studier om det er bra for den fysiske helsa å bli pensjonist. Enkelte studier tar for seg pensjonsalder og pensjonssystem. Jancey & Årving (2019) har gjennomført mulighetsstudien «*På vei*» som handler om overgangen til pensjonisttilværelsen. Dette er utført som et diplomprosjekt i tjenstedesign ved Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo. Studien har utforsket overgangen bredt og har gjort en kartlegging av det å gå av med pensjon. Det jeg fant interessant var at de har intervjuet seks menn og fire kvinner om deres emosjonelle og praktiske reise både før og i overgangen. Det som kom fram var at ingen livsoverganger er like, de oppleves individuelt, samtidig var de alle opptatt av familien. Flere av pensjonistene hadde bekymringer om fremtidig økonomi og de hadde et savn av kollegaer. Det kom også frem usikkerhet rundt egen identitet, noen opplevde tap av nettverk og skuffelse når pensjonistlivet ikke ble slik de hadde forestilt seg.

Bauger & Bongaardt (2016) har i sin fenomenologiske studie intervjuet ni pensjonister, derav to menn. Studien handlet om deres erfaringer om velvære, der de påpekte at familie og venner er av stor betydning. Studien vektla videre betydningen av en sunn og fungerende kropp. Pensjonistene var også opptatt av tid, de hadde en følelse av tid til å leve og tid til å nyte øyeblikket. Det å kunne få lov til å styre tiden sin selv hadde stor verdi. Pensjonistene var også opptatt av muligheten for aktivitet, samt det å etablere kontakt med nye relasjoner. Deltagerne vektla også betydningen av det å være i forhold. De var opptatt av meningsfulle relasjoner, og ikke nødvendigvis det å ha mange relasjoner. Det refereres også i studien til Rowe & Kahn som vektlegger betydningen av fysiske og kognitive egenskaper. Bauger (Jacobsen, 2020) sier at om lag 10 % av alle pensjonister opplever at pensjonisttiden ikke ble som de trodde. Dette er samme tall som kom fram i rapporten «*Att arbeta vidare efter 65 år – vem gör det och varför*» (Hansson et al., 2019, s. 14) som er nevnt tidligere.



En rekke fagpersoner beskriver at overgangen til en pensjonisttilværelse spesielt er vanskelig for menn. Flere utenlandske studier har beskrevet menns behov for egne møteplasser. Studien «*Older men`s sheds programmes*» (Ormsby, Stanley & Jaworsky, 2010) er en kvalitativ studie utført i Australia på menn over 65 + som har deltatt i et samfunnsbasert «*skurprogram*». Dette «skuret» ble identifisert som en positiv opplevelse og ansees å være både kulturelt, sosialt og psykologisk viktig for menn som har blitt pensjonister.

Sønderbo (2020, s. 15) hevder at menn ikke er like flinke til å ta stilling til hvordan de vil leve sitt pensjonistliv, samt at de har ofte større vanskeligheter enn kvinner til å finne nye nettverk. Masteroppgaven; «*Unge og pensjonister- om arbeid og overgang*» (Berger-Hagland, 2014) er en kvalitativ studie innen sosiologi som tar for seg to generasjoner i overgangen til og fra arbeidslivet. Studien kom fram til at overganger er individuelle, men at den krever en omstilling i hverdagen for alle, også hvordan man identifiserer seg. Dette kommer også fram i litteraturstudien: *Transition: a literature review* (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006, s. 321). Denne bygger på tidligere gjennomgang av sykepleielitteraturen om overganger som er publisert. Overganger generelt formidles som individuelle. De påvirkes av våre forventninger, vårt kunnskapsnivå, våre ressurser og kapasitet for endring. Mestring av overgang er en menneskelig opplevelse og kvalitative studier sees som hensiktsmessig for å utvikle forståelse. Studien formidler at overgangen hos pensjonister er noe som foregår over tid, samt at perioden krever endring og tilpasning. Det er en tid som handler om å føle seg verdifull og identitetsbegrepet vektlegges.

Kiely et al., (2019, s. 77) formidler epidemiologisk basert kunnskap for hvordan og hvorfor den psykiske helsen til eldre voksne varierer kjønnsmessig. Artikkelen beskriver at en plutselig overgang til en pensjonisttilværelse grunnet dårlig helse er vanligere blant menn. Dette igjen kan påvirke den psykiske helsen fordi man opplever endringer i økonomi, samfunnsmessige normer og personlige forventninger. Kiely et al., (2019, s. 80) hevder også at menn er utsatt for en større identitetsfølelse enn kvinner som ofte har balansert mellom deltidsarbeid og familieansvar.

## **2.4 Afaf Ibrahim Meleis sin teori om overganger**

Afaf Ibrahim Meleis (1942- ) er en egyptisk sykepleier som er kjent for sin teori om overganger. Meleis har helt siden 1960 tallet forsket på overganger og helse (som sitert av Hvalvik, 2012, s. 8). Boken «*Transitions Theory*», skrevet av Meleis, ble utgitt i 2010, og

bygger på at overganger er trigget av hendelser og forandringer i individets hverdag eller omgivelser.

Begrepet *transitions* kommer opprinnelig fra det latinske begrepet *transire* som betyr å gå igjennom (som sitert i Hvalvik, 2012, s. 8). Forklart på en annen måte handler det om å gå fra en fase til en annen, en situasjon til en annen, eller fra en status til en annen. Begrepet *transitions* er beskrevet innen sykepleien og Meleis (2010, s. 42) henviser til flere av definisjonene, blant annet denne til Chick og Meleis:

A passage from one life phase, condition, or status to another. Transition refers to both process and the outcome of complex person-environment interactions.

It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation.

Defining characteristics of transition include process, disconnectedness, perception and patterns and response (Chick and Meleis, 1986, som sitert i Meleis, 2010).

Meleis definerer overganger som en passasje fra en stabil tilstand til en annen, og at prosessen kan bli trigget av at det skjer forandringer (Meleis, 2010, s. 11). En overgang handler om nye krav og mestring, mange nye aspekter oppstår i ens livsverden og individet må håndtere nye situasjoner. Overganger er hendelser som fører til en prosess og ifølge Meleis kan man kategorisere overgangene som de utviklingsmessige, de situasjonsmessige, og de som er relatert til helse og sykdom (Meleis, 2010, s. 130). Det å pensjonere seg blir av Meleis sett på som en utviklingsrelatert overgang. Varigheten av denne overgangen er individuell, den spenner seg over hele perioden i fra første markeringshendelsen og varer til den nye situasjonen oppleves stabil (Meleis, 2010, s. 130). En overgang kan ifølge Meleis sees på som et vendepunkt og en periode i livet der man velger nye strategier for å håndtere hverdagen. Å bli pensjonist kan som tidligere nevnt være utfordrende, spesielt når det er ufrivillig. Tap er et sentralt begrep som kan påvirke negativt, men tap kan også gi muligheter. For mange handler det å bli pensjonist om tap av arbeid, nettverk og sosial støtte, men for noen gir det også tid og muligheter til å gjøre noe annet, kanskje også skape nye relasjoner. Overgangsprosessen ved pensjonering vil også påvirkes av overgangene som følger med alderdommen. Dette kan gi endring for eksempel i forhold til bosituasjon, tap av ektefelle/venner eller at kronisk sykdom eller skrøpelighet oppstår (Meleis, 2010, s. 130). For å klare å forstå hvordan det oppleves, må man sette seg inn i hvordan overgangsprosessen oppfattes og hvilke forventninger individet har (Meleis, 2010, s. 34). Ved overganger oppstår det som nevnt ofte endring i

identitet, roller og adferd. Dette blir av Meleis (2010, s. 15) beskrevet som grunnleggende endringer i synet på seg selv og verden.

Meleis beskriver at en overgang kan starte med fortryllelse og spenning, men den kan også starte med frykt og sorg. Overganger er knyttet til sårbarhet, det er et vendepunkt i livet som krever nye strategier for å håndtere hverdagen (Meleis, 2010, s. 130).

Basert på en rekke forskningsstudier har Robert Atchley (som sitert i Meleis, 2010, s. 90) delt pensjonsprosessen inn i seks stadier. Disse gjelder ikke nødvendigvis alle pensjonister, men de gir en pekepinn på hva man kan forvente seg i denne livsfasen. Stadiene er som følger: *Førtidspensjonsfasen*: Pensjonisttiden kommer, og man har muligheten til å begynne å planlegge. *Bryllupsreise*: Tiden rett etter på. En tid hvor mange føler seg i gledesrus, men gjelder dog ikke alle. *Disenchantmentfasen*: Her opplever noen skuffelse over at livet ikke er som de forventet. *Omorieringsfasen*: Her dukker det opp tanker, som «Hva er viktig for meg?» *Stabilitetsfasen*: Her etableres tilværelsen, pensjonslivet nytes, det handler om ulike aktiviteter, frivillig arbeid, gode rutiner osv. *Terminalfasen*: Dette beskrives som slutten av pensjonisttiden når sykdom eller begrensninger hindrer deres rolleteori.

Ifølge Meleis (2010) er det et viktig mål for sykepleier å bidra til god helse og mestring. Derfor må sykepleieren ha kunnskap om det å være i en overgangsfase.

## **2.5 Aaron Antonovsky sin teori om salutogenese**

Det teoretiske rammeverket til psykisk helse kan vi se opp mot den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky sin (1923-1994) teori om *salutogenese* (av helse – saluto, opprinnelse eller tilgivelse – genese) (sitert av Langeland, 2014). Aaron Antonovsky redegjorde for begrepet *salutogenesis* som rett oversatt betyr «helseopprinnelse» i boken sin «*Health, stress and Coping*» (1979). Teorien til Antonovsky er opptatt av hva som fremmer god helse, og samtidig hva som gir økt mestring og velvære. Han mente at individets normalsituasjon er et liv med utfordringer og stress. Antonovsky var opptatt av at det er ikke mengden av stress, heller ikke hva slags stress vi har, som avgjør om vi har helse eller ikke. Det han vektla var hvordan man forstår og håndterer stressede hendelser (Antonovsky, 1979). Antonovsky var opptatt av helse fremfor sykdom og istedenfor å sette søkelys på hvorfor sykdom oppstår, var han opptatt av at man heller skal vektlegge hvilke faktorer og mestringsstrategier som kan fremme helse. Helseperspektivet beskrev Antonovsky ved hjelp av et lineært mønster, med uhelse i den ene enden og helse i den andre. Den salutogene tilnærmingen tar utgangspunkt i hvor på linjen individet befinner seg, og hvilke faktorer man

må ta tak i for å hjelpe individet i riktig ende. Antonovsky hevder at det finnes to ulike kroppslige reaksjoner, spenning og stress. Forskjellen mellom de er at spenningen går over når det som har utløst spenningen har roet seg. Om spenningen ikke roer seg kalles det stress (Antonovsky, 1979). Antonovsky var opptatt av individets opplevelse av sammenheng, det å belyse faktorer som kan skape god helse, samt hvorfor noen håndterer det å bevege seg mot bedre helse enn andre.

Lav opplevelse av sammenheng kan gjøre at individet føler at man ikke håndterer hendelsen og at man ikke har tilstrekkelig med ressurser, høy opplevelse kan derimot gi en opplevelse av at hendelsen er mer håndterbart (Antonovsky, 1979). Antonovsky var opptatt av individets grunnholdning for hvordan man møter hendelser i livet (Walseth & Malterud, 2004, s. 65). Denne grunnholdningen kalte han *sense of coherence* (SOC), eller på norsk; *opplevelse av sammenheng* (OAS). Grunnholdningen består av tre komponenter; *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. Begrepet SOC kan ifølge Walseth & Malterud (2004, s. 65) forstås med at det handler om forutsigbarhet eller opplevd sammenheng. Hvordan man reagerer på endringer er individuelt og handler om erfaringer igjennom livet. Antonovsky (2012) sier at mennesker som har en sterk SOC vil oppleve livet håndterbart og meningsfullt. Dette vil igjen skape trygghet og tillitt til egne ressurser slik at egen helse fremmes. De som har en sterk SOC vil ifølge Antonovsky skåre høyt på de tre komponentene. De vil få en indre trygghet og ro, og vil bruke disse for å fremme helsen (Antonovsky, 2012, s. 39).

Ressursen meningsfullhet er den som skaper motivasjon og er grunnleggende for å håndtere utfordringer i livet (Antonovsky, 2012, s. 41). Ifølge Antonovsky har de med en sterk SOC ofte ting i livet som de er involvert i og som «gir de mening», ikke bare i kognitiv forstand, men også følelsesmessig. Ressursen håndterbarhet sier noe om man opplever å ha nok ressurser til å håndtere de krav og utfordringer man møter, mens begripelighet handler om at mennesket forstår situasjonen, da kan de oppleve sammenheng i tilværelsen (Antonovsky, 2012, s. 40).

## 3 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for mine metodiske valg for å besvare studiens problemstilling på best mulig måte. Den handler om menns opplevelse av overgangen til en pensjonisttilværelse. Kapittelet er delt inn i flere delkapitler. Jeg vil først beskrive min vitenskapsteoretiske forankring. Deretter vil jeg presentere datainnsamling med litteratursøk, beskrive studiens utvalg og prosessen rundt rekruttering av deltagere. Jeg vil også beskrive intervjuprosessen og deltagerne kort. Videre rettes fokuset mot analysen av datamaterialet og jeg vil ta med et eget avsnitt om transkripsjon. Det vil bli gjort rede for analysemetoden, men også mine etiske vurderinger i forskningsprosessen. Metodekapittelet avsluttes med en oppsummering.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan vi skal samle kunnskap og få svar på våre spørsmål, men også hvordan dette skal analyseres (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 25). Innen samfunnsvitenskapen skiller man imellom *kvalitativ* og *kvantitativ* metode eller design (Johannessen et al., 2016, s. 27). Kvantitativ metode bygger på positivismen, som er opptatt av om det finnes en objektiv sannhet og den ønsker å finne informasjon om populasjonen i samfunnet. Ifølge positivismen finnes det bare én sannhet, men er av mange kritisert fordi den ikke vektlegger at mennesker oppfatter og tolker virkeligheten ulikt.

Etter hvert vokste det fram et nytt paradigme, denne kaltes *hermeneutikken* og opererer med en grunnleggende holdning om at virkeligheten er konstruert av menneskene, det finnes ingen sannhet. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) var en kjent filosof som var opptatt av den vitenskapelige metode. Igjennom Gadamers *hermeneutiske sirkel* vektlegges det at man må forstå mennesker på ulike måter ut fra konteksten de lever i, og *subjektivitet* er et viktig begrep (Thomassen, 2018, s. 91). Kvalitativ metode er bygd opp av teori om hermeneutikk som betyr fortolkning. Det handler om erfaringer mennesker har (Johannessen et al., 2016). Innen helsefeltet vil kvalitativ forskning være med på å få frem deltageres subjektive opplevelse av deres livsverden. Malterud (2017, s. 30) hevder at for å forstå sykdom og helse trenger vi et mangfold av kunnskap om hvordan folk lever sine liv. På denne måten kan hypoteser dannes, både om hvordan sykdom oppstår, hvordan den oppleves og hvordan den kan forebygges. I forskningen benyttes både en *induktiv* og en *deduktiv* fremgangsmåte, de er begge av betydning for å kunne se helheten. Malterud (2017, s. 27) sier at ved en *induktiv* tilnærming går vi fra det enkeltstående og spesielle til det allmenne. På denne måten ønsker vi

å utforske problemstillingen for å finne en teori om et fenomen. En *deduktiv* tilnærming er det motsatte, her vil man gå fra det generelle og allmenne, til det konkrete og enkeltstående.

### **3.1.1 Valg av forskningsdesign**

Hensikten med studien er å få frem menn sine tanker, opplevelser og holdninger i tiden rundt overgangen til en pensjonisttilværelse. Kan deres skildringer av deres liv være med på å gi økt forståelse og kunnskap om hva som kan forebygge psykiske problemer? Det finnes fordeler og ulemper ved alle forskningsmetoder (Malterud, 2017, s. 38). Derfor må man velge den man tror vil være mest hensiktsmessig for å besvare problemstillingen man ønsker å gå nærmere inn på.

For å belyse psykisk helse ut fra mennenes synspunkt, vil det være hensiktsmessig å utføre en kvalitativ studie. Ifølge Malterud (2017) handler det om å rette fokus mot hvordan verden oppleves og erfares, det handler om menneskets subjektive opplevelser og bevissthet. Studien har et eksplorativt design med utgangspunkt i individuelle dybdeintervju. I en kvalitativ studie brukes forforståelsen til å tolke det som skjer. Etter hvert dannes det ny forståelse og etter hvert endres vår helhetsforståelse. Dette kalles i samfunnsvitenskapen for den *hermeneutiske spiral*, man pendler mellom helhet og del (Krogh, 2014 s. 22).

Kvalitativ forskning ligger i et beskrivende og fortolkende paradigme (Malterud, 2017, s. 27) og er derfor hensiktsmessig å bruke når man skal undersøke fenomener man ikke kjenner så godt til fra før. En pragmatisk analysemetode innenfor det fortolkende paradigme er *systematisk tekstkondensering* (STC) (Malterud, 2017, s. 97). Denne er utviklet av Malterud og er min valgte analysemetode og som, vil bli presentert nærmere i et eget avsnitt.

## **3.2 Datainnsamling**

### **3.2.1 Utvalg og rekruttering av deltagere**

Siden tema er psykisk helse krever det at deltagerne jeg skulle rekruttere hadde lyst til å dele tanker, følelser og opplevelser. Jeg var opptatt av å fange de psykiske normalreaksjoner hos menn i overgangen, og jeg ville finne de som på en reflektert måte kunne snakke om temaet. Jeg gjorde derfor et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2016, s. 117). Først tenkte jeg å benytte meg av snøballmetoden, jeg kjente allerede en som ville delta. Den etiske utfordringen er å kunne opprettholde de forskningsetiske krav når deltagerne «angir» hverandre. Derfor valgte jeg isteden å sende en henvendelse til Pensjonistforbundet i fylket.

Psykisk helse er noe som berører alle, uansett om man er aktive eller ikke – derfor følte jeg at det var akseptabelt å rekruttere herfra. Pensjonistforeningen i fylket anbefalte å ta kontakt med lokalforeninger. Jeg valgte derfor ut tre lokalforeninger på bakgrunn av geografi. Jeg sendte ut et informasjonsskriv til lederne, men bare én viste interesse. Denne lederen var veldig positiv og viderefremidlet informasjon om studien til aktuelle deltagere, men videresendte ikke informasjonsskrivet som anbefalt. Dette forklarte lederen skyldtes manglende datakunnskap. Leder ringte medlemmer og informerte om at det var kommet en henvendelse, flere var positive og ba leder om å gi meg deres telefonnummer. Etter hvert kom jeg i kontakt med syv menn i alderen 67-72 år. Den første dialogen var på telefon. Alle ønsket å få informasjonsskriv om studien til gjennomlesing. I informasjonsskrivet fortalte jeg om min bakgrunn for å gjennomføre studien, formålet og om hvorfor akkurat de fikk invitasjon til å delta (vedlagt). Inklusjonskriteriene var at de var menn mellom 65-73 år, at de hadde vært i yrkeslivet fram til minimum 60 år, at de var hjemmeboende enten alene eller sammen med noen og at de ikke mottok tjenester fra det psykiske hjelpeapparatet. Videre vektla jeg frivillighet og at deltagerne når som helst kunne trekke seg fra studien. Til de som fikk informasjonsbrevet i posten la jeg med en ferdigfrankert svarkonvolutt til samtykket, de andre sendte samtykke scannet tilbake på e-post.

Jeg hadde telefon kontakt med syv pensjonister, noen sa umiddelbart at de hadde lyst til å bli med, andre hadde en del spørsmål og var redde for at de ikke var aktuelle grunnet fysisk sykdom. Det var også to av mennene som oppga å bli pensjonister da de var 57-58 år. Da måtte jeg vurdere om inklusjonskriteriene jeg hadde laget i forkant var for rigide. Hvilken betydning hadde det egentlig for studien, når de avsluttet sin yrkeskarriere? Når jeg laget inklusjonskriteriene tenkte jeg at deltagerne kanskje husket overgangen bedre om det ikke hadde vært for mange år siden det hadde skjedd. Her oppdaget jeg at jeg tok feil, for dette var menn som hadde mange refleksjoner og ga meg umiddelbart inntrykk av at overgangen hadde preget de. Etter å ha diskutert dette med veileder bestemte jeg meg for å inkludere også de som var yngre enn 60 år ved pensjonering. Av de syv jeg hadde kontakt med var det til slutt fem som samtykket til deltagelse, en av de gikk av før han var 60 år. Pensjonisten jeg kjente fra før og som gjerne ville delta i studien, ble den jeg gjorde mitt prøveintervju på. I en kvalitativ intervjustudie anbefales det å gjøre minimum ett prøveintervju, dette for å teste intervjuguiden for å se om spørsmålene er lett forståelige (Dalen, 2011, s. 30). Det var også fint å få en gjennomgang på bruk av *Nettskjema-diktafon* og se at opptaket ble videreført direkte til *TSD* (Tjenester for sensitive data). Prøveintervjuet ble gjennomført hjemme hos

meg, siden jeg kjenner pensjonisten godt var jeg spent på om det ville komme frem sensitive opplysninger. Deltageren oppfylte inklusjonskriteriene, noe som opplevdes riktig med tanke på å få et realistisk bilde av hvordan de andre deltagerne ville oppleve intervjuet. En av hensiktene med prøveintervjuet var å se om forskningsspørsmålene ville gi meg informasjon som jeg var ute etter, samt om intervjuguiden hadde gode spørsmål som var lett forståelige. Intervjuguiden (vedlagt) var delt inn i fire ulike temaer, i tillegg en egen bolk med generelle spørsmål først og sist. Totalt var det 24 spørsmål utenom de jeg innledet med og avsluttet med. Prøveintervjuet tok i underkant av 42 min. Jeg fikk testet opptaksutstyret og så at dette fungerte. Tilbakemeldingen var at han hadde ønsket å vite mer om hvilke spørsmål jeg ville stille, slik at han om mulig var enda mer forberedt. Etter dialog med veileder valgte jeg å inkludere prøveintervjuet i studien. Deltageren oppfylte inklusjonskriteriene, han var villig til deltagelse og delte erfaringer som ga gode innspill.

