



Masteroppgåve i meistring og myndiggjering:

Skjemabasert eller fri samtale?

Ein studie om barselkvinner sine erfaringar med å bruke the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i møtet med helsesøster

Studiepoeng: 45

Ellen Andenes
Desember 2016

Samandrag:

Introduksjon: Psykiske vanskar er eit aukande samfunnsproblem. 10-15% av alle barselkvinner får symptom på barseldepresjon i større eller mindre grad. Nybakte mødre si psykiske helse er eit av mange tema i helsestasjonsarbeidet. Dei siste åra har over 200 av landet sine helsestasjonar teke i bruk the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for å førebygge og oppdage barseldepresjon. EPDS er eit spørjeskjema som kvenna skal fylle ut på 6-vekers konsultasjonen på helsestasjonen, og skal brukast som eit utgangspunkt for samtale omkring korleis ho har det. EPDS er ikkje anbefalt som screening i dei nasjonale retningslinjene for barselomsorga på grunn av for dårlige måleeigenskapar, testen har for lav spesifisitet. Likevel har såpass mange helsestasjonar innført metoden. EPDS er eit evidensbasert verktøy. Evidensbasert praksis (EBP) får stadig større fotfeste innan både helsevesenet og andre delar av hjelpeapparatet. Dette gjeld også bruken av ulike kartleggingsverktøy. Det er ikkje gjort studiar på korleis norske kvinner opplever å bruke eit spørjeskjema omkring eiga psykisk helse på helsestasjonen. Derimot er det fleire studiar som finn at helsesøstrene er godt nøgde med tiltaket, som dei opplever som ei kvalitetssikring av arbeidet. Hensikta med studien er å få kunnskap om kva erfaringar barselkvinner har med å bruke skjema som utgangspunkt for samtale. Problemstillinga for studien er: "Opnar eller lukkar EPDS for samtale på helsestasjonen?"

Metode: Studien nyttar metodetriangulering. Det er gjennomført ei lita spørjeundersøking ($n=30$) i forkant av sju semistrukturerte, individuelle forskingsintervju. Deltakarane er barselkvinner frå den same helsestasjonen.

Resultat: Det kvantitative datamaterialet syner at om lag to tredjedelar av kvinnene er godt nøgde med tiltaket. Om lag ein tredjedel er ambivalente eller misnøgde. Dette viser eit forbetringspotensiale for korleis EPDS blir brukt i praksis. Det kvalitative datamaterialet viser ulike erfaringar med å bruke skjema som utgangspunkt for samtale. Analysen identifiserer fem positive og negative faktorar: (1) EPDS-skjema kan både opne og lukke for samtale, (2) både bidra til subjektivering og objektivering, (3) normalisering og sjukeliggjering, (4) refleksjon og kontroll og (5) skape både relasjon og avstand.

Konklusjon: Studien viser at det er ulikt korleis barselkvinner opplever å bruke skjema som utgangspunkt for samtale. Det er vesentlig at helsesøster brukar faglig skjønn i møtet med den einskilde kvenna. Eit skjema kan aldri erstatte "den gode samtalén". Studien sitt praktiske bidrag peiker på forhold det er viktig at helsesøster tek omsyn til når ho bruker kartleggingsverktøyet EPDS.

Summary:

Introduction: Mental illness is an increasing social problem. 10 to 15% of all post-natal women will to a greater or lesser degree experience symptoms of post-natal depression. The mental health of new mothers is an important theme in public health centers. Over the last years more than 200 public health centers in Norway have adopted the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in order to prevent and discover post-natal depression. EPDS is a questionnaire to be filled out by the woman at the 6-week consultation at the center. It is used as a starting point for a conversation about her mental health. Because of low specificity, EPDS is not recommended as a screening instrument in the national guidelines for post-natal health care. Despite this, more than 200 centers have adopted the method. Evidence-based practice (EBP) is gaining an increasing footing in health care services, as well as in other parts of the supporting system. This includes the use of different screening instruments. So far there has been no studies on how women experience the use of questionnaires about their own mental health when visiting their local health center. On the other hand, a number of studies have found that public health nurses are satisfied with the method, which they find to be a quality assurance of their work. The aim of this study is to investigate how post-natal women experience the use of the EPDS-questionnaire as a starting point for communication/conversation. The question posed is whether EPDS facilitates or hinders communication between post-natal women and the public health nurse.

Method: The study uses methodtriangulation. A small survey ($n=30$) was conducted ahead of 7 qualitative semi-structured, individual interviews. Participants were post-natal women from one local health center.

Results: Data from the survey shows that 2/3 of the women are satisfied with the use of EPDS. About 1/3 are either ambivalent or dissatisfied. This shows clear room for improvement in how EPDS is used in practice. The qualitative data shows differing experiences with the use of the questionnaire. The analysis identifies 5 pairs of positive and negative concepts: (1) EPDS-questionnaire can both facilitate and hinder communication, (2) contribute to subjectivisation as well as objectivisation, (3) normalisation or pathologisation, (4) reflection or control and (5) create relation or distance.

Conclusion: The study shows that post-natal women have differing experiences with the use of EPDS as a starting point for discussing their mental health. Public health nurses should use their professional understanding in dialogue with the individual women. A questionnaire can never replace "the good talk". The practical implication of the study highlights some points which should be taken into consideration when using EPDS.

Innhald:

1.0 Innleiing	s.6
1.1 Problemstilling og forskingsspørsmål	s.6
1.2 Oppbygging av oppgåva	s.8
2.0 Kontekst	s.9
2.1 Helsestasjonsverksemda	s.9
2.2 Fødsel og barseltid før og no	s.11
2.3 Barseldepresjon	s.12
2.4 EPDS	s.13
2.5 Normalisering og sjukeliggjering	s.16
3.0 Kunnskapsgrunnlag	s.18
3.1 Evidensbasert praksis	s.18
3.2 Faglig skjønn	s.22
3.3 Subjektivering og objektivering	s.23
3.4 Livsverd	s.24
3.5 Kommunikasjon	s.26
3.6 Forskingsfronten	s.30
- Forsking i Norge	s.30
- Internasjonal forsking	s.33
4.0 Metode	s.37
4.1 Forskingsdesign	s.37
4.2 Vitskapsteoretiske betraktingar	s.39
4.3 Refleksjon over eiga referanseramme	s.43
4.4 Metodetriangulering	s.44
4.5 Spørjeundersøkinga: Utval og utforming av spørjeskjema	s.47
4.6 Intervjuundersøkinga: Utval, intervjuguide, gjennomførings	s.51
4.7 Forskingsetiske betraktingar	s.53
4.8 Analysestrategiar	s.55
4.9 Validering	s.57
5.0 Analyse	s.60
5.1 Spørjeundersøkinga: Kvantitativ analyse	s.61
5.2 Spørjeundersøkinga: Kvalitativ analyse av svara frå dei opne spørsmåla	s.65
5.3 Analyse av intervjematerialet	s.68

5.4 Analyse av første grad	s.68
5.5 Analyse av andre grad	s.74
- (1) EPDS opnar eller lukkar for samtale	s.74
- (2) Subjektivering eller objektivering	s.75
- (3) Normalisering eller sjukeliggjering	s.78
- (4) Refleksjon eller kontroll	s.79
- (5) Relasjon eller avstand	s.80
5.6 Analyse av tredje grad	s.82
5.7 Samanlikning av intervju- og spørjeundersøkinga	s.83
6.0 Metodediskusjon- validering av alle ledd	s.86
6.1 Relevans av tema og problemstilling	s.86
6.2 Er metodetriangulering eigna for føremålet?	s.87
6.3 Intern gyldigheit: Er verktøya gode nok?	s.88
6.4 Transkribering: Frå samtale til tekst	s.91
6.5 Analysen: Bru mellom data og resultat	s.92
6.6 Ekstern gyldigheit: Har funna overføringsverdi?	s.93
6.7 Formidling av funna	s.96
7.0 Resultatdiskusjon	s.99
7.1 Psykisk helse som tema på helsestasjonen	s.99
7.2 Svarar studien på problemstillinga og forskingsspørsmåla	s.101
8.0 Konklusjon- kva kan studien bidra med?	s.107
8.1 Det teoretiske og faglige bidraget	s.107
8.2 Det metodologiske bidraget	s.108
8.3 Det praktiske bidraget	s.109
8.4 Avslutting	s.109
Kjelder	s.111
Vedlegg:	
Vedlegg 1: EPDS-skjemaet	s.116
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	s.118
Vedlegg 3: Intervjuguide	s.120

Kapittel 1: Innleiing

Mange helsestasjonar har dei siste åra tatt i bruk kartleggingsverktøyet the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), for å oppdage og førebygge barseldepresjon. 10-15% av alle kvinner som har født barn, får symptom på barseldepresjon i større eller mindre grad. Ein barseldepresjon rammar både kvinna sjølv, samspelet med babyen og resten av familien. Det er viktig å kome tidlig inn for å begrense dei uheldige konsekvensane av ein barseldepresjon. Helsesøster kjem i kontakt med nær sagt alle nybakte mødre, og har dermed ei unik moglegheit til å tematisere psykisk helse og fange opp kvinner med teikn på barseldepresjon tidleg. Men er bruken av eit skjema ein god måte å gjere det på?

Bruken av standardiserte kartleggingsverktøy spreier om seg i mange delar av hjelpeapparatet, både på helsestasjonen, i barnehagen og i skulen. Kartleggingsverktøya kan vere i form av observasjonsskjema eller spørjeskjema, og dei brukast gjerne som utgangspunkt for samtale der ein går gjennom skåren på dei ulike punkta. Korleis fungerer dette for brukarane? Føler dei seg "veid og målt", vurdert opp mot ein objektiv standard for rett og galt, eller føler dei seg sett og forstått, møtt på ein individuell og subjektiv måte der det er rom for omsyn til den einskilde? Bidreg bruken av standardiserte kartleggingsverktøy til objektivering eller subjektivering av brukarane? Screeningverktøya blir ofte tatt godt imot av fagpersonane, det blir sett på som ei kvalitetssikring av arbeidet. Men kan standardiserte screeningverktøy bidra til å svekke det faglige skjønnet og den individuelle tilnærminga?

1.1 Problemstilling og forskingsspørsmål

Problemstillinga for oppgåva er: Opnar eller lukkar the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for samtale på helsestasjonen? Dette er ei eksplorerande eller utforskande problemstilling for å beskrive eit fenomen sett frå barselkvinnene sin ståstad. EPDS-skjemaet handlar om barselkvinner si psykiske helse, og skal brukast som utgangspunkt for ein samtale

der ein går i gjennom svara på skjemaet. Bidreg dette til "den gode samtalen" mellom barselvinne og helsesøster?

Problemstillinga er vidare konkretisert i fire forskingsspørsmål:

1. Kan ein fange ei oppleveling gjennom eit spørjeskjema?
2. Kva erfaringar har barselvinner med å bruke EPDS som utgangspunkt for samtale?
3. Bidreg samtalen med helsesøster til objektivering eller subjektivering av barselvinnene?
4. Er det naturlig for barselvinnene å samtale omkring eiga psykisk helse på helsestasjonen?

Det første forskingsspørsmålet handlar om sjølve EPDS-skjemaet. Eit spørjeskjema kan opplevast som firkanta, at det ikkje fangar opp "min følelse". Gjeld dette for EPDS-skjemaet også? Dette er eit forskingsspørsmål som også handlar om vitskapsteori og epistemologi: korleis kan ein få kunnskap om verda? Gir eit utfylt skjema kunnskap om korleis barselvinner har det? Eller gir fri samtale den beste tilgangen til deira verd? Svarer barselvinnene ærlig på spørsmåla i skjemaet, eller kan redsel for å ikkje å vere "god nok" mor gjere at dei pyntar på svara?

Det andre spørsmålet handlar om koplinga mellom skjema og samtale: Skjemaet tilbyr ti konkrete spørsmål omkring psykisk helse, er dette eit godt utgangspunkt for samtale? Er det å ha eit skriftlig utgangspunkt noko som gjer det lettare eller vanskeligare å nærme seg eit tema som kan opplevast som sensitivt og privat?

Det tredje forskingsspørsmålet handlar om samtalen i etterkant av utfyllinga av EPDS-skjemaet. Opplever barselvinnene at dei blir sett, hørt og forstått i samtalen med helsesøster, noko som kan bidra til subjektivering? Eller opplever dei det motsette, at dei blir møtt på ein standardisert måte som kan bidra til objektivering? Er samtalen tilpassa kvinnene sin individuelle situasjon, deira livsverd?

Det fjerde forskingsspørsmålet handlar om helsestasjonen som kontekst, og om relasjonen mellom helsesøster og barselvinne. Alle forskingsspørsmåla handlar om kommunikasjon, og

all kommunikasjon har eit relasjonelt aspekt. Relasjon handlar igjen om tillit. Korleis påverkar relasjon og tillit utfylling av EPDS og samtalen i etterkant?

Bakgrunn for val av tema er erfaringane eg har gjort meg som helsesøster. Føremålet med studien er å kome fram til kunnskap om korleis barselkvinner opplever å bruke EPDS. Denne kunnskapen kan bidra til fagutvikling på helsestasjonen. Forskinga viser at helsesøstrene er godt fornøgde med tiltaket, som dei opplever som ei kvalitetssikring av måten ein tek opp temaet psykisk helse på. Men det manglar forsking på korleis dette opplevast av barselkvinnene sjølve. Mitt føremål er å prøve å fylle litt av dette tomromet. Brukarkunnskap er ein av dei tre kunnskapskjeldene som til saman utgjer evidensbasert kunnskap (sjå kap. 2.1). Men det er lett å oversjå brukarperspektivet når tilgangen til den forskingsbaserte kunnskapen er stor. Gjennom denne studien freistar eg å trekke brukarperspektivet inn i vurderingane rundt bruken av EPDS ved å få kunnskap om korleis barselkvinnene sjølve opplever å bruke skjemaet. Denne kunnskapen kan vidare setjast inn i ei større ramme om bruken av kartleggings- og observasjonsskjema meir generelt. Bruken av denne type skjema vert som nemnt nytta i mange delar av hjelpeapparatet. Det har heile tida vore eit mål for meg å gjere dette masterstudiet så praktisk relevant som mogleg, og eg ser gjennom val av tema og problemstilling ei moglegheit til å kunne bidra med noko nytt inn i helsestasjonsarbeidet.

1.2 Oppbygging av oppgåva

I det neste kapitlet vil temaet bli sett inn i ei breiare forståingsramme. Helsestasjonen utgjer ein spesifikk kontekst, som igjen er ein del av eit større heile, korleis samfunnet tek vare på barselkvinner. Her har det skjedd store endringar dei siste åra.

I det tredje kapitlet vil kunnskapsgrunnlaget bli presentert gjennom val av teoretisk bakgrunnsteppe og presentasjon av nasjonal og internasjonal forsking på området. Det vil bli gjort greie for evidensbasert praksis (EBP), faglig skjønn, subjektivering, objektivering, livsverd, kommunikasjon og relasjon.

Kapittel fire handlar om dei metodologiske vala som er gjort. Vitskapsteoretiske aspekt og eiga forforståing vil bli diskutert. Studien nyttar metodetriangulering med både kvantitativ og kvalitativ metode. Den metodologiske tilnærminga som er valt er ei lita spørjeundersøking i forkant av sju semistrukturerte, individuelle forskingsintervju. Etiske utfordringar vil bli løfta fram.

I det femte kapitlet blir resultata frå spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga analysert. Den kvantitative analysen baserer seg på enkle frekvenstabellar. Den kvalitative analysen baserer seg på Katrine Fangen (2010) si tilnærming til analyse av kvalitativt materiale gjennom første-, andre- og tredjegrads fortolking. Til slutt i kapitlet vil resultata bli sett i samanheng med kvarandre.

Kapittel seks er metodediskusjon der validering av alle ledd i forskingsprosessen er temaet. Sterke og svake sider ved studien vil bli diskutert. I kapittel sju vert resultata drøfta opp mot ein større kontekst og tidligare forsking. Her vert svara på studien si problemstilling og forskingsspørsmål oppsummert. Kapittel åtte konkluderer med kva studien kan bidra med: det teoretiske og faglige bidraget, det metodologiske bidraget og det praktiske bidraget. Til slutt kjem ei kort avslutting som peiker på mulige vegar vidare i forskingsarbeidet.

Kapittel 2: Kontekst

2.1 Helsestasjonsverksemda

Helsestasjonsverksemda er ein del av dei kommunale lovpålagte helsetenestene og tilbyr svangerskapsomsorg, helsestasjonsverksemde og skulehelseteneste for å nemne dei viktigaste arbeidsområda. Helsestasjonen er tværfaglig samansett av jordmor, kommunepsykolog og helsesøster. Tilboden er frivillig, og skal vere eit lågterskeltilbod. Helsestasjonen kjem i kontakt med nær sagt alle born og ungdom og deira familiar. Helsestasjonsverksemda vert regulert av helse- og omsorgstenestelova (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, §32). Lova er utdjupa i *"Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten"* (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Denne er under revidering per

dags dato. Alle som har født barn skal få tilbod om heimebesøk av helsesøster innan 10 dagar etter fødselen. Ikkje alle kommunar klarer å gjennomføre dette, men på den helsestasjonen som studien er gjennomført i, får alle dette tilboden uansett om dei er førstegongs- eller fleirgongsfødande. Denne helsestasjonen har ei stabil personalgruppe. Arbeidet er organisert slik at kvar helsesøster har sitt geografiske distrikt. Dersom kvinnene har barn frå tidligare, er det sannsynlig at dei har den same helsesøstera til alle søskena. I løpet av det første leveåret er borna på helsestasjonen på åtte faste konsultasjonar. I tillegg kjem ekstrakonsultasjonar ved behov. På helsestasjonskonsultasjonane er det mange ting som skal skje: observasjon av vekst, utvikling og samspel mellom born og foreldre, vaksinering, informasjon, råd og rettleiing. Utgangspunktet er foreldra sine ønskje og behov. Mors fysiske og psykiske helse er eit av mange tema som skal takast opp (Helse- og omsorgsdepartementet 2003).

Helsestasjonen sine oppgåver er knytt til helsefremjande og sjukdomsførebyggande arbeid til barn og ungdom i alderen 0-20 år og deira familiar. Sjukdomsførebyggande arbeid er tiltak retta mot å redusere risikoforhold anten ved den einskilde eller samfunnet. Vi skil mellom universalførebygging, som er tiltak retta mot alle i ei befolkningsgruppe, selektiv førebygging som er tiltak retta mot ei bestemt risikogruppe og indikativ førebygging retta mot individ som allereie har utvikla ein sjukdom. Kartlegging med EPDS er eit typisk universalførebyggande tiltak retta mot alle barselkvinner. Ein kunne tenkje seg det brukt også som eit selektivt tiltak retta mot kvinner ein ansåg i risiko for å utvikle barseldepresjon. Men korleis få tak i desse? Dessutan ville nok dette medføre risiko for stigmatisering. Eksempel på indikativ førebygging er støttesamtalar til kvinner med oppdaga barseldepresjon. Dette nærmar seg det vi tradisjonelt forstår som behandling eller terapi.

Helsefremmande arbeid er på mange måtar det motsette av sjukdomsførebyggande arbeid. Helsefremmande arbeid tek sikte på å styrke helse og trivsel gjennom fokus på beskyttelsesfaktorar i motsetnad til risikofaktorar. Godt sosialt nettverk er viktig for å fremje meistring og god psykisk helse. Helsestasjonen har tiltak retta mot å styrke det sosiale nettverket som open helsestasjon og barselgrupper. Open helsestasjon er eit tilbod til alle som er i barselpermisjon om å møtast på helsestasjonen ein gong i veka. Nokre gonger er det faglig innhald i desse møta, andre gonger er det berre ein uformell møteplass. Helsestasjonen

inviterer også alle som har født barn om lag samstundes til barselgruppe, der deltarane vert oppmoda om å halde kontakten med kvarandre framover.

2.2 Fødsel og barseltid før og no

Helsestasjonsverksemda vart ikkje offentleg før i 1972. Før det var det frivillige organisasjonar som Norske Kvinners Sanitetsforening som dreiv helsestasjonane. Helsestasjonsverksemda handla først og fremst om å bekjempe smittsame sjukdomar som tuberkulose og spreie kunnskap om hygiene og kosthald. Innhaldet i helsestasjonsverksemda har endra seg i takt med at sjukdomspanoramaet og samfunnet har endra seg. I dag er tilknyting og samspel mellom barn og foreldre, meistring av foreldrerolla og psykisk helse ein naturlig del av verksemda.

Tilbodet til dei fødande i Norge har endra seg opp gjennom historia. Først utover på 1900-talet vart det vanlig å føde på sjukehus. Tidligare fødde kvinnene heime, med eller utan hjelp av jordmor eller hjelpekoner. I vekene etter fødselen skulle ho halde senga medan dei andre kvinnene på garden tok vare på henne og babyen. Ingen facebook-innlegg eller mammabloggar med biletar av slanke og lukkelege nybakte mødre fanst å samanlikne seg med. Sjukehusfødlar sikrar betre overleving for både mor og barn, men innlegging i sjukehus medfører også ei sjukeliggjering og profesjonalisering av fødsel og barseltid. Ei tid skulle fødslane føregå så hygienisk at mødrane knappast fekk halde babyen medan dei var på sjukehuset. Babyen vart handtert etter alle kunstens reglar av effektive barnepleiarar med hanskar og munnbind. Dette førte til at dei fleste kvinner ikkje klarte å produsere nok melk. På 1970-talet vart berre tre av ti nyfødde amma. Denne tida var det vanlig at barselkvinnene låg på sjukehuset i ei veke. Far fekk aller nådigast kome på pappavisitt eit par timer på ettermiddagen. I dag er trenden meir tilbake til det naturlige med fødlar utan bruk av smertestillande, fødlar i vatn og heimefødlar. Samstundes er talet på keisarsnitt og andre inngrep aukande.

I dag er liggetida på norske fødeavdelingar kraftig redusert. Det er vanleg at førstegongsfødande er innlagt i tre døgn, og fleirgongsfødande i to døgn. Dei store fire- og seksmannsromma er erstatta av familierom, slik at far også kan bu på sjukehuset. Dette sikrar at far får vere like delaktig i stellet og omsorga for den nyfødde frå første stund. Men det inneber

også at det vert mindre kvinnefellesskap på romet. På firmannsroma vart fødselsopplevelingar delt, og dei uerfarne førstegongsfødande kunne lære av dei meir erfarne, både når det gjaldt amming, barnestell og korleis ein skulle ta vare på seg sjølv. Og terskelen for personalet var nok lågare for å gå inn på eit slikt fellesrom enn på dei meir private familieroma. Kan det vere slik at den psykiske helsa til nybakte mødre vert påverka av kortare liggetid, profesjonaliseringa av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga og mindre kvinnefellesskap?

2.3 Barseldepresjon

Å bli foreldre er ein stor overgang. Svangerskapet, fødselen og den første tida med barnet er for dei fleste emosjonelt krevjande og ei sårbar fase. Det handlar om endring: endra identitet, endra roller og endra rytme i kvardagen. Det skjer også nevrobiologiske og hormonelle endringar. Å bli foreldre handlar også om å miste kontroll. Kontroll over seg sjølv, over kvardagen og over eigne kjensler.

Psykiske vanskar som depresjon og angst er eit aukande problem. Ei internasjonal kunnskapsoppsummering (Eberhard-Gran 2014) viser at mellom 10 og 15 % av alle nybakte mødre har symptom på barseldepresjon. Ei vanlig inndeling av psykiske vanskar som oppstår i samband med fødsel og barseltid er å skilje mellom barseltårer, barseldepresjon og barselpsykose. Barseltårer, eller maternity blues, er forbigåande psykisk labilitet som rammar mellom 50 og 80 % av alle barselkvinner. Barseldepresjon varierer i alvorsgrad frå milde, forbigåande symptom til alvorlige og langvarige symptom (Slanning 2012). Symptoma på barseldepresjon varierer frå kvinne til kvinne. Nokre isolerer seg sosialt og vegrar seg for å møte andre, gå på butikken etc. Andre klarer ikkje å vere åleine. Det som ofte går igjen er ei kjensle av at kvardagen er tung og grå, at kvenna føler seg utan verdi, at alt verkar meiningslaust og at alt er eit ork. Ho kan også ha ulike fysiske symptom som smerter av uforklarlig årsak, søvnvanskar, nedsett appetitt og mangel på energi. Uro og angst er ofte ein del av symptombiletet. Når gleda og morskjensla uteblir, vekkast skam og skuldkjensle. I sjeldne tilfelle kan fødselen utløyse ein akutt psykotisk reaksjon med vrangførestillingar og manglande virkeligheitsoppfattning. Dette kallast barselpsykose og er ein alvorlig tilstand med fare for både mor og barn, og tilstanden krev innlegging i psykiatrisk avdeling.

Førebygging og tidlig innsats i forhold til barseldepresjon er viktig for å fremme ei sunn psykisk utvikling hos barnet. Mors barseldepresjon er ein av dei best dokumenterte risikofaktorane for utviklingsvanskar, emosjonelle lidingar og adferdsvanskar (Sløsser 2012). I barnet sitt første leveår skal tilknytinga mellom barnet og dei nærmeste omsorgspersonane etablerast. For at barnet skal få ei trygg tilknyting, må omsorgspersonen vere sensitiv for barnet sine signal og respondere på ein tilpassa måte. Sensitivitet handlar om å sjå barnet, tolke og forstå barnet sine signal og formidle tilbake til barnet denne forståinga. Når hovudomsorgspersonen, i dei aller fleste tilfelle mor, er deprimert, er det fare for at både kvantiteten og kvaliteten på sampelet vert redusert.

2.4 EPDS

Hausten 2014 deltok helsestasjonen på opplæringsprogrammet "Tidlig inn" i regi av RKBU (Regionalt Kompetansesenter for Barn og Unge). Her får helsesøstre og jordmødre opplæring i å bruke ulike kartleggingsverktøy: EPDS (Sjå vedlegg 1) for å oppdage og førebygge barseldepresjon, TWEAK for å oppdage rusmisbruk og AAS for å oppdage vold og overgrep. Felles for alle kartleggingsverktøya er at dei skal brukast på alle kvinner, altså som eit universalførebyggande tiltak. Innføring av slike kartleggingsmetodar har også ein kommersiell og økonomisk dimensjon. Både materiellet og den obligatoriske opplæringa kostar pengar. Testindustrien, til liks med farmasøytsk industri, er sterkt veksande. Dette ser vi igjen på fleire fagfelt. Testpsykologi og manualbaserte program er ein del av fagutøvinga innan mange ulike fagfelt som medisinen, psykiatrien, barnevernet og pedagogikken.

Den første kontakten mellom helsesøster og familien er heimebesøket om lag ei veke etter fødselen. Sjølv om helsestasjonen er eit frivillig tilbod, nyttar 95-98% seg av tilboden (Sløsser 2012: 70). Helsesøster har med andre ord ei gyllen moglegheit til å kome i posisjon til å snakke om psykisk helse med nær sagt alle nybakte mødrer. På heimebesøket trer helsesøster bokstavlig tala inn i kvinnen si "livsverd". I dei fleste tilfelle er også far til stades på heimebesøket. Ved å sette av god tid til dette besøket kan ein legge grunnlaget for ein relasjon mellom helsesøster og familien. På heimebesøket får kvinnen informasjon om normale psykiske

reaksjonar og om EPDS som eit frivillig tilbod på 6-vekers konsultasjonen.

Informasjonsbrosjyra "*Når følelsene svinger i svangerskap og barseltid*" vert delt ut.

EPDS , the Edinburgh Postpartum Depression Scale, er eit kartleggingsverktøy for å fange opp barseldepresjon (Eberhard-Gran og Slanning 2007). Depresjonsskalaen er utvikla av den britiske psykiateren John Cox i 1987, og er spesielt tilpassa kvinner som nylig har født barn. Skjemaet blir brukt i mange land, men har til no mest blitt brukt i spesialisthelsetenesta. EPDS-skjemaet består av ti spørsmål som handlar om psykisk helse der kvinna skal svare på korleis ho har følt seg dei siste sju dagane. Det er fire svaralternativ på kvart spørsmål av typen "ja, svært ofte", "ja, noen ganger", "sjeldent" og "aldri". Kvart svar tilsvrar eit poeng frå 0 til 3. Total poengsum kan altså variere frå null til 30. Grenseverdien er satt til 10-12 poeng. Det tyder at dei kvinnene som skårar 10 eller meir vert rekna for å stå i fare for å utvikle barseldepresjon og får tilbod om vidare oppfølging, i første omgang støttesamtalar med helsesøster. For kvinner med lette eller moderate symptom har støttesamtalar med helsesøster vist seg å vere effektiv hjelp (Slanning 2012: 72). Det er ikkje tilrådd å gjennomføre EPDS før seks veker etter fødselen, fordi tilværet for dei fleste er prega av kaos og usikkerheit denne første tida. Skjemaet skal ikkje sendast med kvinna heim, men fyllast ut på helsestasjonen og alltid etterfølgjast av ein samtale der ein gjennomgår dei ulike svara. Dette er like viktig med dei kvinnene som får lav skåre som dei som får høg skåre. Det er kva som kjem fram i samtalen heller enn EPDS-skåren som avgjer vidare tiltak. For å ta i bruk EPDS må helsestasjonen ha eit formalisert samarbeid med tiltaksapparatet i kommunen, som fastlege, kommunepsykolog og psykiatrisk poliklinikk. EPDS-skåren skal aldri brukast som "bevis" for at kvinna er deprimert. Det er ikkje helsesøster si oppgåve å setje diagnosen depresjon. Men EPDS-skåren kan vere eit signal på at noko er vanskelig og krev ekstra merksemd i tida framover. Det er viktig med ei heilheitlig vurdering av kvinna sin totale situasjon. Dette kan omfatte både fysiske og psykiske forhold og andre belastningar i familien.