### **3.2.2 Presentasjon av deltagerne**

Studien bestod av 6 menn i alderen 67-72 år. Alle deltagerne var enten gift eller i et forhold, alle hadde barn og barnebarn. Som yrkesaktive hadde de hatt ulike yrker innenfor salg og service, industri/håndverk eller skoleverk. En deltager fortalte at han gikk av som 67 åring, men allerede da han var 62 år formidlet han til arbeidsgiver at han trengte andre arbeidsoppgaver for å kunne fortsette å bidra en stund til. Også en annen deltager fortalte at han hadde bedt om andre og mindre krevende arbeidsoppgaver fra han var 61-62 år, fra han var 62-64 år jobbet han freelance og var da ringevikar.

En deltager ble i slutten av femtiårene alvorlig syk. Å bli pensjonist var ikke noe han ønsket og var den av deltagerne som skilte seg litt ut siden overgangen ble brå og uventet. Av de andre deltagerne var det en som jobbet fram til 65 år, de siste to til de var 67 år, en av disse jobbet fortsatt som frivillig to dager i uken.

### **3.3 Dybdeintervju – min intervjuguide**

Å snakke med mennesker er noe jeg som sykepleier har god erfaring med, derfor var det også naturlig for meg å velge samtale som min måte å samle ny kunnskap.

«Gjennom ordene skaper vi virkeligheten som vi er en del av» (Malterud, 2017, s. 133).

Dybdeintervju er intervjuer med individuelle deltagere, og kalles ifølge Malterud (2017, s. 133) for *semistrukturerte intervjuer*. Brottveit (2018, s. 92) bruker begrepet *halvstrukturert*



*intervju* om intervjuer der forskeren bruker en intervjuguide med fastlagte spørsmål, men hvor forskeren er fri både i rekkefølge, spørsmålsformulering og oppfølgingsspørsmål. Dette er ifølge Brottveit (2018, s. 92) den mest brukte metoden i kvalitativ forskning og det var også denne jeg følte var mest riktig å bruke. På denne måten kom både jeg som forsker og deltager i dybden på temaet. Selv om intervjuene ble lange følte jeg at jeg fikk belyst temaet godt i forhold til om jeg hadde valgt et strukturert intervju som krever at man holder seg kun til intervjuguiden, og i liten grad kan følge opp informasjon som kommer underveis.

Et dybdeintervju gir deltageren tid, det føles ofte tryggere å være alene med forskeren når sensitive tema snakkes om. I forkant av studien utarbeidet jeg en intervjuguide med ulike tema jeg ønsket å belyse. Strukturen på intervjuet hadde jeg utformet ut ifra tre faser; oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål. Dette er også anbefalt i kvalitative forskningsmetoder (Tjora, 2017, s. 145-146). Ved intervjuer med sensitive temaer er tillit av stor betydning. Jeg startet derfor med litt generelle spørsmål og lot deltagerne fortelle fritt om seg selv, sivilstatus, alder og yrkesbakgrunn.

Jeg ønsket å ha like spørsmål til alle deltagerne. Jeg laget derfor noen hjelpespørsmål og notater som jeg tenkte ville hjelpe meg å holde fokus underveis i intervjuet. Intervjuguiden utarbeidet jeg ganske detaljert, samtidig ønsket jeg å kunne frigjøre meg ved å kunne følge opp med litt oppfølgingsspørsmål. Dette var jeg forberedt på kunne variere noe fra deltager til deltager. De ulike temaene under refleksjons spørsmålene handlet om tiden før man ble pensjonist, tiden som pensjonist, psykisk helse som pensjonist og mestring. Intervjuene hadde jeg planlagt å gjennomføre der hvor deltageren ønsket at det skulle gjøres. Jeg var opptatt av at de skulle føle seg avslappet og i et trygt miljø, noe som er anbefalt av Tjora (2017, s. 118). Siden jeg skulle bruke lydopptaker under intervjuene var det viktig å ta hensyn til dette i forhold til omgivelsene, slik at det ikke ble støy på opptaket. Jeg gikk ut ifra at intervjuene ville vare omtrent en times tid hver, men var forberedt på at dette kunne variere.

### **3.3.1 Gjennomføring av intervjuene**

Ifølge Kvale & Brinkmann (som sitert i Dalland, 2012, s. 151) er samtalen det viktigste redskapet i arbeid med mennesker. Et intervju i et forskningsperspektiv må sees på som en profesjonell samtale og som min veileder på masteroppgaven sa til meg; «*Husk at deltageren er medskaper av kunnskap*»! Det synes jeg beskrev så godt viktigheten av de personene jeg skulle møte. Som en tidligere masterstudent sa til oss på et masterseminar: «*Uten deltagerne vil du ikke kunne skrive noen masteroppgave*».

Fire av seks intervjuer foregikk hjemme hos meg. Det var spennende å se hvem som skulle komme og hva de skulle fortelle meg. De andre to intervjuene foregikk hjemme hos deltageren. Det ble på begge steder en avslappet stemning og en god samtale over en kopp kaffe. Jeg følte jeg brukte tid for å opparbeide trygghet og tillit. Det ble flere lange intervjuer, men jeg følte at det var nødvendig for et sensitivt tema som dette kan være for enkelte. Varigheten av intervjuene varierte fra 42 til 87 minutter, med en gjennomsnittstid på 55 minutter. Det var noe redusert kvalitet på noen av lydopptakene, de bedret seg på de siste når jeg var mer bevisst på dette.

Første intervju hadde jeg planlagt å gjennomføre i begynnelsen av juli-20, rett i etterkant av prøveintervjuet. Dette ble utsatt til august, men var likevel innenfor min tidsplan for masteroppgaven. Under intervjuene hadde jeg søkelys på å lytte og siden jeg har en genuin interesse for feltet var ikke dette vanskelig. I forkant av intervjuene informerte jeg deltagerne om at jeg kanskje ville avbryte de om det ble vanskelig å holde tråden i intervjuet hvis noen for eksempel hadde mye på hjerte. Jeg formidlet at vi kunne snakke om det etter intervjuet, hvis de ønsket det. I forkant var jeg bevisst på om deltageren hadde oppfattet det som stod i informasjonsskrivet. Jeg tok meg tid til å repetere tema og problemstilling, samt fortelle om hensikten med prosjektet. Før intervjuet ble startet gjentok jeg informasjon om anonymitet, frivillighet og tredjepersonsopplysninger. Alle hadde levert samtykkeskjema skriftlig, som ble oppbevart i prosjektmappa i TSD, med en sikkerhetskopi innelåst i en safe med kodelås. På forhånd hadde alle deltagerne blitt informert om at jeg brukte en app på telefonen som het «Nettskjema diktafon» og at opptaket ble kryptert og videresendt til min mappe i TSD (Tjenester for sensitive data).

I møte med deltagerne merket jeg at de var ulike i måten å formidle. Noen snakket lett og hadde et rikt og godt språk, mens noen brukte mer tid og reflekterte mer før de svarte på mine spørsmål. Jeg merket at jeg tilpasset meg den enkelte slik at jeg følte når intervjuet var ferdig, at jeg hadde klart å få frem deres livsverden, deres tanker, opplevelser og erfaringer.

Underveis i intervjuet var jeg hele tiden opptatt av å være til stede i situasjonen. Jeg var bevisst på at de jeg skulle snakke med er eldre mennesker. Jeg snakket rolig og med tydelig stemme, jeg var også bevisst på øyekontakt med deltageren. Kroppsspråk var noe jeg også la spesielt merke til. Jeg valgte å ikke gjøre notater underveis, men noterte rett i etterkant ulike stikkord, blant annet hvilke inntrykk jeg gjorde meg. Dette hjalp meg veldig til å erindre tilbake til intervjusituasjonen når jeg transkriberte fra lydfilen.

Under intervjuet brukte jeg som nevnt tidligere en intervjuguide som jeg hadde utarbeidet, men for å få frem nyanserte beskrivelser fra deres livsverden måtte jeg stille spørsmål utover guiden. Dette betydde at jeg måtte hele tiden følge godt med på hva deltageren svarte og om det var dekkende nok for å få frem dybden på det jeg spurte om. Kvale & Brinkmann (som sitert i Dalland, 2012 s. 156) sier dette handler om å kvalitetssikre intervjuet.

### 3.4 Analyse av datamaterialet

En analyse er en systematisk målrettet prosess fra problemstilling til resultat (Malterud, 2017, s. 91). Det handler om å gjøre forskningen forståelig og lesbar, uten at leseren selv må ha studert rådataen (Tjora, 2017). I analysefase 1 samler man inn materialet (Anker, 2020, s. 64). Jeg må som forsker selv velge teori og forskning, samt at jeg gjennomfører intervjuer og transkriberer. Analyse krever mye tankearbeid. I starten virket det uhåndterlig, men etter hvert som jeg ble trygg på hva det handlet om, opplevde jeg denne delen av forskningen som utrolig spennende. Analysene i starten var tilfeldige og usystematiske, og jeg brukte en forskerlogg for å notere mine tanker og refleksjoner igjennom hele skriveprosessen. I denne boken noterte jeg det meste, både at jeg våknet på natten med ideer, men også når jeg kom over bøker som ga meg motivasjon, blant annet boken «*Analyse i praksis*» av Trine Anker (2020).

Under vises notater fra min forskerlogg;

«Erfarer at jeg liker å skrive, å sette meg her ved skrivebordet føles som *et* privilegium, samtidig som det tar nesten all fritiden min!! Jeg gleder meg til våren, men jeg kjenner jeg er fortsatt motivert, jeg har ikke vært lei enda! Å tenke på de gode samtalene med pensjonistene gir meg inspirasjon. Jeg tenker jeg er utrolig heldig!»

Underveis i analyseprosessen har jeg gjort andre tankenotater. Jeg skrev blant annet notater på mobilen og jeg hang lapper over skrivebordet. Refleksjoner og kommentarer er beskrevet i arbeidet mitt med kodebok.

Utgangspunktet for analysen i denne studien er Systematisk tekstkondensering (STC), Malterud sin metode. Som nybegynner i forskningsfeltet var det denne jeg følte var den riktige for meg. I det følgende vil jeg presentere transkriberingen som er en del av analysen, før jeg presenterer STC i sin helhet.

#### 3.4.1 Transkribering

Ifølge Malterud (2017, s. 79) er *transkribering* en viktig del av analyseprosessen og forskeren har mange fordeler av å gjøre dette selv, både fordi man blir godt kjent med materialet og er

den som kjenner konteksten best. Malterud (2017) hevder at validiteten styrkes ved at forskeren selv transkriberer. Dette støttes av Kvale & Brinkmann (2015, s. 207) som sier at de som transkriberer selv vil bedre huske og tenke tilbake på de sosiale og emosjonelle sidene ved intervjusituasjonen.

Å transkribere vil si at man omgjør lydopptak til tekst. Jeg transkriberte på bokmål, men var hele tiden oppmerksom på dialektord. Til sammen hadde jeg over seks timer på lydfil, og jeg brukte i overkant av 70 timer på transkribering, totalt ble det over 140 sider med rådatastoff. Jeg brukte skrifttypen; Times New Roman, skriftstørrelse 12 og linjeavstand 1.5. Intervjuene mine lyttet jeg til på lydfil inne i min mappe i TSD, mens jeg skrev i Word og lagret i OneDrive via min side på høyskolen. Under transkriberingen tok jeg hyppige pauser. Det er første gang jeg har sittet med transkribering. Når jeg transkriberte skrev jeg ned ord for ord så nøyaktig som jeg klarte. Jeg forsøkte å gjenoppleve situasjonen og noterte meg for eksempel latter, gråt, pust, stønn, lange pauser eller ord som ble lagt trykk på og som fremstod som viktige. Noen ganger kunne det være litt utydelig, dette opplevde jeg spesielt på det første intervjuet. Jeg var derfor senere opptatt av å sitte rett ovenfor deltager. Dette opplevde jeg gjorde lydkvaliteten bedre.

Jeg begynte å transkribere etter å ha gjennomført fem intervjuer. Først skrev jeg ned intervjuet ord for ord, i neste runde jobbet jeg med anonymisering, ordrettinger, liten/stor bokstav og jeg markerte med sort sterk skrift spørsmålene fra intervjuguiden, samt der hvor deltageren sa noe av helt spesiell betydning. I transkripsjonen noterte jeg alle småord som eh, hm, ja og nei. Deretter noterte jeg meg bak om jeg tolket det som usikkerhet eller at de trengte tid til å svare. Jeg noterte meg der deltageren sa noe av sensitiv art eller avsnitt som var vanskelig å forstå. Under transkriberingen var jeg opptatt av at jeg i informasjonsskrivet hadde informert deltagerne om at de kunne få lese sitater eller beskrivelser av seg selv. Å transkribere ordrett kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 208) få deltageren til å fremstå med et dårlig språk og enkelte vil kunne reagere når de leser igjennom et intervju som er usammenhengende med mange gjentakelser og med mange «eh»-er og lignende. I oppgaven siterte jeg deltagerne i en best mulig litterær framstilling og deres historie ble anonymisert og fremstilt slik at deres identitet ble ivaretatt.

### **3.4.2 Systematisk tekstkondensering**

Systematisk tekstkondensering (STC) er inspirert av Giorgis fenomenologi, men STC er ikke fenomenologisk, den krever derfor ikke at forskeren må ha bred filosofisk kunnskap, men

man må ha basiskunnskap i vitenskapsteori (Malterud, 2017, s. 115). Analyse handler om *intersubjektivitet*, prosessen skal gjennomføres, men også formidles. STC er en metode for tematisk tverrgående analyse i kvalitativ forskning, den er *iterativ* og *induktiv*. Det er en prosess som går «tre skritt frem og to tilbake» (Malterud, 2017, s. 113-114). Analysemetoden består av fire trinn:

1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold.
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

(Malterud, 2017, s. 98).

I første trinn var jeg opptatt av å sette min forforståelse til side og jeg forsøkte å ikke la meg påvirke av kunnskap jeg allerede mente å vite om problemstillingen. I godstolen på hytta leste jeg igjennom alle de transkriberte intervjuene og dette gjorde jeg i et «fugleperspektiv» - jeg ønsket å få oversikt over datamaterialet, jeg noterte og reflekterte, men systematiserte ingenting. Malterud (2017, s. 99) er tydelig på at man likevel ikke skal glemme problemstillingen, på dette trinnet skal man finne 5-8 foreløpige temaer som vekker interesse.

Sammen med veileder ble det valgt ut fem temaer: *Relasjoner, identitet, verdier, mestring og krav*. Temaene som ble valgt representerte en videreutvikling av temaene i intervjuguiden, jeg valgte å fargekode de, slik at kodingen skulle bli enklere. Jeg erfarte at det å jobbe med intervjuene var krevende, da jeg ved hver setning måtte stoppe opp å tenke; hva sa han her?

I trinn 2 jobbet jeg videre med de fem hovedtemaene/hovedkategoriene. Malterud (2017, s.100) anbefaler at denne delen av analysen gjennomføres sammen med en annen forsker for å få innspill og hjelp til å se ting på en annen måte. Dette var vanskelig å gjennomføre, men jeg diskuterte med veileder underveis og vi hadde seminarer via høyskolen med fremlegg. I denne fasen jobbet jeg med ett og ett intervju, linje for linje for å identifisere *meningsbærende enheter*. På denne måten sorterte jeg ut det som var aktuelt for min problemstilling, og hva som var viktig for analysen videre. Jeg valgte ut tekst og når jeg identifiserte de meningsbærende enhetene hadde jeg med meg kodegruppene som sorteringsgrunnlag i tankene. Hver farge representerte midlertidige sider av problemstillingen som ble *systematisert og kodet*. I praksis klippet jeg ut alle de meningsbærende enhetene og limte de på en stor plansje på veggen, systematisert under hvert hovedtema. Underveis i sorteringen dukket det opp ulike undergrupper/subgrupper, for eksempel under «Relasjoner» fant jeg «Savn av kameratskapet». Samtidig som jeg klippet og limte laget jeg meg en kodebok som et

arbeidsredskap – det var denne og ikke plansjen som ble viktig framover. Kodeboken fikk fire kolonner:

1. Meningsbærende enheter
2. Fargekode/tema
3. Kommentarer/ refleksjoner
4. Presiseringer/undergrupper/subgrupper

Underveis var jeg hele tiden åpen for nye koder, og jeg skrev hele tiden logg hvor jeg noterte hva jeg tenkte. Jeg merket at mange av de meningsbærende enhetene også var relevant for andre hovedkategorier og subgrupper, så jeg brukte mye tid og jeg måtte ta en del valg underveis. Jeg utarbeidet etter hvert en rekke subgrupper. Jeg startet med 39 og endte med totalt ni. Jeg vurderte også å ta med «Forventninger» som en egen kategori, men valgte å plassere de meningsbærende enhetene derfra under andre passende subgrupper. Verdier som hovedkategori ble etter hvert også fjernet da jeg fant ut at jeg fikk frem dette under de andre kategoriene. Til slutt satt jeg derfor igjen med fire hovedkategorier og som nevnt ni subgrupper.

I trinn 3 i STC jobbet jeg konkret med alle de meningsbærende enhetene. Jeg laget et *kondensat*, eller det som Malterud (2017, s. 107) kaller et *kunstig sitat*. Det vil si et sitat som skal representere deltagerens stemmer, være så tekstnært som mulig, og det skrives i jeg-form (Malterud, 2017, s. 102). Dette trinnet diskuterte jeg med veileder. Jeg hadde mange subgrupper og så derfor betydningen av å få frem andre nyanser av fenomenene. Kondensatet skal være et arbeidsnotat. Ifølge Malterud (2017, s. 107) er dette utgangspunktet for resultatpresentasjonen i trinn 4. Jeg utarbeidet dette for alle subgruppene, og Tabell 1 under er et eksempel for hvordan jeg har gått frem.

Tekstbiter	Kondensat/kunstig sitat	Eksempel på subgruppe/undergruppe av hovedkategori 1 –  Relasjoner : <b>Menns relasjoner endrer seg i overgangen</b>
<p>«Jeg savner jo kameratskapet på arbeidsplassen». «Man kan liksom ikke gå dit nå å føle på at her er kameratene». «Jeg opplever at det blir stadig fler og fler fremmede, altså at det er flere jeg ikke kjenner, det kommer stadig nye». «Når jeg reiser innom jobben når jeg er 75 år, så er det kanskje ingen som kjenner meg lenger».</p>	<p>Jeg kan ikke reise på arbeidsplassen å føle på at her er kameratene. Jeg opplever at det er fler og fler fremmede der, mange jeg ikke kjenner. Om noen år er det vel ingen som kjenner meg lenger.</p>	<p>Savn av kameratskapet</p>
Tekstbiter	Kondensat/kunstig sitat	Eksempel på subgruppe/undergruppe av hovedkategori 2 –  Mestring: <b>God helse og en kvinne gjør det lettere å leve</b>
<p>«Jeg føler at jeg har så mye å ta av i personligheten min og av erfaringen, det er liksom det å få muligheten til å bruke seg selv altså». «Som eldre har man mer livserfaring». «Løser ting på en helt annen måte enn når jeg var ung».</p> <p>«Jeg tenkte ikke på at jeg skulle slutte å jobbe før jeg begynte å føle at jeg var syk». «Det var tungt, veldig tungt!» «For å si det rett ut: helt bønn i den tida!» »Pensjonisttiden ble ikke som forventet, på ingen måte heller».</p>	<p>Jeg har mye erfaring og mye å ta av i personligheten min, jeg vil gjerne bruke meg selv. Som eldre har man livserfaring, man løser ting annerledes enn når man er ung.</p> <p>Jeg tenkte ikke at jeg skulle slutte å jobbe før jeg ble syk. Det var tungt, helt bønn på den tida. Pensjonisttida ble ikke slik jeg hadde forventet, på ingen måte</p>	<p>Tanker om ny tilværelse</p>

Tabell 1: To eksempler på analysestrinn 2 og 3 i Hovedkategori 1 og 2.

I trinn 4 skal man ved hjelp av *fortolkende synteser* sammenfatte det man har kommet fram til (Malterud, 2017, s. 108), dette kaller Malterud for å rekontekstualisere. I dette trinnet er det viktig at jeg som forsker tar ansvar som fortolker, da det er deltagerens stemme som hele tiden

skal formidles. Det er kondensatene fra trinn 3 som jeg skal bruke for å lage en *analytisk tekst*, en for hver subgruppe og kodegruppe. Hver analytisk tekst skal igjen illustreres med et «gullsitat». Hensikten med dette er å tydeliggjøre hovedfunnene og hva, materialet sier om fenomenet som er undersøkt i forhold til problemstillingen. Resultatene vil jeg presentere i kapittel 4. Her vil hver subgruppe ha et eget avsnitt. Malterud (2017, s. 109) presiserer at man skal bruke tredjepersonsformen, da målet er å formidle ny empiri på vegne av deltagerne. Jeg har forsøkt å formidle deltagerens tanker og krydret med noen sitater for å gi leseren mer nærhet til datamaterialet.

I denne fasen jobbet jeg med å finne kontraster. Det var for eksempel store forskjeller mellom de som avsluttet sin yrkeskarriere etter eget ønske og den deltageren som ble syk og måtte brått slutte i yrkeslivet. Jeg var bevisst på deltagerens ulike historier, og at jeg ikke kunne knytte det empiriske materialet opp mot hver deltaker. Samtidig så jeg behovet for å henvise til noen enkelthistorier. Det var likevel mange fellesnevner, noe jeg kommer tilbake til. I dette trinnet studerer jeg også om funnene stemmer med konteksten til deltagerne. Jeg må validere funnene og se om den analytiske teksten og beskrivelsen av resultatkategoriene stemmer med foreliggende empiri og teori.

### **3.5 Litteratursøk**

Jeg har brukt mye av det som ble anbefalt av litteratur på pensumlista, men jeg har også utført litteratursøk og brukt en del selvvalgt litteratur for å få en oversikt over bakgrunn og eksisterende kunnskap på feltet. Jeg har fått mange innspill av veileder som også er forskningsbibliotekar, samt fra høyskolens lærere og fra personale på høyskolens bibliotek. Før jeg laget prosjektskissen til masteroppgaven utførte jeg systematiske litteratursøk. Booth (2006) redegjør i sin artikkel '*Brimful of STARLITE*': *toward standards for reporting literature searches*» om hva som er viktig å rapportere om i litteratur søk og jeg har hatt nytte av denne anbefalingen.

På biblioteket ble jeg anbefalt å jobbe ut ifra elementer i problemstillingen og ikke PICO skjema som ofte brukes i slike litteratursøk. Jeg jobbet først ut ifra disse tre elementene ved å bruke MeSH ord og tekstord:

**E1:** menn, eldre, 65 +

**E2:** overgang til pensjonist, forventninger til pensjonisttilværelsen, avslutte arbeidslivet, pensjonist, holdninger, livskvalitet/egenmestring og håp

**E3:** Psykisk helse, psykisk sårbarhet, og kjønnsidentitet



Søkeordene ble valgt fordi de kan dekke temaer i oppgaven. Det ble også brukt tilsvarende engelske MeSH ord, blant annet; men, men`s health, aged, retirement, quality of life, attitudes, hope, mental health, vulnerable populations, risk factors, gender identity, man`s role. I databasene begrenset jeg meg for det meste til kvalitative studier og søkte spesielt etter dette og brukte tidsspennet siste fem år. Etter hvert som jeg gjorde søk senere, søkte jeg på tidsspennet siste ti år da jeg opplevde det ga en del interessante treff. Jeg valgte kun å søke etter forskning på engelsk og skandinaviske språk. Jeg var underveis oppmerksom på å bruke ulike kombinasjoner i samme gruppe/element med OR/ELLER imellom, for å utvide og mellom elementene med AND/OG for å snevre inn. Jeg brukte også forkortelser med trunkering og/eller med spørsmålsteget. Databasene jeg brukte var: CINAHL, PubMed, PsycINFO, SweMed+ og Ageline, men jeg har også gjort fritekstsøk. Disse fagdatabasene ble valgt da de inneholder referanser til fagområder som denne masteroppgaven faller inn under (sykepleie, psykisk helse og aldring). Under arbeidet med litteratursøk fant jeg en del teori og forskning som jeg har beskrevet under min teoretiske referanseramme. Jeg har jobbet parallelt med skriving og søk. Videre har jeg forsøkt å systematisere funnene og skrevet litteraturlisten fortløpende.

### **3.6 Juridiske og forskningsetiske vurderinger**

Sentralt i all helsefaglig forskning står Helsinkideklarasjonen fra 1964 (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014). Videre har jeg som forsker fulgt Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008). Som forsker forplikter man seg til å ta hensyn og ansvar for at de forskningsetiske prinsipper blir fulgt. Dette gjelder spesielt prinsippene som omhandler autonomi, ikke skade, samt prinsippet om rettferdighet. Studien ble før oppstart meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD; <https://www.nsd.no/personverntjenester/>) og ble der godkjent og vurdert til å være i samsvar med personvernlovgivningen (vedlagt). Siden jeg skulle behandle sensitive helseopplysninger har all innsamling, analyse, bearbeiding og lagring av data i dette prosjektet foregått i "Tjenester for sensitive data" (TSD). Lydopptak og spørreskjemaundersøkelse har blitt utført ved hjelp av Nettskjema/Nettskjema-Diktafon med fortløpende kryptert opplasting i TSD. Data som er identifiserbart er ikke lagret elektronisk, de elektroniske dataene viser til referansenummer. Når prosjektet avsluttes, vil all data slettes sammen med koblingsnøkkelen til disse referansenumrene.

Informasjonsskriv ble sendt til både pensjonistforeningene som jeg henvendte meg til, og til de syv deltagerne som jeg ble tipset om. Jeg var oppmerksom på at informasjonsskrivet skulle være lett forståelig. Deltagerne ble informert om min bakgrunn, om prosjektets hensikt, om at det skulle gjennomføres dybdeintervju og at det ville bli tatt opp på bånd for siden å bli transkribert. Jeg vektla videre at opplysningene ville behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Jeg formidlet min taushetsplikt og at deltagelse er frivillig, og at de når som helst kan trekke sitt samtykke tilbake.

Underveis i studien var jeg opptatt av at forskningsmaterialet skulle anonymiseres og jeg var oppmerksom på de strenge kravene gitt av den nasjonale forskningsetiske komite` (NESH, 2016). I studien sørget jeg for å bruke pseudonymer. Jeg unngikk også å bruke fødselsår, men heller deltagerens omtrentlige alder. Jeg la vekt på å anonymisere bosted, yrke og andre faktorer som kunne være gjenkjennbart. Samtidig er det viktig å fremstille resultater så troverdig som mulig. For å kunne trygge deltagerne på anonymisering informerte jeg om at de kunne lese sitater eller beskrivelser jeg ville bruke av de i studien. De fikk også tilbud om å lese masteroppgaven etter at sensur var falt.

Det var ikke nødvendig for mitt prosjekt å få en godkjenning hos Regional etisk komite` (REK), men jeg var forberedt på å møte mennesker som kunne være i en vanskelig livssituasjon og jeg var oppmerksom på at temaet jeg skulle belyse kunne berøre deltagerne følelsesmessig. Under hele prosessen og dialogen med deltagerne var jeg oppmerksom på deres sårbarhet og det ansvaret jeg som forsker har.

I forkant av intervjuene ble informasjonen gjentatt og før intervju ble gjennomført underskrev de skriftlig samtykkeerklæring. Samtlige deltagere skrev under dette i god tid.

### **3.7 Oppsummering**

I metoddelen har jeg presentert min vitenskapsteoretiske forankring og jeg har begrunnet mitt valg av forskingsdesign. Jeg har også redegjort for datainnsamlingen, om utvalget og gjennomføringen av intervjuet. Metoddelen har formidlet analysen i studien og har sett på det juridiske og etiske perspektivet. I det følgende vil funnene i studien presenteres.

## 4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg innledningsvis kort presentere resultatfunnene i hver hovedkategori. Hensikten er å formidle hva jeg fant og hvordan jeg fant det. Nilsen (2012, s. 154) henviser til Lincoln & Cuba som sier at man som forsker skal fremstille materialet slik at leseren kan vurdere om det er overførbart fra en, til en annen.

### 4.1 Presentasjon av de ulike hovedkategorier med funn

I Tabell 2 presenterer jeg de hovedkategorier og subgrupper jeg til slutt tok utgangspunkt i:

HOVEDGRUPPER	Menns relasjoner endrer seg i overgangen	God helse og en kvinne gjør livet lettere å leve	Konteksten vi lever i påvirker våre liv	Roller og identitet som endrer seg
SUBGRUPPER	<i>Savn av kameratskapet</i>	<i>Mestring av åpenhet</i>	<i>Overgangsutfordringer</i>	<i>Hva er viktig for meg og mitt liv</i>
	<i>Vennskap</i>	<i>Hjelpesøkende atferd</i>	<i>Koronahverdag – nye utfordringer</i>	<i>Opplevelse av alder</i>
		<i>Tanker om ny tilværelse</i>		

Tabell 2: Oversikt over hovedkategorier og subgrupper.

#### 4.1.1 Menns relasjoner endrer seg i overgangen

*Relasjoner* er et begrep i psykisk helse som omtales som sosiale relasjoner og er knyttet til menneskelig kontakt. Eide & Eide (2007, s. 17) beskriver at begrepet relasjon opprinnelig kommer fra det latinske ordet *relatio* som betyr at en gjenstand står i forbindelse med en annen gjenstand. I dagliglivet sees begrepet relasjon opp mot forhold og kontakt mellom mennesker. Fysisk og psykisk helse påvirkes av våre sosiale relasjoner. De er av betydning for hvordan vi håndterer helseproblemer, hvordan vi søker hjelp og hvordan vi opplever hjelpen vi får. Deltakerne ble spurt om hva de savnet fra yrkeslivet og de ble bedt om å fortelle om sine tanker rundt dette. Jeg var også interessert i å vite mer om betydningen av

relasjoner i en manns liv. Følgende sitat speiler hva mennene mener om relasjoner i overgangen:

*«Jeg hadde mitt sosiale nettverk på jobben, kollegaene er et savn. Det er viktig å ha det hyggelig sammen, et sosialt liv».*

Nedenfor beskrives to subgrupper som et resultat av analyse fra hovedkategori 1: *Menns relasjoner endrer seg i overgangen*. Subgruppen *savn av kollegaer* er relatert til relasjoner de knyttet seg til i livet som yrkesaktiv og som de savner, subgruppen *vennskap* beskriver betydningen av vennskap i livsfasen som pensjonist.

### **Savn av kollegaer**

Deltagerne formidlet at de savnet kameratskapet, de savnet felleskapet og den uformelle dialogen om hverdagslige ting. Kameratskapet og kollegaene ble sett på som en verdi for deltagerne, de følte samhørighet og samhold som for mange ble borte i overgangen. En deltager formidlet ikke savn av kollegaer. Av de andre deltagerne var det bare en som fortalte at han regelmessig treffer tidligere kollegaer. Han sa at det å holde på nettverk og vennskap hadde han vært opptatt av hele livet. Når siste arbeidsdag var kommet, var det som om det sosiale livet for de fleste pensjonistene endret seg. De uttrykte et savn av et sosialt liv med arbeidskameratene, til tross for at de aldri gjorde noe privat sammen. Å reise på arbeidsplassen på besøk ble unaturlig. De opplevde at de ikke lenger hadde noe felles og formidlet at man blir litt «glemt» som pensjonert arbeider.

### **Vennskap**

Deltagerne beskrev på hver sine måter betydningen av det å ha et sosialt liv og det å ha vennskap. De fortalte at de knytter vennskap til relasjoner de har i hverdagen og som de treffer der de er aktive. Å ha et sosialt liv er av betydning. Det ble fortalt at man igjennom livet oppnår erfaring og livskunnskap, en lærer mennesker å kjenne, hvem kan man stole på, hvem som stiller opp for en og hvem som aksepterer deg for hvem du er. Deltagerne fortalte om hvem de følte de kunne snakke med, hvilke relasjoner og vennskap som betyr mest. De fortalte at de var redde for å bli ensomme. En deltager fortalte dette om redselen for å miste vennskap; *«Som type så er jeg litt sånn som niholder på kontaktene mine»*. Flere deltagere fortalte om nye vennskap i tiden som pensjonist. En deltager sa at han har fått nye bekjenskaper og at kontakten med de kanskje var enda bedre enn kontakten han hadde hatt med sine kollegaer. Videre sa han: *«Men på den andre siden, så holder jeg stort sett sammen med samme nettverk eller sosial omgangskrets som jeg hadde før jeg ble pensjonist»*. Dette

gjaldt omtrent alle pensjonistene, de savnet kollegaer og kameratskapet de hadde på jobben, samtidig gjorde de sjelden eller aldri noe sammen på fritiden. Flere av deltagerne formidlet at de har mer fritid til å bevare kontakt med venner. Noen fortalte at de hadde funnet vennskap i samfunnslivet, i foreninger, politikk, styrer og verv. Det ble også fortalt om nye vennskap som ble etablert igjennom turistforeningen og i pensjonisthjelpen, vennskap ble til igjennom idrett og andre hobbyvirksomheter. Hos deltageren som slet med sykdom kom det frem at vennskap og det å pleie vennskap utenom familien, var begrenset. Han fortalte at en kamerat hadde stor betydning, om han ville miste han ville han bli uten vennskap.

#### **4.1.2 God helse og en kvinne gjør livet lettere å leve**

Deltagerne ble spurt om deres erfaring om det å være åpen og hva de tenker om åpenhet blant menn. Jeg ønsket også utforske deres mestringsstrategi og hvordan de håndterer utfordringer i hverdagen. Hvordan er det å søke hjelp når livet er vanskelig? Og hvordan er det å kjenne på at man begynner å bli eldre? De ble også bedt om å fortelle om hvilke tanker de har om pensjonisttilværelsen, hvordan det føles å bli eldre og hvilke verdier som er viktig for de for å håndtere livet. Nedenfor beskrives tre subgrupper som et resultat av analyse fra hovedkategori 2: *God helse og en kvinne gjør livet lettere å leve*. Subgruppene: *Mestring av åpenhet og Hjelpesøkende atferd* handler om at menn trenger distanse for å være åpen, men også for å søke hjelp. Subgruppen; *Tanker om ny tilværelse* er knyttet til forventninger som pensjonist, samtidig også deres opplevelse av den livsverden de er i.

En deltager uttrykte seg slik:

Jeg tror det er ganske bra å være 65 år og mann om du har god helse. Om jeg slet psykisk ville jeg betrodd meg til en venninne. Du har en større sperre, en større dørstokk å gå over for å snakke med en kamerat om det. Det har noe med hva man er villig til å åpne seg for, vise deg fram til for en mann. (Pensjonist, 2020)

#### **Mestring av åpenhet**

Menn blir av deltagerne beskrevet som mindre åpne og mer overfladiske når de kommuniserer enn kvinner. Flere fortalte at det er lettere å snakke med en venninne enn en kamerat, særlig om man skal gå i dybden. Det ble formidlet jevnt over at det er lettere for menn å snakke med en kvinne, enn for menn å snakke menn til menn. Noen av deltagerne fortalte at de har en venninne som de kan snakke med. Deltagerne oppga ulike samtalepartnere, noen ville ikke oppgi hvem det var, men de fleste pensjonistene vektla en kvinne som har betydning for de på

en eller annen måte, bare en fortalte at han ville betro seg til partneren først. Fem av seks deltagerne hadde også kvinnelig fastlege.

Pensjonistene sa at de erfarte at kvinner har flere nære forbindelser. Det ble påpekt at menn ikke har de samme nærhetsgrupper og de møtes på en annen måte. Flere fortalte om erfaringer med åpenhet i et felles fora, der de kanskje ikke kjenner de andre så godt. Det ble nevnt pasientfora der man har felles sykdom. Det kom fram at livserfaring har betydning for åpenhet og at man som ung er mer umoden. Flere av deltagerne sa de ikke ville fortalt det til noen om de slet psykisk. *«Jeg tror ikke jeg vil fortelle til noen at jeg slet psykisk, da hadde jeg skapt store bekymringer i familien»*. Psykisk helse var et lite diskutert tema i nettverket til flere. Noen sa de ikke visste hva det var å slite psykisk, noen mente det ikke angikk de. Det kom fram at mange opplevde det vanskelig å være åpen. De sa de visste innerst inne at man må være villig til å åpne seg for å få hjelp, men at det er vanskelig å gjennomføre i praksis.

### **Hjelpesøkende adferd**

Deltagerne beskrev på hver sine måter hvordan de ville søkt helsehjelp, flere uttrykte at de venter lengst mulig. Flere beskrev menn som mer ufølsomme enn kvinner og at menn tenker det ordner seg nok. En deltager sa: *«Hvis menn føler noe så går de ikke til legen, de tenker at det går over. Hvis de opplever at det ikke går over, tenker de det er farlig og da går de iallfall ikke til legen»*. Kona er for mange en sentral person og hun har stor verdi akkurat som denne «kvinnen». Flere deltagerne fortalte at de ikke hadde ringt legen om kona ikke sa de burde. De roste fastlegen, men sa de opplevde det utfordrende å spørre om hjelp, mer utfordrende når det gjelder psykisk enn fysisk helse. Det kom fram i intervjuene at det handler om å være til bry, for noen oppleves det skamfullt og tross mye sykdom og plager sa en deltager: *«Å gå til legen har blitt et trosspørsmål, det handler om at du må gjøre deg troverdig»*. Flere påpekte at åpenhet er utfordrende og at det er krevende å oppsøke hjelp. Å bli møtt med en holdning av helsepersonell om at de forstår, oppleves frustrerende siden mennesker opplever situasjoner ulikt. Deltagerne var opptatt av å bli sett for den de er, og de påpekte at hjelpen må være tilpasset den det gjelder.

Pensjonistenes far synes å ha en betydning for flere og flere sammenligner seg med han. En deltager trakk frem farens grunnholdning og sa den har påvirket han: *«Det blir det en trend, en skal være hard, klare deg selv og tenke at det går over»*. En deltager skilte seg ut og fortalte at han er rask til å oppsøke helsevesenet. Han beskrev seg selv som *«en litt annen type mannfolk»*, mer åpen og mer opptatt av egen helse.

For å få kunnskap eller råd om psykisk helse så var det flere deltagere som fortalte at de googler forskjellige tema relatert til psykisk helse og at det å google gir input. Flere beskrev at de ville ringe en eller annen hjelpetelefon om de trenger hjelp eller råd som gjelder psykisk helse. Radio/tv trekkes frem som en annen kunnskapskilde.

Deltagerne ble også spurt om sine mestringsstrategier for å håndtere negativt stress. De var alle reflekterte og bidro med sine historier. De som hadde kjent sykdom på kroppen formidlet mestringsstrategi på en annen måte enn de som ikke hadde kjent dette, sammenhengen mellom følelser og mestring ble tydelig. Det ble beskrevet av de som var syke, et behov for å ligge i sengen og helst sove, men også det å være alene. Å kjenne på psykisk smerte utløser negative tanker og for noen oppleves det skamfullt å vise følelser, vise at man er svak og hjelpeløs. Det virket også å være de som forsøkte å skjule at de sliter.

Mange av deltagerne vektla at de opplever det godt å komme ut når noe er vanskelig, å gå tur oppleves godt både fysisk og psykisk, man senker skuldrene og lar tankene vandre. Det oppleves også godt å komme seg ut på sykkel: «*Å ta en sykkeltur klarer tanker*». En deltager fortalte om erfaring med meditasjon og pusteteknikk. Flere vektla man må ta livet som det kommer og at det ikke hjelper å bekymre seg.

### **Tanker om ny tilværelse**

En av deltagerne fortalte at pensjonisttida ikke hadde blitt som forventet, ettersom han ble alvorlig syk å måtte slutte å jobbe ufrivillig. Arbeidet var livet og han beskrev overgangen som tung og vanskelig. Han ønsket å være i jobb i mange år videre. De fem andre deltagerne fortalte at de så fram til pensjonisttilværelsen og de uttrykte at de gledet seg. Det å bli pensjonist ble sett på som å skifte jobb og det å få en ny tilværelse. En deltager sa at han følte det skulle bli godt å få fri, han hadde hatt et liv på farten hele tiden. Flere formidlet at de hadde jobbet siden de var rundt 16 år. «*Jeg tenkte det ville bli rart, nå en milepæl*» var det en som sa, mens en fortalte at fra den dagen han sluttet, så hadde han aldri tatt på seg en klokke igjen, han beskrev det å ikke ha tidspress som noe spesielt viktig. Dette var det også flere som påpekte. Mens noen hadde forberedt tida med å flytte for å lette hverdagen, eller hatt tanker rundt økonomi, var det andre som ikke hadde tenkt så mye igjennom pensjonisttida på forhånd.

Foruten deltageren som hadde blitt syk og måtte avslutte yrkeslivet brått, så beskrev de at pensjonisttilværelsen var bra. Det som de fleste sa de savnet, var arbeidskameratene.

Deltagerne mente at man som pensjonist ikke kan sette seg ned å vente, man må selv skape

seg nye arenaer. En deltager sa: *«Plutselig hadde jeg jo all tid til gode! Det var en god følelse, men etter hvert ser man at man må være med i noe sosialt»*. Dette virket å gjelde de fleste. Pensjonistene formidlet at om de hadde god helse, ville personlighet og erfaring gjøre det mulig å få andre samfunnsnyttige oppgaver. Noen deltagere formidlet at de hadde behov for å kompensere og oppveie for den tiden de brukte på jobb, de så på det å engasjere seg i samfunnet som en stor verdi, det å føle seg til nytte. *«Det er viktig for meg å være aktiv, ikke det å være fysisk aktiv, men være aktiv i lokalsamfunnet»*. *«Ha noen roller er viktig for meg»*. Flere av deltagerne formidlet at de var aktive i ulike styreverv og verv i kommunen, noen var engasjert i turistforeningen, noen i frivillighetssentralen eller i pensjonisthjelpa. Mens noen vektla viktigheten av å være samfunnsengasjert, vektla andre betydningen av å hjelpe venner eller andre de kjenner. Det kom fram at deltagerne hadde behov for å være til stede for andre og at livserfaring og kunnskap fra yrkeslivet kan brukes i andre roller.

Det å gjøre noe meningsfullt av egen vilje ble beskrevet som en verdi, flere mente også verdien økte om de får lov til å bidra i samfunnet. Deltagerne fortalte om ulike aktiviteter, som mer tid til familie og venner, hobbyaktiviteter, det å være ute i naturen, trene eller reise på turer. Noen fortalte om arbeidsrettet aktivitet: *«Jeg er jo så heldig at jeg jobber frivillig to dager i uken, jeg legger opp når jeg vil jobbe selv»*. En annen fortalte at han hadde vært med på mye dugnadsarbeid og at han opplevde det fint å hjelpe til litt på ulike steder, samtidig som han tjente noen kroner. Flere påpekte betydningen av å være mentalt oppegående, at de blir utfordret til å tenke og til å bruke seg selv. *«Å være i jobb, være aktiv, det skjerper hjerne. Om man ikke gjør det, vil hjerne bli som en muskel, som blir slappere og slappere»*. Dette ble formidlet også på denne måten; *«Man må engasjere hodet»*. Deltagerne formidlet at god helse er viktig som pensjonist, kanskje det aller viktigste i livet. Å bli eldre erfares ved at kroppen ikke lystre på samme måte som tidligere, det var ingen som formidlet at de var redde for å bli eldre – deltageren som slet med sykdom trodde han ville dø tidlig, mens en annen fortalte at han fortrenget alderdommen; *«Jeg har ikke tenkt mye på det å bli gammel, det er jo på samme måte som man skyver døden foran seg – man vet den kommer, men man skyver»*. De fem deltagerne som hadde jobbet frem til pensjonsalder eller lenger, fortalte at de gledet seg til å kunne ha tid til å gjøre det de ville.