Kartleggingsverktøy er eit samleomgrep som dekkjer ulike typar sjølvutfyllingsskjema og observasjonsskjema. Desse verktøya er ikkje diagnostiske verktøy, men skal hjelpe fagpersonen i vurderinga om noko er innanfor eller utanfor det normale. Det å bruke kartleggingsverktøy er ikkje noko nytt på helsestasjonen. Helsesøster brukar kartleggingsverktøy for eksempel i vurderinga av språkutviklinga til fireåringar (SPRÅK 4). EPDS-skjemaet, brukt som

universalførebygging, er ei form for screening. Screening definerast som "en undersøkelse av en gruppe mennesker med en standardisert undersøkelsesmetode for å påvise en nærmere bestemt, ennå ikke oppdaget sykdom eller risikofaktor" (www.helsedirektoratet.no). Screeningundersøkingar har lenge vore i bruk på helsestasjonen, for eksempel syns- og hørselstesting, måling av vekt, lengde og hovudomkrins og abduksjonstest av hofter for å nemne nokre. Målet med screening er å oppdage vanskar tidlig for å kunne førebygge skeivutvikling. WHO, verdens helseorganisasjon, har definert ei rekke krav til eit screeninginstrument. Helseproblemet må ha ein viss førekommst. Det må finnast tilgjengelig behandling og helsevesenet må ha kapasitet til å tilby hjelp til dei som blir identifisert gjennom screeningprogrammet. Det skal vere einigkeit om kven som skal tilbydast hjelp, med andre ord må det vere einigkeit om normalfordelinga av tilstanden i befolkninga og kva som er grensa for positiv test. Screeninginstrumentet skal ha gode måleeigenskapar: testen skal vere sensitiv og spesifikk. Ein sensitiv test fangar opp dei som lir av sjukdomen. At testen er spesifikk vil seie at han gir få falske positive, altså at friske personar ikkje vert definerte som sjuke. Screeningtesten skal ha låg risiko og vere enkel å utføre.

Kunnskapssenteret har gjort ein systematisk forskingsoversikt over depresjonsscreening av gravide og barselkvinner i 2012 (www.kunnskapssenteret.no). Bakgrunnen var at Nasjonalt råd for kvalitetssikring og prioritering av helse- og omsorgstjenester etter førespurnad frå RKBU skulle vurdere om innføring av screening på barseldepresjon på helsestasjonen skulle anbefalast. I denne oppsummeringa vert krava til screeningprogram vurderte. Fleire land har allereie innført EPDS som screening. EPDS tilfredsstiller fleire av WHO sine krav. Tilstanden er relativt vanlig med ein forekomst på 10-15% av alle barselkvinner. Tilstanden er skadelig for både kvinna sjølv og barnet. Det finst eit screeninginstrument (EPDS) og det finst effektiv behandling. Men måleeigenskapane gjer at EPDS ikkje er nøyaktig nok. Sensitiviteten er høg, men spesifisiteten er for låg. Kunnskapssenteret si oppsummering viser ein sensitivitet på 0,93, dvs at om lag 9 av 10 kvinner med barseldepresjon vert fanga opp med EPDS. Spesifisiteten derimot er på 0,78. Det vil seie at av 10 kvinner som blir testa vil to kvinner som ikkje er deprimerte likevel bli fanga opp som sjuke. EPDS vil altså fange opp for mange falske positive. Det å teste positivt på ein slik test kan føre til unødig bekymring og sjukeliggjering. "Å vere i risiko" kan i seg sjølv opplevast som sjukdom.

Sensitivitet og spesifisitet er avhengig av kvar ein set grensa for avvik. Tala ovanfor er rekna ut med ein grenseverdi på 10. Ved å auke grenseverdien til 12 får ein mange færre falske positive, men samstundes fleire falske negative, altså fleire som ikkje blir fanga opp sjølv om dei har symptom på depresjon. Konklusjonen frå Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringar i helse- og omsorgstjenesten er at det ikkje skal anbefalast å innføre screening for barseldepresjon. I dei nye nasjonale retningslinjene for barselomsorga, "Nytt liv og trygg barseltid for familien" (2014), er screening for barseldepresjon med EPDS ikkje anbefalt, på grunn av at testen har for lav spesifisitet. Likevel har om lag ein tredjedel av landet sine kommunar tatt i bruk EPDS.

Det siste kravet til ein screeningtest er at den skal ha låg risiko. Låg risiko tyder at testen ikkje skal vere smertefull eller innebere andre ubehagelege opplevingar, den skal opplevast som akseptabel av dei det gjeld. Kan EPDS-testen innebere nokon risiko for barselkvinner? Ingen fysisk risiko sjølvsagt, men kan det vere ei psykisk belastning å gjennomføre ein slik test? Kan testen ha nokon uheldige sideeffektar? Det finst foreløpig ikkje norske studiar på korleis kvinnene opplever å fylle ut EPDS-skjemaet. Det er dette eg ønskjer å finne meir ut av gjennom denne studien.

2.5 Normalisering og sjukeliggjering

Svangerskap, fødsel og barseltid er ei fase i livet der det skjer store endringar både fysisk og psykisk. Dette er langt på veg normale endringar som kjenneteiknar ei utviklingskrise i livet. Lisbeth Brudal (2000), no pensjonert psykiater og fødselslege, har skrive mykje om dei psykologiske sidene ved å bli mor. Ho snakkar om dette som ei periode i livet der ein blir bevisst på mange ulike kroppslige og kjenslemessige reaksjonar ein ikkje har tidligare erfaring med å takle, og at dette representerer ei naturlig utviklingsfase med moglegheiter for personlig vekst og utvikling. Ho meiner at ein ved å bruke termen fødselsdepresjon eller barseldepresjon står i fare for å sjukeleggjere eller overdramatisere det normale, og ynskjer at ein i staden snakkar om nedstemtheit og uro. Ho meiner termen barseldepresjon har blitt ei motediagnose, den nye kvinnesjukdomen. Brudal er kritisk til bruken av EPDS som screening av alle barselkvinner. Ho er oppteken av krenking av autonomi som årsak til sjukdom og stiller

spørsmål om det er etisk forsvarleg å spørje kvinner i ein sårbar fase av livet såpass sensitive spørsmål i eit spørjeskjema.

I Sverige har Karin Johannesson (1996) har vore oppteken av det same temaet. Boka "Det mørke kontinentet" handlar om korleis synet på kvinner og kvinnesjukdomar har endra seg gjennom historia. Kvinner har lett blitt tildelt sjukerolla. Johannesson brukar omgrepet *gynekologisering* om sjukeliggjering av det som handlar om menstruasjonssyklus og reproduksjon. På slutten av førre århundre vart kvinna oppfatta som ikkje å ha kontroll over eigen kropp, og det rådande synet var at kvinna vart styrt av krefter ho ikkje rådde over.

Ei viktig rolle for helsesøster er å normalisere ulike psykologiske reaksjonar. Kva ord ein brukar er avgjerande for korleis kvinna oppfattar sin situasjon. Sett frå ein postmoderne ståstad skapar ord virkeligheita. Ved å sette ord på opplevelingar skapar vi virkeligheita slik ho framstår for oss. Ved å bruke psykiatriske omgrep som depresjon og angst kan ein skape ei sjukeliggjering og dramatisering av normale reaksjonar. Dette kan igjen føre til at kvinna føler seg sjuk, at ho blir ein pasient. Dette gjeld ikkje berre i barseltida. Det er ein tendens i samfunnet til å medikalisere problem som ikkje er medisinske. Ein søker sjukdomsforklaringar på det som er annleis. Ved å få fleire sjukdomar og diognosar opnar ein samstundes for fleire testar og fleire legemiddel. Eit anna trekk ved tida vi lever i er å individualisere fenomen som eigentlig handlar om fellesskap. Barseldepresjon treng ikkje ha med individuelle, psykologiske forhold å gjere, men kan handle om einsemd, fattigdom, eit dårlig fungerande parforhold eller lite sosialt nettverk. Ekeland kallar dette å *psykologisere*: "å redusere samfunnsmessige og kulturelle fenomen til psykologiske fenomen" (Ekeland 2009-a: 109). Psykologiske kategoriar som depresjon er med på å definere korleis individet ser på seg sjølv. Psykologisering kan føre til at ein tolkar problem som forårsaka av manglar ved ein sjølv heller enn forhold som handlar om relasjon og fellesskap. Dette er eit trekk i vår moderne eller nyliberalistiske tid der jakta på sjølvrealisering har vorte viktigare enn fellesskapet (Vetlesen 2011:16). Eit anna trekk ved samtida er framveksten av evidensbasert praksis.

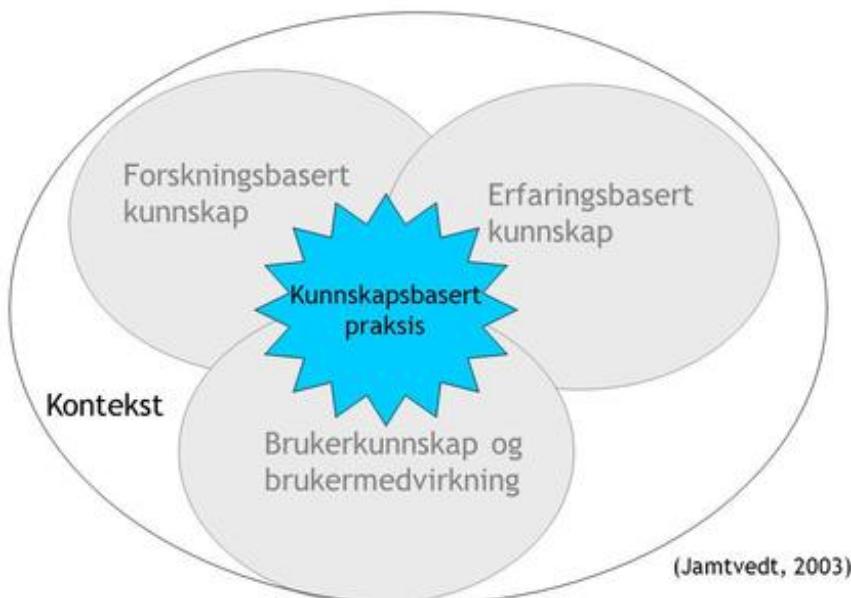
Kapittel 3: Kunnskapsgrunnlag

3.1 Evidensbasert praksis

Helsesøster er sjukepleiar med vidareutdanning. Frå 1970-talet har det skjedd ei akademisering av sjukepleiefaget der den vitskaplege og teoretiske kunnskapen blir vektlagt i større grad enn den praktiske kunnskapen. Ein kan seie at sjukepleieprofesjonen tok ei positivistisk retning. Sjukepleieteoretikaren Kari Martinsen (2005) kritiserer denne vendinga i sjukepleiefaget der omsorg blir knytt til teoretisk vitskap. Martinsen står for ei meir fenomenologisk tilnærming til sjukepleieyrket, der den enskilde sine opplevingar og erfaringar står i fokus for utøving av sjukepleieyrket. Ho framhevar det faglege skjønnet og erfaringskunnskapen som det viktigaste grunnlaget for utøving av sjukepleiefaget, ikkje vitskaplig teori.

Utover på 2000-talet kom den marknadsorienterte tenkinga inn i helsevesenet, med krav om effektivitet, kontroll og sikker kunnskap. Løysinga vart evidensbasert praksis (EBP) som skulle svare til dei nye krava i helsevesenet. Archie Cochrane vert rekna som grunnleggaren av EBP. Han var oppteken av at behandlingsmetodane i helsevesenet skulle baserast på systematiske, randomiserte studiar (RCT-studiar), altså eit eksperimentelt forskingsdesign. I dag produserer Cochranesamarbeidet systematiske forskingsoversyn og metaanalysar i ei rekke land, også Norge (Kunnskapssenteret). Evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis har som føremål å sikre best tilgjengelig kunnskap til klinisk praksis ved å ta i bruk kunnskap frå fleire kjelder. Kunnskapsbasert praksis vert definert som ”å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen”(Nortvedt m.fl 2012). Målet er å oppnå god kvalitet gjennom å byggje bru mellom forsking og praksis. Dette kan framstillast slik:

Kunnskapsbasert praksis



Faglig skjønn vil innanfor denne modellen vere å sameine desse tre kunnskapskjeldene og samstundes ta omsyn til konteksten rundt (sjå figuren). Konteksten utgjer den overordna ramma for kva fagpersonen kan gjere. Evidensbasert praksis skal forene forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap. Dette tankegodset har blitt teke godt i mot i helsefaga, aller mest innan medisin, men også innan sjukepleiefaget. Evidensbasert kunnskap har blitt eit honnørord som blir framheva i ulike offentlege dokument, både innan helse, sosial og barnevernsfeltet. Kritikarane vil hevde at det i praksis har vist seg at det ofte er den forskingsbaserte kunnskapen som har forrang framfor dei to andre, og kanskje er det kunnskapen frå brukarane sjølv som får minst betydning. Min studie er eit forsøk på å få fram meir av den kunnskapen brukarane sjølve, eller i mitt tilfelle barselkvinnene, sit på.

Med den evidensbaserte tenkinga oppsto ein ny positivismedebatt med til dels steile motstandarar. Konflikten handlar om kva kunnskapssyn som skal ha forrang: den praktiske erfaringsbaserte kunnskapen eller den teoretiske forskingsbaserte kunnskapen. Kva kunnskapssyn ein har, påverkar både den forståinga ein har omkring eige yrke og den praktiske yrkesutøvinga. Ikkje overraskande står Kari Martinsen (2005) for den kritiske tilnærminga til EBP. Ho går så langt at ho kallar det for "evidensialisme". Ho meiner det er bekymringsfullt at

sjukepleiarane "diltar" etter legane og omfamnar EBP som det einaste rette, og meiner EBP har blitt så einerådande at det nærmar seg ein ideologi. Også Ekeland (2009-b) er kritisk til den einerådande posisjonen EBP har fått. Kritikarane er i utgangspunktet ikkje i mot at praksis verken skal vere kunnskapsbasert eller evidensbasert. Kven er vel i mot evidens? Men dei er i mot det metodehierarkiet som EBP står for, der det eksperimentelle forskingsdesignet med kontrollgrupper vert rekna som øvst i hierarkiet, og dei kvalitative småskalastudiane nedst. Dette metodehierarkiet bygger på ein tanke om at kunnskap som er statistisk gyldig på gruppenivå også skal vere gyldig for den einskilde. Denne logikken kan godt gjelde på mange område innan medisin, men er kanskje meir tvilsam på område som handlar om omsorg, relasjon og kommunikasjon. Vegard og Torgeir Bruun Wyller (2013) hevdar at EBP kan føre til at det vert forska meir på behandlingsmetodar som er heilt standardisert og der kontrollgruppa enkelt kan få placebo, noko som er typisk i utprøving av medikament. Dei peiker og på at studiar som skal tilfredsstille dei strenge evidenskrava ofte er kostbare å gjennomføre, noko som kan gjere det vanskelig å forske utan eit kapitalsterkt farmasøytisk firma i ryggen. "Vi får altså en forsterking av tendensen til å gripe til medikamentelle løsninger på de fleste medisinske problem, mens potensielle ikke-farmakologiske tiltak kommer enda mer i skyggen enn før (Bruun Wyller 2013: 65). Hovudargumentet for EBP er å kunne tilby den beste og mest effektive behandlinga. Men kva tyder effektiv? At det verkar? At det er lønnsamt? At det tek kort tid å gjennomføre? Innanfor område som har med kommunikasjon og relasjon å gjere, er god effekt ikkje nødvendigvis like god for alle personar (Ekeland 2009-b: 147).

Bruken av manualar og standardiserte verktøy er ein del av den evidensbaserte praksisen. EPDS er eit slikt evidensbasert verktøy (Sløssing 2012:49). EPDS har vist seg å ha betre effekt enn vanlig intervension. Ved å la ei tilfeldig valt gruppe barselkvinner fylle ut EPDS, og ei gruppe ikkje, kan ein samanlikne førekomensten av depresjon etter ei viss tid. Bruken av EPDS har vist seg å redusere førekomensten av barseldepresjon frå rundt 10% til 6% målt 4-6 månader etter fødsel (www.kunnskapssenteret.no). EPDS-metoden inneber ikkje berre kartlegging, men også støttesamtalar til dei som blir fanga opp av testen. Alternativet til å bruke skjema, er fri samtale omkring temaet. Mors psykiske helse har alltid vore eit tema på helsestasjonen, men utan screeningprogrammet kan det ha blitt gjort på ein meir tilfeldig og usystematisk måte. Det har nok vore store ulikheiter i korleis den einskilde helsesøstera har tematisert dette, og om ho har klart å oppdage eller fange opp kvinner i risiko for å utvikle barseldepresjon, slik at rett

behandling kan setjast inn. Utan opplæring i EPDS-metoden har helsesøster mangla kompetansen til å gjennomføre støttesamtalar. Før EPDS-opplæringa, var det nok meir vanlig å henvise kvinner med ulike psykiske symptom vidare til fastlege eller psykolog utan støttesamtalar med helsesøster først. Det viser seg at spesifikke metodar forklarar lite av den totale effekten av eit tiltak (Ekeland 2009-b: 159). Relasjonen mellom hjelpar og klient har stor forklaringskraft, det same gjeld utanomterapeutiske forhold som avlasting, hjelp og støtte. Dette viser at det kan vere farlig å konkludere med kva som verkar i terapi: er det sjølve metoden (her altså EPDS), er det at det blir sett fokus på temaet, eller er det relasjonen mellom barselvinne og helsesøster? Og kan denne relasjonen bli påverka av at helsesøster på ein meir systematisk måte tek opp temaet psykisk helse?

Å bruke screeningverktøy krev både ein teoretisk kunnskap og praktiske kommunikasjonsferdigheter. Å bruke standardiserte kartleggingsverktøy, slik som EPDS-skjemaet, for å få vite noko om korleis livsverda til den einskilde ser ut, kan vere problematisk. Det er ikkje slik at eit skjema alltid klarer å fange opp "min følelse". Eit skjema kan aldri erstatte den gode samtalen. Marit Hafting (i Kvangersnes 2007: 196) stiller spørsmål ved bruken av spørjeskjema kontra det å invitere til historiefortelling. Som lege har ho erfart at ei narrativ tilnærming kan opne for større forståing i kvinnen si livsverd. Ho er redd for at det å bruke standardiserte spørjeskjema kan bidra til å sette pasienten i bås.

Ei anna side av det å bruke standardiserte kartleggingsverktøy er at det kan føre til at fagpersonen blir framandgjort i forhold til det ho skal gjere (Ekeland 2009-a: 156). Viss dette er noko ho ikkje føler ho meistrar å bruke, kan det bli utført på ein mekanisk måte. Dette kan truge helsesøster sin faglege autonomi. Og nettopp ein trygg, fagleg autonomi er føresetnaden for å kommunisere og skape relasjon. Det er vanskeleg å tenkje seg at omsorg kan giast på ein "evidensbasert" måte. Omsorg er noko som ikkje kan generaliserast, men må tilpassast i den einskilde situasjonen. Men kan det likevel vere plass for standardiserte screeningverktøy i utøvinga av omsorg til den nybakte mora? Er det mogleg å sameine det standardiserte og det faglege skjønnet? Det standardiserte inneber lett noko ikkje-sensitivt, noko ikkje-empatisk og objektiverande kopla frå konteksten og den aktuelle situasjonen. Men er det slik at det faglige skjønnet alltid er sensitivt, empatisk og subjektiverande? Bruun-Wyller (2013: 66), som eg har referert til tidligare, seier at "Selvsagt kan et slikt erfaringsbasert skjønn føre helt på villspor, så

heller ikke det må få råde grunnen alene. Men det er avgjørende at den evidensbaserte kunnskapen blir filtrert gjennom et sunt skjønn og klinisk erfaring”.

3.2 Faglig skjønn

Den dagligdagse tydinga av ordet skjønn er å bruke sunn fornuft, ikkje følgje lovar og reglar slavisk, men å kunne ta individuelle omsyn. Faglig skjønn er å ha forståing for det som kan vere annleis, det unike i kvar situasjon og kvart einskilt møte med eit anna menneske. Kari Martinsen (2005) beskriv skjønn som bruk av dømekraft i kvar einskild situasjon. Skjønet kjem til uttrykk gjennom ei intuitiv forståing av situasjonen. Ho skriv vidare at skjønnet sitt handlingsrom skapast gjennom samtale, forståing og innleving. Skjønnet føreset derfor ei felles forståing for noko. Språket kan bidra til denne felles forståinga. Martinsen hevdar vidare at dette handlingsrommet for faglig skjønn kan bli innsnevra av den systematiske og rasjonelle tenkinga som bruken av skjema, prosedyrar og manualar inviterer til. Skjønet vert tilsidesett fordi standardiserte system ofte er utarbeidd for å brukast automatisk, utan behov for individuell tilpassing (Martinsen 2005). Men mange situasjonar kan ikkje løysast ved slike standardiserte tiltak. Det gjeld kanskje særlig område som handlar om relasjon og kommunikasjon. På desse feltet vert det faglige skjønnet ekstra viktig. Med Habermas sitt omgrep kan ein seie at å bruke faglig skjønn handlar om å ta del i personen si ”livsverd”.

Faguttrykk kan vere med på å skape avstand og tydeleggjere maktubalansen i relasjonen, og kan bidra til det Habermas kallar ekspertsystemet si kolonisering av livsverda. Faguttrykk kan gjere at den andre ikkje kjenner seg igjen. Geertz (2001) skil mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne omgrep. Geertz er sosialantropolog. Utgangspunktet for distinksjonen mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne omgrep var behovet for å kunne sjå og beskrive fenomen sett frå den innfødde sin synsvinkel. Ord er symbol som gir tilgang til å forstå opplevingar, haldningar og korleis den einskilde eller ei gruppe forstår verda. Erfaringsnære omgrep kan aktøren, i mitt tilfelle barselvinna, bruke på ein naturlig måte for å beskrive si oppleving. Erfaringsfjerne omgrep definerer Geertz (2001: 290) som ”et begrep spesialister av et eller annet slag... anvender for å fremme sine vitenskaplige, filosofiske eller praktiske målsettinger”. Nokre erfaringsfjerne omgrep, som for eksempel angst, har gått inn i dagligtalen med ei anna

tyding enn det opprinnelig hadde som teoretisk omgrep. Angst er ein spesifikk diagnose, men blir ofte brukt i daglegtalen om mykje mindre alvorlege tilstandar. "Eg får angst når eg tenker på alt eg skal gjere" kan såleis bety svært forskjellige ting frå person til person. Det same gjeld "å vere deppa". I samtalene er det viktig at helsesøster fokuserer på å bruke ord og uttrykk som er mest mogleg erfaringssnære for kvenna.

Det faglige skjønnet er tufta på erfaringskunnskapen, og blir uttrykt gjennom praktisk handling. Ein seier ofte at den praktiske kunnskapen er "taus" (Grimen 2008: 79). Praktisk handlingskunnskap let seg ikkje alltid forklare eller grunngi ut frå teori. Forsking og teori kan tilby kategoriar, strukturar og mønster for å forklare erfaringar. Diagnosar er eksempel på slike kunnskapskategoriar som kan hjelpe fagpersonen til å vite kva ho skal sjå etter, kva ho skal spørje om. Men diagnosar kan også bli så inngrødde forståingar at ein mistolkar diagnosen (kartet) for å vere virkeligheita (terrenget). Har du barseldepresjon, er du slik og slik. Då har ein gjort "det instrumentalistiske mistaket".

3.3 Subjektivering og objektivering

"Det instrumentalistiske mistaket" er tittelen på Hans Skjervheim sitt essay frå 1992. Skjervheim skil mellom praktiske og pragmatiske handlingar. Pragmatiske handlingar er basert på mål-middel tankegangen, der kunnskap fungerer som eit instrument for å oppnå eit bestemt resultat, dei er styrt av formålsrasjonalitet. Praktiske handlingar derimot, baserer seg på den konkrete situasjonen og den konkrete samhandlinga med eit anna menneske, der rettesnora er allmenngyldige normer (Skjervheim 1992: 175). Pragmatiske eller instrumentelle handlingar har sin rettmessige plass både i helsevesenet og i pedagogikken, men kan aldri brukast åleine, det krev også innsikt. Det instrumentalistiske mistaket er å oversjå skiljet mellom pragmatiske og praktiske handlingar, og gjere det pragmatiske, tekniske og instrumentelle til ideal eller modell for alle slags handlingar, også dei som handlar om kommunikasjon og samhandling med andre. Bruken av standardiserte screeningverktøy kan stå i fare for å bli nettopp slike instrumentelle handlingar der ein overser det individuelle og det menneskelige. Viss verktøya blir for styrande for handlinga, slik at alle blir møtt på den same måten, då kan den andre bli gjort til objekt i staden for subjekt.

Skjervheim (1996: 20) skil mellom toledda og treledda relasjonar. Toledda relasjonar er ein relasjon mellom eit subjekt (hjelparen) og eit objekt (pasienten). Relasjonen er prega av at hjelparen har ei tilskodarolle heller enn ei deltarolle og kommunikasjonen er prega av eit bestemt føremål som ligg utanfor sjølve relasjonen. Hjelparen vurderer den andre utanfrå, for eksempel den andre sin veremåte eller kjenslemessige reaksjonar. Den andre har vorte gjort til objekt, ho har blitt objektivert. Det motsette er ein treledda relasjon mellom to subjekt og ei sak eller eit tema som begge engasjerer seg i. Her er det saka som er objektet. Kommunikasjonen er prega av dialog mellom to likeverdige subjekt. Den andre blir her subjektivert. Skjervheim (1996: 28) beskriv forskjellen mellom dei to ulike posisjonane som "distinksjonen mellom å delta, lata seg engasjera og på den andre sida å konstatera, å objektivera!". Det er ubehagelig å bli objektivert. Å bli objektivert er å ikkje bli tatt på alvor. Objektivering er likevel naudsynt nokre gonger for å gi saklig informasjon om eit fenomen, til dømes psykiske reaksjonar i samband med fødsel og barseltid. Objektivering tyder å ha fokus på sjukdomen, subjektivering handlar om å sjå heile den sjuke personen. I hjelpearbeid er det nødvendig å forholde seg til pasienten både som objekt, altså kroppen eller sjukdomen, og som subjekt. Men subjektivering må vere overordna objektiveringa. Det faglige skjønnet handlar om å sameine dei to dimensjonane (Ekeland 2007: 43). Det betyr å kunne sette pasienten sine symptom inn i ei sjukdomsforståing på ein måte som pasienten kjenner seg igjen i og kan finne meiningsfull. Mykje av kritikken mot helsevesenet handlar nettopp om for mykje objektivering, at pasienten føler seg sett på berre som ein sjuk kropp, at han eller ho ikkje føler seg sett, hørt og forstått. Hjelparen har ikkje tatt seg tid til å sette seg inn i livsverda til pasienten.

3.4 Livsverd

Omgrepet livsverd vart brukt av Husserl rundt 1900 i samband med utviklinga av hans moderne fenomenologi. Livsverda er kvardagslivet slik det opplevast og blir levd for den einskilde. Seinare tok Habermas omgrepet livsverd i bruk, om enn i ei litt anna tyding. Habermas (1997) utvidar det fenomenologisk livsverdomgrepet til eit kommunasjonsteoretisk livsverdomgrep. Livsverda er ikkje berre opplevingsdimensjonen, men handlar også om handling i form av korleis vi kommuniserer og omgås andre. Livsverda er

prega av kommunikative handlingar og relasjonar mellom menneske. Dette skaper kultur, mening og personlege identitetar. Det meste av livsverda er likt for alle menneske i ein gitt kontekst, men noko av livsverda er heilt unik for den einskilde. Livsverda utgjer ein kontekst som individet tolkar sine erfaringar ut frå og som skapar samanheng i opplevingane. Individet vurderer ut frå si livsverd om ei ytring gir mening eller ikkje, eller sagt med Habermas sine ord, om den er gyldig eller ikkje. Han seier vidare at "livsverden kommer til syne som et reservoir af selvfølgelighet eller urokkelige overbevisninger, som kommunikasjonsdeltagerne benytter til kooperative tydningsprosesser" (Habermas 1997: 289). Livsverda kjem altså til uttrykk gjennom samhandling og kommunikasjon. Habermas henviser til Husserl og hans omgrep horisont. Horisonten forskuvar seg avhengig av ståstad, den er litt forskjellig frå individ til individ. Han seier at livsverda bygger på intuitiv, naiv og førteoretisk kunnskap. Altså taus kunnskap. Kva skjer med den intuitive oppfatninga når den blir problematisert, betrakta og satt ord på? Dette handlar om møtet mellom livsverda og systemverda.

Systemverda er dei overindividuelle sosiale samanhengane og mønstra i samfunnet. Systemverda tilbyr fortolkingsmogeligheter og klassifiseringsskjema som individet kan finne mening i. Systemverda er prega av målrasjonalitet, effektivitet, lønnsemd og spesialisering av arbeidsoppgåver. Habermas (1997: 327) seier at dei systemiske mekanismane er fråkopla normer og verdiar, i motsetnad til livsverda som er praktisk og moralsk forankra. Livsverda representerer eit aktørperspektiv eller deltakarperspektiv, medan systemverda representerer eit strukturperspektiv. Mange av dei klassiske sosiologiske teoretikarane har anten eit aktør eller eit systemperspektiv på den sosiale verda. Habermas set dei to i samanheng med kvarandre og seier at livsverda og systemverda påverkar kvarandre gjensidig (Habermas 1997).

Habermas meiner systemverda trenger inn i livsverda, blant anna gjennom framveksten av ekspertkulturar. Utviklinga frå stammesamfunn til vårt moderne samfunn er prega av to utviklingstrekk. På den eine sida skjer det ei rasjonalisering av livsverda, altså at den naive eller intuitive forståinga blir gjort til gjenstand for tenking og fornuft. På den andre sida skjer det ei differensiering eller kompleksitetsauke i systemverda. Habermas (1997: 328) forklrar samanhengen slik: "Livsverdenens rationalisering muliggjør øgningen af systemkompleksiteten, og denne øgningen udvirker på sin side, at de derigjennem frigjorte

systemimperativer sprænger livsverdens fatteevne". Habermas har ein omfattande og, må eg innrømme, vanskelig tilgjengelig teori. Det blir heller ikkje lettare av at Habermas ikkje er omsett til norsk, men må lesast på dansk for dei som ikkje beherskar tysk. Slik eg tolkar Habermas isolerer ekspertkulturane seg frå livsverda, og framveksten av ekspertkulturar bidreg til å utarme livsverda for kulturelle ressursar og meinings. Det som før høyrdre livsverda til, blir gjort til eit anliggande for ekspertar. Habermas (1997) kallar dette for systemet si kolonisering av livsverda. Psykisk helse i samband med fødsel og barseltid kan vere eksempel på ei slik forskning frå livsverd til ekspertsystemet.

Livsverda er eit uttrykk som mange har tatt i bruk etter Husserl og Habermas og har i dag nærmast blitt eit kvardagsomgrep eller erfaringsnært omgrep, i alle fall innan akademia. Kvale og Brinkmann (2012) kallar det kvalitative forskingsintervjuet for eit livsverdintervju. Med livsverd meiner dei "verden slik vi møter den i daglivet og slik den framtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig og forut for alle forklaringar (Kvale og Brinkmann 2012: 46). Det er i denne meir kvardagslege tydinga av uttrykket eg nyttar omgrepet vidare i oppgåva, og ikkje i den strengt "habermanske" tydinga. Å forstå livsverda til den einskilde handlar om kommunikasjon. Kommunikasjon er eit vidt teoretisk felt, i det vidare vil eg løfte fram nokre aspekt ved kommunikasjon.