#### **4.1.3 Konteksten vi lever i påvirker våre liv**

Deltagerne ble spurt om krav og utfordringer de opplevde både rett før de avsluttet sin yrkeskarriere og utfordringer i hverdagen som pensjonist. Problemstillingen retter søkelyset på hvordan de opplever egen psykisk helse i overgangen, men også hvordan tiden var rett i



forkant, da jeg mener det er av betydning for å kunne forstå å sette seg inn i deres livsverden. Opplevelsen påvirkes av denne forperioden og jeg så tydelig sammenheng mellom tiden før og tiden etter. 2020 var året da Korona ble en del av hverdagen til alle og deltagerne i studien var opptatt av at dette påvirket de på veldig mange måter som hadde med deres psykiske helse. Det var naturlig for meg som forsker å ha et spørsmål i intervju guiden som handlet om dette. Jeg ser i ettertid at det egentlig ikke hadde vært nødvendig da deltagerne tok opp dette på eget initiativ. Nedenfor beskrives subgruppene *Overgangsutfordringer* og *Koronahverdag - nye utfordringer* som et resultat av analyse fra hovedkategori 3: *Krav – Konteksten vi lever i påvirker våre liv*.

*«Sykdommen bryter meg ned». Har du ikke form eller psyke så orker du ikke» «Koronaen har satt stopper for alt! Jeg føler jeg kan bidra, bare jeg får slippe til!»*

### **Overgangsutfordringer**

Flere av deltagerne fortalte om ulike helseutfordringer, men i ulik grad. Et par fortalte at de hadde kjent på negative tanker, mens en annen merket han begynte å glemme litt. Man er ikke er like aktiv i hjernen som når man var i arbeid var det en deltager som sa. Dette er også noe som vil utdypes mer i *Tanker om ny tilværelse*.

En av deltagerne sa: *«Jeg har kjent på negative tanker skal jeg være ærlig. Det er vel noe som alle i min årsklasse har tenkt»*. Dårlig helse ble sett på som en stor belastning. Det kommer fram i intervjuene at sykdom vil kunne påvirke overgangen mye og at dette var noe de hadde tenkt mye på. For deltagerne som kjente sykdom på kroppen beskrev de, at selv de vanligste hverdagsrutiner ble påvirket. Sykdom ble formidlet som noe som ga mye bekymring og de var redde for at forventninger de hadde til pensjonisttilværelsen ville falle i grus. Det kom fram i intervjuene at deltagerne spesielt var redde for demens. En av deltagerne sammenlignet demens med tap av hørsel og syn og uttrykte dette slik: *«Hørsel kan man kompensere. Jeg har kamerater som er jevngamle og som har høreapparat og disse høreapparatene ser du jo ikke, så det gjør ikke noe. Og bruker man briller eller skulle jeg få dårligere syn så er det ok»*.

Demens ble fremhevet som skambelagt. Det ble også formidlet en del skam i forbindelse med det å ikke håndtere, det å ikke ha energi og til å delta i samfunnet slik som tidligere.

Deltageren som ikke lenger kunne være i arbeid fortalte at han opplevde det som et stort slag. Han fortalte at han savnet å få tilbakemeldinger på den fysiske jobben han engang gjorde. *«Det er som om noen har trukket ned en svart rullgardin!»* Deltageren fortalte at han følte seg oppbrukt og uten verdi i samfunnet og han beskrev de dyktige håndverkshendene sine som

tapt. Han formidlet at han savnet arbeidshverdagen og beskrev at det å gå ut døra hver dag, se sola skinner og ha en plan for dagen, det ga han en gang glede i livet.

Flere av deltagerne beskrev utfordringer relatert til den siste tiden av yrkeslivet. En av deltagerne sa: *«Jeg opplever at en liksom skal produsere mer og være mer frampå»*. En annen sa: *«Siste månedene begynte det å bli innskrenkninger og det begynte å bli ganske tøft å henge med»*. Deltagerne hadde gode refleksjoner om denne tiden, så det var nok noe som de hadde tenkt mye på og hadde sammenheng med at de fleste så fram til å få fri fra krav i hverdagen. En deltager sa at han kjente på at han ble eldre. En annen trakk fram at da det ble utskiftninger i ledelsen hadde han sagt ifra at han kunne gi seg, han følte han ikke var klar for nye arbeidsoppgaver, han merket at alderen begynte å komme. Fire av deltagerne fortalte at det var mye å gjøre hele tiden, det ble vanskeligere å lære nye apparater og det sosiale fellesskapet ble utfordret.

Det kom også fram tanker om det å være mann og bli igjen alene. Dette ble av deltagerne sett på som mer utfordrende enn hvis en kvinne hadde blitt alene. Noen av deltagerne fortalte at deres generasjon ikke hadde fått prøvd seg så mye på oppgaver i hjemmet, mens noen sier at de har blitt mer oppmerksom på viktigheten av det og har på eget initiativ begynt med huslige aktiviteter, men det var også de som sa de ikke slapp til. De vektla at det var viktig å stå på egne bein, å håndtere ting selv.

En deltager påpekte utfordringer med trafikk den siste tiden, han kjørte mange mil på jobb og følte dette krevende. Jeg synes det først var godt å bli pensjonist sa en deltager, men opplevde etter en stund et savn; *«Det har jo gått bort mye tid, når man begynner å reflektere så er man jo mer på jobb enn hjemme»*. En stund hadde han tenkt på om han kanskje skulle begynt å jobbe igjen, men sier det bare har vært et tankespill.

### **Koronahverdag – nye utfordringer**

Det var bare en deltager som sa at Koronaen ikke hadde påvirket han psykisk overhode, han uttrykte dette slik: *«Det har ikke påvirket meg psykisk overhode, jeg liker å være alene. Dagliglivet mitt har ikke forandret seg noe særlig»*. Han fortalte at siden han var i risikograppa var det kona som gjorde alle ærender. De andre deltagerne formidlet på ulike måter hva Korona hadde gjort med dem og deres hverdag. En deltager sa at han opplevde det var en annen tilværelse nå og det største savnet beskrev han slik: *«Jeg har alltid vært en klemmer»*. *«DET er kanskje det største savnet, at jeg ikke skal kunne klemme mennesker»*. Andre deltagere beskrev at aktiviteter de var med på var innstilt og uttrykte at de syntes dette

var vanskelig. En deltager opplevde det også vanskelig at han og kona skulle gå i bena på hverandre hele tiden og at fristundene de likte å ha hver for seg ble borte. Flere fortalte at de følte Koronaen hindret de til å bidra i samfunnet. En fortalte at han driver med underholdning og bruker mye av tiden sin på å glede andre. Samtidig som han kjente på det å ikke kunne bidra, påvirket det hans økonomi. «*Jeg får jo betaling for det og har måtte opprette et eget foretak i Brønnøysundregistret, jeg hadde mange oppdrag framover som ble avlyst*». En annen deltager sa at koronaen hadde påvirket han psykisk mer enn det å være pensjonist på forhånd. Han fortalte: «*Jeg har kjent på litt meningsløshet for jeg har alltid noe å se fram til. En gang i måneden reiser jeg til hjemlandet mitt, eller kanskje på fisketur*». Deltagerne fortalte at de var mindre sosiale enn de pleide og bare det å gå på butikken opplevdes utfordrende, spesielt om man begynner å hoste. En deltager beskrev det som en «*annen tilværelse*», alle arbeidsoppgaver relatert til aktiviteter utenfor hjemmet er satt på vent, som møtevirksomhet, idrettsarrangement, politiske verv og frivillig arbeid. Noen deltagere fortalte at de savnet å reise, trene og holde på med forskjellig hobbyvirksomhet. Ingen formidlet at de er redde, men de opplevde det vanskelig å ikke kunne gjøre det de hadde lyst til.

#### **4.1.4 Roller og identitet som endrer seg**

Identitet handler om hvordan man oppfatter seg selv i en større kontekst, men også hvordan man oppfattes av andre (Eide & Eide, 2007). Deltagerne ble spurt om hva de i livet opplever gir verdi og mening. Jeg ønsket også å vite hvordan de opplevde det å være en *pensjonist*, hvordan oppleves det å være i den 3. alder, påvirker det den psykiske helsa og deres mestring? Jeg ønsket å få vite hvordan pensjonistene opplever å være 65+. Selv om de uttrykte det på ulike måter satt jeg igjen med følelsen «*I eget hode har man ikke samme alder som på papiret*». Nedenfor beskrives subgruppene: *Hva er viktig for meg og mitt liv* og *Opplevelse av alder*. Dette er resultatene av analyse fra hovedkategori 4: *Roller og identitet som endrer seg*.

##### **Hva er viktig for meg og mitt liv**

Deltagerne formidlet ulike tanker om hvilke verdier som var viktig for dem. Å være aktiv, bli verdsatt og ha god helse var noe de snakket om også når de ble spurt om hvilke *tanke de hadde om sin nye tilværelse*. Dette kom fram som veldig overordnet verdier. Flere deltagere var opptatt av dette å være aktiv i lokalsamfunnet, det handlet ikke om det å være aktiv fysisk. Det var viktig for de fleste deltagere å ha en rolle der de ble verdsatt. En deltager sa det var viktig for han å fortsette å bruke sin kompetanse videre, slik at han fikk en status. Han vektla derfor det å være aktiv på andre måter, for eksempel ved å delta i ulike politiske og frivillige aktiviteter. «*Slik kompenserer jeg bortfallet*», sa deltageren. Flere av de andre var også opptatt

av dette med status og roller, det å være til nytte og bli verdsatt. Dette kunne være på ulike arenaer, og det viktigste var å bli sett samt å få tilbakemelding på den man er. En som i alle år hadde slitt med et mindreverdskompleks fortalte at han trivdes best blant ukjente. Da følte han at han våget være seg selv, og at han ble sett. Deltageren skapte sin egen rolle i sin egen verden, betydningen av å være til nytte speiler de alle foruten deltageren som hadde blitt syk. Sykdom vil variere, men ofte gir ikke sykdom mulighet for å oppleve den samme verdi, det handler om å ikke ha energi eller krefter til å være aktiv eller å bidra. Deltageren fortalte at det var vanskelig å avslutte yrkeslivet. Ikke minst fordi han følte at de ikke så på han med samme øyne som tidligere, det vil si at han ble sett på som den syke uten verdi. Deltageren sa han hadde en sterk yrkesidentitet og den hadde han alltid hatt. Som syk hadde han ikke samme krav til aktivitet, men enklere krav som kanskje ikke er enklere å oppnå: Deltageren vektla at han kunne ønske han ikke hadde så mye tanker og grublerier og sa: *«Jeg ønsker at jeg ikke skal bekymre meg, først og fremst for alle småting som kan virke forstyrrende»*.

En deltager fortalte at han trodde han tenkte annerledes enn mange andre og uttrykte dette slik: *«En jobb for meg, jeg tror at jeg har tenkt annerledes enn andre, for jobb har liksom vært livet for mange ser jeg, men for meg har det ikke vært livet, men det har vært en ting som jeg måtte gjøre på en måte!»* Han fortalte at han opp igjennom livet hadde hatt flere ulike jobber på ulike arbeidsplasser og han kjente ikke på å ha noen yrkesidentitet slik mange gjør. Det var bare en som hadde en klar yrkesidentitet. De andre beskrev at de følte tilhørighet til arbeidsplassen som arena, men at de ikke var knyttet til en spesiell yrkesgruppe. En beskrev det på denne måten: *«Det er liksom et bilde av deg selv, på arbeidsplassen er du kanskje den som halter, er litt morsom eller kanskje den som er sosial og prater med alle»*.

Alle deltagerne vektla betydningen av familie og at det å miste noen av sine ville vært veldig vanskelig, spesielt barn, men også ektefelle ble nevnt. De fleste fortalte at de forventet å få hjelp fra familie og venner om de ville få psykiske problemer, men det var også noen som ikke hadde noen forventninger, de trodde kanskje ingen ville oppdage det om de slet psykisk.

## Opplevelse av alder

Flere av deltagerne formidlet at de ikke følte seg som pensjonister, selv om de visste de ble definert som eldre. Mange sa at de følte seg rundt 40 år, de tenkte at de begynte å bli gamle, men de hadde vanskelig for å akseptere egen alder. Det kom også fram tanker om at alder er noe man skyver unna seg slik som døden. Å konfronteres med eget speilbilde synes å være vanskelig når man føler seg ung: *«Kanskje det er tro på egen ungdom. At du ikke klarer å se deg selv i speilet og se at du er så hvithåret som du er»*. Mange av deltagerne fortalte om deres tanker om egne foreldre da de var rundt pensjonistalder. De følte at når de hadde passert 70 så var de gamle, mens de selv ikke følte seg som 70. En deltager sa; *«Eneste fordelingen er at man som 70 åring har 70 års erfaring»*. Å bli eldre virket på deltagerne som skremmende, noen uttrykte at de aldri kunne tenke tanken på pensjonistmøter.

Det kom fram i intervjuene at det kjennes bra ut å være 65 år om man har god helse, mens det ville vært tøft om man ikke hadde det. Deltageren som slet med mye sykdom beskrev ikke hvordan han direkte opplevde egen alder, men han hadde ingen tro på at han ville bli gammel. Han uttrykte det slik: *«Far fortalte at når du blir født så får du et innskudd på en konto og du får bare et innskudd på den kontoen, den kalles livets rett og den må du bruke hele tiden»*. Deltageren fortalte at han igjennom hele livet hadde fulgt i farens fotspor, han trodde derfor også at han ville dø tidlig.

Subgruppene oppsummerer opplevelse av alder igjennom livet, og sjelden eller aldri føler man at man er gammel. Det vi er opptatt av i livet er vi opptatt av hele tiden, uavhengig av et tall. Vi har behov for anerkjennelse, føle at vi betyr noe for andre, vi ønsker ansvar og det å være en del av noe, derfor føler jeg sitatet:

*«Å ha noen roller er viktig for meg»* speiler pensjonistenes visjon.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg først presentere metodediskusjonen. På denne måten redegjør jeg for de muligheter og begrensninger for de påfølgende tolkninger av funnene. Jeg vil presentere grunnlagsbetingelsene og min rolle som forsker i eget felt. Til slutt vil jeg se forskningen i en bredere kontekst og foreslå videre forskning i kunnskapsfeltet. Dette kommer i punktet «Veien videre».

### 5.1 Metodediskusjon

I forskning er det av betydning å spørre om metoden som er valgt viser en logisk vei til kunnskap og at den besvarer problemstillingen (Malterud, 2017, s. 32). Som forsker skal man gjennomføre en kvalitetsvurdering og gjenspeile de valg man har tatt. Kunnskap er makt, men den skal kunne gjøres gjeldene som forståelse også for andre. Malterud (2017, s. 18) hevder at man som forsker må forholde seg til sin rolle, forutsetninger og konsekvenser. Å være transparent og vise sine veivalg er av betydning i en forskerverden. Malterud (2017, s. 36) bruker begrepet intersubjektivitet. Dette beskriver noe som foregår imellom mennesker, det handler om kunnskap man deler ved at man redegjør for de teoretiske perspektivene i oppgaven. I metodediskusjonen skal studiens styrker og svakheter diskuteres. Malterud (2017, s. 18) henviser til tre ulike grunnlagsbetingelser for den vitenskapelig kunnskap; *refleksivitet, relevans og validitet*.

#### 5.1.1 Validitet

Å *validere* handler om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Dette handler blant annet om man velger riktig metode, om datamaterialet besvarer problemstillingen og om tolkningen av resultatene er gyldige. Leseth & Tellmann (2019, s. 17) sier at *intern validitet* kan vurderes ved å stille spørsmål om funnene kartlegger det fenomenet som skal undersøkes, men også være kritisk til hvor man har hentet datamaterialet fra.

Jeg valgte en problemstilling der jeg kunne gjennomføre en kvalitativ studie med dybdeintervju. Hensikten med denne studien var å forstå betydningen av hvordan overgangen påvirker deltagerens livsverden. En kvantitativ undersøkelse ville ikke fått fram samme perspektiv. I oppgaven har jeg beskrevet valg av metodiske tilnærminger, også de tolkningene jeg har gjort. Det er også gitt eksempler så leseren kan følge analysen. Dette handler om å være *transparens*. Ifølge Leseth & Tellmann (2019, s. 147) skal forskningen være *transparens*, slik at kvaliteten kan vurderes av leserne. Jeg har i oppgaven brukt nyere

forskning, teorien er anerkjent innenfor sykepleieforskningen, og i intervjusituasjonen opplevde jeg at spørsmålene ga svar på fenomenet. Slik vil jeg vurdere den indre validiteten som styrket.

Underveis i studien endret jeg på problemstillingen. Dette er en del av kvalitativ forskning, problemstillingen kan sees på som et kompass for å holde kursen underveis (Anker, 2020, s. 25). Jeg endret også på inklusjonskriteriene. Dette ble diskutert med veileder og er beskrevet under utvalg og rekruttering. Informasjonsskrivet kunne muligens beskrevet studiens tema mer detaljert. Deltageren som gjennomførte prøveintervjuet savnet noe mer informasjon. Når jeg avtalte de andre intervjuene, presiserte jeg muntlig at det ville være en del spørsmål rundt psykisk helse. Intervjuguiden var fyldig, og jeg ser i ettertid at jeg kunne hatt færre spørsmål. Jeg fikk mye rådata som gjorde at jeg måtte sortere hva jeg kunne ta med inn i analysen. Samtidig følte jeg at jeg fikk deltagerne til å åpne seg om sin livsverden, intervjuene ga rike beskrivelser. Jeg har vært bevisst på at hvordan intervjuer gjennomføres kan påvirke deltagerne, noe som igjen kan påvirke påliteligheten av studien. Kvale & Brinkmann (2015, s. 281) sier at spørsmålene i en hermeneutisk tolkning har stor betydning. En vanlig kritikk i kvalitativ forskning er at funnene ikke er gyldig, fordi deltagerne ikke forteller sannheten om de faktiske forhold. Opplevelsen under intervjusituasjonen var at de ga troverdige svar og at utsagnene ga sannheten om deres subjektive oppfattelse. Validitet handler også om at jeg som forsker har forsikret meg om at jeg har forstått deltagerne. Underveis gjentok jeg svarene jeg fikk, de ble bekreftet og tydeliggjort. På denne måten får intervjuer og deltager felles forståelse. Om deltagerne hadde lest igjennom intervjuene i etterkant, kunne de påpekt svakheter og gyldigheten ville blitt forsterket. Deltagerne ville lese studien i sin helhet, først når den fremstår ferdig.

Malterud (2017, s. 63) bruker begrepet *informasjonsstyrke*, det betyr ikke at studien må ha et visst antall deltagere, men kvaliteten på intervjuene har betydning. Malterud (2017, s. 65) hevder at man har oppnådd metning når ny empiri ikke avdekker ny informasjon og bidrar med ny kunnskap. I min studie gir deltagerne rike historier og de beskriver sin livsverden godt. Psykisk helse påvirkes av konteksten man lever i. Det er store individuelle forskjeller i opplevelsen av egen situasjon og oppgaven ville muligens gitt enda flere perspektiver på psykisk helse om det hadde vært flere deltagere med. Oppgavens tidsperspektiv og det at alt materialet skal analyseres har gjort at jeg ikke har kontaktet flere deltagere.

Gode lydopptak og fullstendig transkribering bygget opp under validiteten. Jeg har i et eget kapittel redegjort for dette. Dette handler også om validitet. Selv om jeg har skrevet studien

alene har jeg hatt en veileder som jevnlig har lest oppgaven. Jeg har også på høyskolen hatt fremlegg og deltatt på et opponentseminar der jeg har fått tilbakemelding fra medstudenter og lærere. På denne måten har kunnskapen i studien blitt mer validert.

I en kvalitativ studie er ikke kunnskapen mulig å generalisere, men det skal vurderes om den er overførbart til andre sammenhenger og utvalg. Dette sier Leseth & Tellmann (2019, s. 18) handler om *ekstern validitet*. Denne studien kan være overførbart og gjelde også andre mannlige pensjonister i overgangen. I studien så jeg stor forskjell på det å ha god helse kontra dårlig helse, men jeg tenker utvalget mitt var for lite til å konkludere. Funnet kan absolutt bidra til at det vekkes interesse for å jobbe mer med dette feltet. Malterud er tydelig på at kunnskapen skal være overførbart, samtidig skal all forskning være etterprøvbart. Igjennom oppgaven har jeg drøftet mine metodiske problemstillinger og jeg har oppgitt kilder og referanser. Forskning er vitenskapelig kunnskap, det skal kunne gjøres lignende studier.

### **5.1.2 Refleksivitet**

*Refleksivitet* blir av Malterud (2017, s. 19) beskrevet som forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Som forsker skal man presentere bakgrunn for studien med de ulike perspektiver og antagelser. Videre skal man ha en aktiv rolle og stille kritiske spørsmål til arbeidet man utfører. I oppgaven har jeg reflektert over forskningen jeg har utført, hvordan jeg har håndtert den og hvordan jeg har forholdt meg for eksempel i intervjusituasjonen.

Jeg har vært åpen på at denne forskerrollen er ny for meg, noe som kan være en svakhet. Malterud (2017, s. 20) sier at nærhet til det man forsker på kan vanskeliggjøre refleksivitet. Jeg har derfor valgt å beskrive min rolle som forsker i eget felt, da jeg tenker dette er viktig for min studie. Min forforståelse og analytiske ferdigheter har nok påvirket analyseprosessen noe. Jeg har valgt et kunnskapsfelt som jeg kjenner fra praksis. Dette betyr at min forforståelse kan påvirke studien på ulik måte, selv om jeg har forsøkt å legge den til side. Erfaringen jeg har med eldre mennesker og det å være trygg i samtaler, tror jeg har gitt meg en fordel. De som ikke kjenner fagfeltet og ikke er vant til å møte mennesker i ulike livssituasjoner, ville kanskje kunne fått et annet resultat enn jeg gjorde. Dette støttes av Malterud (2017, s. 20) som sier at hvordan jeg tar i bruk sansene mine, hvordan jeg samhandler og hvordan jeg forstår deltagerne, vil ha betydning for studiens funn. Det samme gjelder analysen jeg som forsker utfører. Som nybegynner i forskningsfeltet skal man både forstå og gjennomføre forskning, og læringskurven blir bratt selv om man kan støtte seg noe på veileder og medstudenter.