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon kjem av det greske ordet comunicare som tyder å gjere felles. I ein enkel lineær kommunikasjonsmodell formidlar sendar eit innkoda bodskap gjennom ein kanal til ein mottakar som avkodar bodskapen. Seinare kommunikasjonsmodellar utvida forståinga av kva kommunikasjon er med omgrepet støy. Støy er alt som kan forstyrre kommunikasjonen. Kommunikasjon er både verbal og nonverbal. Den nonverbale kommunikasjonen kan forsterke eller svekke den verbale bodskapen.

Men kommunikasjon handlar om mykje meir en berre ein bodskap som blir sendt og motteke. Kommunikasjon er alt som skjer mellom menneske. Gregory Bateson (i Jensen og Ulleberg 2011) blir rekna som grunnleggaren av systemisk kommunikasjonsteori som voks fram på

1960 og 70 talet. Denne kommunikasjonsteorien ga ei meir utfyllande forståing av kva kommunikasjon er ved å framheve det relasjonelle aspektet ved kommunikasjon. All kommunikasjon har både eit innhalts- og eit relasjonsperspektiv. Det som blir sagt må forståast innanfor ramma av den relasjonen personene har til kvarandre. Kommunikasjon skapar relasjonar, og relasjonar på si side avgjer korleis kommunikasjonen skjer. Innhaltsnivået er den konkrete bodskapen som vert formidla reint språkleg. Det relasjonelle nivået handlar om det forholdet som er mellom sendar og mottakar. Relasjonen er knytt til måten vi forheld oss til innhaldet på, og den haldninga vi møter den andre med. Relasjonsnivået vert uttrykt gjennom nonverbale signal som augekontakt, ansiktsuttrykk, interesse, likegyldigheit, utålmodigheit, venlegheit eller irritasjon. Kommunikasjonen formidlar ikkje berre ein bodskap, men seier vel så mykje om korleis vi ser på den andre. Dette gjeld både i kvardagslivet og i hjelperelasjonen. I den systemiske kommunikasjonsmodellen vert støy sett på som moglegheit for verdifull informasjon. Kva som er støy og kva som er informasjon vil variere frå person til person og frå situasjon til situasjon. Informasjon er det som utgjer ein forskjell, det som trer fram frå bakgrunnen, eller konteksten.

Kontekst tyder samanvevd eller meiningssamanheng (Ekeland 2007: 44).

Meiningssamanhengar vert skapt gjennom relasjonar. Den konteksten eller samanhengen det kommuniserast innanfor er med på å definere korleis ein bodskap skal tolkast og forståast. Konteksten utgjer den ramma vi tolkar og forstår fenomen innanfor for å skape meinings og samanheng. Samfunnet sitt syn på psykiske vanskar generelt, og barseldepresjon spesielt, utgjer faktorar som er av betyding for konteksten. Psykiske vanskar er framleis eit tabubelagt område i Norge, og dette gjeld kanskje særlig når du er nybakt mor og eigentleg skal strutte av lykke.

Kontekst har også fysiske aspekt, som kor samtalen går føre seg. Det er forskjell på eit offentlig kontor og ein heim. Kven som deltek i samtalen, for eksempel om det er barn til stades, er også ein viktig del av konteksten. Som profesjonell hjelpar må vi vere bevisste på korleis konteksten påverkar kva vi legg merke til og korleis vi tolkar og forstår det. Helsestasjonen er ein gitt kontekst som legg føringar på kva som skal skje og kva det skal snakkast om. Det er viktig å legge til rette for den gode samtalen. Det er mykje som "kan kome imellom", både i konkret og overført tyding av ordet, som det store skrivebordet, telefonen som ringer eller babyen som

vert urolig. På konsultasjonane på helsestasjonen er det mykje som skal skje på kort tid, som utviklingsvurdering av barnet, vaksinering og informasjon om ulike tema. Dette kan forstyrre samtalen.

I hjelpearbeid er målet med kommunikasjonen gjerne auka meistring hos den ein skal hjelpe. Meistringsfremjande kommunikasjon handlar om anerkjenning og tillit. Som Ekeland uttrykker det (2007: 41): "Ein kan lære seg gode teknikkar for samtale og kommunikasjon, men dei nyttar lite om ikkje den andre først opplever seg anerkjent og respektert som subjekt". Kvar einskild er ekspert på eiga oppleving. Anerkjening tyder å ha ein likeverdig relasjon der ein søker å forstå den andre sitt perspektiv (Jensen og Ulleberg 2011). Forståing handlar om å ta del i innhaldet i den historia som blir fortalt, utan å tolke for mykje ut i frå eiga forforståing. Anerkjening handlar vidare om å bekrefte den andre si oppfatning av virkeligheta og vere open for alternative måtar å forstå eit fenomen på. Det å bekrefte den andre er eit nødvendig grunnlag for å etablere tillit. Å bekrefte er å formidle at den andre si oppfatning av virkeligheta er like gyldig som eins eigen. Å være open betyr å gi rom for at den andre kan få vise alle sider ved seg sjølv, at ein slepp å "sensurere" bort sider av seg sjølv. Anerkjening har altså tre sider: forståing, bekrefting og openheit. Anerkjening kan berre skje i dialogisk kommunikasjon.

Dialog tyder gjennom eller mellom orda (Jensen og Ulleberg 2011). I dialogisk kommunikasjon er evna til å lytte og samtidig holde tilbake eigne løysningsforslag det viktige. I dialogisk kommunikasjon blir den andre tatt på alvor og bekrefta som eit autonomt og sjølvstendig individ. Dialog inneber at to subjekt deltek i ein samtale. Kommunikasjonen er subjektiverande, for å bruke Skjervheim sitt omgrep. I monologisk kommunikasjon tingliggjer og objektiverer ein den andre. I monologisk kommunikasjon er hjelparen eksperten som sit på løysingane.

Ein samtale mellom to personar inneber ei form for turtaking der ein byter på rollene som sendar og mottakar. Pauser er viktige element i samtalen. Dette kan bli ei utfordring dersom partane har stort sprik i personlig tempo. Like viktig som å kunne stille gode spørsmål er evna til å lytte. Aktiv lytting er meir enn berre å høyre etter. Å lytte betyr å skape mening i det vi hører. I ein profesjonell samtale må ein vere førebudd på kva ein skal lytte etter. Å lytte betyr også å være merksam på alt det som kommuniserast parallelt med orda, den nonverbale bodskapen. Kva uttrykker kvinnen si kroppshaldning, stemmekraft, pausar, ansiktsuttrykk med

meir. Det nonverbale er med på å definere relasjonen mellom dei som deltek i samtalen og formidlar kjensler meir effektivt enn det verbale. Eit hinder for aktiv lytting er om hjelparen er meir oppteken av kva ho sjølv skal formidle i samtalen enn det som faktisk seiast av den andre. Helsesøsterrolla har nok tradisjonelt vore prega av ei meir rådgivande kommunikasjonsform der ein har vore meir oppteken av å gi råd og informasjon enn å lytte og halde tilbake eigne løysingsforslag.

Relasjon, anerkjenning og dialog handlar om tillit. Vi skil mellom fire typar tillit (Ekland 2007: 45): kontekstuell tillit, systemtillit, rolletillit og personlig tillit. Overført til denne studien inneber dette tillit til helsevesenet på det kontekstuelle nivået, tillit til helsestasjonen som institusjon på systemnivå, tillit til helsesøsterrolla generelt og personlig tillit til "si" helsesøster. Det er gjennom meistringsfremjande kommunikasjon der den andre føler seg forstått og anerkjent at helsesøster kan bygge opp den naudsynte personlige tilliten. Den danske teologen og filosofen Løgstrup (i Henriksen og Vetlesen 2006) framhevar i sin nærlieksetikk den etiske dimensjonen ved å bli vist tillit. Han seier at når nokon viser deg tillit, legg ho noko av sitt liv i dine hender. Når vi forheld oss personlig til andre, set vi noko av oss sjølve på spel, vi blottstiller oss. Følgelig er ein også sårbar. Å bli vist tillit medfører ei etisk fordring eller plikt til å hjelpe den andre.

Kommunikasjon handlar altså om relasjon, kontekst, dialog, anerkjenning og tillit. Kommunikasjonen kan bidra til både objektivering og subjektivering. Er dette nyttige omgrep for å forstå korleis barselkvinner kan oppleve å bruke EPDS i samtalen med helsesøster? Samtida vår er prega av individualisering der ein leitar etter individuelle årsaksforklaringar på problem som kanskje heller handlar om fellesskap og samfunn. Innan helsevesenet har EBP-tankegangen ført til at stadig fleire evidensbaserte metodar og kartleggingsverktøy er tilgjengelige. Som vi har sett kan faglig skjønn kome i skvis når tilgangen til evidensbaserte verktøy er stor. Er EPDS ei slik teknisk løysing på menneskelige problem? Er det slik at vi som fagpersonar stolar meir på den kunnskapen eller informasjonen som kjem fram i eit spørjeskjema eller kartleggingsverktøy enn det som kjem fram i "den gode samtalen"?

3.6 Forskingsfronten

Psykisk helse i samband med svangerskap, fødsel og barseltid er eit tema det er forska mykje på. Det meste av forskinga rettar seg mot identifisering av risikofaktorar for utvikling av barseldepresjon. Det er også mykje forsking på kvinner som allereie har utvikla barseldepresjon og korleis dei opplever dette. Ved søk i ulike databaser som Oria, Nova og Google Scholar får eg hundrevis av treff på ulike kombinasjonar på søkeorda barseldepresjon, fødeselsdepresjon, EPDS, screening og kartlegging. Med utviding til dei engelske søkeorda postpartum, postnatal og depression får eg desto fleire treff. Hovudsøket vart gjennomført i oktober 2015. Eg har valt ut noko av den nyaste litteraturen og nokre av dei nyaste forskingsfunna nasjonalt og internasjonalt som bakgrunnsteppe.

Forsking i Norge

I Norge er det siste tiåret fleire som har forska mykje på psykisk helse i forhold til barselkvinner. Her kan nemnast Jan Øystein Berle, Kari Glavin, Kari Sliving og Malin Eberhard-Gran (søk i databasen Christin oktober 2015). Både Berle (2003) og Eberhard-Gran (fleire studiar) har kartlagt førekomensten av barseldepresjon i Norge. Studiane baserer seg på EPDS, anten brukt på helsestasjonen eller sendt ut som sjølvrapporteringsskjema til eit utval kvinner. Funna varierer frå 10-15%, avhengig av om ein set grenseverdien for positiv test på 10,11 eller 12 i skåringa av EPDS. EPDS-skjemaet har ved to høve vorte validert for norske forhold (Berle 2003 og Eberhard-Gran 2001). Barseldepresjon, som alle psykiske vanskar, er kulturelt betinga. Det handlar om synet på mental helse, stigmatisering og sosioøkonomiske tilhøve i samfunnet. Tilbodet om oppfølging og behandling av denne type vanskar varierer også sterkt i ulike land og kulturar. Eg kjem ikkje inn på dei fleirkulturelle utfordringane sidan ingen av informantane mine kjem frå andre kulturar.

Som nemnt innleiingsvis manglar det undersøkingar på korleis norske kvinner opplever bruken av EPDS (Eberhard-Gran 2014: 299). Det nærmeste eg kjem i eit systematisk litteratursøk er tre masteroppgåver i løpet av dei siste 10 åra. To av desse er ikkje til utlån, den tredje har eg nytta som bakgrunnsteppe for vurdering av funna frå mi undersøking. Den oppgåva handlar om

korleis kvinner som har utvikla barseldepresjon opplever tilværet og møtet med helsesøster, deriblant erfaringane deira med gjennomføring av EPDS på helsestasjonen. Metoden som er brukt er kvalitativ tilnærming med intervju av seks mødre med barseldepresjon. Funna i denne undersøkinga viser i hovudsak at kvinnene opplevde bruken av EPDS som nyttig i sin situasjon. Kvinnene opplevde at spørsmåla i skjemaet var realistiske og riktige. Mødrene meinte at det å få noko konkret ned på papiret kunne vere til hjelp "*sånn at helsesøster kunne se hvorledes jeg hadde det, hvor ille det egentlig er*", som ei av dei sa det. Skjemaet kunne vere til hjelp for å uttrykke kjensler det var vanskeleg å sette ord på og var med på å løyse på samtalen. Ei av kvinnene som vart fanga opp som deprimert gjennom skjemaet, følte seg ikkje deprimert og meinte at skjemaet kunne bidra til å lage problem av noko som ikkje var eit problem. Tillit blir trekt fram som avgjerande for at støttesamtalar mellom kvinna og helsesøster skal fungere. Dette er ein liten studie med berre seks informantar, men gir likevel nokre signal om kva det kan vere lurt å spørje om i mi undersøking, både i utforminga av spørjeskjema og i intervjuguiden.

Eberhard-Gran og Sløning gjennomførte ein systematisk kunnskapsoppsummering av bruken av EPDS og støttesamtalar på helsestasjon i 2014. Denne kunnskapsoppsummeringa baserer seg på litteratursøk i databasane PubMed, PsychInfo og Cochrane. Oversynsartikkelen viser at tida etter fødsel er ein risikoperiode for kvinner si psykiske helse. Dette er ein periode i livet med store kjenslemessige og fysiske endringar, noko som gjer kvinnene ekstra sårbare. Søvnangel, ammeproblem, ei kjensle av stort ansvar, urolige barn og mangel på sosial støtte vert trekt fram som risikofaktorar for utvikling av barseldepresjon og uro. Rundt ein tredjedel av kvinnene som får barseldepresjon hadde symptom allereie i svangerskapet eller tidlegare i livet. Artikkelen framhevar dei alvorlege konsekvensane barseldepresjon kan ha for samspelet med barnet og for seinare utvikling i form av emosjonelle, kognitive, sosiale og språklege vanskar. Oversynsartikkelen diskuterer grensene for positiv test og korleis ulike grenseverdiar påverkar spesifisitet og sensibilitet. Eberhard-Gran og Sløning meiner innføring av Edinburghmetoden, som inkluderer både kartlegging med EPDS av alle, og tilbod om oppfølging med støttesamtalar ved behov, kan vere eit nyttig tiltak. Men før EPDS blir anbefalt som screening, er det fleire tilhøve som må avklarast: *når* screeningen skal gjennomførast (i svangerskapet eller etter fødselen), *korleis* den skal gjennomførast og *av kven* (lege, jordmor eller helsesøster). Norsk forening for allmennmedisin (2015) peiker på at innføring av EPDS

som screening på helsestasjonen vil innebere ei særomsorg for ei gruppe vaksne menneske med psykiske vanskar. Dei meiner diagnostisering og oppfølging av personar med symptom på depresjon, også barselkvinner, naturlig hører heime hos fastlegen.

Eberhard-Gran og Slinning (2007) framhevar at støttesamtalar med helsesøster har vist seg effektive i behandlinga av lette til moderate barseldepresjonar. Fleire studiar bekreftar dette, bl.a. Glavin m.fl. (2010). Konklusjonen her er at støttesamtalar med helsesøster basert på empatisk lytting, er effektive i behandling av barseldepresjon. Eberhard-Gran og Slinning framhevar at det foreløpig ikkje er gjort brukarundersøkingar blant barselkvinner på korleis dei opplever gjennomføringa av testen. Det er her eg finn mitt vesle "hol" i forskinga som eg håpar min studie kan bidra til å seie noko om. Derimot er det fleire studiar på kva erfaringar helsesøster har med å bruke EPDS. Kari Glavin (2012) finn at helsesøstrene har gode erfaringar med å bruke EPDS. Dei finn testen lett å gjennomføre og skåre, dei opplever at mødrene synes testen er enkel å gjennomføre, og dei opplever at testen fangar opp dei som er i risiko for å utvikle barseldepresjon. Glavin finn også at det å gi generell informasjon om psykisk helse og dele ut brosjyre om barseldepresjon på heimebesøket, i seg sjølv hadde positiv effekt på kvinnene si psykiske helse. Også Glavin framhevar behovet for vidare forsking på korleis mødrene sjølve opplever denne forma for screening (Glavin 2010). Fleire studiar finn at helsesøstrene som ikkje brukar EPDS manglar gode rutinar for å fange opp barseldepresjon og samtale om psykisk helse (bl.a. Anker-Rasch 2005). I denne undersøkinga kjem det også fram at kvinnene kan unngå å svare ærlig på korleis dei har det i frykt for ikkje vere gode nok mødre.

Dei seinaste åra har RKBU (Regionalt kompetansesenter for barn og unge) gjennomført eit opplæringsprogram kalla "Tidlig inn" for om lag 200 helsestasjonar rundt i landet. Gjennom eit firedagars kurs får helsesøstre og jordmøre opplæring i å bruke ulike kartleggingsverktøy for å fange opp barseldepresjon, vold i nære relasjonar og rusmisbruk. I mai 2016 kom rapporten "*Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn- hva har skjedd i kommunene?*". Evalueringa er gjennomført av IRIS (International Research Institute of Stavanger) på oppdrag frå Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familielid direktoratet. Evalueringa syner at "Tidlig inn" er eit hensiktsmessig verktøy for å auke kunnskapen og kompetansen til kommunalt tilsette helsearbeidarar. Jordmødrene og helsesøstrene føler seg meir kompetente til å identifisere og samtale med gravide og småbornsforeldre om alkoholbruk, psykiske vanskar og vold i nære

relasjonar. Rapporten hevdar også at brukarane er fornøgde med tilbodet. Dette baserer dei på eit spørjeskjema sendt ut til 250 brukarar fordelt på fem ulike helsestasjonar der dei får inn 76 svar. I spørjeskjemaet blir brukarane spurt om erfaringar med å bli spurt om alkohol, vold og psykisk helse. Berre eit spørsmål omhandlar det siste. På spørsmålet "Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om nedstemhet og uro?" svarer 90% positivt. I tillegg har dei med nokre spørsmål omkring samtalen generelt. Her blir dei spurt berre om samtalen i sin heilskap, og ikkje om EPDS konkret. 90% svarer at det var positivt å bli spurt om psykisk helse, 75% at samtalen var til hjelp, 85% at samtalen var nyttig og 90% at dei fekk tillit til hjelparen. På denne type direkte spørsmål, i eit spørjeskjema, vart altså resultatet ein tydig positivt. Denne evalueringssrapporten kom etter at eg var ferdig med datainnsamlinga. Den gir eit interessant bakgrunnsteppe for vurdering av mine resultat, som dels er basert på spørjeskjema og dels på intervju. Vil dei stadfeste det ein tydige resultatet, eller vil dei nyansere biletet?

Internasjonal forsking:

Av internasjonal forsking må nemnast psykiateren Jon Cox som i 1987 utarbeidde EPDS-skjemaet. Han har bidrige mykje til å sette fokus på dette feltet. Her kan trekkast fram ei undersøking frå 2003 (Cox og Holden) som stadfestar risikoen mors barseldepresjon har for barnas psykiske helse seinare i livet. Cox (2012) gir honnør til norske Kari Glavin sitt bidrag til utviklinga av ein kommunemodel med ivaretaking av barselkvinners mentale helse gjennom systematisk bruk av EPDS til alle barselkvinner og tilbod om støttesamtalar med helsesøster ved milde til moderate teikn på barseldepresjon.

Boka *Identifying perinatal depression and anxiety* kom ut i september 2015. Redaktørane Jeanette Milgrom og Alan Gemmill har samla mykje av nyare forsking omkring temaet psykisk helse i samband med fødsel gjennom bidrag frå ei rekke fagpersonar som arbeider med temaet. I boka set dei screening inn i ei større ramme og stiller spørsmål om screening er ønskeleg utifrå eit sosioøkonomisk perspektiv, eit folkehelseperspektiv, eit familieperspektiv og eit barneperspektiv. Forordet opnar med setninga "To screen or not to screen, that is the question". Som nemnt i innleiinga er utviklinga av stadig nye screeningverktøy for å oppdage ulike teikn på sjukdom eller problem så tidleg som råd eit trekk ved samtidva vår. Forfattarane

svarer på dette spørsmålet med å hevde at det ikkje skulle vere meir vanskeleg eller omdiskutert å screene på barseldepresjon enn på andre sjukdomar som brystkreft eller høgt blodtrykk. Forfattarane diskuterer om EPDS-screening kan medføre risiko eller ubehag på nokon måte. Ulempene med screening kan vere at det opplevast ubehagelig å bli spurta om mental helse, faren for å bli stigmatisert, at screening kan medføre at ressursar blir brukta på friske i staden for sjuke og at screeningtesten kan bli misbrukt som eit diagnostisk verktøy. Jon Cox utvikla i si tid EPDS som ein screeningtest for å fange opp kvinner i risiko for å utvikle barseldepresjon, og ikkje for å diagnostisere barseldepresjon. Dei hevdar vidare at desse ulempene ved screeningprogrammet kan minimerast ved "maintaining a women-centered focus that remains sensitiv to the women's personal situation as well as her social and cultural context" (Milgrom og Gemmill 2015: 5). Dette kallar dei ei nonjudgemental eller ikkje-dømmande tilnærming. Dette svarar til det norske uttrykket empatisk lytting.

Som nemnt manglar det forsking på korleis barselkvinner i Norge opplever å bruke EPDS. Men internasjonalt er det derimot forska ein god del på dette med kvinnenes eigne erfaringar, eller kvinnenes *acceptability*, som er termen som brukast. Dette gjeld særlig i Australia og Storbritannia. I Australia har det vore ei stor, nasjonal satsing på psykisk helse i samband med svangerskap, fødsel og barseltid. I 2011 vart programmet "Beyondblue" sett ut i livet, med innføring av nasjonal screening av alle barselkvinner med EPDS og store, nasjonale helsekampanjar for å auke kunnskapen om og endre haldninga omkring psykisk helse. Den store interessa for temaet i samfunnet kan vere med på å forklare kvifor australske kvinner har så høg aksept for screening. Dette finn bl.a. Buist m.fl. (2006) i ei stor surveyundersøking. I Storbritannia finn ein den same tendensen i kvantitative studiar, bl.a. Gemmill m.fl. i 2006.

Sett under eit peikar funna mot at kvinner stort sett finn EPDS både akseptabelt og nyttig, men med nokre viktige unntak. I studiar der ein har knytta grad av *acceptability* opp mot EPDS-skåren, finn ein at grad av aksept fell med aukande EPDS-skåre, altså at kvinner som strevar psykisk opplever det mindre nyttig å gjennomføre EPDS. Forfattarane hevdar at dette kan knytast til at kvinnene ikkje har fått god nok feedback på testen eller tilbod om oppfølgingssamtalar (Milgrom og Gemmill 2015: 52). Bl.a. finn Shakespeare m.fl. (2003) i ein kvalitativ studie med intervju av 39 kvinner at berre halvparten av kvinnene var fornøgde med screeningtesten. Dei som var misfornøgde oppga som grunn at det føltes feil å gjennomføre

testen på eit kontor, det hadde vore betre å gjennomført testen i heimen. I Storbritannia er dei vant med *healthvisitors* som gir oppfølging i heimen, og er i mindre grad vant med å oppsøke helsestasjonskontoret når det gjeld spørsmål av psykisk karakter. I ein kvalitativ studie frå Australia (Armstrong og Small 2010) finn ein at forskjell i *acceptability* varierer med graden av *caring relationship* mellom kvinne og hjelparen (*health provider*), altså kvaliteten på relasjonen mellom brukar og hjelpar. Oppsummert kan det virke som ein får ulike resultat i kvantitative og kvalitative studiar, noko som er interessant med tanke på min studie, der eg kombinerer spørjeskjema og intervju.

Oversynsartikkelen *Screening for postnatal depression-is it acceptabel to women and healthcare professionals?- A systematic review and meta-synthesis* (Bradley m.fl. 2010) summerer opp nyare forsking omkring temaet *acceptability* gjennom eit systematisk litteratursøk. Her gjennomgår dei 16 ulike studiar omkring dette temaet. 11 av dei er kvalitative studiar og to av dei er større surveys. Hovudfunna her bekreftar det same som nemnt over, at langt dei fleste kvinner og helsepersonell finn metoden nyttig og akseptabel, men framhevar samstundes betydninga av korleis testen blir administrert. Det blir poengtatt at særlig det siste spørsmålet på EPDS-skjemaet, der kvinne blir spurta om ho har hatt tankar om å skade seg sjølv eller barnet, er diskutabelt. Dei kjem også inn på andre alternative metodar for kartlegging av barseldepresjon, bl. a. *Beck Depression Inventory*, men dette kjem eg ikkje vidare inn på i oppgåva då denne testen berre er brukt i spesialisthelsetenesta i Norge. Dei forholda som er av størst betyding for om kvinnene opplever testen som nyttig og akseptabel, er om det er gitt god nok informasjon i forkant, om testen blir gjennomført på kontoret eller i heimen, om det er dialog omkring temaet og ikkje minst om relasjonen mellom kvinne og helsearbeidaren er prega av tillit. Opplæring og veiledning av helsearbeidaren blir også trekt fram som viktig. Oppsummert seier dei at EPDS kan fungere som eit nyttig supplement til den faglige vurderinga og gir ei mulighet for å opne for samtale rundt temaet: "to open up a dialogue and discuss the mother's feelings, rather than a stand-alone pen-and-paper assesment" (Bradly m.fl. 2010: 342).

Langt dei fleste forfattarane eg har trekt fram til no, er positive til screening med EPDS. Det er langt mellom dei som har ei meir kritisk tilnærming. Artikkelen *Is the EPDS a magic wand?: "Myths" and the evidence base* (Elliot og Leverton 2000) er eit unntak. Dei to forfattarane er kritiske til den rådande holdninga om at EPDS er den einaste løysinga på korleis ein skal

kvalitetssikre arbeidet med psykisk helse på helsestasjonen. Dei åtvarer mot å betrakte EPDS som "a magic wand", ein magisk tryllestav. Dei er skeptiske til at dei evidensbaserte metodane kan stå i fare for å fortrenge to viktige kjelder til kunnskap, nemleg klinisk erfaring og brukarperspektivet. Dei framhevar at det er fare for ei instrumentell behandling dersom fagpersonen ikkje brukar sitt faglige skjønn, "the judgement of a trained professional", i møtet med kvinna.

Oppsummert viser forsking at:

- 10-15% av alle nybakte mødre får teikn på barseldepresjon i mindre eller større grad.
- Barseldepresjon er ein av dei best dokumenterte risikofaktorane for barn si psykologiske utvikling.
- EPDS har høg sensitivitet, men låg spesifisitet, den gangar altså opp for mange "falske positive".
- EPDS kan vere eit nyttig supplement til den faglige vurderinga, men bør ikkje brukast åleine men som eit utgangspunkt for samtale.
- Kvantitativ forsking viser større grad av aksept for EPDS-kartlegging enn kvalitative studiar.
- Relasjon og tillit påverkar grad av aksept.
- Det kan vere fare for instrumentell (eller objektiverande) behandling av barselkvinner dersom fagpersonen ikkje brukar faglig skjønn.

Er dette noko eg kjem til å finne att i min studie? Vil dei to ulike metodologiske tilnærmingane gi ulikt resultat? Kan det vere at nokre kvinner blir fanga opp som "falske positive" av testen, og at testen på den måten kan føre til ei sjukkeliggjering av normale psykiske reaksjonar? Har nokre kvinner opplevd instrumentell, eller objektiverande, behandling? Fungerer skjema som eit utgangspunkt for samtale, eller blir skjema ståande åleine? Med andre ord: Opnar eller lukkar EPDS-skjemaet for samtale?

Kapittel 4: Metode

I dette kapitlet vil det bli gjort greie for dei ulike komponentane i studien sitt forskingsdesign. Vitskapsteoretiske aspekt og eiga forforståing vil bli diskutert. Det blir lagt størst vekt på dei metodologiske vala som er tatt. Studien nyttar metodetriangulering eller mixed methods med både kvantitativ og kvalitativ metode i form av ei lita spørjeundersøking i forkant av sju semistrukturerte forskingsintervju. Etiske utfordringar vil bli løfta fram. Til slutt i kapitlet vil val av analysestrategiar og metodar for verifisering bli gjort greie for.

4.1 Forskingsdesign

Forskningsdesign skal gi ei skildring av dei ulike komponentane i ei undersøking, forklare korleis dei ulike komponentane heng saman og grunngi val av forskningsdesign i forhold til problemstillinga (Denscombe 2010). Kalleberg (1996) brukar termen forskingsopplegg heller enn forskningsdesign. Han seier forskingsopplegget er ein plan for korleis ein kan kome frå spørsmålet til svaret. Problemstillinga er altså "fyrlykta" ein skal styre etter. Kva slags design passar best for å svare på spørsmålet om EPDS opnar eller lukkar for samtale på helsestasjonen? Eit forskningsdesign består av fire område:

- Hensikt og føremål
- Strategi og metode
- Vitskapsteoretiske drøftingar
- Utfall

Hensikt og føremål: Det overordna føremålet med studien er å kome fram til kunnskap om korleis barselkvinner opplever å bruke EPDS som utgangspunkt for samtale. Denne kunnskapen kan bidra til fagutvikling på helsestasjonen. EPDS er, som beskrive innleiingsvis, eit evidensbasert karteggingsskjema som mange helsestasjonar har tatt i bruk. Forskinga viser at helsesøstrene er godt fornøgde med tiltaket, som dei opplever som ei kvalitetssikring av måten ein tek opp temaet psykisk helse på. Men kva som kan definerast som kvalitet vil nødvendigvis

variere avhengig av kven ein spør, fagpersonen eller brukarane. Kvalitet er eit subjektivt fenomen. Det manglar forsking på korleis dette opplevast av barselkvinnene sjølve. Mitt føremål er å prøve å fylle litt av dette tomromet. Brukarkunnskap er ein av dei tre kunnskapskjeldene som til saman utgjer evidensbasert kunnskap (sjå kap. 2.1). Men det er lett å oversjå brukarperspektivet når tilgangen til den forskingsbaserte kunnskapen er stor. Gjennom denne studien freistar eg å trekke brukarperspektivet inn i vurderingane rundt bruken av EPDS. Ei av forskinga sine roller er å gi stemme til ulike grupper som elles ikkje får kome til ordet. Denne kunnskapen kan vidare setjast inn i ei større ramme omkring bruken av kartleggingsskjema som utgangspunkt for samtale meir generelt. Bruken av denne type skjema vert som nemnt innleiingsvis nytta i mange deler av hjelpeapparatet, både i barnhagar, skule og barnevern for å nemne nokon.

Strategi og metode: "Opnar eller lukkar EPDS for samtale for barselkvinner på helsestasjonen?" er ei problemstilling som handlar om korleis barselkvinner opplever å bruke eit kartleggingsskjema i møtet med helsesøster. Når opplevingsdimensjonen står i fokus, er det nærliggande å velje kvalitativt forskingsintervju som metode. Kvalitativ forsking har oppleveling som grunnlag for forsking. Kvale og Brinkmann (2015: 42) definerer det kvalitative forskingsintervju som "et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkinger av de beskrevne fenomenene". Altså korleis personar opplever eit fenomen. Forskingsintervjuet gir forskaren ein tilgang til intervupersonane si livsverd. Dermed kan forskaren gå i djupna på fenomenet. Kvifor ikkje berre velje intervju da? Intervju er tidkrevjande, og jo fleire intervju, jo større og meir uoversiktlig blir intervjematerialet. Eit masterarbeid gir ikkje rom for meir enn eit begrensa tal intervju. Men svaret handlar ikkje berre om tidsøkonomi. Spørjeskjema kan, som eg kjem attende til, vere meir "ufarlig" enn den ansikt-til-ansikt situasjonen som eit intervju medfører. Dette gjeld særlig når ein forskar på eigen arbeidsplass og derfor har ei dobbeltrolle, slik tilfellet er for meg. Spørjeskjema opnar for andre typar svar og dermed ein annan type kunnskap. Spørjeskjema gir også tilgang til eit større og anna utval enn "berre" dei som takkar ja til intervju. Dermed kan ein få fram også bredda på fenomenet. Ei spørjeundersøking avgrensar kor djupt i temaet ein kan gå, men gir meir oversiktelig informasjon frå mange informantar. Den kan altså gi eit oversyn over fenomenet. Alle forskingsdesign har sine begrensningar, og begge dei to

metodologiske tilnærmingane har både styrker og ulemper. Kven av dei er best eigna til å svare på problemstillinga? Eg vel å bruke begge to.

Vitskapsteoretiske aspekt: Kvantitative og kvalitative metodar bygger på to ulike vitskapsteoretiske logikkar eller paradigmer. Ved å nytte begge metodane i den same studien er det ekstra viktig å vere klar over dei grunnleggande føresetnadane for dei to ulike tilnærmingane. Dette vil bli drøfta meir inngående seinare i kapitlet.

Utfall: Utfall er nært knytt til føremålet med studien. Utfall handlar om sluttproduktet av forskinga, for eksempel utvikling av ny kunnskap og praktisk nytte. Eg ønskjer at resultatet av studien skal formidlast til mine kollegaer på dei helsestasjonane i området som har tatt i bruk EPDS som ein del av "Tidlig inn"- prosjektet. Eg ser også føre meg å skrive ein fagartikkel til fagtidsskrift for sjukepleiarar og helsesøstre. Ein viktig del av analysen vil vere å gi innspel til refleksjon over praksis. Målet er ikkje å kome fram til klare svar eller konkrete råd, men å gi eit kunnskapsgrunnlag for vurdering av om EPDS *bør* brukast, og i så fall *korleis* det *bør* brukast. Altså innspel til fagutvikling på helsestasjonen. I følgje Sigmund Grønmo (2004: 11) har samfunnsvitskapen tre ulike hovudoppgåver: den analytiske for å få auka forståing for eit fenomen, den kritiske gjennom vurdering av normative og etiske sider, og den konstruktive ved å peike på moglege konsekvensar for praksis. Min studie kan vel seiast å ha med aspekt av alle desse tre målsettingane, men der det konstruktive aspektet står sterkt. For å kunne kome fram til forslag om endringar i praksis, er det naudsynt med analytisk forståing og etiske vurderingar.

4.2 Vitskapsteoretiske betraktnigar

Ulike design bygger på ulike vitskapsteoretiske paradigme eller "logikkar": ulike syn på korleis verda er (ontologi) og korleis vi kan få kunnskap om denne verda (epistemologi). Ulike vitskapsteoretiske syn gir føringar for kva samfunnsforsking skal, kan og bør handle om og gjer det mogleg å nærme seg den sosiale verda ut frå ulike perspektiv. Hovudskiljet går mellom positivisme og konstruktivism (Denscombe 2010). Ved å velje metodetriangulering vil studien

altså bygge på begge desse to ulike logikkane, men som eg vil freiste å gjere greie for, så kan det vere ein styrke heller enn ei ulempe.

Ontologien forsøker å svare på spørsmålet om korleis verda ser ut. Positivismen svarer at verda, i alle fall den delen av verda som er verdt å undersøke med vitskaplege metodar, er det som er positivt gitt, det ein kan sanse, det vi kan måle og telle. Kunnskap om verda får ein ved å kome fram til lovmessige samanhengar. For å kome fram til sann kunnskap må ein ta i bruk kvantitative metodar med deduktive strategiar, der ein går frå teori til empiri og funna blir presentert i form av tal. Målet for forskinga er å forklare. Innan positivismen er forskaridealet den nøytrale og objektive forskaren.

Det motsette vitskapsteoretiske perspektivet er konstruktivisme. Korleis ser verda ut? Konstruktivistane svarar at det finst inga objektiv sosial virkelighet, berre ulike forståingar av virkeligheta. Alle konstruerer si forståing av den sosiale verda. Verda kan berre la seg undersøke ved at forskaren set seg inn i korleis menneska fortolkar og gir mening til ulike sosiale fenomen. Målet med forsking er å få auka innsikt i og kunnskap om korleis individ og grupper opplever og gir mening til sosiale fenomen. Dette inneber ein rekonstruksjon. Forskaren skal rekonstruere noko som allereie er konstruert av deltakarane. Giddens (i Kvale og Brinkmann 2015: 347) brukar omgrepet dobbel-hermeneutikk om dette. Innanfor det konstruktivistiske forskingsperspektivet er ein ute etter ideografisk kunnskap i motsetnad til nomotetisk kunnskap. Ideografisk kunnskap er viten om det som er særeige for individet, nomotetisk tyder generell kunnskap. Innan det konstruktivistiske perspektivet er målet med forsking å beskrive og forstå snarare enn å forklare. Dette let seg best gjere ved å nytte kvalitative metodar med induktive strategiar der ein går frå empiri til teori og funna blir presentert som tekst. Forholdet mellom forskar og undersøkingsobjekt er prega av nærleik og objektivitet er umogleg. Forskaren vil alltid vere styrt av si eiga forforståing, sine verdiar og si interesse.

Denscombe (2010) viser også ei tredje retning, kritisk realisme. Kritisk realisme er ein slags vitskapsteoretisk mellomposisjon, ei meir moderat utgåve av positivismen som nærmar seg konstruktivisme. Kritisk realisme seier at det finst ei objektiv virkelighet, men at denne berre delvis er til å forstå. Ein skil mellom tre nivå eller domener i virkeligheta: den empiriske, det vi

kan erfare gjennom sansane, den faktiske, dei faktiske hendingane som skjer, og den reelle. Den reelle virkeligheita består av reelle strukturar, mekansimar og krefter som eksisterer, men som ikkje nødvendigvis kan bli oppdaga og avdekte. Dette opnar for mange ulike tilnærmingar til virkeligheita og mange ulike forståings og forklaringsmekanismar. Kritisk empiristane hevdar at vi ikkje kan finne lovmessige samanhengar innan samfunnsvitskapen, men vi kan seie noko om sannsyn og sosiale mekanismar. Men all kunnskap om den sosiale verda har begrensa gyldigheit, relatert til kontekst i tid og rom. Innan kritisk realistisk forskingsperspektiv kan ein nytte både kvalitative og kvantitative metodar eller metodetriangulering. Innan denne retninga er ein, til liks med positivistisk forskingsperspektiv, opptatt av empirisk testing av årsakssamanhangar for å utforske gyldigheitsområdet for ein teori. Forskinga bør ta utgangspunkt i fasifisering av hypotesar. Jo fleire falsifiseringsforsøk ein teori overlever, jo sterkare står den. På denne måten skjer det ein kunnskapsoppbygging. Kunnskap er ikkje-falsifiserte hypotesar som er sannsynlige, men ikkje sikre sosiale lover, innan eit avgrensa gyldigheitsområde eller kontekst.

Innan den konstruktivistiske retninga finn ein hermeneutikk og fenomenologi. Hermeneutikk tyder fortolkingslære og er mykje brukt innan dokumentanalyse. Hermeneutikken vart først utvikla av Diltey og Schleiermacher, og vidareutvikla av Gadamer med sine omgrep forståelse, forforståelse og forståelseshorisont. Desse omgrepa handlar om våre samla oppfattningar av verda, som pregar korleis vi tolkar og forstår oss sjølve, andre og det som skjer. Å anvende ei hermeneutisk tilnærming i analysen inneber at ein leitar etter eit djupare meiningsinnhold enn det umiddelbare (Fosseland og Thorsen 2010). Ein tenkjer seg ikkje at det finst ein eigentleg eller ekte sanning, men at tekstar kan lesast og tolkast på mange ulike måtar.

Fortolkingspluralisme blir sett på som ein styrke ved forsking, og ikkje, som positivistane ville ha sagt, noko uvitskapleg. For å kome fram til ulike fortolkingar, nyttar forskaren den hermenutiske sirkel, eller rettare sagt spiral. Dette inneber ein stadig runddans mellom empiri, metode og teori, der målet er å kome fram til nye lag av tolking. Altså ein bevegelse mellom delar og heilskap. Delar blir tolka i lys av heilskapen, og heilskapen blir tolka i lys av dei ulike delane. Målet er å kome fram til ulike lag av meinig. Ei hermeneutisk tilnærming i analysen gir grunnlag for tolking på fleire lag. Dette beskriv Katrine Fangen (2010) som førstegrads-, andregrads- og tredjegrads fortolking. Dette vil bli beskrive meir inngåande til slutt i kapitlet.

Den moderne fenomenologien vart grunnlagt av Edmund Husserl. Fenomenologien har som mål å forstå sosiale fenomen ut frå aktørane sine eigne perspektiv, fenomena slik dei opplevast av dei einskilde (Kvale og Brinkmann 2012: 45). Ei fenomenologisk tilnærming inneber ei søking etter fenomena slik dei opplevast av individet. Med utgangspunkt i den subjektive opplevinga søker ein å forstå meiningsdimensjonen i menneskeleg erfaring. Fenomenologisk analyse vektlegg den opplevde erfaring, dagligspråket og korleis individ forstår og tenker om verda. Grounded theory er utvikla av Glaser og Strauss med utgangspunkt i fenomenologien. Fenomenologi og hermeneutikk går over i kvarandre, i det begge retningane er opptekne av forståelse heller enn forklaring. Men dei skil seg likevel på eit viktig punkt. Fenomenologien bygger på eit ontologisk syn at det finst ein eigentlig eller ekte sannheit, nemleg verda slik folk oppfattar den, medan hermeneutikken legg til grunn at det finst mange ulike tolkingar eller "sanningar".

Min studie er verken reint positivistisk eller reint konstruktivistisk, men legg seg heller opp mot midten. Det tyder likevel ikkje at det er eit forskingsdesign innan det kritisk realistiske perspektivet, sjølv om dette er ein slags mellomposisjon. Eg er verken ute etter å finne sannsynlige årsaksforklarings eller freistar å falsifisere ein hypotese. At studien er noko midt i mellom handlar heller om ei meir pragmatisk tilnærming. Pragmatisk tyder i denne samanhengen at val av metodologisk tilnærming vert styrt av kva forskaren er interessert i å vite noko om, snarare enn å vere tru mot ein bestemt metode eller vitskapsteoretisk forankring. Forskingsprosessen startar med val av problemstilling og ikkje val av metode. Ein pragmatisk vitskapsteoretisk ståstad opnar for metodetriangulering (Denscombe 2010). Dette inneber ikkje at ein ser vekk frå dei to motsette vitskapsteoretiske føringane, men at ein vel metodetriangulering fordi dette gir den beste moglegheita for å svare på problemstillinga. Både den hermeneutiske og den fenomenologiske tilnærminga står sterkt i studien. Studien handlar om menneskeleg erfaring i sin naturlige kontekst: korleis barselkvinner erfarer, opplever og gir mening til eit fenomen. Analysen baserer seg som nemnt tidligare på Katrine Fangen sin hermeneutiske tilnærming.

Aktuelle vitskapsteoretisk spørsmål i denne studien kan vere: Er det mogleg å fange ei oppleving gjennom eit spørjeskjema? Dette er også ei av forskingsspørsmåla mine. Kan ein få tak i kvalitative data gjennom eit spørjeskjema? Kan tal formidle mening, eller er det berre

forskaren si forforståing som kjem fram? Kan ein i det heile tatt vite noko om "korleis verda ser ut" for den einskilde? All kunnskap om verda blir til i ein gitt kontekst: historisk, kulturelt og geografisk. I vitskapleg kunnskapssøking har svara vorte sett på som det viktigaste, men spørsmåla som blir stilt er kanskje vel så viktige. Forsking handlar i stor grad om å kunne stille fruktbare spørsmål, både i den overordna problemformuleringa, i forskingsspørsmåla, i spørjeskjemaet og i intervjuguiden. Det er spørsmåla som styrer kva svar ein får!

I kapittel 3.3 vart Hans Skjervheim sine omgrep subjektivering og objektivering gjort greie for. Skjervheim er ein av dei som har hatt stor innverknad på den vitskapsteoretiske debatten i Norge. Han stiller seg avvisande til det positivistiske forskaridealet om den objektive og nøytrale forskaren. I essayet "Deltakar og tilskodar" (1996) tek han til ordet for at forskaren ikkje kan betrakte den sosiale verda utanfrå, men må leve seg inn i korleis forskingsobjekta opplever fenomena. Forskaren kan ikkje stille seg utanfor samfunnet som han er ein del av. Å vere deltakar inneber nærleik til temaet og til dei som deltek i studien, ved å delta som subjekt i samtalens og late seg engasjera av det den andre fortel. Men samstundes er Skjervheim oppteken av at det er naudsynt både med nærleik og avstand, tittelen hans er deltakar *og* tilskodar, ikkje deltakar *eller* tilskodar. Det må vere balanse mellom deltaking og analytisk distanse (Skjervheim 1996). Eg tenker at ved å vere helsesøster har eg nærleik nok til temaet til å kunne engasjere meg i det kvinnene fortel, samstundes som forskarrolla gir teoretiske og metodiske verktøy som gjer analytisk distanse mogleg.

4.3 Refleksjon over eiga referanseramme

Det positivistiske forskaridealet om den objektive og nøytrale forskaren er, som Skjervheim framhevar, ikkje berre utopisk, men kanskje heller ikkje ønskelig. Forskaren vil alltid møte forskingsfeltet subjektivt, prega av forforståing og teoretisk referanseramme. Forforståing er den bakgrunnskunnskapen, holdningane og tankane ein har omkring eit fenomen på førehand (Malterud 2011: 40). Forforståing utgjer dei brillene vi ser verda med. Forforståinga er prega av tidligare kunnskap og erfaring. Referanseramma påverkar både kva ein ser etter og korleis ein tolkar det ein ser, altså både val av tema, problemstilling, teori, metode og analyse. Det er nødvendig å reflektere over denne referanseramma slik at den ikkje blir for styrande for

forskinga. Det er ikkje mogleg å legge den heilt til sides, men ein kan freiste å setje den "midlertidig i parentes, som Malterud uttrykker det. I dette arbeidet er eg først og fremst forskar, men kva konsekvensar har det å vere helsesøster i tillegg?

Det å vere ein del av den medisinske verda er med på å forme måten vi ser verda på. Malterud (2011:132) kallar dette "medisinske briller". Eg har jobba som helsesøster i 15 år. Eg har sett at det har vore store skilnader i måten psykisk helse har blitt tematisert på. For meg innebar det ei kvalitetssikring av arbeidet at EPDS vart innført. Det sikra at alle fekk det same tilbodet og eg erfarte at det fungerte godt som "døropnar" til å snakke om temaet. Det var ikkje i mine tankar at det kunne ha nokre negative sider. EPDS er eit evidensbasert verktøy, og i mine øyre var det likskapsteikn mellom evidensbasert og kvalitet. Men om lag samstundes som vi tok i bruk dette nye tiltaket på helsestasjonen, starta eg på masterstudiet "Meistring og myndiggjering". Studiet har forma nokre nye "briller" som eg ser verda gjennom. Gjennom studiet har eg i aukande grad vorte meir bevisst også uheldige konsekvensar av å bruke evidensbaserte og standardiserte metodar. Og eg har stilt med spørsmål som: Korleis påverkar tilgangen til evidensbaserte metodar det faglige skjønnet og den individuelle tilnærminga? Kven er EPDS bra for? Oss helsesøstre, slik at vi kan krysse av på "no har vi gjort vårt", eller for dei det faktisk gjeld? Eg må altså innsjå at eg har eit ambivalent forhold til evidensbasert praksis generelt og EPDS spesielt. Denne studien vil derfor bli ei interessant reise inn i forskingsverda, men også ei reise i eige verdigrunnlag, der eg er usikker på kor eg vil lande når studien er ferdig. Kanskje er det på tide å korrigere brillene?

4.4 Metodetriangulering

Metode tyder vegen til målet. Det er vanlig å skilje strikt mellom kvantitative og kvalitative metodar. Kvantitativ tilnærming eignar seg når ein er ute etter å skildre omfang og hyppigkeit av eit fenomen, medan kvalitativ tilnærming eignar seg når ein ønsker nyanserte skildringar av korleis menneske forstår og fortolkar ein situasjon, når opplevings og meiningsdimensjonen er sentral. I dag er det semje om at ein treng både kvantitative og kvalitative metodar innan samfunnsvitskapen. Begge metodane tilbyr ulike metodologiske tilnærmingar. Eg ønsker med min studie å få fram både bredde og djupne i forhold til det fenomenet eg studerer, og val av

metode vart derfor å kombinere både kvantitativ og kvalitativ metode gjennom ei lita spørjeundersøking i forkant av kvalitative forskingsintervju. Sjølv om det er store skilnader mellom dei to metodologiske tilnærmingane, nærmar dei seg kvarandre i min studie. Begge tilnærmingane handlar om det same temaet og søker å svare på den same problemstillinga og dei same forskingsspørsmåla. Det er likevel viktig å vere klar over dei grunnleggande skilnadene.

Kvale og Brinkmann (2015) brukar "gruvearbeidermetaforen" for å illustrere den vitskapsteoretiske skilnaden mellom det positivistiske kunnskapssynet og det konstruktivistiske kunnskapssynet. Dei drøftar dette i samband med intervju, men eg tenker at dette også kan gjelde andre datainnsamlingsmetodar. I følgje gruvearbeidermetaforen "forstås kunnskap som skjult metall, og intervjueren er en gruvearbeider som henter det verdifulle metallet opp i dagen. Intervjupersonen har i sitt indre en kunnskap som venter på å bli avdekket, ubesudlet av gruvearbeideren" (Kvale og Brinkmann 20015:71) Dette svarar til den positivististiske eller realistiske oppfatninga, men også til dels den fenomenologiske oppfattninga. Den motsette posisjonen svarar til eit konstruktivistisk kunnskapssyn, der ein ser på kunnskap som konstruert. Her opptrer forskaren derimot som ein oppdagelsesreisande, som reiser til framande stader for å oppdage det nye og ukjende ved å kome nært inn på dei ho studerer. Gjennom samtale påverkar spørsmål og svar kvarandre. Den kunnskapen som kjem fram verken "ekte" eller "ubesudla", den er verken objektiv eller subjektiv, men intersubjektiv, skapt i interaksjonen eller samspelet mellom forskar og informant. Det er lett(are) å forstå at intervjukunnskap er skapt. I intervjustituasjonen er det direkte interaksjon mellom forskar og informant. Men heller ikkje ei spørjeundersøking, i alle fall slik mi spørjeundersøking er utforma, får vel fram ekte eller ubesudla kunnskap? Det er lett å tenke at kvantitativ metode som spørjeskjema bygger på eit positivistisk syn om at kunnskap er gitt og ikkje skapt. Men eg tenker at kunnskapen, om enn ikkje i like stor grad, også blir konstruert i spørjeundersøkingar gjennom kva påstandar eller spørsmål forskaren vel å ha med, sjølv om det ikkje er direkte intersubjektivitet slik som i intervjuet. Intervju som metode står slik i ei særstilling.

Intervju gir nærleik, spørjeundersøking gir avstand mellom forskar og informant. Verken forskar eller informant kan oppkläre mistydingar undervegs. I kvantitative studiar er derfor måleinstrumentet, altså sjølve spørjeskjemaet, det viktigaste leddet. I kvalitative studiar er

forskaren sjølv det viktigaste leddet. Det handlar om både personleg stil, fagkunnskapar og evne til kommunikasjon. Intervju og spørjeskjema skil seg også på andre måtar. Ein skilnad er kor open for nye innspel og overraskande informasjon forskaren kan vere undervegs i datainnsamlinga (Grønmo 2010: 131). Eit spørjeskjema som først er sendt ut, kan ikkje endrast. Ein intervjuguide derimot, kan tilpassast undervegs etter som forskaren gjer seg erfaringar i forhold til kva slag spørsmål som fungerer best og som gir den mest interessante kunnskapen. Medan kvalitative studiar kan vere fleksible, er kvantitative studiar strukturerte.

Kvantitative og kvalitative metodar kan kombinerast på ulike måtar. Eg nyttar først spørjeskjema og deretter intervju. Kvalitativ tilnærming i etterkant av ei spørjeundersøking er eigna "når vi vil vite mer om hva tallene betyr" (Malterud 2011: 31), altså når ein vil sjekke om funna frå ei spørjeundersøking er relevante for dei det gjeld. Grønmo (2004: 211) framhevar at ei kvalitativ undersøking, som oppfølging av ein kvantitativ studie, gir rom for å forstå dei generelle resultata frå ei spørjeundersøking og samstundes vurdere kva for sider av eit fenomen ein ønskjer å belyse meir inngåande gjennom kvalitative intervju. Ein styrke med å nytte to ulike metodar er den fleksibiliteten det gir i forhold til å kunne utforme intervjuguide i etterkant av spørjeundersøkinga. Dette gjeld også for min studie. I spørjeundersøkinga kom det fram eit noko uventa i forhold til det å svare ærlig på spørsmåla i EPDS. Dette kunne eg utforske nærmare i intervjuundersøkinga. Spørjeundersøking gav også rom for å kome i kontakt med moglege deltakrar til intervju. Det siste spørsmålet i spørjeundersøkinga er: "Er du villig til å bli kontakta for eit intervju omkring dette temaet?". På den måten fekk eg tak i informantar som var motiverte for å delta, og som kanskje hadde ei spesiell historie å fortelje, som hadde "noko på hjartet". Utan denne moglegheita hadde kanskje intervjupersonane vorte rekruttert ved ein type loddtrekking ut frå lista over alle som hadde født born i kommunen i 2015. Eg tenker at eg då kanskje hadde fått mange i kategorien "heilt greitt", som ikkje hadde særlige oppfatningar omkring temaet, og dermed hadde intervjamaterialet kanskje vorte magrare og ikkje gitt så mykje kunnskap.

Spørjeundersøkinga i forkant av intervjeta fungerte også som ei slag førebuing til intervjeta ved at deltakarane måtte ta stillinga til ein del påstandar omkring temaet. Resultata frå spørjeundersøkinga gav eit oversyn over situasjonen. Dermed kan ein seie at

spørjeundersøkinga også fungerte som ei pilotundersøking i forkant av ein kvalitativ hovudstudie, ved å kartlegge feltet og skape oversikt over fenomenet. Det er dei sju intervjugersonane som er mine hovudinformantar, men samstundes gir spørjeundersøkinga rom for å vurdere om funna frå intervjeta også kan gjelde for eit større utval.

Metodetriangulering kan også gå motsette vegen, med intervju først og deretter spørjeskjema. Dette kan vere aktuelt når ein ikkje har forkunnskapar om feltet ein skal studere. "Vi må kjenne det fenomenet vi skal studere, godt nok til å kunne gi en meningsfylt og entydig definisjon og operasjonalisering av de variablene vi vil bruke" (Malterud 2011: 29). Fordi eg er såpass tett på feltet, tenker eg at eg kan seie noko om dette på førehand. Ved å gjere spørjeundersøkinga først tek eg sjansen på at spørsmåla mine i spørjeskjemaet "treffer" rett. Risikoen er at det kan kome fram forhold i intervjeta som eg ikkje har tenkt på å spørje om i spørjeskjemaet, og som eg difor ikkje får moglegheit til å sjekke ut om kan gjelde for fleire.

Metodetriangulering er eit kontroversielt tema. Både Malterud og Grønmo er altså positive til metodetriangulering og meiner dei to metodane kan utfylle kvarandre. Aase og Fossåskaret (2007: 91) derimot åtvarar mot metodetriangulering fordi dei to bygger på to ulike logikkar. Dei hevdar at ved å kombinere dei to logikkane står ein i fare for å få "metodehybridar" som undergrev dei vesensforskjellane som er innebygd i dei to ulike metodane. Kvale og Brinkmann (2015: 153) åtvarer mot at blanda metodar lett kan ende opp med å bli samanblanda metodar.

Som nemnt i kapitlet om forskingsfronten har internasjonale studiar vist ein forskjell mellom kvantitative og kvalitative studiar. Kvinnene har uttrykt større grad av aksept i spørjeundersøkingar enn i intervju. Det blir interessant å sjå om dette også vil vise seg i min studie.

4.5 Spørjeundersøkinga: Utval og utforming av spørjeskjema

Spørjeundersøkinga vart gjennomført i januar 2015. Aktuelle deltakarar til spørjeundersøkinga er alle kvinner som har født barn i kommunen i løpet av 2015 og som har fått tilbod om EPDS. Dette tilbodet vert ikkje gitt til kvinner som ikkje beherskar godt norsk eller til dei som allereie er under oppfølging innan psykisk helsevern, sidan EPDS først og fremst skal kartlegge risiko

for barseldepresjon. Berre ei kvinne har i løpet av 2015 takka nei til EPDS. Dette i seg sjølv er eit interessant funn. Tyder det på at kvinnene ikkje opplever det som eit reelt val å takke nei? Eg har gjennom arbeidet som helsestørster tilgang til oversynet over desse kvinnene. Det var 85 kvinner som fødde born i 2015. Av desse var 15 framandspråklige, seks kvinner hadde kjent oppfølging av psykiske vanskar og ei kvinne takka nei til tilbodet om EPDS. Dermed sit eg igjen med 63 aktuelle kvinner.

Leiar ved helsestasjonen sendte ut eit informasjonsskriv til desse med oppmoding om å delta i undersøkinga og samstundes registrere e-postadressa si slik at spørjeskjemaet kunne sendast ut gjennom questback. Leiar brukte også facebook for å skape blest om studien. Leiinga ved helsestasjonen ser positivt på denne studien og moglegheita det gir for evaluering av eit nytt tiltak og vidare fagutvikling. EPDS vart innført hausten 2014. Helsestasjonen var altså framleis i innkjøringsfasen når deltakarane gjennomførte EPDS. Helsestørstene som jobbar med dette, inkludert underteikna, var spente på korleis det nye tiltaket kom til å fungere i praksis. Det var viktig å ha støtte frå leiar og kollegaer når prosjektet skulle gjennomførast. Av dei 63 kvinnene var det 52 som registrerte e-postadressa si. Det vart sendt tre purringar på e-post om å delta i undersøkinga. Til slutt var det 30 kvinner som svarte. Dette gir eit lite utval (N=30), men ein høg svarprosent (58%).

Alle spørjeundersøkingar har fråfall. Dette fråfallet kan vere systematisk eller tilfeldig. Ved systematisk fråfall kan utvalet bli skeivt og det er derfor viktig å gjere ei fråfallsanalyse. Dette er særlig viktig viss ein er ute etter å finne årsakssamanhangar mellom ulike uavhengige og avhengige variablar. Dette er ikkje tema i mi analyse, og eg har heller ikkje grunnlag i materialet for å seie noko om kven desse 22 kvinnene som ikkje svarte på spørjeundersøkinga er. Det viste seg i ettertid at eposten med questback-linken hamna i søppelboksa hos nokre av kvinnene, dette kan vere ein av årsakene til at nokre av kvinnene ikkje svarte på undersøkinga.

Utvalskriteria kan oppsummerast slik:

- Kvinne som har født barn i kommunen i løpet av 2015
- Norsktalande
- Ikke kjent oppfølging av psykiske vanskar
- Gjennomført EPDS på 6-vekers konsultasjonen

Spørjeskjemaundersøkingar startar med informasjonsskrivet (vedlegg 2). Dette inneholder opplysningar om hensikta med studien, kva det inneber å delta, at det er frivillig deltaking, handsaming av opplysningane og korleis konfidensialiteten blir ivaretatt. Informasjonsskrivet skal også skape motivasjon for å delta. I informasjonsskrivet legg eg vekt på å forklare at dette er eit studentarbeid, men løftar og fram at dette skal bidra til fagutvikling på helsestasjonen. Eg tenker dette er noko av grunnen til at eg fekk ein såpass høg svarprosent. Kvinnene som deltok følte kanskje at dei hadde eit eigarforhold til temaet for studien, og vart kanskje motiverte av å kunne bidra til fagutvikling på sin helsestasjon.

Spørjeskjemaet startar med nokre bakgrunnsspørsmål for å få ei oversikt over gruppa av respondentar. Det vart spurt etter alder, om kvinnene har fleire born og kor lenge det er sidan dei var på 6-vekers konsultasjonen. Kor lenge det er sidan dei opplevde det som det blir spurt om i undersøkinga seier noko om kor godt dei kan huske det som skjedde. Deltakarane vart minna på den situasjonen dei var i på 6-vekers konsultasjonen, og dei ti spørsmåla i EPDS-skjema vart presentert. Om kvinnene er førstegongs- eller fleirgongsfødande seier noko om kor vant dei er med sjølve helsestasjonskonteksten og kva det er vanlig å ta opp på helsestasjonen. Dette gir ein mjuk start på skjemaet.

Utforminga av spørjeskjemaet er organisert i fire tema som svarar til kvart sitt forskingsspørsmål. Først skal kvinnene ta stilling til eit påstandsbatteri omkring kvart tema. Det er seks svaralternativ: heilt einig, einig, både-og, ueinig, heilt ueinig og veit ikkje/ har inga mening. Det er ei viss fare for at mange vel veit ikkje-alternativet, derfor er det satt til slutt. Men det er betre at respondentane har moglegheita til å svare veit ikkje heller enn å bli tvinga til å ta eit, kanskje meir eller mindre tilfeldig, standpunkt (Haraldsen 1999). Eg har valt å veksle mellom positivt og negativt ladde påstandar. Dette sikrar at respondentane faktisk må lese påstandane kvar for seg, og ikkje berre krysse av på det same alternativet kvar gang.