Flere av deltagerne i studien ble valgt ut ifra kjennskap til en leder i en pensjonistforening. Det jeg reflekterte om underveis var at jeg følte at noen av deltagerne kjente hverandre og at de hadde fortalt hverandre at de skulle delta, uten at jeg vet dette. Jeg ble derfor enda mer oppmerksom på viktigheten av å anonymisere intervjuene. I etterkant har jeg tenkt at dette kanskje var en enkel form for utvelgelse, samtidig fikk jeg deltagere som virkelig var interesserte i å delta. Deres medlemskap i foreningen var uinteressant, jeg valgte en pensjonistforening kun for å komme i kontakt med menn i riktig aldersgruppe. Ulempen kan være at man kan få en ensformig gruppe, de aktive og engasjerte.

Å skrive en masteroppgave handler om å gjennomføre en selvstendig vitenskapelig studie der målet er å bidra til kunnskapsutvikling i faget. Å ha en forskerrolle er krevende på mange måter, det er allerede etablert kunnskap som bygges videre på slik at ny kunnskap oppstår. I møte med deltagerne var jeg opptatt av bevisstgjøring av min rolle. Når jeg tok kontakt med de fortalte jeg om mitt yrke som sykepleier og at jeg tok en master i psykisk helsearbeid. Det var viktig for meg å fortelle hvorfor jeg ønsket å snakke med menn som hadde blitt pensjonister og som ikke hadde kontakt med det psykiske hjelpeapparatet. Som sykepleier har jeg fagkunnskap om de tema som jeg ønsket å snakke med deltagerne om. Dette opplevde jeg som en trygghet. Når man intervjuer mennesker om sensitive temaer som handler om deres livssituasjon, kan det også for forskeren være utfordrende på mange måter. Jeg følte at jeg klarte å være både forsker og medmenneske. Min erfaring som sykepleier, men også min personlighet tror jeg bidro til en god samtale om pensjonisttilværelsen for deltagerne. Å ha kunnskap om et tema kan også være en svakhet da min forforståelse vil kunne påvirkes.

Kvale & Brinkman (sitert i Dalen, 2011, s. 13) hevder at ved et intervju utveksles det synspunkter om et felles tema. Jeg ønsket at mitt yrke som sykepleier ikke skulle vektlegges noe betydning i samtalen, men jeg tror dette likevel gjorde at de kanskje hadde lettere for å åpne seg. Sykepleieryrket kan gi forventninger og kanskje et ønske om hjelp og råd til å løse vanskelige ting i livet. Jeg var bevisst dette underveis, men opplevde heller ikke at dette ble aktuelt.

En slik studie vektlegger det å forstå menneskers subjektive opplevelser (Malterud, 2017, s. 30) for videre å utvikle kunnskap om deltagerens liv innenfor et bestemt fenomen.

Analysemetoden vil jeg gjøre rede for i et eget avsnitt. Når det gjelder egen forforståelse er dette et viktig moment for forskerrollen. Malterud (2017, s. 45) sier at man skal sette sin egen forforståelse til side, man skal være lojal og gjenfortelle deltagerens opplevelser, erfaringer og holdninger. Videre skal man rette et kritisk blikk mot menneskets subjektive erfaring sett i

bilde av deres livssituasjon. Metoden opplever jeg som god når hensikten er å utvikle kunnskap som menn skildrer igjennom sitt perspektiv, men også når det handler om relasjonelle fenomen som i dette tilfellet.

### **5.1.3 Relevans**

*Relevans* handler om kunnskapen som utvikles er nyttig for andre (Malterud, 2017, s. 21). I min studie var hensikten å finne ut om deltagerens skildringer kunne være med på å gi økt kunnskap og forståelse om menn i overgangen til en pensjonisttilværelse. Målet med studien var å tilføre ny kunnskap innen dette kunnskapsfeltet. Jeg måtte derfor skaffe meg oversikt over hva som fantes fra før. Jeg valgte tidlig at jeg ønsket å ta utgangspunkt i Meleis teori om overganger. Underveis vurderte jeg Antonovsky's teori om Salutogenese, jeg var usikker på om jeg skulle bruke den, men etter hvert som funnene ble tydelige så jeg at denne ville være relevant. Jeg som forsker kan ikke være sikker på at problemstillingen jeg har forsket på har vært studert tidligere, men jeg har ikke klart å finne noen tilsvarende studie. Igjennom litteratursøk har jeg likevel funnet en del kunnskap som jeg har sett som nyttige opp mot min studie.

## **5.2 Drøfting av funn**

Jeg vil nå se hovedfunnene i analysedelen opp mot det jeg har presentert i min teoretiske referanseramme, der også forskning er presentert. Sentralt i studien er overgangen til en pensjonisttilværelse og problemstillingen som også er nevnt tidligere er denne:

### **Hvordan opplever menn, med hovedvekt på psykisk helse, overgangen til en pensjonisttilværelse?**

I drøftingsdelen vil jeg presentere funnene fra fire hovedkategorier og ni subgrupper. Jeg vil presentere de i hvert sitt avsnitt.

#### **5.2.1 Menns relasjoner endrer seg i overgangen**

Deltagerne ble spurt om hva de savnet fra tiden da de var i jobb. Stort sett formidlet de at det var kameratskapet og kontakten med kollegaene som de savnet. Svend Aage Madsen (2014, s. 112) sier at arbeidsplassen og kollegaene er menn sine tetteste relasjoner. Dette ble bekreftet av deltagerne. Det var stort sett kollegaene de hadde relasjon med, foruten familien. Flere beskrev også venner i livet, men de fleste uttrykte at det var kollegaene som var de relasjonene som var der hver dag, og som derfor fikk stor betydning. Deltagerne fortalte om lite tid til vennskap etter jobb, de opplevde at menn har få nærhetsgrupper. Studien til Jancey

& Årving (2019, s. 27) viste til funn der pensjonistene fortalte at de savnet kollegaer, her ble også kvinner intervjuet. Kollegaer er noe som betyr mye for de fleste, og det sosiale miljøet på jobb er en del av oss. Deltagerne beskrev kameratskapet som en verdi og at når de ble pensjonister så ble fellesskapet borte. Verdier er egenskaper som gjør det verdt å leve. At deltagerne beskrev kameratskapet som en verdi, viser hvor stor betydning dette har for dem. Antonovsky sier at verdier er mestringsressurser som viser vei, de gir mening og forankring i menneskets liv (sitert av Langeland, 2017). Videre vektlegger han den sosiale støtten i livet og at kvaliteten på relasjonene er av betydning. Disse kan øke en persons styrke og er en mestringsressurs. (sitert i Langeland, 2009, s. 288). Antonovsky (2012, s. 30) var opptatt av hva som fremmer god helse, det som gir økt mestring og velvære. Deltagerne beskrev relasjonen de hadde med kollegaer som overfladisk. De beskrev at dialogen gikk på de hverdagslige aktivitetene, men de hadde et felleskap rundt arbeidsoppgavene og rollen som arbeidstaker. På arbeidsplassen jobbet de mot et felles mål, samtidig fikk de tilfredsstilt et sosialt behov, det å føle på tilhørighet. Antonovsky (2012, s. 128) vektla at man på arbeidsplassen ofte har de samme verdiene, man har en gruppeidentifikasjon og klare normative forventninger. Gode sosiale relasjoner på jobb kan gi arbeidsdagen mening, atmosfæren vil være preget av en indre sammenheng og man vil ifølge Antonovsky oppleve begripelighet. Han trekker også frem betydningen av felles symboler og et felles språk. Å være en del av et fellesskap gir trygghet og glede i tilværelsen. At deltagerne formidlet savn av kolleger kan tolkes som om de var en faktor for jobbtildfredshet. Dette kan igjen fremme helse. Pensjonistene beskrev ikke dype samtaler med kollegaene, men savnet var der. Få deltagere hadde kontakt med kolleger på fritiden, heller ikke nå som pensjonister. Deltagerne sa at ved endt yrkesliv så ble kollegene borte, arbeidsplassen ble et fremmed sted. Det er mye i livet som gir mening, blant annet kolleger. Antonovsky (2012) mente i mange sammenhenger at det meningsfulle i livet ga utholdenhet, styrke og mestring i det vanskelige. Trivsel på jobb gjør arbeidshverdagen mer håndterbar og betyr mye for den enkelte. Kolleger har en spesiell kvalitet, noen finner vennskap i kolleger og har en annen relasjon enn det som disse pensjonistene beskrev.

Tap er et sentralt begrep i overgangen, det handler blant annet om tap av relasjoner. Meleis hevder at overganger preges av ulike helsefremmede prosesser der en av de er å være åpen for nye muligheter (Meleis, 2010, s. 130). Dette handler blant annet om å skape nye relasjoner og et nettverk for sosial støtte og fellesskap, men er pensjonister forberedt på dette?

Deltagerne beskrev vennskap i livsfasen som pensjonist og at det å ha et sosialt liv hadde stor betydning for dem. Bauger & Bongaardt (2016) påpekte i sin studie at det å ha gode relasjoner som pensjonist vil gi økt opplevelse av helse og velvære. Pensjonistene var opptatt av sosial støtte. Dette støttes av Antonovsky (som sitert i Langeland, 2017) som beskriver sosial støtte som en mestringsressurs. Antonovsky beskrev også sosial støtte som en av salutogenesens motstandsressurser. Dette beskrev han som ressurser for å håndtere spenninger og utfordrende situasjoner i hverdagen. De som har disse ressursene, vil også oppleve en større opplevelse av sammenheng (OAS).

Hvordan er det å gå ut av arbeidslivet å kjenne på følelsen av at mennesker som har vært en del av livet ditt, sakte, men sikkert blir borte? Meleis (2010, s. 130) beskriver overgangen til en pensjonisttilværelse som en tid der tap er sentralt. Det er også en tid der krav utfordrer den enkeltes mestringsevne. Mange av deltagerne beskrev at det gikk litt tid før de begynte å savne, flere begrunnet dette med at de i starten hadde mye å tenke på. Etter hvert var det mange som følte behov for å etablere nye bekjentskap, mens noen ønsket bruke tid til mennesker som allerede var i livet deres. Vennskap fikk ny dimensjon. Meleis (2010, s. 130) sier at overgangen også gir muligheter, blant annet til å etablere kontakt med nye relasjoner og få nye vennskap. Flere av deltagerne fortalte at de hadde knyttet nye vennskap, men at de var bevisste på hvilke mennesker de knyttet bånd til. Noen beskrev at de igjennom et langt liv hadde fått økt livskunnskap. Dette kan ha gjort de mer bevisste på hvilke mennesker de ønsket å knytte bånd til. Igjennom livet lærer man mennesker å kjenne, hvem man kan stole på, hvem som aksepterer deg for den du er og som kan være en god venn. Det virket som de hadde reflektert over hva vennskap betyr for dem. Deltagerne var opptatt av kvaliteten av de sosiale relasjonene og av vennskap. Dette støttes av Antonovsky (2012) som vektla betydningen av menneskets opplevelse av sin tilværelse, den skal føles meningsfull. I studien til Bauger og Bongaardt (2016, s. 6) kom det fram at pensjonistene i studien var opptatt av nettopp meningsfulle relasjoner. Det var viktigere med gode relasjoner enn å ha mange.

Deltagerne beskrev kolleger som en relasjon som hadde hatt betydning igjennom mange år, når de ble pensjonister ble kollegene for de fleste et kapittel i livet som ble lukket. En av deltagerne fortalte det motsatte av de andre deltagerne, han hadde god kontakt med kolleger fra flere arbeidsteder og igjennom hele livet. Dette var noe han hadde vært opptatt av og som hadde betydd mye for han. Det virker som noen klarer bevare kontakten med sine kollegarelasjoner igjennom alle år, men at dette gjelder få. Under intervjuet observerte jeg at deltageren var oppriktig glad når han fortalte dette. Det virket å handle om hans identitet og at

vennskapet han hadde til tidligere kollegaer hadde utviklet seg til å bety noe enda mer. Kan det å investere i vennskap igjennom et liv være nøkkelen til kontinuerlig sosial støtte, istedenfor å måtte skape nye relasjoner etter overgangen?

Rapporten: *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (Helsedirektoratet, 2016) hevder at vennskap har en større plass i livet hos kvinner enn hos menn. Dette sees i sammenheng med at kvinner har større behov for nærhet i et vennskap, mens menn er mer opptatt av det de faktisk gjør sammen. I mine samtaler med pensjonistene opplever jeg at dette kan være riktig. Deltagerne formidlet i større grad betydningen av å gjøre noe sammen, samtidig beskrev de hverdagslige samtaler som noe uforpliktende og befriende.

Sykdom utfordrer vennskap og de sosiale relasjonene. For en av deltagerne var det sånn. Sykdom gir sårbarhet, men vil gi endring også om det oppstår utenom overgangen til en pensjonisttilværelse. At det skjer i en periode i livet som i utgangspunktet er utfordrende, vil være ekstra krevende. For å klare å forstå hvordan dette oppleves, sier Meleis (2010, s. 34) at man må kjenne til individets forventninger til overgangen, fordi det vil påvirke både identitet, roller og adferd. Deltagerne fortalte at når yrkeslivet ble avsluttet var det som om livet deres stoppet litt opp og et nytt kapittel startet. Flere fortalte at de måtte etablere nye sosiale relasjoner og for en som er syk er det ikke vanskelig å forstå at dette er utfordrende.

Psykisk helse handler om hvordan man håndterer utfordringer i livet. Pensjonistene formidlet at overgangen var utfordrende i forhold til at de mistet kontakten med de relasjonene som hadde betydd mest for de i mange år. Å bli pensjonist innebærer for mange store sosiale endringer, nye relasjoner må ofte etableres og vennskap får en annen betydning.

### **5.2.2 God helse og en kvinne gjør livet lettere å leve**

Deltagerne ble spurt om hvordan de håndterer tilværelsen som pensjonist. Åpenhet var et av temaene. Deltagerne formidlet at åpenhet er utfordrende. Å være mann og snakke om det som livet berører, er vanskelig. Dette støttes av både Eller & Hagemeister (2018) og Madsen (2014, s. 65) som sier at menn er mindre åpne om psykisk helse enn kvinner. Deltagerne formidlet at de trodde manglende åpenhet handlet om mannsrollen, at menn ikke skal vise følelser, spesielt ikke overfor en annen mann. Maskulinitet påvirker helseadferd. St.meld.nr. 7 (2015-2016) «*Likestilling i praksis*» refererer til en svensk rapport fra 2014, «*Män och jämställdhet*». Det som fremkommer her om forskjellen mellom kvinner og menns helse, er også fremhevet i andre EU-rapporter. De sier at normer og idealer om maskulinitet som handler om at menn skal være tøffe og ikke vise svakhet, får konsekvenser for menns helse.

Rapporten påpeker at det har skjedd en positiv endring i samfunnet de siste årene, med tanke på maskulinitetsnormene. Det er også økt bevissthet i samfunnet om at også menn trenger dypere vennskap, både til kvinner og menn, men også dette med at menn har behov for å håndtere følelser og ta vare på egen helse. Hos deltagerne i studien var det bare en som beskrev seg som åpen rundt følelser. Han sa at han oppfattet seg som annerledes enn de fleste menn. Antonovsky (2012) sier at hvordan man møter utfordringer er individuelt og avhengig av erfaringer. I prosjektet «Å være mann og håndtere sykdom» (Oslo Universitetssykehus og Reform – ressurscenter for menn, 2015) refereres det til internasjonal forskning om at hvordan menn håndterer utfordringer er avhengig av deres kulturelle og sosioøkonomiske bakgrunn. Om gutter sosialiseres inn i en grunnholdning om at menn skal være tøffe og sterke, hvordan skal de da kunne ta i bruk egenskaper som åpenhet, om dette ikke er noe de er vant til? Deltagerne i min studie fortalte at de synes det var lettere å snakke med en kvinne, enn å snakke mann til mann. Det kom også frem at det av og til kan være lettere å snakke med noen andre enn den som står de nærmest. Hvordan kan vi forstå dette? Å vise sårbarhet kan være vanskelig, spesielt menn kan oppleve at deres nærmeste relasjoner er en belastning og ikke en ressurs (Madsen, 2014, s. 66). Deltagerne i studien sa de opplevde at kvinner er vant til å snakke om følelser. Det er kanskje ikke så rart at de heller oppsøker en kvinne, enn en annen mann når mer følsomme temaer skal snakkes om.

I studien var det mange som sa de ikke ville være til bry, og flere fortalte at de ikke ville åpne seg for noen i familien om de slet psykisk. Dette handlet om at de ikke ville påføre de bekymringer. Prosjektet «Å være mann og håndtere sykdom» (Oslo Universitetssykehus og Reform – ressurscenter for menn, 2015) formidler også funn som at majoriteten av menn ikke ønsker å dele bekymringer med familie eller nettverk. Deltagerne har også snakket med ektefeller som uttrykker akkurat det samme. De mener dette handler om mansrollen og at dette er noe menn er tillært og påvirket av kulturelt. Noen av deltagerne i min studie fortalte at de opplever at åpenhet er lettere i fora der man har noe til felles, for eksempel sykdom. Dette er også ofte et sted hvor man ikke kjenner de andre deltagerne og det blir derfor lettere å være åpen, maskulinitet blir mindre synlig. Flere danske forskere vektlegger betydningen av møteplasser kun for menn og Madsen (2014) påpeker at det bør utvikles lavterskel helsetilbud for menn. Dette anbefaler han å etablere der menn møtes i samfunnet.

Mange hadde bevisst valgt en kvinnelig fastlege. Dette handlet kanskje om at de sa at det følte lettere å snakke med en kvinne. Flere deltakere påpekte at det er utfordrende å være åpen, og psykisk helse er et tema det snakkes lite om, da det oppleves som skamfullt. En

deltager følte han måtte gjøre seg troverdig hos legen. Ifølge «Å være mann og håndtere sykdom» (Oslo Universitetssykehus og Reform – ressurscenter for menn, 2015) er det mange som føler at de må unnskyldes seg når de kommer til legen. Madsen (2014, s. 69) hevder at menn igjennom livet har 30 % færre besøk hos legen enn kvinner. Flere av deltagerne i studien fortalte at de ventet lengst mulig med å oppsøke legen, de tenkte det ville gå over. Bare en sa han ville oppsøke legen med en gang han lurte på noe som angikk egen helse, samme deltager sa han følte seg som en annen type mannfolk. Flere forskere innen mannshelse sier at menn oppsøker helsevesenet sjeldnere enn kvinner. Madsen (2014, s. 80) sier at det karakteristiske ved menns helsepsykologi og helseadferd handler om at menn er lite interessert i å søke helsehjelp. Også prosjektet «Å være mann og håndtere sykdom» (Oslo Universitetssykehus og Reform – ressurscenter for menn, 2015) påpeker at menn går sjeldnere til legen selv om de oftere blir syke og har en lavere forventet levealder enn kvinner. Alle deltagerne i studien vektla betydningen av god helse, dette fremstod som den største verdien. Med tanke på at de i mange sammenhenger virker å være lite interessert i egen helse, kan man undre seg over menns tankegang. Madsen (2014, s. 80) hevder at menn vil være frie for bekymring, både sin egen og andres. De støtter seg til håpet og er oftere optimistiske. Sykdom sees på som «ikke mandig» og svakhet skal helst ikke vises (Madsen, 2014, s. 78).

Deltagerne vektla at de ønsket å bruke tiden meningsfullt. De formidlet at de ville være aktive, og samtidig være med å bidra i samfunnet. Studien til Bauger & Bondgaard (2016) formidlet også funn der pensjonistene var opptatt av å ha en sunn kropp. Det handlet om å ha god helse så det ikke finnes hindringer i veien for å utføre aktiviteter. De refererer til artikkelen «*Successful aging*» skrevet av Row & Kahn (1997) der det påpekes betydningen av å ha gode fysiske og kognitive funksjoner for å ha en vellykket aldring. I lys av salutogenesen kan man se at disse deltagerne virket å ha en sterk OAS. Hvordan man opplever livet er individuelt og det er ikke alt som må føles som begripelig, håndterbart og meningsfullt. Deltagerne virket bevisste og de så sammenheng i tilværelsen. Antonovsky (2012, s. 129) vektlegger betydningen av at det sosiofysiske miljøet vi lever i. Han sa at dette innebærer et kompleks av livserfaringer og de er alle relevante for OAS.

Antonovsky (2012, s. 44) hevder begrepet meningsfullhet er den viktigste komponenten, da den er knyttet til følelser og motivasjon. Han mente at det er viktig å ha tro selv, på at det gir mening for deg. I lys av Salutogenese vil vi kunne se aktivitet og deltagelse i samfunnet som noe som gir pensjonistene velvære og økt mestring. Antonovsky (2012) sier at OAS utvikles blant annet under livshendelser hvor man må prøve ut ulike nye strategier, overgangen til en

pensjonisttilværelse kan sees på som en slik hendelse. Deltagerne formidlet betydningen av å skape nye arenaer og kompensere for tiden de hadde vært på jobb. Slik kan pensjonistene styrke deres OAS og aktivitet kan sees som helsefremmede etter overgangen.