Etter kvart påstandsbatteri kjem eit oppsummeringsspørsmål av typen "Sett under eitt, kor fornøgd er du med å bruke skjema som utgangspunkt for samtale?" Her kan kvinnene velje mellom fem svaralternativ uttrykt som smilefjes. Til slutt kjem eit ope spørsmål der kvinnene får anledning til å kome med kommentarar eller synspunkt. Vanlegvis i slike spørjeskjema er det heller få som tek seg bryderiet med å skrive noko på dei opne spørsmåla, og det er heller

ikkje tilfeldig kven som skriv og kven som lar vere. Det var overraskande mange som svarte på dei opne spørsmåla, her fekk eg mykje relevant informasjon til bruk i analysen.

Det første temaet er sjølve EPDS-skjemaet. Det skal svare på forskingsspørsmålet: "Kan ein fange ei oppleveling gjennom eit spørjeskjema?" Påstandane dei skulle ta stillinga til handla blant anna om dei opplevde utfyllinga som eit val, om skjemaet bidrog til refleksjon, om det var nyttig, om dei svarte ærlig eller om dei opplevde det som kontroll.

Det andre forskingsspørsmålet er " Kva erfaringar har barselkvinner med å bruke EPDS som utgangspunkt for samtale?" Dette handlar om koplinga mellom skjema og samtale, om det å ha eit skriftlig utgangspunkt for samtale. Påstandane som respondenten skulle ta stilling til her handlar om skjemaet var eit godt utgangspunkt eller om skjemaet tok fokus vekk frå det dei ville snakke om, om det hadde vore betre å samtale utan skjema eller om skjemaet opna opp for relevante tema.

Det tredje forskingsspørsmålet er "Bidreg samtalen med helsesøster til subjektivering eller objektivering av barselkvinnene?" Klarer ho å relatere spørsmåla i skjemaet til kvinnene sin situasjon, til kvinnene si livsverd? Her skulle kvinnene ta stilling til om dei opplevde seg sett, hørt og forstått, om samtalen var tilpassa deira situasjon, om samtalen gjorde det lettare å takle kvardagen med nyfødd baby eller om dei følte seg krenka eller opplevde det ubehagelig.

Det fjerde temaet handlar om relasjonen mellom helsesøster og barselvinne. Forskingsspørsmålet er: "Er det naturlig for barselkvinnene å samtale omkring eiga psykisk helse på helsestasjonen?" Her skulle kvinnene ta stilling til om dei har tillit til helsesøster, om helsesøster lyttar til dine problem og forstår din situasjon og om helsestasjonen er ein naturlig arena for å ta opp forhold som har med mors psykiske helse å gjøre. Dette er eit tema som nokre kanskje tenker høyrer privatlivet til, og at slike tema er betre å ta opp med for eksempel fastlegen. Det er ikkje einighet omkring det er helsesøster eller fastlege som skal gjennomføre EPDS (Eberhard-Gran og Sløssing 2014).

Å fylle ut eit spørjeskjema blir gjerne sett på som ein kunstig situasjon. "Men det er ikke riktig, som mange synes å tro, at resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene dermed blir mindre

sanne enn om vi hadde slått av en prat med et utvalg personer. Vi lyver like mye til hverdags som fest, og i mange tilfeller har vi lettere for å betro oss i en spørreundersøkelse" (Haraldsen 1999: 123). Dette gjeld kanskje særlig når temaet er sensitivt på ein eller annan måte. Anonymiteten i spørjeskjema kan gi anledning til å tørre å svare svare ærlig(are) på for eksempel kor fornøgd ein er med eit tilbod. I eit intervju, ansikt til ansikt, må ein meir forsvare eller forklare synspunkta sine, særlig viss dei er av negativ karakter. Dette kan vere ekstra vanskelig når forskaren attpåtil er ein representant for den verksemda det blir spurt om. Dette er enda ein grunn til at ein kombinasjon av både spørjeskjema og intervju kan vere nyttig.

4.6 Intervjuundersøkinga : Utval, intervjuguide, gjennomføring

Det vart gjennomført sju individuelle intervju i mai og juni 2015. Fire av intervjeta fann stad på helsestasjonen, to i heimen til kvinnen og eit på arbeidsplassen til ei av kvinnene. Deltakarane fekk sjølv velje kva som passa best for dei. Eg opplevde ikkje at staden intervjeta fann stad påverka det som kom fram i intervjeta, heller ikkje om barnet var til stades eller ikkje. Intervjeta vart tatt opp på mobil, eg opplevde heller ikkje at dette forstyrra eller hemma kvinnene på nokon måte. Varigheita på intervjeta varierte mellom 17 og 33 minutt i tillegg til innleiing og avslutting. Dette er korte intervju i forhold til det som er vanlig innan kvalitative forskingsintervju. Betyr det at eg som forskar ikkje har stilt gode nok eller mange nok spørsmål, at eg ikkje har grave djupt nok? Eg tenker at det heller har med at temaet eller fenomenet er såpass lite og konkret. Det er ikkje slik at det kjem fram dobbelt så mykje kunnskap i det lengste som i det kortaste intervjuet. Lengda handlar nok meir om personlig formidlingsstil og tempo.

Utvalet til dei kvalitative intervjeta baserer seg på "sjølvseleksjon". Til slutt i spørjeskjemaet vert deltakarane spurt om dei kunne tenke seg å bli kontakta for eit intervju omkring same tema. Ti svarte ja. Av desse ti går tre til meg som helsesøster, og av både forskingsmessige og etiske omsyn vel eg vekk desse. Dei ville neppe tutt å fortelje om opplevelinga si i samtalens med meg viss denne var av negativ karakter. Dermed sat eg att med sju intervjudeltakarar. Dette utvalet er altså verken representativt eller tilfeldig. Utval har betydning for vurderingar kring overførbarheita av kunnskapen. Dette kjem eg attende til i kapittel 6.6 om ekstern gyldigheit. Men uansett, historiene som blir fortalt representerer ikkje det typiske eller det

gjennomsnittlege, men det unike og spesielle, og bidreg med eksempel på korleis det kan opplevast. "Informasjonsrikdom er et mer adekvat kriterium for et godt utvalg enn representativitet" seier Malterud (2011: 56). I kvalitativ forsking er ein like interessert i motsetnadar og paradoks som i det typiske og eintydige. Dei sju kvinnene har ein gjennomsnittsalder på vel 30 år og fem av dei har born frå før.

Utforming av intervjuguide (vedlegg 3) vart gjort i etterkant av spørjeundersøkinga. Svara i spørjeundersøkinga dannar grunnlag for kva eg som forskar ønskjer å utforske meir inngåande. Dette er ein av grunngjevingane for å nytte metodetriangulering. Eit emne som vart viktigare å utforske vidare på grunn av svara i spørjeundersøkinga, var at nokre kvinner uttrykte at dei ikkje ville eller turte å svare ærlig på spørsmåla i EPDS-skjemaet av frykt for å bli stempla som dårlig mor. Mi forståing omkring dette var at "alle" tør å svare ærlig til helsesøster, ho er jo der for å hjelpe, men slik opplever ikkje alle det.

Alle intervupersonane hadde altså for ikkje så lenge sidan gjennomført spørjeundersøkinga, og var altså førebudde på temaet. Innleiingsvis i intervusituasjonen la eg vekt på å presentere meg som student, men samstundes ikkje legge skjul på at eg også jobbar som helsesøster, og at resultatet av studien skal nyttast til fagutvikling. Det vart viktig å poengtere at det som kom fram i intervjeta ikkje kunne knytast til den einskilde kvinnen eller den einskilde helsesøstera. Kvinnene fekk også vite at eg ikkje visste kva den einskilde hadde svart i spørjeundersøkinga, slik at det ikkje gjorde noko om dei gjentok det dei eventuelt hadde svart der. Eg presiserte at det ikkje finst rette eller gale svar, men at alle spontane tankar, opplevelingar og erfaringar er nyttige. Eg opna med å be kvinnene fortelje litt omkring den første tida etter fødselen, korleis dei opplevde å bli mor, kva dei var opptekne av og kva dei tenkte på. Dette fungerte godt som "døropnar" for å få kvinnene i gang med å fortelje si historie. Eg var på førehand redd for å spørje for mykje omkring kvinnene si eiga psykiske helse, men opplevde at kvinnene meir enn gjerne ville fortelje om eigne opplevelingar, tankar og følelsar. Fosseland og Thoresen (2010) skriv om etikk i intervusituasjonen. Dei påpeiker at det er viktig å ikkje prøve å kome for nært ved å opptre som ven, men heller stoppe intervupersonane viss dei utleverer seg for mykje. Eg tenker at det same kan gjelde viss ein legg opp til å vere terapeut meir enn forskar. I eit av intervjeta opplevde eg at kvinnen hadde behov for å fortelje si historie som ein del av ei naudsynt bearbeidning, dette var eit kjensleladda intervju med mykje tårer. Her vart det naturlig for meg å

fortsette samtalen etter at intervjuet var ferdig med meir vekt på dei "terapeutiske" sidene, men elles opplevde eg ikkje at dette vart eit problem i min studie.

Intervjuguiden er delt inn i fire tema som gjenspeglar dei fire forskingsspørsmåla.

Intervjuguiden vart ikkje følgt slavisk, men brukt som rettleiing. Rekkefølgja på både tema og spørsmål varierte, og alle vart ikkje spurt akkurat dei same spørsmåla. Eg prøvde å invitere til mest mogleg fri forteljing, der spørsmål vart nytta for å drive samtalen framover ved behov. Det vart naturleg å følgje opp ymse tema som kom opp spontant, sjølv om det ikkje var dekt av spørsmåla i intervjuguiden. Eg har med vilje unngått kvifor-spørsmål, som gjerne kan virke sårande, og føre til at deltakarane føler dei må forsvare seg. Intervjua vart avslutta med eit ope spørsmål om det var noko dei ville tilføye, og eg takka for at dei tok seg tid og understreka at det dei hadde fortalt var nyttig.

4.7 Forskingsetiske betraktingar:

Søknad vart sendt til og godkjent av NSD, Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste, som skal sikre at personvernet i undersøkingar blir ivaretatt. Kvale og Brinkmann (2015) framhevar at etiske problemstillingar pregar alle fasane av ei undersøking. Dei legg særlig vekt på fire områder som er viktig i forhold til etiske vurderingar: Informert samtykke, konfidensialitet, konsekvensar og forskaren si rolle.

Alle deltakarane i spørjeundersøkinga fekk eit informasjonsskriv som sikrar informert samtykke. Dette vart gjentatt også i intervjustituasjonen. Her blir det forklart at svara vert behandla konfidensielt. I spørjeundersøkinga kunne eg i teorien kopla svara opp mot epostadressa og dermed namn, men dette vart (sjølvsagt) ikkje gjort. Dermed vart konfidensialiteten ivaretatt. I intervjuundersøkinga er jo kvinnene ikkje anonyme ovanfor meg som forskar, men her handlar konfidensialitet om at ingen av kvinnene, eller helsesøstrene som dei hadde med å gjere, kan kjennast igjen. Fleire av dei historiene som kjem fram er såpass personlige og sterke, og fortel om såpass negative opplevingar knytta til møtet med helsesøster, at det er svært uheldig om kvinnene kunne bli gjenkjent på nokon måte. Fleire av intervjudeltakarane uttrykte sjølv at dette var viktig undervegs i intervjuet. I min fortetta

versjon av kvinnene sine historier, det eg kallar førstegradsanalyse (kapittel 5.4), har eg forandra på små detaljar som ikkje er avgjerande for innhaldet for å anonymisere kvinnene så langt som råd. I denne masteroppgåva har eg anonymisert kommunen der studien vart gjennomført. Men det vil sjølv sagt vere enkelt å identifisere denne sidan eg forskar på eigen eigen arbeidsplass. Lydopptaka vart sletta frå min private mobil etter transkribering, og dei transkriberte intervjua lagra på min private datamaskin med kode.

Det tredje punktet handlar om det kan innebere negative konsekvensar for kvinnene å delta i undersøkinga. Kvale og Brinkmann (2015) hevdar at intervjuundersøkingar er ein moralsk aktivitet fordi det å bli intervjuet gjer noko med intervupersonen. Her tenkjer eg særleg på det eine intervjuet som vart veldig kjensleladda med mykje tårer. Eg har snakka med denne kvinnen i ettertid, og ho fortel at det gjorde godt å få snakke om denne opplevinga, at det nesten vart litt "terapi". Mitt inntrykk er at dei fleste av kvinnene opplevde det positivt å få setje ord på opplevingane sine til ein interessert og lydhør person. Intervjuet er aldri ein samtale mellom to likeverdige personar, det vil alltid vere ein viss grad av maktbalanse i forholdet. I min situasjon har eg makt både som forskar og som helsesøster, men eg har ikkje kjensle av at dette påverka deltakarane på nokon negativ måte.

Dei etiske utfordringane i denne studien handlar mest om dobbeltrolla som både forskar og helsesøster, og dermed vere så nær feltet som forskar. Dette påverkar både sjølve intervjuasjonen, analysen av data og ikkje minst vurderinga av validiteten i resultata. Sjølv om eg har unngått å intervju kvinner som har meg til helsesøster, veit alle at eg jobbar på helsestasjonen. Det kan derfor opplevast ubehagelig for kvinnene å uttale seg negativt om verksemda vår på helsestasjonen. Ei anna utfordring med å vere såpass tett på forskingsfeltet er at eg jo faktisk studerer mi eiga og mine kollegaer si evne til kommunikasjon. Eg var ikkje førebudd på den etiske dimensjonen i dette, det å få vite såpass mykje negativt om mine kollegaer som eg faktisk fekk. Denne dobbeltrolla som både helsesøster og forskar har det vore viktig å ha eit reflektert forhold til undervegs i prosessen. Det å vere nært på kan vere både ein fordel og ein ulempe (Malterud 2011: 19). Det er noko som påverkar heile forskingsprosessen og vil bli drøfta meir i kapittel seks.

Å vere nært på kan vanskeliggjere kritisk distanse. Gjennom refleksjon kan ein minske dei "blinde flekkane", det ein tek for gitt. Omgrepet psykiske helse var ein slik blind flekk for meg. Dette er for meg eit nøytralt og ufarleg uttrykk som rommar både god og dårlig psykisk helse, tankar, følelsar og opplevingar. Men undervegs har det gått opp for meg at dette omgrepet for mange er "skummelt" og nærmast einstydande med psykiske vanskar. I starten skjøna eg ikkje heilt kva rettleiaren min meinte med at eg måtte unngå dette omgrepet i spørsmålsformuleringane, men i fleire av intervjeta fekk eg stadfesta at dette ikkje var eit omgrep intervjudeltakarane var komfortable med å nytte.

Det kan bli både for stor nærleik og for stor distanse til dei ein studerer. Kalleberg (1996) kallar det *going native* viss forskaren identifiserer seg for mykje med deltakarane i undersøkinga, og *ethnosentrisme* viss avstanden blir så stor at ein ikkje klarer å kome tilstrekkelig nært dei ein studerer. Kalleberg snakkar i utgangspunktet om feltarbeid, men dette er betrakningar som eg har opplevd har vore nyttig å reflektere over også i mine forskingsintervju. Det er lett å forsvare kva helsesøster har sagt eller gjort, fordi eg forstår den sida også, men då risikerer eg å skuve informantane frå meg. På same tid kan ein gå i den motsette grøfta viss eg som forskar berre ser einskildhistoriene og ikkje klarer å løfte dei opp på eit meir allment plan. Det er ein styrke om forskaren klarer å veksle mellom både nærleik og distanse.

Ein måte å løyse utfordringa med å forske på eigen arbeidsplass kunne vore å gjort denne undersøkinga i ei heilt anna kommune enn der eg jobbar sjølv. Men det var nettopp denne nærleiken som var motivasjonen min for å i det heile gjere denne undersøkinga. Eg ønskte først og fremst å finne ut korleis barselkvinnene på min helgestasjon opplevde det! Det var også ein fordel reint praktisk og økonomisk å gjere studien på eigen arbeidsplass.

4.8 Analysestrategiar

Det kvantitative materialet blir analysert ved hjelp av enkle frekvenstabellar. Innhaldet i spørjeundersøkinga gir ikkje rom for å identifisere uavhengige eller avhengige variablar, samvariasjon eller kausalitet er derfor ikkje eit tema. Som nemnt tidligare er det fleire grunnar til at eg har valt spørjeundersøking først. Ein av grunnane er å få oversikt over feltet. Dermed fungerer spørjeundersøkinga som ein pilotstudie som kartlegg feltet. Frekvenstabellar kan

synliggjere dette. Ein annan grunn er at den skal få fram dimensjonar ved problemstillinga som intervjuet i etterkant kan fange opp.

I kvalitativ metodelitteratur er det beskrive mange ulike måtar å analysere eit intervjemateriale på. Eg har valt å bruke Katrine Fangen sin analysemodell. Fangen (2010: 208) framhevar at "analyse er å tilføre noe mer enn det du har hørt". Ved å trekke vekslar på breiare meiningssamanhang kan ein sette det empiriske datamaterialet inn i eit nytt perspektiv. Eit nytt, eller kanskje fleire nye perspektiv, gir auka forståing. Fangen nyttar omgrep fortolking og analyse som synonyme uttrykk. Ho skil mellom tre ulike nivå i analysearbeidet: Førstegrads fortolking er å gjengi eller skildre aktørane slik dei oppfattar seg sjølve, med deira ord og uttrykk, altså erfaringsnære omgrep som Geertz (2001) kallar det. På dette nivået skildrar ein aktørane sin førstehandskunnskap om kvardagslivet eller livsverda. Kritikarar vil seie at det er umulig å ta aktørane sitt perspektiv fullt ut, og at allereie på dette nivået vil tolkingane vere prega av forforståing og teoretisk perspektiv. Det er ein myte at du kan presentere "reine" data. Når du gjengir det du har høyrt, vil det alltid innebere ei viss grad av tolking: kva blir tatt med og kva blir utelatt. Førstegrads analyse inneber heller at forskaren freistar å setje eiga forforståing midlertidig i parentes og inneber ei induktiv tilnærming der ein går frå empiri til teori. Det er ei analyse på langs i historiene (Malterud 2011).

I andregrads fortolking trekker forskaren inn ein større forståings- eller meinigshorisont gjennom erfaringsfjerne omgrep henta frå teori. Dette inneber ei meir deduktiv tilnærming der ein går frå teori til empiri. Teoretiske omgrep kan fungere som briller som ein les datamaterialet med. I analysen av dei opne spørsmåla i spørjeundersøkinga, kom eg fram til fem omgrepspark som kan bidra til å kaste lys over fenomenet. Desse fem omgrepsparka nyttar eg som dei brillene eg les intervjematerialet med. Andregrads analyse er ei analyse på tvers i historiene for å få fram likskap og ulikskap. På dette nivået i analysen er faren at dei teoretiske brillene blir for styrande slik at deltakarane ikkje kjenner seg igjen i tolkingane som er gjort. Giddens (i Kvale og Brinkmann 2015:347) kallar det *dobel hermeneutikk* når forskaren skal fortolke ei virkelighet som allereie er fortolka av aktørane sjølve

Tredjegrads fortolking inneber ei kritisk analyse av både deltakarane sin eigne skildringar og forskaren sine tolkingar. Ein kan kalle dette ein "trippel hermeneutikk" Tredjegrads analyse er å rette søkelyset mot dei strukturane og prosessane som påverkar både aktørane og forskaren.

Fangen understrekar at dette ikkje er klart avgrensa nivå, men flytande overgangar. Fangen har sjølv mest erfaring med deltakande observasjon som datainnsamlingsmetode, men analysearbeidet har mange likheitstrekk med intervjuforsking. Hovudpoenget er at ulik grad av analytisk distanse vil føre til at ulike lag av meining trer fram. Det gjeld å ha balanse mellom å ikkje berre gjengi deltakarane sitt perspektiv, men heller ikkje bli så distansert at det ikkje er mulig å kjenne igjen deltakarane sine stemmer. Balanse mellom nærliek og distanse og balanse mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne omgrep. Målet er ikkje å kome fram til den einaste gyldige tolkinga, men diskutere ulike tolkingsmuligheter opp mot kvarandre. Min måte å analysere materialet på er berre ein av sikkert mange mulige. Ulike tolkingar gir ulike innspel til praksis og kan vere eit grunnlag for å diskutere mulige konsekvensar for praktisk nytte. Fordi det ikkje berre er ei men fleire gyldige tolkingar, vil kritikarar seie at analysen er subjektiv og derfor ikkje er "vitskaplig" nok, men fortolkingspluralisme er ein styrke, og ikkje ei svakheit, ved kvalitative metodar (Fangen 2010). Dette handlar om validiteten på forskinga.

4.9 Validering

Kva skal til for å kunne kalle noko for vitskap? Refleksivitet, relevans, reliabilitet og validitet er omgrep som blir nytta for å vurdere den vitskaplege kvaliteten på forsking. Refleksivitet tyder at forskaren skal reflektere over eige bidrag til kunnskapsproduksjonen i alle ledd av forskingsprosessen. Dette inneber eit avklart forhold til eiga rolle og korleis forståing og teoretiske perspektiv kan forme den kunnskapen som kjem fram (Malterud 2011). Relevans handlar om kva studien kan bidra med. Er problemstillinga i det heile interessant for andre enn forskaren? Kva kan funna brukast til? Tilfører dei noko ny kunnskap?

Reliabilitet blir gjerne oversett med pålitelighet eller truverdigheit, at resultata er til å stole på. I kvantitativ forsking handlar reliabilitet om at funna kan la seg reproduusere dersom den same undersøkinga vert gjennomført av ein anna forskar. Dette er eit umulig krav innan intervjuforsking, der ein erkjenner at den kunnskapen som blir produsert vert skapt i

samspelet mellom akkurat denne forskaren og denne intervuperson (Kvale og Brinkmann 2015). Også Malterud bygger på det same sosialkonstruksjonistiske kunnskapssynet som Kvale og Brinkmann der ein anerkjenner forskaren sin medverknad i alle ledd av kunnskapsproduksjonen: "Teksten er et samhandlingsprodukt der forskeren gjennom sin medvirkning blir ein del av sine data" (Malterud 2011: 66). Kva som er relevante data vert bestemt først og fremst ut frå problemstillinga. Det ligg ein aktiv innsats i kva som blir samla inn av data, og kva som blir utelatt. "Datamaterialet er aldri gitt, men grep" (Kalleberg 1996: 42). Det er spørsmåla som formar den kunnskapen som kjem fram. Andre spørsmål og andre vinklingar ville gitt ein annan kunnskap.

Ei av innvendingane mot intervuforsking (Kvale og Brinkmann 2015:199) er at det ikkje er ein vitskapleg metode fordi den ikkje er objektiv, men personavhengig. Men det er nettopp det personavhengige som er viktig for å få fram kunnskapen. Forskinsprosessen består ikkje i å finne vegen til skjulte skattar, men består i å lese meining inn i fenomena gjennom systematisk tilnærming. Forskaren medverkar til den kunnskapen som blir skapt både gjennom dei spørsmåla som blir stilt, og ikkje stilt, og responsen som blir gitt, eller ikkje gitt. Intervjuet er ein kommunikativ samhandlingsprosess som formar informanten si forteljing og dermed det empiriske datamaterialet. Forskaren skal ha respekt for rådata i form av lyd eller videoopptak, men ikkje tru at dette er "selve sannheten" (Malterud 2011: 71). Reliabilitet kan derimot vere fruktbart å diskutere innanfor kvalitativ forsking når det gjeld graden av påverknad, for eksempel gjennom leiande spørsmål, ordval i spørsmåla, rekkefølgje på spørsmåla, konteksten intervjuet skjer i og måten materialet blir koda eller kategorisert på. Reliabilitet handlar om ulike undersøkingseffektar, korleis deltakarane vert påverka av å delta i ein studie. Deltakarane vil gjerne framstå som "gode" forskingsdeltakrar og heller gjerne mot å svare mest mogleg sosialt akseptabelt. Dette gjeld både i intervju og i spørjeskjemaundersøkingar.

Validitet handlar om gyldigheita av funna, kva forskaren eigentleg har funne ut noko om. Vi skil mellom intern og ekstern gyldigheit (Malterud 2011). Intern gyldigheit handlar om vi faktisk studerer det vi trur vi studerer. Korleis har vi operasjonalisert ulike omgrep vi spør om? Er verktøya våre gode nok for det formålet vi har? I spørjeundersøkinga er det sjølve spørjeskjemaet som er verktøyet, i intervjuundersøkinga er det forskaren sjølv som er det viktigaste verktøyet, ved hjelp av sin intervjuguide og sine kommunikasjonsferdigheiter. Det er

dette Kvale og Brinkmann (2015) meiner med intervjuet som handverk. Einskilde kvalitative forskarar har avvist omgrepene reliabilitet, validitet og generalisering som undertrykkande, positivistiske omgrep som ikkje let seg overføre til kvalitativ forsking (Kvale og Brinkmann 2015: 275). Men omgrepene kan også la seg bruke innan kvalitativ forsking, om enn med litt anna innhald enn i kvantitativ forsking.

Ekstern gyldigheit handlar om overførbarheit eller generalisering av funna. Ei vanlig innvending mot intervjuforsking er at det er for få intervjupersonar til at resultata kan generaliserast. Eit første svar på denne innvendinga er "Hvorfor generalisere"? (Kvale og Brinkmann 2015: 289). Grunnlaget for generalisering er ideen om at vitskaplig kunnskap skal vere universell. At generell, kontekstuavhengig kunnskap er viktigare eller meir vitskapleg enn konkret, kontekstavhengig kunnskap. Men den menneskelege verda er jo nettopp kontekstavhengig, konkret, personavhengig og situert. Må alltid kunnskapen kunne generaliserast for at den skal ha verdi? Kalleberg (1996) kallar dette "generaliseringssmani". Det unike og eineståande kan vere særskilt interessant i seg sjølv, og bidra med eksempel. Overførbarheita aukar ikkje med antal informantar, tvert i mot kan det svekke eit kvalitatittiv forskingsprosjekt dersom antalet informantar er for stort, slik at viktige funn druknar i eit omfattande og uoversiktleg materiale. Ein brukar omgrepet metting for å vurdere kor mange informantar ein skal ha med i studien. Mettingspunktet er nådd når ytterligare datainnsamling ikkje tilfører noko nytt. Men dette kan vere eit problematisk omgrep fordi ordet metting peikar mot at det finst ei endeleg og overskuelig mengde fakta om fenomenet (Malterud 2011).

Temaet om kvalitativ generalisering har særlig vorte diskutert i forhold til kasusforsking. Kan det vere mulig å generalisere nokon som helst kunnskap ut frå eit enkelt kasus? Robert Stake (2005) skil mellom tre typar generalisering: statistisk, naturalistisk og analytisk generalisering. I store kvantitative studiar med representativt utval er ein ute etter statistisk generalisering. Naturalistisk generalisering er basert på personlige erfaringar om korleis ting er og handlar om å eksplisitt uttrykke i ord forventningar om korleis verda er, om å kunne kjenne igjen noko likt eller allment også i andre, liknande kasus. Analytisk generalisering inneber ei teoretisk vurdering av i kva grad resultata frå ein studie kan vere relevante også for andre situasjonar eller kontekster. I min studie er det denne siste typen generalisering som er aktuell.

Generalisering handlar altså om overføringsverdien av den kunnskapen som blir produsert i ein studie. Innan positivismen er målet å kome fram til universelle sosiale lover som gjeld i alle situasjonar og for alle individ. I følgje det motsette konstruktivistiske synet er alle individ unike og universell kunnskap er derfor ikkje mogleg, eller ønskeleg, å kome fram til. Postmoderne kunnskapsforståing bytter ut begge desse ytterpunktene med eit fokus på kunnskap som mangfoldig og kontekstavhengig. Dette inneber ei forskyving frå generalisering til kontekstualisering (Kvale og Brinkmann 2015). Validitet handlar ikkje berre om resultatet av forskinga, men også vegen fram. Kvale og Brinkmann deler forskingsprosessen inn i sju fasar. I kapitel seks vil validitet, reliabilitet, relevans og refleksivitet i min studie bli diskutert gjennom alle fasane av forskingsprosessen. Viktige spørsmål som eg vil freiste å svare på er om studien er relevant, tilfører den ny kunnskap? Er metodetriangulering eigna for føremålet? Er forskingsverktøya mine gode nok? Og har funna overføringsverdi?

Kapittel 5: Analyse

I dette kapitlet vert resultata frå spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga presentert og analysert, først kvar for seg og deretter samla. Tal og tabellar er like lite vitskap som lausrivne sitat. Funna må setjast inn i ein større samanheng for å skape mening. Dette gjeld både kvantitative og kvalitative data. Ulike metodeforfattarar gir ulike definisjonar på kva analyse er. Malterud (2015: 92) beskriv analyse som brua forskaren skal byggje mellom rådata og resultatet ved å organisere, fortolke og samanfatte materialet. Å analysere tyder å dele opp i bitar (Kvale og Brinkmann 2015: 219). Gjennom sortering og kategorisering kan forskaren få fram mønster, likskapar og ulikskapar. Kvalitative data representerer store mengder informasjon i form av dei transkriberte intervjua. Forskaren må tidleg i analyseprosessen velje ut tekstelement med "potensiell kunnskapskraft" (Materud 2011: 92). Denne filtreringa inneber at store mengder av det innsamla materialet, i alle fall midlertidig, må leggjast til sides. Slik analytisk reduksjon inneber ein *dekontekstualisering* der tekstelement vert tatt ut av den større samanhengen. Analyse inneber abstraksjon og generalisering, der ein bruker delar av deltakarane sine historier og uttrykk til å få fram kunnskap som kan gjelde for fleire. I neste fase må forskaren sette dei lausrivne delane i samanheng med heilskapen, ved å

rekontekstualisere (Malterud 2011: 93). Dette inneber at dei dekontekstualiserte funna samsvarer med dei samanhengane dei vart tatt ut i frå.

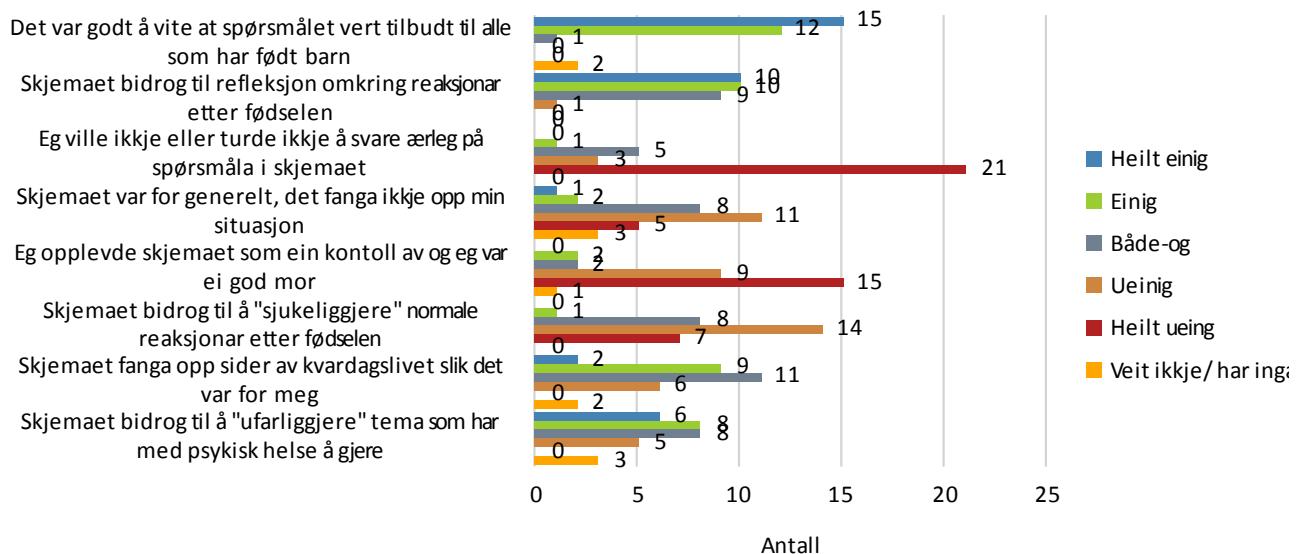
Målet med analysen av funna frå spørjeundersøkinga er å få ei oversikt over situasjonen til dei mange. Kva kan dette fenomenet, altså gjennomføring av EPDS i forkant av ein samtale omkring psykisk helse, handle om for dei mange? Målet med den kvalitative analysen er derimot å gå i djupna på fenomenet slik det opplevast av nokre få. Kvalitative forskingsmetodar er eigna for utvikling av kunnskap om kvaliteter og eigenskapar ved ulike fenomen. Slik kunnskap kan utviklast på ulike analysenivå: Utvikling av nye skildringar, utvikling av nye omgrep eller utvikling av teoretiske modellar (Malterud 2011). Det siste analysenivået er det mest ambisiøse. Min studie legg seg på det første nivået i førstegradsanalysen. Utvikling av nye skildringar handlar om å kome fram til kunnskap som kan gi ny innsikt og forståing omkring mangfold, nyanser, variasjon, fellestrekks eller typiske eigenskapar. Dette inneber alltid prioriteringar der noko av materialet må veljast vekk for at noko anna kan løftast fram. Utvikling av nye omgrep handlar å kome fram til nye og presise nemningar på eit fenomen. Analyse kan også handle om å klargjere og spesifisere omgrep relatert til ein gitt kontekst (Kalleberg 1996). Det er dette eg freistar å gjere i andregrads analysen av intervjuematerialet.

5.1 Spørjeundersøkinga: Kvantitativ analyse

Det er viktig å ha kjennskap til kva som kjenneteiknar utvalet for å kunne vurdere gyldigheita av funna. Kven er kvinnene som har deltatt i spørjeundersøkinga? Det vart spurta etter tre bakgrunnsforhold: alder, tidligare fødslar og kor lenge det var sidan dei var på 6-vekers konsultasjonen på helsestasjonen. Kor lenge det er sidan dei opplevde det som det blir spurta om i undersøkinga, seier noko om kor godt dei kan huske det som skjedde. Tida sidan dei var i situasjonen varierte mellom ei veke og 15 månader. Om lag halvparten hadde vore på 6-vekers konsultasjonen siste halvåret. For å minne dei på den situasjonen dei var i, vart dei ti spørsmåla i EPDS-skjema presentert innleiingsvis. I spørjeundersøkinga er aldersfordelinga blant deltakarane rimelig likt fordelt, men med få i aldersgruppa under 25 år. Gjennomsnittsalderen på intervjudeltakarane er vel 30 år. Dette stemmer godt med tal frå oversikta over alder på fødande i fylket (Statistisk sentralbyrå søk 11.11.16). Utvalet er altså ganske gjennomsnittlig

eller typisk i aldersfordeling, men i drøftinga av resultata blir ikkje alder lagt vekt på. Det var fleire som hadde born frå før enn dei som var førstegongsfødande. Dette spørsmålet har kanskje størst betydning i forhold til spørsmåla omkring relasjonen til helsesøster og om dei er vant med helsestasjonen som kontekst og kva det er vanlig å snakke om der.

Spørjeskjemaet er delt inn i fire tema. For kvart tema skulle kvinnene først ta stilling til ei rekke påstandar. Deretter skulle dei svare på kor fornøgde dei var samla sett, og til slutt var det eit ope spørsmål der dei vart bedne om å kome med kommentarar eller utfyllande synspunkt. Svara blir oppgitt i antal og ikkje prosent for ikkje å gi inntrykk av at studien er meir "kvantitativ" enn den faktisk er. Det første temaet handlar om sjølve EPDS-skjemaet:

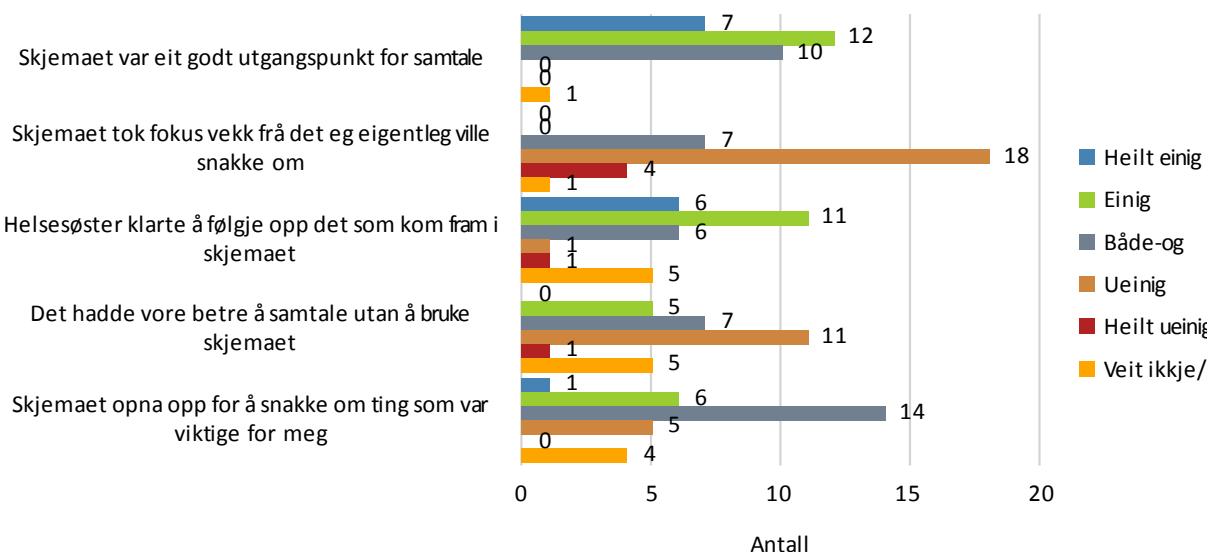


Figur 1: Svarfordeling på påstandar omkring EPDS-skjemaet. Kjelde: eigne data

På oppsummeringsspørsmålet om kor fornøgde barselkvinnene er med sjølve EPDS-skjemaet, svarer 75% at dei er fornøgde eller svært fornøgde med skjemaet, medan 25% svarer både/ og. Ingen svarer at dei er misfornøgde med skjemaet. Det er verdt å merke seg at den ambivalente gruppa (både/ og) er forholdsvis stor, dette viser seg også i dei fleste av dei andre påstandane. Om lag 1/3 av kvinnene er ambivalente. Ambivalent er noko anna enn "veit ikkje", som var eit

eige svaralternativ. Ambivalent tyder verken fornøgd eller misfornøgd, men midt i mellom. Det er kanskje her i den ambivalente gruppa det største forbettingspotensialet ligg.

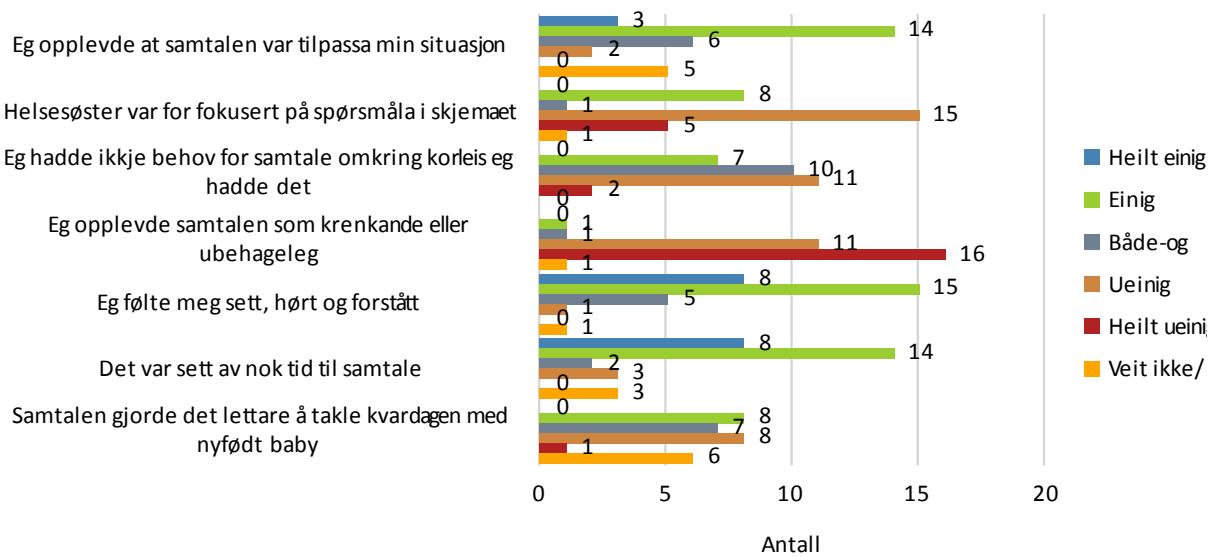
Påstanden "Eg ville ikkje eller turte ikkje svare ærlig på spørsmåla i EPDS-skjemaet" synes eg er særstak viktig. Her er ei kvinne einig, men heile fem kvinner svarar både/ og. Dette høyres lite ut i eksakte tal, men det syner at ei av fem kvinner vegrar seg for å svare ærlig. Dette kjem også til syne i påstanden: "Eg opplevde skjemaet som ein kontroll av om eg var ei god mor". Her er fire kvinner einige eller ambivalente til dette. Dette er eit av resultata frå spørjeundersøkinga som vil bli utforska vidare i intervjuundersøkinga. Det neste temaet handlar om kopplinga mellom skjemaet og samtaLEN i etterkant:



Figur 2: Svarfordeling på påstandar omkring kopplinga mellom skjema og samtale. Kjelde: eigne data.

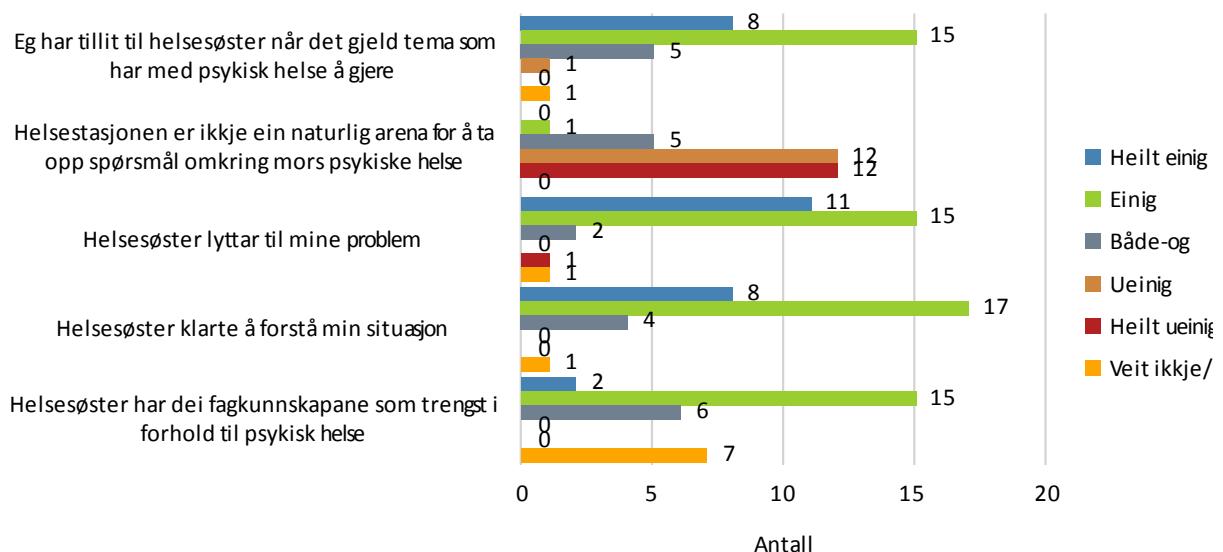
Vel halvparten av dei spurte kvinnene er fornøgde med å bruke EPDS-skjemaet som utgangspunkt for samtale. Dette vart for meg eit overraskande lågt tal. Når ein studerer kvar einskilt påstand, er det mest interessante funnet her at berre 17 av 30, om lag halvparten, synes helsestøster klarte å følgje opp det som kom fram i skjemaet. Og berre 7 personar synes at skjemaet opna opp for å snakke om det som var viktig for dei. Viss eg skulle svart på problemstillinga "Opnar eller lukkar EPDS-skjema for samtale på helsestasjonen?" berre med å bruke denne spørjeundersøkinga, ville svaret altså blitt at skjemaet ikkje opnar for samtale.

Likevel er det berre fem personar som synes det hadde vore betre å samtale utan skjemaet. Dette gir rom for tolking: kan det tyde på at barselkvinnene vil ha EPDS-skjemaet, men at koplinga mellom skjema og samtale må bli betre? Dette er eit viktig spørsmål å ha med seg vidare i analysen av det kvalitative materialet. Sjølve samtalen er tema for det tredje påstandsbatteriet:



Figur 3: Svarfordeling på påstandar omkring samtalen. Kjelde: eigne data

Tre fjerdedelar er fornøgde eller svært fornøgde med samtalen i etterkant av utfyllinga. Her merkar eg meg at om lag like mange kvinner svarer at samtalen gjorde det lettare å takle kvardagen med nyfødt baby, som dei som er ueinige i dette. Dei aller fleste, men ikkje alle (23 av 30), følte seg sett, hørt og forstått. Berre ei kvinne opplevde samtalen som krenkande eller ubehagelig, og ei kvinne er ambivalent til dette, men to er likevel for mykje på eit så viktig punkt. Berre sju kvinner gir uttrykk for at dei ikkje hadde behov for samtale omkring korleis dei hadde det. Dette er kanskje eit av dei viktigaste funna. Det er kanskje lett for helsesøster å tenkje at med lav EPDS-skåre, er det ikkje behov for samtale heller, men dette syner det motsette, at kvinne har behov for samtale uansett skåre. Det siste temaet gjeld forholdet til helsesøster og til helsestasjonen:



Figur 4: Svarfordeling på påstandar omkring forholdet til helsesøster. Kjelde: eigne data

Størstedelen av kvinnene har tillit til helsesøster, synes helsesøster har dei nødvendige fagkunnskapane og synes helsestasjonen er ein naturlig arena for å ta opp forhold som har med eiga psykisk helse å gjøre. Men også her er det ei mindre gruppe som er ueinige eller ambivalente, noko som betyr at det er eit forbettingspotensiale. Så å seie alle kvinne opplever at helsesøster lyttar til sine problem, og nesten like mange at helsesøster forstår sin situasjon. Forholdet eller relasjonen til helsesøster peikar seg altså ikkje ut som det viktigaste temaet å utforske vidare, men som eg kjem attende til, viser svara frå dei opne spørsmåla og intervjuaterialet noko anna. Det er viktig å ikkje leggje for mykje i resultatet frå denne vesle spørjeundersøkinga. Resultatet må sjåast i lys av analysen av det kvalitative materialet.

5.2 Spørjeundersøkinga: Kvalitativ analyse av svara frå dei opne spørsmåla

Det er fire opne spørsmål med i spørjeskjemaet. Etter kvart av påstandsbatteryet kjem eit spørsmål av typen "Det er fint viss du har kommentarar eller synspunkt på temaet ovanfor". Metodelitteraturen gav meg heller låge forventningar om at eg skulle få noko særlig respons her, men overraskande nok svarte mange av kvinnene på desse spørsmåla. Eg tolkar dette som at kvaliteten på helsestasjonsarbeidet er noko som opptek dei og som dei synes det er viktig å bidra til. Lausrivne sitat bidreg med lite kunnskap, dei må setjast inn i ein større

forståingsramme for å gi ny kunnskap. Etter gjentekne forsøk på å organisere svara i ulike kategoriar, enda eg opp med fem omgrepsspar som dei fleste av svara kunne sorterast etter. Dei fem omgrepsspara er:

- (1) EPDS-skjema opnar eller lukkar for samtale
- (2) Subjektivering eller objektivering
- (3) Normalisering eller sjukeliggjering
- (4) Refleksjon eller kontroll
- (5) Relasjon eller avstand

Kategoriane er organisert i positive og negative faktorar. Positive faktorar opnar for samtale og negative faktorar lukkar for samtale. Oppstillinga nedanfor gir inntrykk av ei kunstig todeling mellom dei ulike omgrepsspara. I røynda er det heller snakk om ein skala som går frå det eine ytterpunktet til det andre. Det er ikkje sjølv sagt kva utsegn som skal få plass under kvart omgrep, her ligg mykje tolking i kvar sitata er plassert. Sitata kunne sikkert vore sortert under mange ulike kategoriar, men eg landa på at dei valde omgrepa var mest dekkjande for materialet. Kategoriane er sjølv sagt ikkje heilt tilfeldige, dei er påverka forforståing og det teoretiske bakteppet. Dette kjem eg attende til i kapittel seks. I oppstillinga nedanfor har eg med eksempel på ytringar i kvar kategori (ordrett frå svara på dei opne spørsmåla i spørjeskjemaet).

	Positive faktorar:	Negative faktorar:	
Subjektivering	<ul style="list-style-type: none"> -helsesøster merka at eg ikkje ville prate, men sa vi er her om du treng oss - er hadde ei jordnær helsesøster som viste forståing for korleis det er å vere barselvinne og kva utfordringar som kan følge -helsesøster var forståelsesfull og oppklarande 	<ul style="list-style-type: none"> -Ubehagelig å måtte forsøre normale reaksjonar. - Eg har opplevd å ikkje bli teke på alvor og har følt meg til bry når eg har tatt kontakt. - hadde ein følelse av at eg ikkje kom til å bli tatt på alvor om eg sa noko 	Objektivering
EPDS-skjema opnar for samtale	<ul style="list-style-type: none"> -Bra med konkrete spørsmål. -Gir mulighet for problemstillingar det er vanslig å kome inn på elles. -Åpner kanskje lettere for samtale rundt det som er tøft. - fint med eit slikt skjema så slepp ein å ta initiativ til å ta opp desse temaene sjølv 	<ul style="list-style-type: none"> -Kunne like gjerne fått spørsmåla i ein samtale. -Helsesøster snakka for lite om det som kom fram på skjemaet. -Samtalen er viktigare enn skjemaet! - Skjemaet skulle liksom tale for seg, men dekte ikkje førelsane mine. - Framtvinger en samtale man er uforberdt på. -Det er rart å prate om mammas psykiske helse kun denne ene gangen når det ikke blir fulgt opp - kan ikke huske at det var noen samtale, bare kryssing på skjema - tema hadde nok komt opp uansett 	EPDS-skjema lukkar for samtale
Normalisering	<ul style="list-style-type: none"> - Godt å få bekreftelse på at tankar og førelsar er "heilt normale". - Trygghet å vite jeg kunne få hjelp om jeg hadde utfordringer. - Informasjon om reaksjonar ein kan forvente seg etter fødsel vil kunne gjere det lettare å söke hjelp. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fangar berre opp dei som har alvorlig grad av fødselsdepresjon. - Skjemaet var for alvorlig. - Sakna fokus på at ein kan få hjelp. 	Sjukeliggjering
Refleksjon	<ul style="list-style-type: none"> - Bidrog til refleksjon over eigen kvardag/ livssitusjon -Fikk meg til å reflektere over eget reaksjonsmönster - Det er ikke lett å kjenne på følelser - Blir mer bevisst på følelsene ved å krysse av på skjemaet. - Innrømme for seg selv og helsesøster at ting kanskje ikke er som man ønsker 	<ul style="list-style-type: none"> -Jeg ville ikke bli stemplet som gal eller dårlig mamma. -Eg var litt redd for å vere ærlig, usikker på om det ville bli brukt mot meg. -Svara kunne bli mistolka eller overdrive. -Fikk litt følelsen av å bli kontrollert. -Føler det er lett at det ein seier blir brukt mot ein, er då lettare å seie at alt er bra. 	Kontroll
Relasjon	<ul style="list-style-type: none"> -Eg syns helsesøster var flink, ho merka at eg ikkje ville prate men sa "vi er her om du treng oss". -Helsesøster viste forståing. -Eg hadde ei jordnær helsesøster. -Helsesøster var forståelsesfull og oppklarande. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hadde ikkje god nok relasjon til helsesøster -Vansklig å ta opp med relativt ukjend person. -Jordmor skulle heller tatt denne samtalen. -Var ikkje trygg på helsesøster. -Følte at kjemien ikkje stemte. 	Avstand

Tabell 1: Oversikt over positive faktorar/ faktorar som opnar for samtale og negative faktorar/ faktorar som lukkar for samtale. Kjelde: eigne data.

5.3 Analyse av intervjumaterialet

Intervjumaterialet består av 38 sider transkripsjon etter sju intervju. Som nemnt tidligare vart intervjudeltakarane rekruttert ved sjølvseleksjon, ved at dei i spørjeskjemaet svarte ja til å bli kontakta for eit intervju. Dermed var antal intervjudeltakrarar gitt. Eg tenkte umiddelbart at sju var altfor få, men ser no i ettertid at dette eigentlig var passelig. Men kan eg seie at eg har oppnådd metting? Neppe. Alle historiene som vart fortalt var ulike og individuelle, og nye intervju ville nok tilført nye historier om andre opplevingar. Men eg føler likevel eg har eit rikt intervjumateriale. Eg tolkar det slik at dei fleste av kvinnene som takka ja til intervju, hadde ei historie dei ville formidle, dei hadde noko "på hjartet". Dei hadde opplevd noko som hadde gjort inntrykk på dei. Motivasjonen for å delta tenker eg er eit ønske om å formidle noko sjølvopplevd og bidra til fagutvikling på helsestasjonen. Som ei av kvinnene seier det: "*At andre skal sleppe å oppleve det eg gjorde*" (Caroline). Kva som er årsaken til at ikkje fleire enn ti kvinner svarte ja til å bli intervjeta, er det vanskelig å ha meininger om. Kanskje var det fordi dei ikkje hadde meininger om dette temaet? At det ikkje var viktig for dei? Eller kanskje dei rett og slett ikkje hadde tid eller lyst til å prioritere dette i den travle småbornsfasen dei er i.

Eg har valt å nytte Katrine Fangen si tilnærming til analyse av intervjumaterialet. Fangen skil mellom tre ulike nivå i analysearbeidet: førstegrads-, andregrads- og tredjegradsanalyse. Dette er beskrive meir inngåande i kapitel 4.8.

5.4 Analyse av første grad

Førstegrads analyse er å gjengi eller skildre aktørane slik dei oppfattar seg sjølve, med deira ord og uttrykk, altså med erfaringsnære omgrep. På dette stadiet skal forskaren prøve å setje eiga forforståing og teoretiske perspektiv midlertidig i parentes. Dei sju kvinnene som er intervjeta har kvar si unike historie å fortelle om si livsverd og møtet med helsesøster på 6-vekers konsultasjonen. Dette er min fortætta versjon av historiene som vart fortalt:

Bente: "Skjemaet var for alvorlig"

Eg fekk mitt første barn for snart eit år sidan, og den første tida var eg redd for å gjere ting feil, det var ikkje slik at alt fall naturlig på plass. Eg var oppteken av om alt var som det skulle, om alt var normalt. Eg synes skjemaet eg skulle fylle ut var så alvorlig. Eg hadde litt tunge tankar og følte at eg ikkje strekte heilt til, men eg følte ikkje at skjemaet fanga opp meg. Eg huskar at eg var i tvil om kva eg skulle krysse av for, men det vart liksom meir alvorlig enn eg følte det. Samtalen etterpå vart kjapt avslutta fordi alt tilsynelatande var OK, men så var eigentlig ikkje alt OK..... Det var også forstyrrende å ha mannen min inne på rommet medan eg sat å fylte ut skjemaet, han lurte på kva eg styrte med. Eg tenker det er bra å ha eit slikt skjema, det er bra det er fokus på temaet, eg tenker det er med på å normalisere at ikkje alt er like lett etter fødselen, men for meg vart det litt feil. Eg hadde nok hatt utbytte av å bli fanga opp, men utan at det skulle bli sånn at "Du er skikkelig deprimert".... Eg hadde lese mykje om dette og var ikkje redd for å svare ærlig, men skjemaet vart liksom for alvorlig for slik eg følte det. Derfor vart skjemaet litt forstyrrende for samtalen, fordi skjemaet viste at alt liksom var OK. For å snakke om slike tema er det viktig med gjensidig tillit, og det føler eg ikkje vi har hatt. Eg har faktisk vurdert å bytte helsesøster, men det har ikkje blitt til det.... Kjemien var liksom ikkje der. Eg tenkte slik at "er det nokon vits i å ta opp dette, blir det eg seier mottatt på ein god måte, blir eg tatt på alvor?", og det følte eg ikkje at eg vart.... Det hadde nok vore annleis om det var jordmora som hadde denne samtalen, vi hadde kjempegod kjemi og eg trur nok at ho hadde fanga opp at eg ikkje var heilt fornøgd. Samtalen med helsesøster var veldig knapp og kort, det føltes som det var ei oppgåva ho hadde fått som ho berre måtte gjere. Man er jo i ein veldig sårbar situasjon etter ein fødsel, og da er det viktig med ei audmjuk haldning til den einskilde familien. Det er viktig å bygge tillit heilt frå starten. "Eg er her for å hjelpe dokke", ikkje berre fortelje om kva som er rett eller feil.

Hedda: "Måtte forsvare normalreaksjonar"

Når eg fekk mitt andre barn for vel eit år sidan var eg overraska over kor mykje meir ro og sjølvtillett eg hadde denne gangen. Det var ei veldig fin tid. Eg var oppteken av å sjå begge ungane og gi nok til begge. Dette fall naturlig for meg. Eg følte skjemaet på 6-vekers konsultasjonen traff meg, men samtalen etterpå reagerte eg på. Eg hadde kryssa av ærlig, og på nokre av spørsmåla

hadde eg kryssa av på mild grad av bekymring og slike ting. Men eg følte at dette vart problematisert. Eg vart spurt om kvifor eg følte slik og slik, og måtte forsvare meg, at det måtte etterforskast på eit vis. Eg følte eg hadde det heilt fint, litt bekymring er vel normalt å ha? Eg følte situasjonen, der eg skulle sitte å fylle ut skjemaet, vart forstyrra av babyen. Sjølv om dette ikkje vart ei stor aha-oppleving for meg, så er det alltid lurt å få rydde litt i tankane. Då vi skulle snakke om svara mine etterpå, vart eg usikker når eg ikkje hadde arket framfor meg, slik at eg kunne sjå kva eg hadde svart. Eg trur nok eg hadde tatt opp dei same tinga om vi ikkje hadde brukt skjemaet, for eg er ganske open av meg. Eg hadde nok litt behov for å få bekrefte på at det er normalt å kjenne litt på bekyring, men så vart det heller slik at eg følte eg hadde svart "avvikande".

Caroline: "Heller jordmor enn helsesøster"

Eg fekk mitt andre barn for vel eit år sidan. Det kom som eit sjokk at eg var gravid, for eg følte meg ferdig med å få barn. Heile svangerskapet sleit eg med å fortrenge at eg var gravid og etter fødselen hadde eg inga morsfølelse. Eg tok det som ein jobb som berre måtte gjerast. No i ettertid har eg skjønt at eg hadde det litt sånn med førstemann også, at eg hadde ein fødselsdepresjon den gongen også. Jordmora følgde veldig godt opp den første tida, for ho visste jo kor tøft eg hadde hatt det i svangerskapet. Men etter to veker vart ungen vår sjuk. Og da kom morsfølelsen! Førstemann hadde kolikk og var veldig krevjande, og eg grua meg for at skulle bli slik denne gongen og. Men slik vart det ikkje, babyen har vore veldig rolig, det er som han har gitt meg den tida eg trengte på å akseptere at eg hadde blitt mor igjen. Når eg skulle snakke med helsesøster om korleis eg hadde det, så følte eg at skjemaet ikkje traff meg heilt. For det vart jo berre spurt om akkurat her og no, og ikkje om noko av det som hadde skjedd før. Og kor ærlig tør ein eigentleg å svare? Ein vil jo ikkje ha barnevernet eller psykiatrien etter seg. Eg huskar eg følte meg litt observert når eg sat og fylte ut skjemaet, og eg turde ikkje vere ærlig. Det hadde vore mykje betre om det var jordmora som kjende forhistorien min som tok denne samtalen. Eg orka ikkje ta opp igjen heile mølla til ein ny person. Eg trur ikkje helsesøster heilt forsto. Eg fekk ikkje den varmen og omsorga som eg fekk med jordmora. Eg trur nok helsesøstera hadde klart å få fram førelsane meir utan skjemaet, viss ho berre hadde spurt meir ope. Det er betre å sitte å sjå inn i augene enn å sjå ned i eit papir. Det føltes litt som ein eksamen å sitte der å krysse av. Men dette er eit tema det

er viktig å ta opp. Barseltida er vanskelig, og det blir det snakka for lite om. Men det var forstyrrende å ha babyen til stades, det er på ein måte med på å bagatellisere det..... eg hadde ønskt meg ein time utan babyen der vi berre kunne snakke om mor.