Å slite psykisk er krevende på mange måter. Deltagerne formidlet på ulike måter deres erfaringer. Noen håndterte det for eksempel ved å komme seg ut i friluft, gå en tur eller kanskje sykle. Andre formidlet at de ble handlingslammet. Antonovsky (2012) refererer til fire områder for menneskelig eksistens og at mennesker kan mestre utfordringer og få økt OAS om man jobber med disse områdene. Antonovsky (2012) sier det handler om menneskets indre følelser og umiddelbare personlige reaksjoner. Videre vil det være betydningsfullt og vektlegge det som personen brenner for. Eksistensielle spørsmål er også viktig i forbindelse med psykiske helseutfordringer. Det var bare én deltager som var åpen og fortalte at livet var vanskelig, men det var også andre deltagere som fortalte historier og opplevelser knyttet til det som Antonovsky (2012) sier er psykisk u-helse. Kunnskap om psykisk helse fortalte deltagerne at de ville google seg fram til. Selv om de visste at dette ikke var bra, synes de dette var enkelt og det ga de input. Eldre bruker internett mer enn tidligere. Samfunnet vårt blir stadig mer digitalt, og man kan forvente at internettbruken også hos eldre vil øke. Antonovsky (2012) ville sagt at pensjonistene skårer høyt på håndterbarhet.

Under intervjuene kom det frem at mange av deltagerne sammenlignet seg med sin far, spesielt når man snakket om åpenhet rundt følelser. Dette kan man se i sammenheng med at man som individ blir påvirket av miljøet man er en del av. Generasjonen yngre menn i dag vil kanskje ha andre syn på dette når de blir pensjonister, dette har sammenheng med at mannsrollen er i endring. Det vil likevel være individuelt, men Antonovsky (sitert i Langeland, 2014, s. 15) sier at individets livssituasjon og erfaringer kan styrke deres SOC. Det handler om å bruke individets ressurser for å fremme helse. Slik vil grunnlaget for våre strategier legges i oppveksten.

### **5.2.3 Konteksten vi lever i påvirker våre liv**

Utfordringer skaper nye krav til mestring. Som pensjonist er man som nevnt tidligere sårbar og utsatt for flere faktorer som kan påvirke hverdagen. Flere av deltagerne beskrev ulike utfordringer i overgangen og vektla betydningen av god helse som en stor verdi. Mange pensjonister har forventninger om et liv som kan åpne opp for ny livskvalitet, men så skjer det ting man ikke er forberedt på som for eksempel sykdom. Kjølheth (2014, s. 20) sier at når sykdom påvirker funksjonsnivået vil dette ha innvirkninger blant annet på det sosiale livet.



Sykdom vil også kunne gi tap av yteevne og påvirke både verdighet og selvfølelse (2014, s. 20). Å avslutte yrkeslivet brått og uventet ble i studien beskrevet som et stort tap. Dette støttes av Hvalvik (2012, s. 9) som sier at overganger som er uønskede, medfører tap og er spesiell fordi de ofte kommer brått og uventet. Meleis (2010, s. 34) støtter dette og hevder at pensjonering er en krevende hendelse, spesielt når det er ufrivillig. For hvem er man når man ikke lenger kan gå på jobb, motta anerkjennelse og føle at man er til nytte i samfunnet?

Å bli syk kan i mange sammenhenger føre til at man blir isolert og ensom. Antonovsky (2012, s. 141) beskriver sykdom som en stressfaktor, men beskriver den innenfor salutogenesen som mulig helsefremmede. Han mente at uansett årsaken til stressfaktorene og hvordan de kan beskrives, så er det stimuli i tilværelsen. Antonovsky var opptatt av kildene til god helse og mestring. Salutogenesen definerer helse som et kontinuum som betyr grader mellom helse og u-helse (Drageset, Ellingsen & Haugan, 2017, s. 296).

Deltageren som avsluttet yrkeslivet ufrivillig, fremstod som uten håp for fremtiden. Han savnet å få anerkjennelse og ros, han følte seg verdiløs. I flere år hadde han vært preget av langvarig sykdom og formidlet savn av arbeidshverdagen som for han hadde vært livet og ikke en plikt. Å mestre utfordringer når motgang er større enn håpet, kan man forstå er vanskelig. Når overgangen ikke blir som forventet, vil det naturligvis være mer utfordrende å kjenne på velvære og god psykisk helse.

Antonovsky (2012, s. 39) var opptatt av hvordan den enkelte håndterer stressende hendelser og vektla tre komponenter som karakteriserer individets grunnholdning (OAS). Begripelighet som handler om å forstå motgang og det som er vanskelig. Deltageren så ingen mening med at han var syk, han følte det urettferdig. Begripelighet kunne gi mulighet for mestring, men deltageren hadde ikke dette. Han følte det urettferdig og ville ikke forstå egen livssituasjon. Videre var Antonovsky opptatt av håndterbarhet, om individet har ressurser til å møte utfordringer i hverdagen. Deltageren formidlet lite nettverk rundt seg, han beskrev at han ikke hadde krefter og at han følte at sykdommen bryter han ned. Hans måte å klare tilværelsen på var å isolere seg, enten ved å gå i verkstedet sitt, eller ved å sove. Det var ikke slik han ønsket at pensjonisttiden skulle være. Antonovsky vektla betydningen av meningsfullhet, det motiverende elementet. Ifølge Drageset et al., (2017) har forskning vist at man tåler sykdom bedre om man finner mening i livet, sammenlignet med de som ikke gjør det. Deltageren fortalte om noen gode stunder i verkstedet, der holdt han på med ulike prosjekter som han følte hjalp han i å avlede vonde tanker. Kan vi likevel forstå at han følte svikt i den psykiske helsen ?

Om vi ser dette opp mot Antonovsky's teori, opplevde deltageren psykisk uhelse, samtidig var det noe i livet han så på som verdifullt og meningsfullt – tiden i verkstedet. Antonovsky mente at de tre komponentene har betydning for individets opplevelse av mestring, helse og velvære, men at de ikke alle har samme verdi og betydning. Meningsfullhet ble av Antonovsky vektlagt som det sterkeste elementet. Antonovsky mente han at man alltid har helse og at man alltid har motstandsressurser for å håndtere utfordringer. På denne måten mente han at man kunne øke individets bevissthet om deres indre og ytre ressurser, og ved å anvende disse kan individet føle en høyere OAS og oppleve bedre helse. Ifølge Drageset et al., (2017) delte Antonovsky motstandsressurser i materialistiske og ikke materialistiske som for eksempel kunnskap, holdninger, selvbylde, sosiale relasjoner, eksistensielle forhold, meningsfulle aktiviteter og det å ha kontakt med egne følelser. Av disse måtte minst fire være til stede for å utvikle sterk OAS. Mestringsressurser og OAS står i et samspill med hverandre, hvis deltageren for eksempel opplever støtte fra familie vil han kanskje kunne oppleve større grad av mestring og OAS vil øke. Ifølge Landsverk og Kane (som sitert i Langeland, 2009) vil dette gjøre at man klarer bruke sine ressurser på en annen måte.

Sykdom påvirker livet på mange måter, men ved å vektlegge håp og fremme individets ressurser vil man håndtere livets utfordringer bedre. Dette krever også at individet oppsøker hjelp for å håndtere situasjonen. Antonovsky (2012, s. 29) sier at det handler ikke om å løse alle problemene i et menneskes liv, men å få en dypere forståelse og mer kunnskap. I studien så jeg at sykdom påvirker overgangen og dette støttes både av teoretikere og forskning. Hvordan vi håndterer tilværelsen er alltid individuell og må forstås i en helhet. Antonovsky's teori om Salutogenese er holistisk, (Drageset et al., 2017). Han mente at menneskets helse må forstås ut fra både en fysisk, sosial og åndelig dimensjon som alltid er i en kontekst.

Deltagernes største frykt virket å være demens, dette ble sett på som skambelagt. Deltagerne virket bevisste, flere hadde søkelys på å stimulere sin mentale kapasitet. Ut fra et salutogenetisk syn, kan vi si at de var opptatt av en helsefremmed retning. Bystad et al., (2016) har i sin studie kommet fram til at demens er den sykdommen som fryktes mest hos de over 50 år, men dette er ikke en studie som studerer menn spesielt. Kan det tenkes at menn spesielt er mer redde for demens? Det handler om å miste kontroll over eget liv og bli avhengig av andre. Samfunnet vårt er også opptatt av intellektuell prestasjon (sitert av Bystad et al., 2016). Frykt for demens kan muligens sees i sammenheng med menns maskulinitet. Menns selvfølelse er gjerne mer «prestasjonsorienterte», mens kvinners selvfølelse er mer «relasjonsorienterte». Slik kan man kanskje forstå at tap av funksjon forbindes med mer skam

hos menn. Jeg har ikke funnet noe forskning om dette, men ser på det som en mulig sammenheng.

Deltagerne beskrev utfordringer den siste tiden av arbeidslivet og følte dette påvirket overgangen ved at de følte på redusert mestring. Det virket som om de følte seg «udugelige». Hvordan kan vi forstå dette? Deltagerne følte at det hadde skjedd store endringer i arbeidslivet og at det ble tøft å henge med. Biologiske endringer kan gi sårbarhet og påvirke mestringsressursene. Kjølseth (2014, s. 28) hevder at Eldres posisjon svekkes ved at samfunnet moderniseres, erfaringen deres får mindre verdi. Fire av deltagerne i studien jobbet fram til de var mellom 65-67 år, de så alle fram til pensjonisttilværelsen og til å få tid de selv kunne disponere. Deltagerne følte det var vanskelig å lære nye arbeidsoppgaver, det ga de stress og en følelse av ikke være god nok. Som tidligere beskrevet er vi som individer opptatt av anerkjennelse. Vi vil kjenne på følelsen av mestring og det å være til nytte. Om det man gjør i hverdagen føles utfordrende, er det kanskje ikke så rart at mange i overgangen opplever arbeidsrelatert stress. Det kom fram i studien at flere tok initiativ til å snakke med ledelsen, for å enten få andre arbeidsoppgaver eller redusere arbeidstiden. Lang reisevei ble også sett på som stressrelatert og utfordrende i forhold til tidligere. En deltager jobbet frivillig et par dager i uken og følte dette påvirket hans psykiske helse på en god måte. Hvordan man opplever overgangen og de ulike utfordringer er individuelt, kan hende vil yrke og arbeidsplass påvirke dette. Menn vil som tidligere nevnt gjerne prestere. Menns maskulinitet påvirker identitet og roller (Schei & Bakketeig, 2013, s. 93).

Noen av deltagerne formidlet bekymring for å være mann og bli igjen alene. Nåtidens pensjonister lever i en generasjon der mange menn ikke har deltatt så mye i huslige sysler, men ifølge mannsforsker Svend Aage Madsen (som sitert i Rostad, 2009) virker det som om det er i ferd med å vokse frem en ny forståelse av mannrollen. Flere deltagere fortalte at de i den senere tiden hadde blitt mer oppmerksom på dette og noen hadde begynt å delta mer enn tidligere. De virket bevisste på hvor viktig dette er for den kommende generasjon. Når man blir eldre er det også større risiko for tap av den man bor sammen med, i tillegg til en større risiko for tap av helse. Alderdommen gir forandringer og man er som eldre, men også som mann sårbar. Studien viser pensjonister som var «avhengig» av en kvinne, ikke minst når det gjelder hjelpesøkende atferd.

Slik jeg oppfattet deltagerne var de bevisste egen situasjon, de formidlet at de hadde blitt mer oppmerksom på det å være mer selvhjulpne. Antonovskys teori om å fremme helse, kan sees opp mot pensjonistene som tok i bruk sine ressurser for å bli mer selvstendige i hjemmet. Slik

vil de kunne bli tryggere og føle større mestringsfølelse i hverdagen, samtidig bli mer forberedt på alderdommen om de skulle bli alene.

Koronavirus-pandemien preget deltagerne. De formidlet at pandemien har påvirket deres psykiske helse, noen mente den påvirket de mer enn det å bli pensjonist. Deltagerne uttrykte bekymring, de kjente på utrygghet og det å bli forhindret til å leve det pensjonistlivet som de ønsket. En deltager sa det ikke hadde påvirket han psykisk i det hele tatt. Dette kan være vanskelig å forstå. Samme deltager hadde lav OAS med tanke på å håndtere sykdom, men i lys av salutogenesen tolker jeg det slik at han scorer høyt på håndterbarhet. Antonovsky (2012) sier at det handler om å håndtere det som oppstår.

Å kunne gi hverandre en klem var noe som ble beskrevet som et savn nå under Koronaen. Fysisk kontakt er noe som gir oss en følelse av tilhørighet og er en viktig faktor for den psykiske helsen. Barstad (2011, s. 31) vektlegger betydningen av å klemme og at det kan ha stor helsemessig relevans. Å gi hverandre en klem kan sees opp mot vår relasjon til andre mennesker, klemmen kan representere trygghet og være med å fremme den psykiske helsen.

Tidligere er det fremhevet tanker om aktivitet, det å føle at man bidrar i samfunnet. Under Korona tiden har aktiviteter blitt satt på vent og deltagerne opplevde det vanskelig å bli hindret i å gjøre det de hadde lyst til. Dette vil på ulike måter gi konsekvenser for den psykiske helsen. Bauger & Bondgaardt (2017, s. 2) refererer til en studie av Wang & Shi fra 2014 der de blant annet vektlegger at aktiviteter er viktig for pensjonistenes trivsel. Bauger & Bondgaardt (2017, s. 5) vektlegger også betydningen av autonomi. Ett av deres funn var at pensjonisttiden er en tid som gir muligheter for handling. I min studie formidlet de at dette hadde stor betydning, men under Koronaen hadde dette hindret de. Å ikke kunne være sammen med de som de ønsket, påvirket også deres autonomi og handlefrihet som de hadde som pensjonister. Også det som Bauger & Bondgaardt (2017, s. 6) fant ut om det å ha gode relasjoner, samtidig kunne velge sine relasjoner, påvirket deltagerne. Av og til endres konteksten vi lever i. Koronapandemien er konkret, den påvirker oss, ikke minst innenfor vår sosiale verden. Kan hende setter Koronaen søkelyset på hva som betyr aller mest for oss.

#### **5.2.4 Roller og identitet som endrer seg**

Meleis (2010, s. 130) vektlegger at en egenskap ved overganger er at det skjer endringer i identitet og roller, som for eksempel når pensjonister forlater arbeidslivet. Dette var også noe som kom tydelig fram i studien. Deltagerne formidlet at de hadde et behov for å ha roller, de

hadde behov for å ha ansvar, noen følte det nødvendig å kompensere for tiden som de hadde til rådighet. Studien til Jancey & Årving (2019, s. 16) fant også at pensjonister opplever overgangen som en periode der man kjenner på tap av identitetsfølelse, men også samfunnsnyttighet. Dette var også noe deltagerne i denne studien var opptatt av, de ønsket å bidra og verdien av aktivitet økte om aktiviteten var meningsfull, og at de var til nytte også for andre enn seg selv. Om identiteten vår berøres, vil det kunne påvirke det som identitet handler om, personlighet, selvilde og opplevelse av hvem vi er som menneske.

Jancey & Årving (2019, s. 16) sier at identitet handler om å se seg selv i en sosial kontekst. Deltagerne beskrev et savn av et fellesskap. Dette stiller krav om endring. Daatland & Solem (Jancey & Årving (2019, s. 16) sier at om identiteten er veldig sterkt knyttet til arbeidslivet, kan det være utfordrende å skape seg en identitet som pensjonist. En deltager fortalte at han hadde hatt en sterk yrkesidentitet, dette hadde han hatt hele livet og hadde fortsatt. Hans utfordring var at sykdom forhindret han til å bruke kompetansen på andre arenaer, slik at han fortsatt kunne motta anerkjennelse for arbeidet sitt. Han følte det vanskelig å kjenne på identitet som pensjonist, det handlet om forventninger om pensjonisttilværelsen som ble annerledes. Nå kjente han på å være verdiløs.

En annen deltager fortalte at han som pensjonist brukte sin kompetanse og sin livserfaring, men på en annen måte enn tidligere. Istedenfor å møte mennesker fra skoleverket, møtte han de nå på annen arena. Her opplevde han å bli sett og verdsatt. Meleis (2010, s. 130) sier at overganger ofte også gir muligheter og ikke bare tap. Her er et godt eksempel på dette. Om vi ser det opp mot Antonovsky's teori om salutogenese, ser man en pensjonist med høy OAS, han skårer høyt på både begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Slik kan helse fremmes. Berger-Hagland (2014, s. 13) henviser til Myrvang 2006 som sier at man ved å gå inn i en ny rolle i samfunnet, kan erstatte den tapte yrkesidentiteten. Myrvang sine undersøkelser ble gjort på de som hadde måtte avslutte yrkeslivet grunnet sykdom. Denne studien hadde en deltager som opplevde dette, men han hadde ikke funnet noen ny rolle i samfunnet. De friske deltagerne hadde gjort dette, de hadde valgt roller ut fra interesser. For mange virket det som det var en lettelse å tre ut av yrkeslivet. Hvordan kan vi forstå dette? Flere av deltagerne sa de aldri hadde hatt en spesiell yrkesidentitet, de var kun knyttet til arbeidsplassen som arena og til kollegaene som en sosial bauta. Muligens kan det være fordi flere av de jobbet på steder, der arbeidstakerne ikke hadde behov for en spesiell utdanning eller kompetanse. Rollen de hadde på arbeidsplassen ble beskrevet som «et bilde av seg selv» og at man ble sett og anerkjent for kompetanse, men også for personlighet, identiteten man

har som menneske. Berger-Hagland (2014, s. 20) skriver at pensjonister kan trenge tid til omstilling til en ny identitet, det handler om at identitet hos pensjonister ofte er forankret i arbeidet. I denne studien virket det som dette bare gjaldt deltageren som ufrivillig måtte forlate yrkeslivet. Det virket som de var forberedte og de var som nevnt ikke knyttet til sin yrkesidentitet. Meleis (2010, s. 90) sier at overganger er prosesser som tar tid. Hun refererer til seks ulike faser for pensjonering, utarbeidet av gerontologen Robert Atchley. For en syk pensjonist vil man ikke kunne gå igjennom alle fasene, fordi den tiden der man planlegger (førtdispensjonsfasen) og tiden rett etterpå der man gleder seg over fritid, (bryllupsreisefase) ikke nødvendigvis skjer. Her er det nok mange som vil være i den fasen som Meleis (2010, s. 90) kaller disenchantmentfasen, de kjenner på frustrasjon, urettferdighet og at pensjonisttiden ikke ble slik de hadde trodd. I stabilitetsfasen har pensjonister begynt å nyte pensjonisttiden, de har funnet sine rutiner, begynt å engasjere seg i aktiviteter, frivillig arbeid eller annet. I studien virket det som om mange av deltagerne var kommet i denne fasen. Samtidig var de preget av Korona pandemien og begrensninger i livet de lever.

Deltagerne fortalte at familie var viktig for dem. Både studien til Jancey & Årving (2019, s. 26) og studien til Bauger & Bondgaardt (2016, s. 6) hadde samme funn hvor betydningen av familie ble vektlagt. Familien er ofte de som kjenner oss best og de som vi ofte er tryggest på. Deltagerne i studien hadde likevel ulike forventninger til familien om den psykiske helsen ville svikte. Noen både forventet at de skulle oppdage det og videre hjelpe de, mens andre hadde ingen forventninger. Det kom også fram at noen var usikre på om de ville merke at de slet psykisk. Dette kan kanskje tyde på bevissthet om at man ikke er åpen om hvordan man har det. Mange av deltagerne var bevisst på menns holdninger om at menn skal være sterke, de skal klare seg selv.

Deltagerne identifiserte seg ikke som eldre, pensjonist var heller ikke et begrep som de følte seg komfortable med, selv om de var klar over at de var det. Opplevelse av alder er individuelt, men i studien formidlet de fleste at de følte seg yngre enn de var. Opplevelse av alder og overgang sier Sønnerbo (2020, s. 6), er avhengig av dine personlige forutsetninger. Det er ikke mulig å stoppe tidens elv sier hun, men hvordan man blir eldre er opp til en selv. Sykdom kan ikke styres av tanker og vilje, det er heller ikke noe som kan unngås. Men hvordan man håndterer det har man ifølge Antonovsky mulighet for å påvirke. «Alder er bare et tall» er det mange som sier. Deltagerne i studien hadde vanskelig for å akseptere egen alder. Noen sa det er vanskelig å konfronteres med eget speilbilde, noen sammenlignet seg også med egne foreldre som de opplevde gamle når de var på deres alder. Å forholde seg til

egen aldringsprosess er for mange vanskelig, selv om forandringer ofte skjer langsomt er det den indre alderen som ofte styrer oss. Noen deltagere klarte å snu tankegangen, å tenke at å være 70 år gir samtidig 70 års erfaring. I dagens samfunn lever man lenger enn tidligere og man holder seg yngre, friskere og i mer aktivitet enn tidligere generasjons pensjonister. Så det er kanskje naturlig at de sammenlignet seg med sine foreldre, de var nok i utgangspunktet eldre i sin kropp, som pensjonister.

### 5. 3 Veien videre

Forebygging er et av regjeringens målsetning. I rapporten «*Mestre hele livet*» Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) vektlegges åpenhet og kunnskap om psykisk helse. De beskriver betydningen av at dette vil kunne gjøre det lettere å håndtere utfordringer i livet. Overgangen til pensjonistlivet er ikke nevnt i rapporten. Det påpekes at det finnes lite og svært manglende kunnskap om forekomst av psykiske lidelser hos eldre. Rapporten påpeker at livskvalitet, trivsel og mestring skal bygges gjennom hele livsløpet (s. 13) og at psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om at samfunnet har et ansvar for å fremme helse for hele befolkningen.

Eldre menn er som nevnt tidligere en gruppe i samfunnet som er lite forsket på. Denne studien kan være et bidrag for å sette søkelys på menns rolle i overgangen til en pensjonisttilværelse. Samfunnet og arbeidsplasser er opptatt av pensjon og økonomiske rettigheter, og er lite opptatt av hvordan pensjonisttilværelsen kan påvirke det psykososiale livet. Hvorfor ikke fremheve pensjonistlivet som en milepæl slik som deltagerne i denne studien påpekte, en ny tilværelse med krav om livsendringer? Pensjonisttilværelsen er likevel også en tid med nye muligheter. Dagens eldre lever lenger og de er en gruppe i samfunnet med mye livskunnskap og erfaring. Samfunnet må oppdatere sine holdninger og de må se den eldre med nye perspektiv.