Kristin: "Viktig med spørjeskjema"

Eg opplevde det veldig annleis å få nummer to for eit halvt år sidan. Eg var meir avslappa og mindre stressa, ikkje så oppteken av at alt skulle vere så rett. Eg opplevde eit stort ammepress den første gangen, men denne gangen stolte eg meir på meg sjølv og gjorde det som var rett for meg, og slutta å amme når det vart for vanskelig. Eg hadde ei periode eit par månader etter fødselen der eg var veldig sliten, og følte det som ein slags fødselsdepresjon eigentleg, og var overraska over at den kom såpass lenge etter fødselen. Men så viste det seg at eg hadde lav blodprosent, og når eg begynte å ta jerntablettar så vart eg raskt mykje betre. Dette var ikkje noko eg snakka med helsesøster om, for det varte så kort og det var i ei periode der eg ikkje var på helsestasjonen, men eg snakka mykje med mannen min og eg hadde ein god fastlege. Når eg fylte ut dette skjemaet på helsestasjonen så var liksom alt OK. Men eg synes det er viktig å ha eit slikt skjema, dei fleste er jo i ei sårbar tid den første tida. Og mi erfaring er i alle fall at det er trygt og godt å gå på helsestasjonen. Eg trur at sidan eg hadde fylt ut skjemaet på 6-vekers konsultasjonen og snakka om temaet der, så vart eg ikkje så redd når eg litt seinare kjende at eg var litt langt nede. Det å snakke om dette er med på å normalisere det. Mange roseråder den første tida, men slik er det ikkje for alle og det er godt å få ein bekreftelse på at det er normalt å ikkje ha det heilt topp heile tida... Eg svara ærlig på spørsmåla. Helsestasjonen er jo der for å hjelpe, ikkje for å "ta" nokon. Eg synes både skjemaet og samtalene fungerte godt. Helsesøster var ikkje redd for å spørje meg direkte om eg hadde det bra. Eg trur at eit skjema hjelper ein å vere meir direkte. Eg trur at mange sliter med ulike ting som dei kanskje ikkje ville sagt viss dei ikkje blei så direkte konfrontert med det. Det er viktig det blir fanga opp før det går ut over både barnet og seg sjølv.

Eva: "Heller samtale undervegs enn etterpå"

Å få mitt første barn for eit år sidan var så annleis enn eg hadde førestilt meg. Eg elskar ungar, men det vart så rart å få sin eigen. Rett etter fødselen måtte eg opererast og vart adskilt frå

babyen i fleire timer Det tok tid før morsfølelsen bygde seg opp. Eg hadde mykje anna å tenke på den tida. Eg forstod ikkje heilt at han var min liksom..... Det var vikar på helsestasjonen den gongen eg skulle fylle ut skjemaet, og eg hadde ikkje treft ho før. Eg synes ikkje det gjorde noko, men ho sa at den vanlige helsesøstera mi skulle ta igjen samtalen rundt skjemaet neste gong, men dette vart aldri gjort. Men eg såg ikkje at det var nokon problem den gongen. Desse tankane omkring den første tida har eg gjort meg no i ettertid. Det var først når morsfølelsen verkelig kom etter nokre månader, at eg forstod at noko hadde mangla den første tida. Eg har ikkje blitt spurt omkring noko av dette på seinare besøk på helsestasjonen, så dette er ikkje noko eg har snakka med helsesøster om. Eg har snakka med mor mi og mannen min. Men eg skulle gjerne ha hatt den samtalen etterpå. Eller kanskje aller helst samtale medan eg sat og kryssa ut. Ein kunne blitt spurt undervegs kva ein tenker om det og det spørsmålet. For meg hadde det vore betre om det var jordmor som hadde denne samtalen, det var ho eg var tryggast på.... Eg føler kanskje at jordmora er der for meg, medan helsesøster er der for barnet. Kanskje kunne jordmora snakka litt meir om forventningar til å bli foreldre på svangerskapskontrollane? Eg husker at dette var eit tema på svangerskapskurset, men det blir litt kunstig når ein sit i lag med fleire andre par.... Eg tenker også på at ordet psykisk helse kan vere litt skummelt, eg tenker på det ekstreme, så kanskje det hadde vore nyttig å få litt forklaring på kva psykisk helse er. For viss helsesøster snakkar litt meir om tankar og følelsar heller enn psykisk helse, så blir det litt meir på mitt plan i alle fall.....

Marte: "Skulle fått skjemaet fleire gonger"

Eg fekk mitt andre barn for eit halvt år sidan, og var førebudd på alle dei fysiske plagene det inneber for meg sjølv, med blødningar og såre bryst. Dei er uansett føle desse første vekene. Når babyen var seks veker og eg fylte ut skjemaet på helsestasjonen, så var alt veldig bra akkurat da, for da var mannen min heime. Han jobbar turnus, og når han er heime får eg sove meir. Men hadde eg fått skjemaet nokre veker før eller nokre veker etter, så hadde resultatet blitt heilt annleis. For eg har vore langt nede i perioder, men det har gått i bølgjedaler. Det har vore så slitsomt å vere aleine med to ungar når mannen min er på jobb. Sjølv om eg hadde bestemt meg på førehand for at eg skulle ha gode leggerutiner og ikkje bysse i søvn, så vart det til et eg gjorde det likevel, fordi eg var så desperat etter å få sove. Det var aldri slik at eg tenkte på å skade babyen, men eg hadde lyst til å berre legge han frå meg og gå derifrå. Men dette vistes ikkje igjen på

skjemaet, fordi det var i ei periode der mannen min var heime. Sidan eg svarte så positivt, så vart det litt sånn "Ja her er det ikkje så mykje å ta tak i".... Men det er bra med eit skjema, da får du liksom anledning til å tenke over kva du skal svare. Viss du spør meg "Korleis går det?" så svarer eg berre bra utan eigentleg å tenke over det, men skjemaet gav rom for å tenke over ting. Det har i liten grad blitt spurt om dette seinare, men eg har sagt det sjølv, at det har vore tungt... men eg fekk eg høyre at "Det er din eigen feil at du er sliten", fordi eg hadde vent babyen til å bli byssa i søvn. At eg var ein for "snill" mamma, så det var problem eg hadde laga meg sjølv. Det var tøft å få høyre det, så derfor tok eg ikkje opp dette temaet meir. Så no prøver eg å vere positiv og ikkje seie det som det er... .Eg hadde den same helsesøstera med førstemann, og vi har ein god dialog omkring det som har med ungane å gjere. Men eg trengde forståing først og fremst, ikkje råd, det var ikkje "fasiten" eg var ute etter.

Kari: "Skjemaet vart ei stadfesting på at eg hadde tatt rett avgjerd"

Eg fekk store ammeproblem, og det påverka veldig starten. Den første tida handla berre om smerte og stress. Eg har aldri opplevd å vere så langt nede som da. Men det var eg sjølv som pressa meg. Til slutt måtte eg gi opp amminga og gå over til flaske, men det var også tøft i starten. Men det vart ei lette å sleppe å vere heime heile tida, for eg hadde følt meg så låst.... Når eg skulle fylle ut skjemaet vart resultatet veldig påverka av alt dette. Eg hadde innsett at eg hadde pusha meg sjølv alt for hardt. Å sjå det konkret på papiret var nesten litt fasinerande, det vart eigentleg berre ei bekreftelse på det hadde kome fram til. Eg tenker eit slikt skjema er med på normalisere ting som har med det psykiske å gjere, når du veit at alle får det same skjemaet. Det ville vore rart om helsesøster skulle gitt det berre til dei ho trur sliter med noko. Eg svarte ærlig og eg visste at viss eg skal svare ærlig, kan eg ikkje krysse av på at alt er OK. Eg forstår ikkje kvifor ein ikkje skulle svart ærlig, det er no berre helsesøster som skal sjå det. Eg hadde hatt mykje kontakt med helsesøster pga ammeproblema, men vi hadde aldri prata om korleis dette påverka meg psykisk, men skjemaet gjorde det veldig konkret. Eg synes nesten det var litt fasinerande å prøve å finne ut av kva som skjedde med meg, sånn psykisk, for eg har alltid vore så stabil, så dette var veldig uvant for meg. For meg er det heilt naturlig å ta opp slike ting på helsestasjonen, mykje heller enn hos ein mannleg fastlege, for alt henger jo saman med fødselen.....

5.5 Analyse av andre grad:

Andregrads analyse er å trekke inn meir erfaringsfjerne omgrep for å overskride deltarane sine eigne skildringar. Målet er å setje det observerte inn i ein større meiningssamanhang, og prøve å få fram likskapar eller ulikskapar. Dette er ei analyse på tvers i historiene. På dette nivået i analysen diskuterer eg innhaldet i intervjuaterialet opp mot dei fem omgrepsspara som eg kom fram til i analysen av dei opne spørsmåla i spørjeundersøkinga. Men er det riktig å bruke omgrep som kom fram i spørjeundersøkinga på intervjuaterialet? Dette blir jo ein deduktiv strategi der omgropa utgjer mine teoretiske briller som eg les materialet med. Det er sjølv sagt ein fare for at omgropa blir "tvinga" på materialet, og at omgropa blir for styrande for det eg ser etter. Eg meiner likevel at dei valde omgropa er fruktbare briller å lese materialet med, men sjølv sagt ikkje dei einaste mulige brillene. Andre forskrarar hadde kan hende sett andre tema og andre omgrep i det same materialet. Dette diskuterer eg vidare i kapittel seks.

(1) EPDS-skjema opnar eller lukkar for samtale

Det er delte meininger blant informantane om EPDS-skjemaet var med på å opne opp for eller lukke for samtale omkring mors psykiske reaksjonar etter fødselen. Bente følte skjemaet var for alvorlig: *"For meg som hadde litt tunge tankar og kanskje følte meg litt sånn at eg ikkje strekte til, så følte eg ikkje at skjemaet fanga opp meg da... Det vart litt sånn tilsynelatande er alt ok. Mein eigentleg så var ikkje alt ok..."* På spørsmål om dette var noko som vart tatt igjen i samtalens etterkant av skjemautfyllinga, svarar ho: *"Viss man ikkje har kryssa av, viss ingen av spørsmåla har treft deg, så blir konklusjonen at eg ser gjennom skjemaet at du har det bra, og da er det ikkje noko å snakke om... Da skal det litt til å seie stopp, det er ikkje slik liksom..."*. EPDS er ikkje anbefalt som screening fordi testen har for låg spesifisitet, den fangar opp får mange "falske positive". Men her har det motsette skjedd. Testen har ikkje fanga opp Bente. *"Eg hadde hatt utbytte av å bli fanga opp"* seier ho sjølv. Men ho opplevde spørsmåla for alvorlige til at ho svarte bekreftande på spørsmåla i skjemaet. Dette viser at eit skjema ikkje alltid klarer å fange opplevinga til kvinnene. Eit skjema gir berre *ein* innfallsport til virkeligheita, men representerer ikkje sjølve virkeligheita.

Også Caroline følte at skjemaet lukka for samtale. Ho meiner at ein får fram meir kjensler ved å spørje meir opent om korleis ein har det: "*For når du spør meg, så ser du at eg har følelsar, sjølv om det no har gått eit år. Du oppfattar at her skurrar det, sjølv om eg svarer at alt går bra*". Andre framhevar det motsette, nemlig at skjemaet opna opp for samtale: "*Skjemaet traff meg*", seier Hedda.

For nokre av kvinnene var situasjonen med å krysse av på eit skjema noko som virka forstyrrende i seg sjølv, noko som stressa dei og nærmast kunne minne om ein eksamenssituasjon: "*Eg tenkte blir eg ferdig og kor lang tid har eg på meg*" forklarar Bente om korleis ho opplevde sjølve skjemautfyllinga. Caroline synes det vart vanskelig at helsesøster sat ved sidan av medan ho fylte ut skjemaet: "*Eg følte meg litt observert... det kjendes som ein eksamen å sitte der å krysse av*". Andre synes det var trygt at helsesøster var til stades. Eva etterlyser ei meir aktiv deltaking frå helsesøster under sjølve utfyllinga: "*Kanskje samtale underveis heller enn etterpå hadde vore lurt, slik at ein ikkje berre sat med sine eigne tankar...*".

(2) Subjektivering eller objektivering:

Subjektivering og objektivering er omgrep henta frå Hans Skjervheim si tenking. I essayet "Deltakar og tilskodar" tek han til ordet for at forskaren ikkje kan betrakte den sosiale verda utanfrå, men må leve seg inn i korleis forskingsobjekta opplever fenomena. Også helsesøster er på ein måte ein "forskar" som skal utforske korleis akkurat denne barselkvinnen har det, og for å gjere det, må ho vere deltakar og ikkje tilskodar. Knytt til helsevesenet handlar objektivering om å ha fokus på sjukdomen, medan subjektivering handlar om å sjå heile den sjuke personen (Ekeland 2007). Helsesøster møter i utgangspunktet friske kvinner, så her passar det ikkje å bruke omgrepet sjukdom. Her handlar objektivering heller om å berre sjå problemet, medan subjektivering handlar om å sjå kvinnen sine utfordingar i lys av den individuelle livssituasjonen. Objektivering er å behandle alle likt og ikkje ta personen si oppfatning på alvor. Viss hjelparen sin kunnskap om eit problem, for eksempel søvnproblem eller ammeproblem, ikkje stemmer overeins med det kvinnen fortel, "trumfar" hjelpar si generaliserte oppfatninga. Dette inneber ei objektivering av den andre. Det er nettopp dette Marte uttrykker når ho seier at "*Eg trengde forståing først og fremst, ikkje råd..... det var ikkje det å få "fasiten" eg var ute etter*".

Objektivering inneber noko standardisert, og det å føle ein blir behandla på ein standardisert måte kan opplevast ubehagelig: *"Det føltes som noko vi berre måtte gjere. At alle skal kartleggast, at alle skal fangast opp"* (Caroline). Det å føle seg "veid og målt", kartlagt og kanskje putta "i bås" fordi ein får den eller den skåren på eit skjema, er å bli objektivert. Det er nettopp dette Marit Hafting åtvarar mot når ho er skeptisk til å ta i bruk eit standardisert kartleggingsverktøy for å fange opp barseldepresjon (Sjå kap. 2.3). Ho anbefaler heller ei narrativ tilnærming, å invitere til historiefortelling. Fleire av kvinnene etterspør ei meir open tilnærming til temaet: *"Kanskje skulle ho spurt meir opent, utan å sitte med eit ark med mange spørsmål...."* (Caroline).

Også Bente fortel om ei kjensle av standardisering: *"Eg følte det var ei oppgåve ho hadde fått som ho berre måtte gjere"*. Det er uheldig viss det blir slik at når EPDS er utfylt, har helsesøster "gjort sitt". Fleire etterlyser oppfølging av temaet også på seinare konsultasjonar: *"Det var kun den eine gangen med kryssing av skjema"* (Eva). EPDS måler kun korleis kvinne har det der og da, men det kan variere frå dag til dag og veke til veke. Dette er kanskje spesielt viktig å hugse på for dei som har ein partnar som jobbar vekke i periodar. *"Eg skulle fått skjemaet fleire gonger, for eg har vore langt nede i periodar. Spesielt når det har vore lite søvn og når mannen min har vore vekke, så det varierer veldig korleis eg har det"* (Marte).

For å subjektivere, må helsesøster ta del i livsverda til kvinnen. Det betyr å sjå heile livssituasjonen til kvinnen under eitt, korleis fysiske og psykiske forhold påverkar kvarandre, heimesituasjonen, nettverket, forhistoria osv. Det er dette Milgrom og Gemmill (2015:5) kallar for ei nonjudgemental eller ikkje-dømmande tilnærming: "a women-centered focus that remains sensitiv to the women's personal situation as well as her social and cultural context". To kvinner fortel ei historie om møtet med helsesøster som kan karakteriserast som at dei har opplevd subjektivering. Med det meiner eg at dei har hatt eit godt møte tilpassa sine behov og sin livssituasjon. Desse to, Kristin og Kari, fekk det dei trengde i møtet med helsesøster. Den eine av dei opplevde ikkje noko som var vanskelig, og hadde derfor ikkje behov for nokon grundig samtale. Kari, med store ammeproblem som gjorde at ho følte seg langt nede, følte ho fekk god oppfølging av helsesøster både når det gjaldt dei fysiske ammeproblema og dei psykiske reaksjonane knytt til dette: *"Eg fekk den samtaLEN eg trengde"*.

Men er det motsette av subjektivering nødvendigvis objektivering? Eg tenker meg ein skala eller eit kontinuum som går frå subjektivering til objektivering med noko midt i mellom. Og dette midt i mellom treng ikkje bety objektivering, men heller at det mangla noko, den spesielle forståelsen, omsorga eller støtta som kvinna hadde behov for. Dei fekk ikkje dekt sine behov, men det treng ikkje bety at dei opplevde seg objektivert. Slik eg tolkar intervjuaterialet uttrykker dei fleste av kvinnene tvert imot at objektivering til ein viss grad er av det positive, forstått som at i visse samanhengar er det trygt og godt å bli behandla på ein standardisert og "objektiv" måte. Dette gjeld særlig det at alle får tilbodet om EPDS: "*Det er trygt å vite at alle får skjemaet, så ein ikkje tenker at kvifor skal dei sjekke ut meg, liksom.... Kva er det eg har gjort no?*" (Marte). Fleire av intervjugersonane uttrykker også at det er trygt å få generell informasjon om vanlige psykiske reaksjonar etter fødsel og korleis ein kan få hjelp. Dette er "objektiv" informasjon som blir gitt likt til alle, og ikkje tilpassa den einskilde. Kristin fortel at når ho kjende ho var langt nede nokre månader etter fødselen, vart ho ikkje så redd fordi det hadde vore fokus på temaet på 6-velers konsultasjonen. I helsevesenet treng ein altså både subjektivering og objektivering.

Men er det slik at all informasjon er av det gode? Ulrich Beck (i Aakvaag 2008: 265) kallar samtidia vi lever i for "risikosamfunnet". Med auka kunnskap om ting som kan skje, kan individet ende opp med å bekymre seg, kanskje unødig, over mulige problem i framtid. Overført til nybakte mødre si psykiske helse kan det tenkast at det å problematisere mulige utfordringar, som kan oppstå ovanfor "den lykkelig uvitande" mor, kan skape bekymring for at dette også kan ramme meg. Fleire av kvinnene snakkar om forventningane dei hadde til å bli mor, forventningar som dei i ettertid ser var urealistiske. Forventningar og informasjon heng saman. Å bli foreldre er for dei fleste assosiert med lykke og glede. Sosiale media og vekeblada er fylt med forteljingar om "den rosa lykkebobla" som foreldreskap skal vere. Familie og venner er også med på å skape forventningar om det fantastiske som skal skje. Dette fører til at mange vordande foreldre nok har urealistiske forventningar til kva det vil innebere å bli foreldre. Foreldreskap handlar om lykke og glede ja, men også om bekymring og uro, lite eigentid, mindre søvn, ja i det heile store omveltingar som det tek tid å tilpasse seg. "*No i ettertid huskar eg at ei venninne av meg snakka om dette rosenrøde biletet, og at eg ikkje måtte forvente at det vart slik, men det var så tidleg i graviditetten at det liksom ikkje festa seg...*" seier Eva. For henne vart det eit stort sprik mellom forventningane til å bli mor og korleis det faktisk vart: "*Alle*

snakkar om at når du får barnet på brystet så er det så fantastisk og rosenrødt, men så var det ikkje slik". Ho kjem med eit praktisk tips: "Kanskje skulle jordmora som følgjer opp i svangerskapet spurt litt meir om kva forventningar ein har....Når eg tenker meg om så gjorde vi vel det på svangerskapskurset, vi skulle skrive ned forventningar vi hadde til å bli foreldre, men då kom eg ikkje på noko.... Og så vart det litt kunstig fordi du sat ilag med mange andre par" (Eva).

Forventningar handlar også om kva krav du stiller til deg sjølv. Fem av intervupersonane har barn frå tidligare. Dei fortel alle om at det var stor forskjell på å få nummer ein og nummer to, at dei følte seg tryggare og roligare med andremann, og at dei visste kva dei hadde i vente. Kristin uttrykker dette slik: "*Eg var mykje meir avslappa og mindre stressa, ikkje så opphengt i at alt skulle vere så rett, at alt skulle vere på plass. Skuldrane var mykje meir senka, det var lettare å ta ting som dei kom*". Som helsesøster ser eg stadig at kvinnene stiller store krav til seg sjølve. Også foreldreskapet har blitt ein arena der ein skal prestere. Peter Hjort (1992) definerer helse som "å ha overskot til dagens krav ". Dette er ein definisjon eg som helsesøster har hatt nytte av å diskutere med nybakte mødre som opplever utfordringar av ulik art. Ifølgje denne definisjonen kan ein oppnå betre helse anten ved å auke overskotet eller senke krava. Eit nyttig spørsmål å stille seg er kven det er som stiller krava. Er det kvinna sjølv eller omgjevnadene? Er det reelle krav eller er det opplevde krav? Er det mogleg å senke krava og forventningane til seg sjølv i denne krevjande fasen av livet som småbarnsfasen er?

(3) Normalisering eller sjukeliggjering

Fleire av kvinnene uttrykker eit behov for å få stadfesta at det dei opplever, føler og tenker på er "innanfor normalen": "*Det er ikkje slik som dei som rose målar den første tida, at alt er perfekt og flott og fint. Det er sikkert nokon som har det slik også, men eg trur dei fleste føler på eit eller anna i løpet av den første tida. Og det å få ein bekreftelse på på at det er det er heilt greit å ha det sånn, trur eg er viktig*" (Kristin). Stadfesting er ein av dei tre faktorane i anerkjenning, saman med forståing og openheit (Jensen og Ulleberg 2011). Hedda løfter også fram behovet for stadfesting: "*Eg lufta det litt nettopp for å få denne bekreftelsen på at det var normalt*". Ho følte ho måtte forsvare det ho sjølv opplevde som normale psykiske reaksjonar og tankar etter å ha født barn nummer to: "*Det vart liksom noko som måtte etterforskast på eit vis...*". Bente, som følte

at skjemaet var for alvorlig, seier at: "*Eg hadde hatt utbytte av å bli fanga opp, men utan at det skulle bli sånn at du er skikkelig deprimert*". Her peiker ho på betydninga av å kunne snakke omkring ulike tankar og kjensler, men utan å problematisere eller sjukeliggjere dei. Dette kjem eg meir inn på i kapittel sju i resultatdiskusjonen.

(4) Refleksjon eller kontroll

Målet med å bruke EPDS er å førebygge barseldepresjon gjennom å fange opp dei som er i risiko, men også stimulere til refleksjon over eigen livssituasjon. Marte opplevde at skjemaet gav rom for refleksjon: "*Med eit skjema får du liksom anledning til å tenke over kva du skal svare. Viss du spør meg korleis går det svarer eg bra utan eigentleg å tenke over det. Så skjemaet gav rom for å tenke over ting*". Også Hedda opplevde at skjemaet skapte refleksjon: "*Det er alltid lurt å få rydde litt i tankane, at ting blir litt tydlege*".

Men for andre kan muligheita for refleksjon bli hindra av følelsen av kontroll. "*Helsesøster er der for barnet*" seier Eva. Ho er nok ikkje åleine om å tenke at helsesøster først og fremst har barnet sitt fokus og at ein går på "kontroll" på helgestasjonen for å sjekke at barnet veks og utviklar seg som det skal. Dette viser at helsesøster har ei dobbeltrolle: Ho skal både opparbeide tillit og relasjon til familien og kontrollere at alt er som det skal. Dette er ei dobbeltrolle som kan skape konflikt. Dei fleste av kvinnene seier at dei svarte ærlig på spørsmåla i EPDS-skjemaet, men samstundes kom det fram bekymring for kva som skjer viss ein svarer ærlig: "*Ein har ikkje lyst til å ha barnevernet eller psykiatrien rett bak seg...*", seier Caroline. Det er fleire som koplar eventuell dårlig psykisk helse hos mor til barnevern og psykiatri, og det har dei jo for så vidt rett i. Barseldepresjon er jo til skade for barnet fordi samspelet blir redusert både i kvantitet og kvalitet. Trass i auka fokus på psykiske lidingar i media og samfunnet, er psykiske vanskar framleis eit tabubelagt emne for mange. Kanskje er det meir tabu i denne fasa av livet der forventningane frå seg sjølv og andre er at kvinna skal vere lykkelig og tilfreds. Det å innrømme at ein slit kan vere ekstra vanskelig i denne fasa fordi ein er redd for å bli stempla som dårlig mor. Dette kjem også fram i ei norsk undersøking frå 2005 (Anker-Rasch). I denne undersøkinga kjem det fram at kvinnene kan unngå å svare ærlig på korleis dei har det i frykt for ikkje vere gode nok mødre, sjølv om ein ikkje nyttar EPDS men berre spør meir opent. Dette

med å svare ærlig treng altså ikkje ha med skjema å gjere, men samstundes blir det meir konkret og bokstavlig talt synlig på eit papir enn i ein samtale.

(5) Relasjon eller avstand

All kommunikasjon har både eit innhalds- og eit relasjonsnivå. Det er viktig å vere bevisst dette relasjonelle nivået i kommunikasjonen. Den tradisjonelle helsesøsterrolla har nok vore mest fokusert på innhaldet, på informasjon og råd. Denne rådgjevande rolla kan ende opp med å gå på bekostning av å lytte. Marte uttrykker det slik: "*Eg trengde forståing først og fremst, ikkje råd. Eg følte eg hadde lest om og prøvd det meste, det var ikkje det å få fasiten eg var ute etter...*".

Relasjon skapast over tid. Eg hadde på førehand sett for meg at eg skulle finne ein forskjell mellom dei kvinnene som hadde hatt den same helsesøstera tidligare, og dei som møtte henne for første gang. I ein kvalitativ studie frå Australia (Armstrong og Small, 2010) finn ein at forskjell i *acceptability* varierer med graden av *caring relationship* mellom kvinnen og hjelparen, altså at kvaliteten på relasjonen mellom brukar og hjelpar påverkar korleis kvinnene opplever å bruke EPDS. Eg tenkte at kvaliteten på relasjonen hadde med tidsaspektet å gjere, om ein kjende kvarandre frå før. Men dette finn eg ikkje belegg i materialet for å seie noko om. Derimot framhevar fleire den gode relasjonen dei har hatt til jordmor i svangerskapet, og uttrykker ønske om at det var jordmor som skulle hatt denne samtalen: "*for meg hadde det vore betre om det var jordmor som spurte for det er ho man verkeleg har knytta band til*", seier Caroline. Ho er oppteken av at jordmora kjenner til forhistoria, kva ein har vore igjennom i løpet av svangerskapet. Ho seier vidare: "*Skal eg orke å ta opp igjen heile mølla med helsesøster?*" Også Eva meiner jordmor hadde vore betre enn helsesøster til å ta denne samtalen: "*For meg var jordmora som følgde meg opp i svangerskapet den som det var lettast å prate med sånne ting om, det var på ein måte ho som var tryggast...*". Handlar dette om den einskilde personen, altså personlig "kjemi"? Handlar det om roller? Eller handlar det nettopp om tid, at relasjonen til jordmor har hatt tid til å "vokse" over tid? Eg kan ikkje gi svaret på dette, men det er interessant å reflektere over. Eva kjem med eit praktisk tips: "*Kanskje man kunne fått helst på den helsesøstera man fekk før fødselen?*"

Relasjon handlar om tillit. Som nemnt tidligare finst det fire typar tillit: kontekstuell tillit til helsevesenet, systemtillit til helsestasjonen, rollettillit til helsesøster og personlig tillit til den enskilde helsesøstera. Rollettillit handlar om kva ein kan snakke med helsesøster om. Eva seier: "*Eg følte kanskje at jordmora var der for meg, medan helsesøster er der for barnet*". Denne distinksjonen mellom helsesøsterrolla og jordmorrolla har eg aldri reflektert over før. Slik eg ser det er helsesøster der like mykje for foreldra som for barnet. Fleire av kvinnene uttrykker at helsesøster er god på å følgje opp det som har med barnet og med fysiske utfordringar som ammeproblem å gjere: "*Eg føler vi har ein god dialog omkring det som har med barna å gjere, men det var akkurat når det gjaldt dette med kor sliten eg var, at det vart så vanskeleg*" (Marte)

Caroline uttrykker stor tiltru til helsesøster sin fagkompetanse: "*Men eg trur at dokke som er utdanna til helsesøster hadde klart å sjå det på meg utan at eg sa det direkte*". Marte framhevar at helsesøster har stor påverknadskraft: "*Dokke sit jo med mykje kunnskap da... Med førstemann var det enda viktigare kva helsesøster sa...*" Det er nyttig å bli minna på at kunnskap gir makt, og at helsesøster må vere bevisste korleis ho formidlar kunnskapen. Dette er kanskje aller viktigast den første tida. Fleire av kvinnene bruker ordet sårbar om denne perioden, og sårbar inneber at ein også er sårbar ovanfor ting som blir sagt. Eit feil ord eller setning kan vere nok til å øydeleggje tilliten for lang tid framover, slik som det skjedde med Marte som fekk høyre at "*det er din eigen feil*". Bente oppsummerer kva ho ønskjer av helsesøster slik: "*Bygg tillit heilt frå start! Eg er her for å hjelpe dokke, ikkje berre fortelle kva som er rett eller feil, her er vekta og her er lengda og så ferdig liksom... Så det eg sit igjen med er at tillit er det viktigaste stikkordet!*". Personlige tillit handlar om den relasjonen som veks fram mellom helsesøster og kvinne, og her er det ulike erfaringar. Kari fekk store ammeproblem etter fødselen, noko som påverka henne psykisk også. Ho følte ho hadde eit godt forhold til helsesøster: "*Helsesøstera var flink til å følgje opp og eg kunne ringe viss eg trengde det, så det var veldig betryggande*". Men ikkje alle har denne positive opplevinga. Bente seier det slik: "*Eg føler dette er ganske personlig, det med å dele så mykje om si eiga helse og sånn, eg må ha ein person eg føler eg stolar på og vi har gjensidig tillit, og det har eg ikkje følt..... Kjemien var ikkje der..... Blir det eg seier mottatt på ein god måte, er det nokon vits i å seie noko?*"

Kommunikasjon skjer alltid innanfor ein gitt kontekst, ein meiningssamanhang. Helsestasjonen som kontekst gir visse føringar om korleis ein skal oppføre seg og kva ein kan snakke om og kva

ein ikkje kan snakke om. For mange er helsestasjonen ein trygg arena der ein kan snakke om "alt": "*Mi erfaring er i alle fall at det er trygt og godt å gå på helsestasjonen. Hadde eg følt på at det var noko, så hadde eg nok snakka med helsesøster om det*", seier Kristin. Kristin har altså systemtillit til helsestasjonen og rolletillit til helsesøstera. "*Eg er ikkje ein som auser ut til folk eg ikkje kjenner, men i ein slik setting så svarer eg ærlig*", seier Eva. For Eva er altså helsestasjonen ein setting der det er naturlig å snakke opent og ærlig om korleis ein har det, ho har systemtillit til helsestasjonen. Kontekst handlar også om ulike forstyrringar, alt som kan "kome i mellom" under samtalen. Caroline seier :"*Det kan fort bli bagatellisert når ungen kryper rundt på golvet samtidig, eller skriker, og så får du dette arket i hendene og så ferdig med det...*". Det er fleire som uttrykker at det er fint å ha helsesøster inne på kontoret medan ein sit med skjemaet. Bente opplevde det forstyrrende at mannen var til stades: "*Og så sat mannen min ved sidan av, og lurte på kva eg gjorde...*".