I lys av sin maskulinitet har menn spesielt utfordringer, psykisk helse er fortsatt skambelagt. Studien formidler kunnskap om menn i alderen 65 +, og deres situasjon. Denne kan også ha betydning med tanke på å berike kunnskapsfeltet som omhandler selvmord hos eldre menn. Å rammes av sykdom er spesielt utfordrende for menn i overgangen og er et tema som er verdt å belyses. Studien viser at god helse er av betydning for å oppleve god livskvalitet. Menn i overgangen som opplever å bli syk vil trenge oppfølging spesielt, og bør være en gruppe i samfunnet man er oppmerksom på.

Om man ser studien i et folkehelseperspektiv, burde det vært mer søkelys på de psykososiale konsekvensene av pensjon. Deltagerne formidlet at den siste tiden av arbeidslivet var krevende. At arbeidsgivere snakker med arbeidstakerne og vurderer individuelle tiltak, kan muligens gjøre at pensjonister opplever overgangen lettere. Å ha et sosialt nettverk gjør at vi blir sett, det handler om fellesskap og tilhørighet. Å skape nye relasjoner kan være utfordrende og jeg tenker denne studien viser at det er behov for tilrettelagte møteplasser for menn, kan hende burde det vært etablert også på arbeidsplassene. Slike møteplasser kan være et sted der menn kan oppleve det lettere å være åpen, dette støttes også av forskere. Rapporten «Å være mann å håndtere sykdom» (Oslo Universitetssykehus og Reform – ressurscenter for menn, 2015, s. 5) formidler et behov for et kjønns sensitivt helsevesen og at det bør etableres lærings og mestringskurs som er spesielt beregnet på menn. Dette arrangeres av enkelte pasientforeninger, men det finnes foreløpig ingen nasjonale retningslinjer om dette. I 2017 uttalte daværende avdelingsdirektør Anne-Stina Nordmo i Helsedirektoratet, at det jobbes med å implementere kjønns spesifisering av helsetjenester inn i nasjonale retningslinjer (siteret av Dommerud & Fjelltveit, 2017). Dette er foreløpig ikke iverksatt. Det finnes heller ingen nasjonale tiltak som er rettet mot menn, pensjonister og psykisk helse. Siste året har vi erfart at konteksten vi lever i har blitt endret på grunn av Korona. Eldreombudet Bente Lund Jacobsen (2021) reagerer på at eldre av regjeringens ekspertgruppe ikke er nevnt når man nå skal undersøke konsekvenser av pandemien for livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk i befolkningen. Denne studien viser betydningen av at eldres situasjon bør løftes mer opp og være en større del av folkehelsearbeidet vårt. Det er behov for mer forskning når det gjelder menns helse, men også forskning på overgangen til en pensjonisttilværelse.



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å få frem hvordan menn opplever overgangen til en pensjonisttilværelse. Jeg ønsket å få frem deres tanker, opplevelser og holdninger, relatert til psykisk helse spesielt. Deres beskrivelser har bidratt til å fylle noe av kunnskapshullet om menns psykiske helse opp mot overgangen. Deltagerne i studien var mellom 67-72 år og ingen mottok tjenester fra det psykiske hjelpeapparatet. Studien bekrefter tidligere funn relatert til menns psykiske helse, der det påpekes at menn er mindre åpne enn kvinner og at de ikke oppsøker helsevesenet like ofte. Tidligere studier vektlegger betydningen av god helse. Deltagerne i denne studien vurderte dette som den største verdi ved siden av familie. Spesielt vektla de betydningen av å være mentalt oppegående, og demens ble sett på som den mest fryktet sykdom. En kvinne i livet ble også fremhevet som verdifullt. Dette ble sett opp mot det å ha noen å være fortrolig med. Deltagerne så betydningen av en kvinne i forhold til et kjønnsperspektiv, der menn ikke er gode på de dype samtalene.

Deltagerne fortalte at det største savnet i overgangen var kameratskapet. Det virker som det finnes en del kunnskap, men at det i samfunnet er lite snakk om dette. De fortalte at de savnet fellesskapet og tilhørigheten, selv om de ikke hadde hatt et dypere vennskap med kollegaene. Sykdom påvirker på mange måter og i studien så jeg tydelig forskjell på friske pensjonister mot de som var plaget av sykdom på en eller annen måte. Som pensjonist har man forventninger om en tid der man skal gjøre det man har lyst til, tap av helse gjør at hverdagen og planene må endres. Uavhengig av grad av sykdom, påvirkes den psykiske helsen.

Betydningen av å være aktiv og kunne bidra var også verdier som ble vektlagt. Pensjonistene var opptatt av å ha en rolle og en status i samfunnet. Det å få anerkjennelse og bli verdsatt betyr like mye som tidligere, kanskje mer. Det er vanskelig å akseptere at man blir eldre, å bli konfrontert med eget speilbilde ble trukket fram som utfordrende, flere opplevde det vanskelig å bli kalt pensjonist. Det er lett å forstå at sykdom gjør pensjonisttiden enda mer utfordrende. Verdier som blir fremhevet som betydningsfulle for god psykisk helse, er ikke alltid mulig å oppnå.

Psykisk helse ble lite diskutert blant deltagerne, og de formidlet at åpenhet er vanskelig. Flere var tvilende til om de ville fortelle noen om de slet psykisk og trakk fram det å føle seg til bry, at det er skamfullt å be om hjelp og man er redd for ikke å bli trodd. Menn er sårbare. Spesielt menn som er alene. Ensomhet var noe de var redde for. Å være mann og det å bli igjen alene, ble sett på som mer utfordrende enn om en kvinne opplever det samme.

Overgangen til pensjonisttilværelsen innebærer et nytt kapittel i livet. Pensjonisttilværelsen oppleves likevel individuelt og ingen overgang er lik. Noen virket uforberedt for hva som ventet de. Mange av deltagerne formidlet utfordringer den siste tiden av yrkeslivet. Det virket som flere tok initiativ selv til å få andre arbeidsoppgaver eller få redusert arbeidstid. Konteksten man lever i påvirker helsa på godt og vondt. De fleste deltagerne formidlet at de opplevde tiden som pensjonist berikende, de hadde funnet sin plass i hverdagen. Der sykdom var en del av tilværelsen ble dette naturligvis opplevd annerledes. I mars 2020 kom Koronapandemien til Norge og deltagerne i studien fikk hverdagen snudd på hodet, og den psykiske helsen ble utfordret. Det har gått noen måneder siden intervjuene ble gjennomført, pandemien er fortsatt til stede i samfunnet og har sannsynligvis påvirket deltagerne ytterligere. Eldre er mer utsatt for å bli syke av Korona, de er også mer sårbare psykisk og sosialt. Deltagerne i studien vektla betydningen av aktivitet og deltagelse i samfunnet, nå er dette satt på vent. Mange pensjonister vil være utsatt for både fysisk og psykisk u-helse. Oppgaven er innenfor erfaringsbasert kunnskap og beskriver pensjonisters opplevelse av overgangen. Studien viser at det i fremtiden er viktig å ha et kjønnsperspektiv med i arbeidet i forhold til psykisk helse hos menn i aldersgruppen 65 +. Menns erfaringer og opplevelser har betydning i et folkehelseperspektiv. For å fremme psykisk helse i denne aldersgruppen må erfaringsbasert kunnskap vektlegges og utvikles. Overgangen til pensjonistlivet må sees i et nytt perspektiv der endringer i forhold til det psykososiale livet vektlegges. Psykisk helse blant menn er skambelagt, deres maskulinitet må forstås for å tilrettelegge et helsevesen som møter menn der de er. Menn prioriteres ikke i norsk helsevesen, eldre er også en samfunnsgruppe som må tas mer på alvor.

## Referanseliste

- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis. En håndbok for masterstudenter*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bakketeig, L.S. & Schei, B. (Red.).(2013). *Kvinner lider – menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barstad, A. (2011). Helse, kontakt og berøring. *Samfunnspeilet* (2), 30-31.
- Bauger, L. & R. Bongaardt. (2016). The lived experience of well-being in retirement: A phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 33110. Doi:10.3402/qhw.v11.33110
- Berger-Hagland, I.S. (2014). *Unge og pensjonister – om arbeid og overgang*. (Masteroppgave). Norges arktiske universitet, Tromsø
- Booth A. (2006). "Brimful of STARLITE": toward standards for reporting literature searches. *Journal of the Medical Library Association*, 94(4) 421-429.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1629442/>
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of Life`s Changes*. Cambridge: DaCapo Press
- Brottveit, G. (Red). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal
- Bystad, M., Grønli, O., Lilleeggen, C., & Aslaksen, P. M. (2016). Fear of diseases among people over 50 years of age: En undersøkelse. *Skandinavisk psykolog*, 3 , e. 19.  
<http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e19>
- Dahl, S. (2007). Triste kvinner, tøffe menn – om kjønn og psykisk helse. I L.S Bakketeig & B. Schei (Red)., *Kvinner lider – menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (s. 163-182). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2014). Helsinkideklarasjonen.  
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Dommerud, T., Fjelltveit, I. (2017, 23. februar). Norske forskere. Menn trenger et eget helsetilbud. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/LMGIV/norske-forskere-menn-trenger-et-eget-helsetilbud>

- Drageset, S., Ellingsen, S., & Haugan, G. (2017). Å mestre livet ved alvorlig sykdom. *Nordisk sykepleieforskning*, 4 (7), 294-302. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-03>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner :samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eller, E. & Hagemester, M.L. (2014, 10.september). Tre gange saa mange mænd som kvinder begaar selvmord (Intervju med Svend Aage Madsen). Dr.dk.nyheter. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/tre-gange-saa-mange-maend-som-kvinder-begaar-selv-mord-ensomheden-overmander-dem>
- Eriksson, B. & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde – en fremvoksende disiplin. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. TBK. S. 3-13. (10 s.) [https://brage.inn.no/inn-xmllui/bitstream/handle/11250/2430550/Psyk\\_helse\\_2015\\_Eriksson\\_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.inn.no/inn-xmllui/bitstream/handle/11250/2430550/Psyk_helse_2015_Eriksson_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Folkehelseinstituttet. (2021). Dødsårsaksregistret. *D10: Selvmord etter kjønn, alder og døds måte – Antall dødsfall*. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Hansson, I., Zulka, L.E., Kivi, M., Hassing, L.B., & Johansson, B. (2019). *Att arbeta vidare efter 65 år – vem gör det och varför*. (Rapport 14) Delegationen för senior arbetskraft S 2018:10. [https://seniorarbetskraft.se/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-14\\_webb.pdf](https://seniorarbetskraft.se/wp-content/uploads/2020/01/Rapport-14_webb.pdf)
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Lovdata. (LOV-2008-06-20) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2017). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykisk helse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, (7), s, 693-695.
- Hummelvold, J.K, Andvig, E., & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hvalvik, S. (2012). Overganger hos eldre: en teoretisk tilnærming. *Geriatrisk sykepleie*,4(1), 8-12.
- Jacobsen, B.L (2021, 19. mars). «Ekspertgruppe må også kartlegge Eldres psykiske helse under koronapandemien», Eldreombudet.no, <https://eldreombudet.no/saker/aktuelt/ekspertgruppe-ma-ogsaa-kartlegge-eldres-psykiske-helse-under-koronapandemien/>
- Jacobsen, S.E (2020, 11. februar). «Hva er et godt liv som pensjonist?», Forskning.no, <https://forskning.no/pensjon/hva-er-et-godt-liv-som-pensjonist/1635436>
- Jancey, N.L., & Årving, J. (2019). *På vei. Et mulighetsstudie om overgangen til en pensjonisttilværelse*. (Et diplomprosjekt i tjenstedesign). Arkitektur og designhøyskolen, Oslo.

- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsfaglig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kiely, K.M., Brady, B & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, Volume 129, November, 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
- Kjølseth, I. (2014). *Eldre og selvmord*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transitions: a literature review. *JAN Leading Global Nursing Research*, 55(3), 320-329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk – Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forsknings - intervju*. Oslo: Gyldendal.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*.(4). 288-296. <https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer.*\_(Rapport nr 1/2014) <https://samforsk.no/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Langeland, E. (2017). Salutogenese – teori og praksis. <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese-teori-og-praksis>
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2019). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lindwall, M., Johansson, B. (2017). The health, aging, and retirement transitions in Sweden (HEARTS) study. *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), 1031. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3755>
- Madsen, S.A. (2014). *Mænds sundhed og sygdomme*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub.
- Myrvang, V. H. (2006): *Ut av arbeidslivet: Livsløp, mestring og identitet – En studie av personer med seinskader etter polio*. (NOVA Rapport 1/06). Oslo: NOVA
- NESH, red., (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH).
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ormsby, J., Stanley, M., & Jaworsky, K. (2010). Older men`s participation in community-based men`s sheds programmes. *Health & Social Care in the Community*, 18, (6), 607-613. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/j.1365-2524.2010.00932.x>

- Oslo Universitetssykehus og Reform – ressursenter for menn. (2015). Samarbeidsprosjektet; *Å være mann og håndtere sykdom*. <https://reform.no/wp-content/uploads/2016/01/aa-vaere-mann-og-haandtere-sykdom-oppslagssider.pdf>
- Rostad, B.(2009). Menn og psykisk helse – et forsømt tema. *Utposten*, (2). 40-41. <https://www.utposten.no/asset/2009/2009-02-40-41.pdf>
- Rowe, J. W., Kahn R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440
- St.meld.nr. 8 (2008-2009) *Om menn, mansroller og likestilling*. Oslo: Barne-og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-8-2008-2009-/id539104/?ch=1>
- SOU: 2014:6. *Män och jämställdhet*. Stockholm: Regjeringens.se. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2014/02/sou-20146/>
- Sønderbo, S. (2020). *Livets bonusår*. Hamar: Utviklingsenter for sykehjem og hjemmetjenester.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utgave). Oslo: Gyldendal.
- Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenntedisinsk perspektiv. *Tidsskriftet - den norske legeförening*. 124: 65-6 <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenntedisinsk-perspektiv>
- WHO, (2018, 30.mars). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

## VEDLEGG

1. Informasjonsskriv og forespørsel om å delta i studien, inkl. samtykkeerklæring
2. Intervjuguide
4. Godkjenning av prosjektet fra NSD
5. Endringsinformasjon til NSD
7. Eksempler fra analysen, trinn 2 og 3
8. Eksempel fra kodeboken

# **Vil du delta i undersøkelsen;**

## ***”Slik opplever menn det å bli pensjonist”***

Jeg er en sykepleier med videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse. For tiden holder jeg på med Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet og vil i denne forbindelse rette en forespørsel til deg om å delta i en intervjuundersøkelse.

I dette skrivet gir jeg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

### **Formål**

Temaet er; Psykisk helse hos menn i overgangen til en pensjonisttilværelse. Undersøkelsen vil ha søkelys på menn sitt perspektiv på det å bli pensjonist. Problemstillingen jeg skal analysere er;

### **Hvordan opplever menn egen psykisk helse etter overgangen til en pensjonisttilværelse?**

Formålet med undersøkelsen vil være å få frem tanker, opplevelser og holdninger i forhold til det å bli pensjonist blant menn over 65 år. Jeg vil ha søkelyset på egen forståelse for hvordan de mestrer livet, hvordan de opplever å ikke lenger være i det yrkesaktive liv? Har hverdagen blitt slik de tenkte?

Å bli pensjonist er en overgang i livet som kan oppleves berikende og verdifull, dagene kan fylles med aktiviteter og man får tid til å gjøre det man tidligere ikke har hatt muligheten til. Men overgangen til pensjonist kan også være utfordrende og være en risikoperiode i forhold til helse og velvære.

Undersøkelsen ønsker videre å belyse hvordan menn vil mestre hverdagen om den psykiske helsen ville svikte? Ville de snakket med noen om dette? Hvordan ville de oppsøkt hjelp om de hadde hatt behov for dette?

Undersøkelsens nytteverdi vil være å få frem menn sin egen opplevelse, som vil kunne bidra til bedre forståelse av psykisk helse hos menn i overgangen til pensjonisttilværelsen. Resultatene av undersøkelsen vil bli presentert i en masteroppgave og for kollegaer i Alderspsykiatrien.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Denne henvendelsen er sendt til de som for eksempel er medlem av en pensjonistforening og fordi en oppfyller kriteriene om å være mann i alderen 65 og 73 år.

**Jeg ønsker derfor kontakt med deg som er mann, mellom 65 og 73 år.**

### **Andre kriterier er at du ;**

1. Har vært yrkesaktiv fram til minimum 60 år.
2. At du er hjemmeboende, enten alene eller sammen med noen.
3. At du ikke mottar tjenester fra det psykiske hjelpeapparatet, dette fordi undersøkelsen skal ha søkelyset på de psykiske normalreaksjoner hos menn i overgangen til en pensjonisttilværelse.



## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Om du takker ja til å delta i prosjektet vil undertegnende foreta et intervju med deg. Dette innebærer at jeg vil stille deg spørsmål som du skal svare på så utfyllende som mulig for at jeg skal få frem ditt perspektiv på hvordan du opplever overgangen til en pensjonisttilværelse. Intervjuet vil ha preg av en vanlig samtale og vare omtrent 1 times tid. Gjennomføringen vil kunne foregå der hvor du foretrekker at det gjøres. Det viktigste er at det gjøres et sted hvor man kan være uforstyrret av andre.

Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker, dette for å kunne transkribere intervjuet og kunne gjøre analyse arbeidet lettere.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli destruert.

## **Om personvern**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålet jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Jeg som skal gjennomføre denne undersøkelsen er underlagt taushetsplikt.

All innsamling, analyse, bearbeiding og lagring av data i dette prosjektet vil foregå i "Tjenester for sensitive data" (TSD). Lydopptak og spørreskjemaundersøkelse vil bli utført ved hjelp av Nettskjema/Nettskjema-Diktafon med fortløpende kryptert opplasting i TSD. Høgskolen i Innlandet har tjenesteavtale med Universitetet i Oslo om bruk og support av TSD og Nettskjema. Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til dette.

For å trygge informantenes anonymitet vil jeg erstatte navn med pseudonymer, jeg vil unngå å bruke fødselsår, men heller informantens omtrentlige alder. Jeg vil også anonymisere bosted, yrke og andre faktorer som kan være gjenkjennbart.

Informantene vil om de ønsker det, kunne få lese sitater eller beskrivelser av de selv som jeg ønsker å bruke i prosjektet. Da vil de også få muligheten til å stille spørsmål som kan dukke opp i etterkant.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene når masteroppgaven formidles.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 31.12. 21. Lydopptak/ personopplysninger vil bli slettet når sensur er falt.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Innlandet v/ Sigrid Helene Kjørven Haug, fakultet for helse- og sosialvitenskap, institutt for helsefag. Epost: [sigrid.haug@inn.no](mailto:sigrid.haug@inn.no) Tlf: 90893165

Dersom det er noe du lurer på angående undersøkelsen kan du rette spørsmål til meg, eller til min veileder: Monica Stolt-Pedersen. Epost: [Monica.Stolt.Pedersen@sykehuset-innlandet.no](mailto:Monica.Stolt.Pedersen@sykehuset-innlandet.no) Tlf: 45447050

Om du ønsker det vil du kunne få tilsendt masteroppgaven etter at den er sensurert.

Prosjektet er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. De har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Vennlig hilsen

Ingunn Andraa

Epost: [209906@stud.inn.no](mailto:209906@stud.inn.no)

Tlf: 48223891

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Innlandet ved [Sigrid Helene Kjørven Haug, epost: [sigrid.haug@inn.no](mailto:sigrid.haug@inn.no), eller telefon 90893165].
- Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus , [anne.lofthus@inn.no](mailto:anne.lofthus@inn.no) eller på telefon: 61288277
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

klipp her, sendes til Ingunn Andraa, Brusevegen 6, 2312 OTTESTAD

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Slik opplever menn det å bli pensjonist**»

og erklærer med dette at jeg deltar frivillig i undersøkelsen. Jeg samtykker til at jeg kan bli kontaktet og intervjuet med lydopptak i forbindelse med prosjektet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles i tråd med det som står i informasjonsbrevet frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.21.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide

**Tema:** Psykisk helse hos menn.

**Problemstilling:** Hvordan opplever menn egen psykisk helse etter overgangen til en pensjonisttilværelse?

- 1. Slå på diktafonen** før oppstart av hele samtalen, repeter hensikten som denne.
- 2. Takke for at vedkommende har takket ja for å delta.**
- 3. Repetere tema og problemstilling, kort litt om hensikten med prosjektet.**  
Som nevnt i informasjonsskrivet er jeg sykepleier og holder på med en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Innlandet. Formålet med undersøkelsen vil være å få frem menn over 65 år sine tanker, opplevelser og holdninger i forhold til det å bli pensjonist. Problemstillingen er; Hvordan opplever menn egen psykisk helse etter overgangen til en pensjonisttilværelse?  
Mine spørsmål til deg vil være knyttet til din psykiske helse etter overgangen til en pensjonisttilværelse og jeg ønsker at du så godt du klarer svarer på de spørsmålene jeg stiller deg. Jeg ønsker å få vite hvordan du håndterer livet etter at du har avsluttet din yrkeskarriere og det finnes ingen riktige eller gale svar.  
Jeg har utarbeidet en oversikt over ulike spørsmål knyttet til problemstillingen og det er disse jeg ønsker å ta utgangspunkt i.
- 4. Samtykkeskjemaet** må være utfyllt.
- 5. Påminne dette rundt anonymitet og frivillighet.**
- 6. Informere om hva en tredjepersonsopplysning er,** fortelle at de ikke bør nevne andre personer med reelle navn slik at de blir identifiserbare. Om dette likevel skulle skje vil jeg anonymisere dette.

**A. Generelle oppvarmings spørsmål:** Alder, sivilstatus, bosted og yrkesbakgrunn.

**B. Tiden før man ble pensjonist :**

**Jeg ønsker å forstå hvordan du opplever å være pensjonist og jeg ønsker å høre om dine erfaringer. Det første jeg har lyst til å høre litt om er den tiden før du gikk av som pensjonist.**

1. Hvilken tanker hadde du om det å bli pensjonist mens du ennå var i jobb? Var det noe du så fram til, eller var det noe som du gruet deg til?
2. Hvor gammel var du da du ble pensjonist? Var det noe du ønsket selv eller var det pga egen helse eller føringer fra arbeidsgiver?
3. Trivdes du i rollen som yrkesaktiv? Hvor stor stillingsprosent hadde du da du gikk av?

For de som svarer ja: Hva var det du likte spesielt ved det å være i jobb?

Er det noe du savner fra tiden som yrkesaktiv?

For de som svarer nei; Hva var det som gjorde at du ikke trivdes?

Er det likevel noe du savner fra denne tiden?

4. Hvilke tanker ellers hadde du for pensjonisttilværelsen? Hva ønsket du å bruke tiden til?

### C. Tiden som pensjonist:

Noen ganger kan livet bli litt annerledes enn man hadde tenkt på forhånd. Jeg ønsker nå å få vite litt om tiden som pensjonist.

1. Hvilke følelser kjente du på når du våknet til en ny dag og du ikke skulle gå på jobb?
2. Hva fyller du dagen med/hva bruker du tiden til?
3. Har du fortsatt kontakt med arbeidsplassen der du var ansatt?
4. Hvordan er din kontakt med tidligere kollegaer? Kan du beskrive dette forholdet?
5. **Ifølge Verdens Helseorganisasjon defineres eldre til å være mennesker mellom 60 -74 år, mens de over 75 regnes som gamle. De eldre i samfunnet i dag er likevel gjerne friskere og føler seg yngre enn for en generasjon siden og alderdommen forskyves stadig.**

Jeg vil gjerne høre dine tanker om fremtidig alderdom. Hvilke tanker har du til det å bli gammel?

### D. Psykisk helse som pensjonist:

Psykisk helse handler om hvordan vi har det på godt og vondt. Jeg ønsker å stille deg noen spørsmål om hvordan du har det akkurat nå og på hvilken måte du håndterer utfordringer i livet, eller hvordan du vil håndtere det om de skulle komme.

1. God livskvalitet kan styrke vår psykiske helse. Det handler om det som i livet gir verdi og mening. Hva er det som er viktig for deg i livet? Jeg vil gjerne at du beskriver hva som gir deg glede og mening med hverdagen.
2. Når man blir pensjonist opplever mange tap som kan være utfordrende, blant annet tap av sin identitet som yrkesutøver. Er dette noe som du opplever som utfordrende?
3. Mange kjenner på savn av det å være i jobb. Er dette noe du savner? Beskriv i så fall hva det er du savner.
4. Ditt sosiale nettverk, har det endret seg siden du ble pensjonist?
5. Er det andre tap som du opplever som vanskelig, f.eks. tap av helse, førerkort, økonomi, familie eller roller?
6. Hvilke tap vil være mest utfordrende og vanskelig for deg å håndtere?
7. Har du følt deg nedfor/ kjent på negative følelser etter at du ble pensjonert? Beskriv dette om du ønsker.
8. Er hvordan man har det psykisk **et tema** som snakkes om i din omgangskrets?
9. Føler du at du har meningsfulle oppgaver i hverdagen og føler du at du bidrar i samfunnet slik du har gjort tidligere?

10. I de siste månedene har Korona pandemien vært en del av hverdagen til alle. Kan du beskrive hvordan det har påvirket deg psykisk ?

**E. Mestring:**

**Jeg har lyst til å høre om dine erfaringer om det å være mann når man møter utfordringer.**

1. Menn blir ofte sett på som mindre åpne enn kvinner og en myte er at menn oppsøker helsevesenet ikke like ofte. Hvordan er ditt forhold til helsevesenet, er du rask til å oppsøke hjelp når du trenger det eller venter du lengst mulig?
2. Om du har behov for informasjon eller kunnskap om det som har med psykisk helse å gjøre, hvor ville du søkt informasjon? Jeg tenker her på hvilken arena du ville foretrekke å få økt kunnskap? ( Pr post, e-post, internett, Tv/radio, på legekantoret, butikken, på idrettsarrangement osv).
3. Ville du klart å fortelle det til noen om du slet psykisk? Hvem ville vært den du ville betrodd deg til?

**Mestringsstrategi blir beskrevet som noe man gjør aktivt og bevisst for å håndtere en utfordrende situasjon som oppleves vanskelig, det handler altså om hvordan man håndterer negativt stress.**

1. Hvilke mestringsstrategier ville du brukt ellers om du hadde det vanskelig?
2. Hvilke forventninger har du til samfunnet og til de rundt deg om du skulle slite psykisk?

**F. Generelle spørsmål som avslutning:**

1. Kan du beskrive dine generelle tanker om å være mann i din alder?
2. Er tiden som pensjonist slik du forventet at den skulle være?
3. Tror du det blir lettere eller vanskeligere å være pensjonist og mann i fremtiden?

## Godkjenning fra NSD, melding mottatt 04.05.2020

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 505264 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen såfremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 04.05.20 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.21.

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

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje F. Opsvik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17

## Endringsmeldinger

**Melding fra Ingunn Andraa** 25.05.2020 14:10

Jeg vil bare sende inn en endringsmelding som jeg ønsker å gjøre i informasjonsskrivet til informantene. Dette er at jeg vil bytte ut min kontaktmail fra [ingunn682@hotmail.com](mailto:ingunn682@hotmail.com) til [209906@stud.inn.no](mailto:209906@stud.inn.no), dette fordi det er en mer sikker mail. Jeg har ikke endret dette på skrivet her inne enda, men har gjort det til de som skal ut til informantene. Fint med en tilbakemeld!

**Melding fra Silje Fjelberg Opsvik** 27.05.2020 11:07

Hei! Du trenger ikke sende inn en formell endringsmelding eller legge inn oppdatert skriv. Vi merker oss endingen.

## Eksempler fra analysen, trinn 2 og 3

Tekstbiter	Kondensat/kunstig sitat	Menns relasjoner endrer seg i overgangen
<p>«Jeg savner kollegaene». «Jeg hadde mitt sosiale nettverk på jobben, så reiste jeg hjem». «Du har jo et sosialt liv med arbeidskameratene på en måte, det savner jeg litt, om jeg skal se tilbake, så er det akkurat det». «Det er et savn, kollegaer er et savn sosialt – den sosiale biten, det er liksom et bilde av deg selv, på arbeidsplassen er du kanskje den som halter, er litt morsom eller kanskje den som er sosial og prater med alle».</p>	<p>Jeg savner kollegaene mine, du har jo et sosialt liv med arbeidskameratene på en måte. Den sosiale biten, det er liksom et bilde av deg selv, på arbeidsplassen er du kanskje den som halter, er litt morsom eller kanskje den som er sosial og prater med alle.</p>	<p>Savn av kameratskapet</p>
<p>«Ha det hyggelig sammen, et sosialt liv». «Jeg har alltid vært den som har holdt i vennskap fordi jeg tror det å ha nettverk og vennskap er veldig viktig». «jeg har mye kontakt»! «JEG er nok en pådriver der».</p> <p>»Jeg har sosial kontakt, jeg får liksom tilfredsstilt det, jeg har gode venner». «Jeg merker jo de som er snille og de som skal utnytte deg». «En får jo erfaring med tiden, så man får jo en del sånn livskunnskap i forhold til hvordan folk er»!</p>	<p>Det er viktig for meg å ha et sosialt liv. Jeg har alltid vært den som har holdt på nettverk og vennskap, jeg er nok en pådriver!</p> <p>Jeg har gode venner og får tilfredsstilt min sosiale kontakt. Jeg opplever at man får mer livskunnskap med tiden i fhl til hvordan folk er, de som er snille og de som vil utnytte deg.</p>	<p>Vennskap</p>
<p><b>Tekstbiter</b></p>	<p><b>Kondensat/kunstig sitat</b></p>	<p><b>God helse og en kvinne gjør det lettere å leve</b></p>
<p>«Kvinner er ofte mer åpne tror jeg, har flere nære forbindelser». «Jeg tror det er noe med oss gutta, jeg tror kvinner er mye flinkere til å spørre, prate og være</p>	<p>Jeg tror at kvinner er mer åpne, de er flinkere til å spørre og prate når de er sammen. Vi gutta er ikke det, det blir mer overfladisk, hva er nytt hos han og hva er</p>	<p>Mestring av åpenhet</p>



<p>åpne om alt mulig når de er sammen. Vi gutta er ikke det!»! «Hva er nytt hos han og hva er nytt hos meg? «Jeg føler at jeg kunne snakke lettere med en god venninne enn en god venn».» «Kvinner er for meg lettere å snakke med om sånne ting enn jeg ville følt det overfor en mann».</p> <p>«Du har større sperre, en større dørstokk å gå over for å snakke med en kamerat om det». «Det har noe med hva man er villig til å åpne seg for, vise deg fram til for en mann».</p> <p>«Det er mye lettere å snakke med kvinner for menn, enn det er å snakke menn til menn».</p>	<p>nytt hos meg. Jeg føler det er lettere å snakke med en god venninne enn en god venn. Om jeg slet psykisk, ville jeg betrodd meg til en venninne.</p> <p>Du har en større sperre, en større dørstokk å gå over, vise seg fram å snakke med en mann. Det er lettere å snakke med kvinner for menn, enn det er å snakke menn til menn.</p>	
<p>«Jeg sier at menn, hvis de føler noe så går de ikke til legen, fordi de regner med at det vil gå over. Går det ikke over så går de iallfall ikke til legen, for da er det noe farlig». «Det kommer an på graden, hvis graden var så mye, så ville nok kona sikkert ha pushet på».</p>	<p>Jeg sier at menn, hvis de føler noe så går de ikke til legen, de tenker at det går over! Hvis de opplever at det ikke går over, tenker de det er farlig og da går de iallfall ikke til legen!</p> <p>Kona ville nok pushet meg, jeg kunne gått til legen om jeg følte det ikke var forbigående.</p>	Hjelpesøkende adferd
<p>«Jeg hadde vel egentlig veldig få tanker, jeg verken grua eller gledet meg til å bli pensjonist, det var som å skifte jobb, jeg har skiftet jobb noen ganger, så får man en ny tilværelse og for meg var det mer som å skifte tilværelse». «Jeg tror veldig på det å skape nye arenaer selv, du kan ikke sette deg ned å vente at noen skal ringe og spørre».</p>	<p>Jeg verken gruet meg eller gledet meg til å bli pensjonist. Det var som å skifte jobb, man får en ny tilværelse, det var slik jeg følte det. Man kan ikke sette seg ned å vente, man må selv skape seg nye arenaer som pensjonist.</p>	Tanker om ny tilværelse

<p>«Jeg hadde ingen sånn panikkfølelse!» «Ja hva skal jeg bruke tida til da liksom? Jeg hadde vel nok å holde på med og jeg har da helse så jeg tenkte at det ikke skulle bli noe problematisk med å få noe å gjøre, enten du er griseskakk, eller direktør så er det en jobb å gjøre». «Det skjedde ikke helt klikk over natta at jeg ble pensjonist, så det har gått helt smerte fritt for å si det sånn» «Jeg erfarer at jeg blir gammel litt sånn sakte» «Jeg er ikke noe redd for å bli gammel».</p> <p>«Jeg gledet meg fryktelig til å bli pensjonist, jeg gledet meg til å slutte». «Sånn som nå vet du, det du ikke rekker i dag, det rekker du i morgen».</p> <p>«Jeg hadde jo mye jeg skulle gjøre på huset her, så fikk jo gutta familie, unger – det å kunne være mye sammen med de» «Jeg må innrømme jeg synes det var godt!</p> <p>«Da tenkte jeg at det ville bli rart! Å nå en milepæl»!</p>	<p>Jeg tenkte; hva skal jeg bruke tida til? Jeg hadde ikke panikk, jeg tenkte jeg har mye å kunne gjøre og helsa var god. Enten du er griseskakk, eller direktør så er det alltid bruk for en. Jeg ble ikke pensjonist sånn klikk over natta, så det har gått smertefritt. Jeg er ikke redd for å bli eldre, jeg erfarer at jeg blir gammel litt sånn sakte.</p> <p>Jeg gledet meg fryktelig til å bli pensjonist. Jeg hadde så mange planer, og veldig god tid. Det var mye jeg skulle gjøre på huset her, og ikke minst å få tid til familie.</p> <p>Jeg tenkte det ville bli rart, nå en milepæl.</p>	
<p><b>Tekstbiter</b></p>	<p><b>Kondensat/kunstig sitat</b></p>	<p><b>Konteksten vi lever i påvirker våre liv</b></p>
<p>«Om jeg skulle miste førligheten i et ben eller noe sånt, så tror jeg det hadde gått veldig bra, men hvis jeg hadde fått demens eller noe sånt, det tror jeg ville vært veldig tungt». Jeg opplever at de som får det prøver å skjule det, det er tabubelagt, det er også leit ikke å huske. Jeg tror det vil være det største tapet».</p>	<p>Om jeg skulle miste førligheten i et ben så tror jeg det skulle gå bra, men å få demens ville vært veldig tungt tror jeg. Det er leit å ikke huske, jeg opplever at de som får det prøver å skjule det, demens er tabubelagt. Hørsel og syn kan også kompenseres, høreapparatene sees jo ikke lenger, så det gjør ikke noe!</p>	<p>Overgangsutfordringer</p>

	Demens ville vært det største tapet!	
<p>«Jeg har alltid vært en klemmer». «DET er kanskje det største savnet at jeg ikke skal kunne klemme mennesker».</p> <p>«Jeg går alltid hele runden og hilser på alle, før ga jeg alltid klemmer, men det får jeg jo ikke lov til!»</p> <p>«Ja DET har påvirket meg mer psykisk enn det å være pensjonist på forhånd».</p> <p>«Jeg kunne ikke reise, jeg liker å reise så jeg har følt meg litt slik «selvslapp»</p> <p>«Det tenkte jeg på da jeg reiste hit at det irriterer meg fryktelig at jeg ikke kan reise når jeg vil og når jeg vil, det har jeg kjent litt på».</p> <p>«Jeg har kjent på litt meningsløshet for jeg har alltid noe å se fram til. En gang i måneden reiser jeg til hjemlandet mitt, ja kanskje på fisketur».</p> <p>«Nå har jeg følt at jeg ikke får gjøre det jeg vil»!!!</p>	<p>Det største savnet mitt er at jeg ikke kan klemme andre mennesker! Jeg er vant til å gå rundt å hilse på alle, gi de en klem, men det får jeg ikke lov til lenger. Jeg har alltid vært en klemmer.</p> <p>Koronaen har påvirket meg psykisk mer enn det å være pensjonist på forhånd. Jeg kjenner på meg at det irriterer meg at jeg ikke kan reise hvor jeg vil og når jeg vil. Jeg har følt meg litt slik «selvslapp».</p> <p>Jeg har alltid hatt noe å se fram til, en gang i måneden reiser jeg til hjemlandet mitt, eller kanskje på fisketur, det kjennes litt meningsløst. Jeg får ikke gjøre det jeg vil!</p>	Koronahverdag – nye utfordringer
<b>Tekstbiter</b>	<b>Kondensat/kunstig sitat</b>	<b>Roller og identitet som endrer seg</b>
<p>«Ha noen roller er viktig for meg». «Det er viktig for meg å være aktiv, ikke det å være fysisk aktiv, men være aktiv i lokalsamfunnet». «Jeg har vanskelig for å si nei».</p> <p>«DU har ikke en status som yrkesaktiv, men du har en status på jobben».</p> <p>«Ja som sykepleier har man en yrkesidentitet, men også når du er på jobben, f.eks. hun kan så mye om det, også</p>	<p>Det er viktig for meg å være aktiv, det å ha noen roller er viktig for meg. Jeg sier sjelden nei!</p> <p>Jeg bruker kompetansen min slik at jeg får en status. Du har ikke en status som yrkesaktiv, men du har en status på jobb. Man har en yrkesidentitet som sykepleier, men også når du</p>	Hva er viktig for meg og mitt liv

<p><i>slutter hun, også da er det ingen som tar hennes kompetanse, Da tror jeg det er viktig å gjøre som meg , at jeg bruker kompetansen, slik at jeg får en status, f.eks. sitter i ulike styrer, du er aktiv på andre måter». «Det er det man kompenserer det bortfallet av, statusen eller i jobben».</i></p> <p><i>«Jeg er for lenge siden blitt definert som eldre, pr definisjon så er jeg eldre, men jeg føler meg ikke som eldre da». «Jeg føler meg som en 40 åring»-</i></p> <p><i>«Jeg føler meg så ung». «Jeg føler meg som en ungdom, jeg føler det, men kanskje det er egen tro på egen ungdom da». «At du selv ikke klarer å se deg selv i speilet og se at du er så hvithåret som du er». «Jeg vil tro at du skyver (alderen) det kanskje foran deg». «Du kan jo ikke vite hvordan en tyve eller 30 åring ser på deg».</i></p> <p><i>«Jeg føler meg ikke som pensjonist, jeg føler meg veldig ung da». «Jeg kunne aldri tenke meg tanken på å begynne å gå på pensjonistmøte».</i></p>	<p>er på jobben, man kan f.eks. mye om en ting også er det ingen som overtar den kompetansen når noen slutter. Jeg tror det er viktig å bruke kompetansen min, at man kompenserer det bortfallet av statusen eller jobben. Jeg sitter f.eks. i ulike styrer og da får jeg en status der. Å være aktiv på andre måter er viktig!</p> <p>Det er lenge siden jeg har blitt definert som eldre, men jeg føler meg som en 40 åring!</p> <p>Jeg føler meg så ung, jeg føler meg på ingen måte eldre. Når jeg tok buss første gang som pensjonist og ba om honnør, jeg trodde de skulle be om legitimasjon, men det gjorde de ikke. Jeg har nok tro på egen ungdom. Jeg klarer ikke se i speilet at jeg er hvithåret. Man skyver nok det foran seg. Man vet ikke hvordan de som er yngre ser på deg, men jeg føler ikke noe om det å bli eldre, det føler jeg overhodet ikke noe om.</p> <p>Jeg føler meg ikke som pensjonist, jeg kunne aldri tenke meg å gå på pensjonistmøter. Jeg føler meg ung!</p>	<p>Opplevelse av alder</p>
--	---	----------------------------

## Eksempel på hvordan kodebok ble brukt som verktøy i analysen

Kodeboken hadde 117 sider, jeg flyttet fram og tilbake på meningsbærende enheter og subgrupper, dette viser bare hvordan kodeboken var bygget opp.

<b>KODEBOK</b>			
<b>PROBLEMSTILLING:</b>  Hvordan opplever menn, med hovedvekt på psykisk helse, overgangen til pensjonisttilværelsen?			
<b>FORELØPIGE TEMAER:</b>	<b>FARGE:</b>		
1. Tap av relasjoner			
2. Tap av identitet			
3. Verdier			
4. Mestring			
5. Krav			
6. Forventninger		<b>Mørk rød:</b> Usikker, kanskje under mestring..	
<b>MENINGSBÆRENDE ENHETER:</b>	<b>FARGE /TEMA:</b>	<b>KOMMENTARER/R EFLEKSJONER-MINE TANKER:</b>	<b>PRESISERINGER/UNDERGRUPPER/SUBGRUPPER:</b>
<i>«Hyggelig kameratskap vi hadde på jobben, hva gjorde du i helgen, hva skal du gjøre neste helg? Drar du på fjellet noe sted?»</i>		Savn av den hverdagslige dialogen de hadde, ofte overfladisk? Lite åpenhet hos menn...?	<b>Savn av kollegaer /kameratskapet</b>

<p><i>«Du kan jo ikke vite hvordan en tyve eller 30 åring ser på deg».</i></p> <p><i>«Jeg føler meg som en ungdom».</i></p>		<p>Skammer man seg over alder?</p> <p>Tro på at han fortsatt er ung.</p>	<p><b>Opplevelse av alder</b></p>
<p><i>«Jeg tror det er ganske, det er veldig bra å være 67 år og mann om du har god helse. Og hadde jeg kjent på at jeg ikke har helse så hadde det vært veldig tøft».</i></p>		<p>God helse er avgjørende for å mestre livet.</p>	<p><b>God helse er viktig – mentalt oppgående</b></p>
<p><i>«Jeg tror det å være i jobb skjerper hue, man holder hue mer i gang når man er i jobb, derfor gjør jeg dette her».</i></p>		<p>Å være klar i hode.</p> <p>Viktig å holde hjernen i gang.</p> <p>Viktig å være klar, holde hjernen i aktivitet.</p>	
<p><i>«Enhver skulle vært flinkere til å se hvordan man går fra det ene til det andre, hvordan kan jeg få det på en annen måte, også gjør du det»!</i></p>		<p>Man må se muligheter, se løsninger, ta initiativ selv.</p>	<p><b>Å være blid og positiv</b></p> <p><b>Flytte til mestring av utfordringer, mestringsverktøy?</b></p>
<p><i>«Gutta de møtes på en annen måte».</i></p> <p><i>«Vi gutta har ikke noen sånne samlingspunkt».</i></p>		<p>Gutta møtes på en annen måte enn kvinner.</p>	<p><b>Menns møtepunkt</b></p> <p>Flytter den meningsbærende enheten inn under hjelpesøkende atferd</p>
<p><i>«Det kom noen nye koster inn i ledelsen som skulle snu om på alt».</i></p>		<p>Endringer i arbeidet.</p> <p>Endringer på jobb, nye krav.</p>	<p><b>Utfordringer i overgangen til en pensjonisttilværelse</b></p>
<p><i>«Nei jeg føler ikke på noe tap jeg. Jeg føler at den bakgrunnen min,</i></p>		<p>Ser på yrkesidentiteten som bakgrunnen sin, Yrkeslivet har</p>	

<i>den gjør at jeg kan stå trygg på scenen».</i>		gitt han erfaring han tar med seg videre på andre arenaer	
<i>«Hvis de ser at jeg slet så ville de si hvordan du har det? Er det noe gærnt med deg? Men da må du også åpne døra og la de få komme inn»!</i>		Venner, hvis det er menn ville de sannsynligvis bare vært overfladiske Må by på seg selv, krever at man som mann er åpen.	<b>Forventninger til de nærmeste</b>