5.6 Analyse av tredje grad:

Tredjegrads analyse er å stille seg kritisk til tolkingane, både deltararane si sjølvforståing og forskaren si fortolking. Tredjegrads analyse er å rette søkelyset mot dei strukturane og prosessane som påverkar både aktørane og forskaren sine tolkingar. Kan både respondentane sine svar og mine tolkingar vere påverka av forhold utanfrå? Som eg gjorde greie for i kapitlet om eiga forforståing, har eg sett på det evidensbaserte som einstydande med kvalitet. Eg har hatt ei, kanskje ubevisst, oppfatning av at eit standardisert kartleggingsskjema som EPDS er lik kvalitet. Eg tenker at eg nok ikkje er den einaste som tenkjer slik, men at mange av barselkvinnene nok også tenker at det verkar "profesjonelt" å bruke denne type skjema. Det tyder på at helsestasjonen er "up to date". Eit anna trekk ved samtidia vår er det Habermas kallar systemverda si kolonisering av livsverda. Før hørte dei psykologiske sidene av det å få barn til privatsfæra eller livsverda. I dag er dette eit tema som helsestasjonen har gjort til sitt domene. Det er tatt ut frå livsverda og inn i helsevesenet, der helsesøster er "eksperten" som sit på svara. Fleire av intervjugersonane uttrykker at det er andre enn helsesøster eller andre "ekspertar" som er den naturlige samtalepartnaren når dei har behov for å snakke om dette temaet. Både partnaren, mor og venninner blir trekte fram. Bruken av faguttrykk, eller erfaringsfjerne omgrep som Geertz kallar det, kan også bidra til det Habermas kallar kolonisering av livsverda. Kanskje er termen "psykisk helse" og "barseldepresjon", omgrep som

vi helsesøstre brukar som dagligdagse omgrep, med på dette. "Når eg høyrer ordet psykisk helse så tenkre eg på det ekstreme.... Viss helsesøster snakkar litt meir om tankar og følelsar heller enn psykisk helse, så blir det litt meir på mitt plan i alle fall" (Eva).

Som nemnt tidligare er eit av krava til eit screeninginstrument at det skal vere semje om grensene for kva som fell utanfor eller innanfor eit sjukdomsbilete. Kva er det normale, og kva kan definerast som avvik? I forhold til EPDS har ein diskutert om denne grensa går på 10 eller 12 poeng. Men er det så enkelt at barseldepresjon kan definert ut frå eit tal? Å setje eit tal på kvinnene er også ei form for objektivering. Ekeland advarer i essayet *Psykologi - den gode kunnskapen?* (2009-a: 109) mot "objektivering gjennom klassifikasjon, kvantifisering og kalibrering".

Synet på normalitet og avvik blir påverka av samfunnsendringar. Dette gjeld også synet på kva som fell innanfor og utanfor grensene for det normale når det gjeld psykisk helse i samband med fødsel og barseltid. I kor stor grad er det rom for å snakke om psykiske reaksjonar på helsestasjonen utan at vi skal kalle det barseldepresjon? Det er dette Lisbeth Bradal (2000) åtvarer mot. Ho er redd det er ei overdiagnosering av barseldepresjon, og meiner at merkelappen barseldepresjon sjukeliggjer heilt normale psykiske reaksjonar i samband med svangerskap, fødsel og barseltid. Tanken bak EPDS er å normalisere psykiske reaksjonar gjennom informasjon og kartlegging, men kan bruken av EPDS i staden føre til ei sjukeliggjering av slike normale reaksjonar?

5.7 Samanlikning av intervju- og spørjeundersøkinga

Min første tanke når eg samanliknar det kvantitative og det kvalitative datamaterialet er at det spriker, det viser to ulike virkeligheter for å bruke det ordet. I spørjeundersøkinga kjem det fram at dei fleste kvinnene er fornøgde med tilbodet. På konkrete påstandar som kvinnene skal ta stilling til, svarer som vist tidligare, dei aller fleste positivt. Men samstundes er det ei gruppe på om lag ein tredjedel som er ambivalente eller misfornøgde. I dei opne spørsmåla, som opnar for meir individuelle synspunkt, er det fleire som uttrykker meir negative opplevingar. Denne

tendensen forsterkar seg i intervjuumaterialet, der fem av sju fortel om negative opplevingar i møtet med helsesøster.

Dette spriket kan ha med ulike forhold å gjøre. Det kan handle om utval. Dei sju kvinnene i intervjuundersøkinga kom til ved sjølvseleksjon. Dei er motiverte for intervju og har alle ei spesiell historie å fortelje. Utgjer desse sju eit "ekstremutval" eller representerer dei det typiske? Mi erfaring frå helsestasjonen er at det å snakke om psykisk helse og gjennomføre EPDS ikkje er vanskelig for dei fleste. Dette viser også det kvantitative materialet der om lag 2/3 av kvinnene er fornøgde med tilboden. Det er derfor nærliggande å konkludere med at dei sju kvinnene, som svarte ja til intervju, i alle fall fem av dei, er kvinner med ei spesielt negativ oppleving. Det er jo slik at vi ofte huskar best dei negative opplevingane. Kanskje er det slik at dei som har hatt ei positiv oppleving ikkje føler like stort behov for å fortelje dette? At det ikkje har gjort like stort inntrykk?

Men ein kan ikkje konkludere bastant med at dei sju kvinnene utgjer eit "ekstremutval". Spriket mellom spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga kan også handle om dei metodologiske forskjellane. Ei spørjeundersøking opnar ikkje for å fortelje historia på same måten som eit intervju. Spørjeundersøkingar og intervjuundersøkingar gir ulike tilgang til deltakarane sine opplevingar, meininger, tankar og erfaringar, og gir dermed ulik type kunnskap. Kunnskapen som kjem fram i spørjeundersøkingar gir meir overflatisk kunnskap, den gir eit oversyn. At det er forskjell på kvantitative og kvalitative studiar viser også forskingsoversynet. I intervjuundersøkingar finn ein mindre grad av aksept for screening enn i dei store surveyundersøkingane. Den nye norske undersøkinga om implementeringa av "Tidlig inn"-prosjektet, som nytta spørjeundersøking som metode, viste også høg grad av aksept for EPDS blant barselkvinnene. Dette viser at det kanskje er utilstrekkelig å berre nytte spørjeskjema med nokre få spørsmål eller påstandar, som metode for å kunne seie noko om korleis det opplevast for kvinnene. Ein risikerer i alle fall å få ei begrensa type kunnskap...

Noko som går igjen i begge delstudiane er behovet for fokus på mor. Gjennomføringa av EPDS med påfølgande samtale kan bidra til dette. Som ei av kvinnene i spørjeundersøkinga skriv: *"Det fekk meg til å reflektere over mitt eige reaksjonsmønster, noko som fort kan bli overskugga av babyen og at den får det den treng av mat, stell og omsorg, og at man gjer det rette. Det er lett å*

missee seg sjølv etter ein fødsel". Fleire i intervjuundersøkinga uttrykker at dei nesten blir overraska over at det å få barn gjer noko med dei, også psykisk, at det går inn på dei, og det ikkje berre på den "rosenrøde" måten. Fleire nemner at dei ser på jordmor og lege som å vere der for mor sin del, medan helsesøster er der for barnet sin del. Dette påverkar kva det er naturlig å snakke om, og med kven, men det fører også til at helsesøster får ei dobbeltrolle: både som "kontrollør" av at barnet har det bra og som samtalepartnar for mor: "*Det er vanskelig å skulle snakke med den som har barnets beste som hovudfokus, når ein ikkje strekk til som mor. Føler det er lett at det ein seier blir brukt mot ein. Er då lettare å seie at alt er bra*" skriv ei kvinnene. Begge undersøkingane viser at det å skulle samtale omkring temaet psykisk helse i stor grad handlar om den personavhengige relasjonen mellom helsesøster og barselkvinne. Ei av kvinnene som deltok i spørjeundersøkinga skriv: "*Blir veldig avhengig av korleis den einskilde helsesøstra følger opp i samtale*". Helsesøsterarbeidet er og blir personavhengig. Det er ein sjølv som er reiskapen for den jobben ein gjer. Det handlar om personlig stil, kommunikasjonsferdigheiter og relasjonskompetanse.

Fleire kjem inn på forhold som har med administrering av metoden å gjere, både i spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga. Tydeligvis glepp rutinane i blant. Fleire uttrykker at skjemaet blir lausrive, at dei saknar informasjon i forkant og at skjemautfyllinga ikkje blir etterfult av ein samtale med oppfølgingsspørsmål. Dette kjem fram både i spørjeundersøkinga og i intervjuet. I rettleiaren til EPDS-metoden (Eberhard-Gran og Sløssing 2007) er det understreka at skjemaet skal aldri brukast åleine, men alltid etterfølgjast av ein samtale der ein går igjennom svara på dei einskilde spørsmåla. Dette er like viktig med dei kvinnene som har låg skåre som dei som har høg skåre. Fleire kvinner etterspør oppfølging av temaet: "*Men nå når eit år har gått, er det ingen som spør meir*".

Noko er altså likt i dei to delstudiane, medan hovudkonklusjonen må vere at dei skil seg på vesentlige område. Men er funna frå spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga til å stole på? Er kvaliteten på forskinga god nok? Dette er spørsmål eg vil freiste å svare på i det neste kapitlet som handlar om validering.

Kapittel 6: Metodediskusjon- validering av alle ledd

Kvale og Brinkmann (2015) framhevar at validitet ikkje berre handlar om resultatet av forskinga, men også vegen fram. Dermed blir vekta forskuve frå einsidig produktvaliditet til prosessvalidering gjennom alle fasane av eit forskingsprosjekt. Kvale og Brinkmann deler forskingsprosessen inn i sju fasar. Eg skal no diskutere validiteten gjennom dei sju fasane av forskingsprosessen.

6.1 Relevans av tema og problemstilling

Den første fasen er tematisering. Her handlar validitet om at forskaren set seg inn i eksisterande forsking og teori på feltet slik at forskingsspørsmåla er forankra teoretisk. Dette svarar til det Malterud kallar relevans. Relevans handlar om kva studien kan bidra med. Er problemstillinga i det heile interessant for andre enn forskaren sjølv? Kva kan funna brukast til? Tilfører dei noko ny kunnskap? Som forskingsoversynet viser er psykisk helse i samband med graviditet og barseltid er tema det er forska mykje på. EPDS som screeninginstrument er blitt validert i to norske studiar (Berle 2003 og Eberhard-Gran 2001). Fleire studiar viser at helsesøstrene er godt nøgde med dette instrumentet (Kari Glavin m.fl. 2012). I 2014 kom Malin Eberhard-Gran og Kari Sløning ut med rapporten "Screening for barseldepresjon- en kunnskapsoppsummering". Forfattarane framhevar at det foreløpig ikkje er gjort brukarundersøkingar blant barselkvinner på korleis dei opplever gjennomføringa av EPDS-testen. Også Kari Glavin (2010) framhevar behovet for vidare forsking på korleis mødrene sjølve opplever denne forma for screening. Eg har derfor ikkje studiar å samanlikne dei konkrete funna opp mot. Men ein studie som undersøker korleis det opplevast av dei det gjeld, av barselkvinnene sjølve, og som dermed trekker brukarperspektivet inn i forskinga, må derfor kunne seiast å vere relevant.

Brukarperspektivet utgjer den eine av dei tre kunnskapskjeldene i evidensbasert praksis (sjå figuren side 13). Brukarperspektivet, erfaringsbasert kunnskap og forskingsbasert kunnskap utgjer til saman det kunnskapsgrunnlaget som fagpersonen skal utøve sitt faglige skjønn på bakgrunn av. Brukarperspektivet handlar både om brukarkunnskap og brukarmedverknad.

Brukarkunnskap er kunnskap som brukarane sjølv sit på i forhold til eigne opplevingar og meininger. Den einskilde er eksperten på eiga oppleving. Brukarmedverknad er å ta omsyn til denne brukarkunnskapen i utforminga av tilbodet. Ein måte å sikre brukarmedverknad på er å gjennomføre brukarundersøkingar, for eksempel om kor fornøgde brukarane er med eit tilbod. Dette blir ofta gjort som store spørjeundersøkingar. Min studie er ikkje ei rein brukarundersøking, men den søker å få tak i brukarkunnskap om korleis det opplevast å bruke eit skjema i samtale omkring psykisk helse.

6.2 Er metodetriangulering eigna for føremålet?

Den andre fasen er planleggings- eller designfasen. Metoden må vere eigna for formålet. Har metodetriangulering med bruk av spørjeundersøking i forkant av forskingsintervju vore hensiktsmessig for å svare på problemstillinga? Grunngjevinga for å bruke begge dei to ulike metodiske tilnærmingane var å få både bredde og djupne omkring eit fenomen det er forska lite på. Spørjeundersøkinga gav oversikt over situasjonen til eit større utval. Funna her bekrefta langt på veg forståinga mi om at dei fleste kvinnene synes det meste var "heilt greitt", både å bruke skjema som utgangspunkt for samtale og sjølve samtalen. Nokre av funna var meir overraskande, som for eksempel dette med kontrollaspektet. Dette vart det viktig å følgje opp vidare i intervjuundersøkinga. Utan spørjeskjemaet i forkant, hadde dette neppe blitt eit tema i intervjuet.

Men vel så viktig som dei konkrete funna, var det at spørjeundersøkinga fungerte som ei førebuing til intervjuet. Deltakarane til intervjuundersøkinga fekk gjennom spørjeundersøkinga reflektert over eit tema som dei seinare vart spurt meir inngående om. Dessutan fungerte spørjeundersøkinga som ein dørspørre for å få tak i interesserte intervjudeltakarar som hadde ei sjølvopplevd historie dei ønska å fortelje. Analysen av dei opne spørsmåla i spørjeskjemaet resulterte i fem omgrepsspar som intervjuumaterialet kunne sorterast etter. Det har altså vore nyttig å bruke spørjeundersøking først av fleire årsaker. Det har vore stunder undervegs i prosessen der eg har angra på at eg valde å nytte to ulike metodiske tilnærmingar. Det har liksom vore "dobbelt opp" å setje seg inn i av både vitskapsteoretiske, metodologiske og analytiske spørsmål. Men no når prosjektet er gjennomført, ser eg absolutt fleire fordelar enn

ulemper med å kombinere dei to ulike tilnærmingane, og tenker det er ein styrke for vurderinga av resultata.

I starten på masterarbeidet hadde eg størst tiltru til spørjeundersøkinga. Eg tenkte at det viktigaste var å få fatt i kva mange tenkte omkring dette fenomenet. Men i ettertid ser eg at det er intervjuundersøkinga som bidreg med den mest interessante kunnskapen. "Intervjuets styrke er dets privilegerte tilgang til objektets dagligverden" seier Kvale og Brinkmann (2015: 200). Det personlige perspektivet gir ei unik forståing av livsverda som er vanskelig tilgjengelig gjennom kvantitative metodar som spørjeundersøking. Det er begrensa kor djupt det er mulig å grave i ei spørjeundersøking.

Frå eit etisk perspektiv bør eit valid forskingsdesign produsere kunnskap som er av nytte og utan uheldige eller skadelege konsekvensar for deltakarane. Nytteaspektet handlar om at kunnskapen frå undersøkinga kan brukast i fagutvikling på helsestasjonen, og på den måten kome barselkvinnene til gode. Helsesøstrene kan få auka forståing for korleis det kan opplevast å bruke eit skjema i samtalen omkring psykisk helse, noko som igjen kan føre til at dei kanskje klarer å møte den einskilde kvinnen på ein betre, og kanskje meir subjektiverande, måte. Eg kan heller ikkje sjå at deltakarane verken i spørjeundersøkinga eller i intervjuundersøkinga har opplevd det negativt å delta. Tvert imot, fleire av intervjudeltakarane uttrykte at det hadde gjort godt å få dele historia si.

6.3 Intern gyldigheit: er verktøya gode nok?

Den tredje fasen er sjølve datainnsamlinga. Her er validiteten avhengig av kvaliteten på verktøya vi nyttar for å samle inn data. I spørjeundersøkinga er det sjølve spørjeskjemaet som er verktøyet, i intervjuundersøkinga er det forskaren sjølv som er det viktigaste verktøyet. Er spørjeskjemaet utforma på ein måte som får tak i kva informantane faktisk meiner? Eg tenker utforminga av påstandar i staden for spørsmål fungerte bra. Når ein ber respondentane om å ta stilling til påstandar omkring eit tema, er det ein fare for at dei blir "tvinga" til å ta stilling til påstandar dei ikkje finn meiningsfulle eller viktige. Derfor er det viktig å ha med veit-ikkje kategorien. Men det var få som kryssa av på veit ikkje-kategorien på dei ulike påstandane, og

dette tolkar eg som at påstandane vart oppfatta som meiningsfulle å ta stilling til. Samstundes svarte mange av kvinnene på dei opne spørsmåla med eigne ord, nokre kort og andre lengre, dette viser også at informantane tok spørjeskjemaet på alvor.

Intern gyldigheit handlar om vi faktisk studerer det vi trur vi studerer. Korleis har vi operasjonalisert ulike omgrep som vi spør om? Eit masterarbeid som dette skal kvile på teori omkring fenomenet ein undersøker. Det teoretiske bakteppet i mi oppgåve består av teoritunge omgrep som subjektivering, objektivering, livsverd og relasjon. Men om eg hadde spurt kvinnene om dei har opplevd å bli subjektivert eller objektivert, ville eg nok ikkje fått mange svar. Utfordringa er å operasjonalisere desse erfaringsfjerne omgrepene til meir erfaringsnære omgrep, for å bruke Gertz sin terminologi. Dette var kanskje den mest krevjande delen av denne studien for min del, og eg er framleis ikkje sikker på om mine forsøk på operasjonalisering er heilt vellukka. Språket i utforminga av spørsmål og påstandar bør vere enkelt og "folkelig" slik at alle deltakarane forstår spørsmåla likt. Men som Haraldsen poengterer, er det ein fare for å misse noko av tydinga i iveren etter å forenkle teoretisk uttrykk. Han kallar dette "kakepyntens betydning for smaken" (Haraldsen 1999: 131). Utforming av påstandane i spørjeskjemaet var ein tidkreyjande og utfordrande prosess. Det som var særlig utfordrande var å klare å ta av hatten som helsesøster og ta på forskarhatten. Utforming av intervjuguiden gjekk lettare. Intervjuguiden vart som nemnt utforma i etterkant av spørjeundersøkinga, og dermed var mykje av jobben med operasjonalisering allereie gjort. I intervjustituasjonen er det også rom for meir forklaring og oppklåring av mistydingar.

Validiteten på intervjuet handlar om forskaren klarer å la intervjugersonen kome fram med si mening, og om forskaren klarer å oppfatte denne riktig. Den semistrukturerete intervjuguiden fungerte som eit godt hjelpemiddel for å kaste lys over ulike aspekt. Ingen intervju vart like, rekkefølga på spørsmåla varierte, og det kom fram ulike tema som det vart nødvendig å utforske nærmare. Det er dette Kvale og Brinkmann (2015) kallar for handverk i intervjuforsking. Kunsten er å lytte med opent sinn slik at ein som forskar klarer å høyre det nye og uventa, og ikkje berre det som stadfestar forståinga.

Eg opplevde det særskilt positivt å intervju kvinnene. Eg følte samtalane flaut lett og naturlig, og at samtalane var prega av ein god atmosfære og openheit. Kvale og Brinkmann (2015: 33)

åtvarer mot "å naturalisere denne bestemte formen for menneskelig relasjon eller omgangsform". Intervju er ikkje ein naturlig situasjon for dei fleste. Som forskar er eg lik intervjugersonane i alder, kjønn og etnisitet, men uansett grad av likskap, vil det aldri vere symmetri mellom forskar og informant. Intervjusituasjonen er i seg sjølv ein eigen kontekst som påverkar konstruksjonen av kunnskap. Forskinsintervjuet er ikkje eit nøytralt medium der to samtalepartnarar fritt kan møte kvarandre, men eit medium som muliggjer visse måtar å vere på.

Dette er særlig aktuelt i min studie på grunn av den dobbeltrolla eg har som både forskar og helsesøster. Det er nærliggande å tenke at kvinnene kan vegre seg for å fortelje om negative opplevingar knytt til den verksemda eg er ein del av. Men etter god informasjon om korleis konfidensialiteten blir ivaretatt, hadde eg ikkje inntrykk av at dette hemma intervjudeltakarane på nokon måte. Tvert om, dei snakka openhjartig og fritt om sine opplevingar. Eg tenker at nettopp det at eg er både forskar og helsesøster kan ha bidratt til dette. Det kvalitative forskingsintervjuet kan på mange måtar minne om "den gode" samtalen mellom helsesøster og kvinne. Eg nytta aktiv lytting ved å stille oppfølgingsspørsmål, oppmuntre til vidare forteljing, oppsummere undervegs og speile tilbake innhaldet i det som vart sagt. Ved å oppsummere etter kvart hovudtema kunne eg sjekke ut om eg hadde oppfatta kvinnene rett, noko som bidreg til høg intern validitet. Eg har reflektert rundt om kvinnene kanskje svara opnare og ærligare fordi dei visste at eg var helsepersonell med teieplikt og erfaring med å snakke om desse tema, og eg trur nok nokre av dei følte at dei snakka med helsesøster heller enn å delta i eit forskingsprosjekt.

Eg ser av transkripsjonen at måten min å intervju på har lett for å bli veldig forståelsesfull og bekreftande, der eg gjerne prøver å normalisere det dei har følt og tenkt. Den type respons kan nok ha bidratt til å forme det som kom fram, på ein annan måte enn heilt nøytrale svar. Men som Kvaale og Brinkmann (2015) seier, kunnskapen som kjem fram i intervju er aldri nøytral eller objektiv, men ein samproduksjon som blir til i dialogen mellom forskar og informant. Eg var merksam på ikkje å gi uttrykk for mine eigne meningar om EPDS. Eg tenker at viss eg hadde gitt til kjenne ei positiv eller negativ holdning til EPDS, kunne dette ha påverka svara. Intervjugersonar vil gjerne framstå som "gode" intervjugersonar, og svare i tråd med det dei oppfattar at forskaren ønskjer at dei skal seie.

Ei anna feilkjelde kan vere begrensa hukommelse omkring eit fenomen som ligg opptil eit år tilbake i tid, og som kanskje heller ikkje har gjort så stort inntrykk. "Hva svarpersonene husker er avhengig av hvilke hendelser som har vært betydningsfulle for dem og hvilke følelser som er knyttet til forholdene vi spør om" (Haraldsen 1999: 169). Det er nærliggande å tenke at dei som har hatt sterke negative eller positive opplevingar knytt til gjennomføringa av EPDS og samtalen kring dette, huskar best kva som skjedde. Derfor vart kvinnene minna på den situasjonen dei var i på 6-vekers konsultasjonen. Sjølve EPDS-skjemaet vart presentert i innleiinga til spørjeundersøkinga, og låg framme under intervjuet. I intervjuetsituasjonen starta eg intervjuet med å be deltakarane huske tilbake til tida med nyfødt baby og fortelje om korleis dei opplevde det. Å invitere til historieforteljing kan vere ein nyttig måte for å få fram deltakarane sine opplevingar på utan at spørsmålsstillinga vert for styrande for det som kjem fram. Lenger ut i intervjuet supplerte eg med meir konkrete spørsmål.

Ei form for validering er å sjå på dei praktiske sidene av kunnskapsproduksjon: korleis kan kunnskapen nyttast i praksis? Dette kallar Kvale og Brinkmann (2015: 285) for *pragmatisk validitet*: kunnskapen er gyldig viss den er praktisk nyttig. I følgje dette valideringsprinsippet vil eg argumentere for at kunnskapen som har kome fram både i spørjeundersøkinga, men kanskje aller mest i intervjuundersøkinga, er praktisk nyttig: Den gir helsesøstrene innspel til korleis dei kan bruke eit kartleggingsverktøy på ein betre måte i praksis. Desse praktiske sidene vil bli løfta fram til slutt i kapitlet under formidling av funna.

6.4 Transkribering: frå samtale til tekst

Transkribering utgjer den fjerde fasen i intervjuundersøkingar. Transkripsjon inneber ei omforming frå talespråk til skriftspråk. Transkribering kan svekke gyldigheita dersom den blir utført slurve, då blir ikkje overføringa frå munnleg til skriftleg form gyldig. Sjølv ordrett transkribering inneber ein begynnande analyse. Berre å sette komma, punktum, spørsmålsteikn eller utropsteikn kan endre noko av innhaldet. Nettopp teiknsetjinga var det som vart vanskeligast i arbeidet med transkribering, eg oppdaga raskt at vi alle har ein tendens til å snakke i lange sekvensar heller enn i adskilte setningar. Transkripsjonen er tilnærma ordrett når det kjem til det intervjudeltakarane seier, men eg har valt å utelate mine måtar å lytte aktivt

på, altså småord som ja, javel, neivel, akkurat, hmm osv. Alle intervju er skrive på nynorsk, sjølv om dette ikkje var tilfelle med alle informantane. Dette bidreg også til å sikre anonymiteten. Transkripsjonane vart gjennomførte kort tid etter intervjuet fann stad. I transkriberinga kan mykje av meiningsa forsvinne ved at det nonverbale blir utelatt. Spesielt i det eine intervjuet var sterke kjensleutbrot viktige for å få fram tydinga av det kvenna fortalte, kor sterkt inntrykk det hadde gjort på henne. I transkriberinga er derfor slike kjensleutbrot som gråt eller latter tatt med i parentes.

6.5 Analysen: bru mellom data og resultat

Analysen utgjer den femte fasen i eit forskingsprosjekt. Analysen bidreg til gyldig eller valid kunnskap dersom spørsmåla som stillast til teksten er gyldige og tolkingane er logiske. I analysen skal forskaren bygge bru mellom rådata og resultatet ved å organisere, fortolke og samanfatte materialet (Malterud 2011). Det skal vere mogleg for lesaren å følgje denne vegen. Det er ulikt i kor stor grad forskaren lar teori styre analysen. Induktive analysestrategiar går frå empiri til teori ved at forskaren identifiserer tematiske einingar eller kategoriar i det empiriske datamaterialet. Dette er ein måte å organisere datamaterialet på slik at meiningsinnhaldet kjem tydelig fram. Deduktive analysestrategiar derimot går motsette vegen. Her går ein frå teori til empiri ved å analysere materialet ut frå valde teoretiske omgrep. I min studie har eg nytta både induktive og deduktive strategiar. I analysen av svara frå dei opne spørsmåla i spørjeundersøkinga, var strategien å vere mest mogleg induktiv. Sitata vart forsøkt organisert under ulike overskrifter eller kategoriar. Eg enda opp med fem omgrepsspar som passa på det meste av materialet. Men desse valde omgrepsspara kom ikkje "heilt ut av det blå", eg hadde jo ei forståing om kva dette kunne handle om. Og forståing og teoretisk perspektiv påverkar kva ein ser etter. Det er ikkje mogleg å leggje forståinga heilt til side, men ein kan tilstrebe å setje den "midlertidig i parentes" (Malterud 2011).

I analysen av intervjuaterialet nytta eg Katrine Fangen si inndeling i første-, andre- og tredjegrads analyse. Førstegrads analysen er ei fortæta framstilling av kvinnene sine eigne historier, der eg har prøvd å leggje meg så nært opp til det som vart fortalt som råd, altså ei induktiv tilnærming. I andregrads analysen av intervjuaterialet analyserte eg materialet ut frå

dei fem omgrepsspara som kom fram i spørjeundersøkinga. Dette representerer altså ei meir deduktiv tilnærming, der dei fem omgrepsspara utgjer dei teoretiske brillene eg les materialet med. Som eg har vore inne på tidligare, så er det ikkje uproblematisk å tre slike omgrep ned over eit intervjuemateriale. Det er ein fare for at dei teoretiske omgrepa blir for styrande for kva ein ser etter. Ei av dei kritiske innvendingane som ofte rettast mot intervjuforsking er at tolkingane er basert på subjektive inntrykk og ikkje er objektive. Men nettopp det at det kan vere mange måtar å forstå ein tekst på, treng ikkje vere ei svakheit, men heller ein styrke. Ulike perspektiv gir ulik kunnskap. Validitet handlar om "hvordan man kan unngå ekstreme posisjoner som på den ene siden den subjektive relativismen i intervjuforskinga, hvor alt kan bety alt, og på den andre siden den absolutistiske søken etter den eneste sanne, objektive mening" (Kvale og Brinkmann 2015: 272). Ei valid analyse har balanse mellom det subjektive og det objektive, ved å sortere det subjektive inn i nokre meir objektive omgrep og kategoriar, men utan å redusere det subjektive innhaldet. Mine kategoriar er derfor ein, av sikkert fleire, måtar å tolke materialet på! Eg vil likevel argumentere for at mine fem omgrepsspar er fruktbare teoretisk briller som gir auka forståing for det deltakarane i studien fortel om.

6.6 Ekstern gyldigheit: Har funna overføringsverdi?

Den sjette fasen er den eigentlege valideringsfasen der gyldigheita av funna skal vurderast: kva har forskaren eigentleg funne ut noko om? Ekstern gyldigheit handlar om overførbarheit eller generalisering av funna. Ingen kunnskap er allmenngyldig. Forskaren må ta stilling til kva materialet kan seie noko om, og om resultata kan overførast til andre situasjonar. Hensikta med min studie er ikkje å kome fram til statistisk, generaliserbar kunnskap, til det er utvalet alt for lite. Hensikta med spørjeundersøkinga i forkant er å få eit oversyn over fenomenet, for så å bruke intervju for å få fram skildringar av informantane si livsverd og opplevingar. For min studie er det derfor meir relevant å snakke om analytisk eller teoretisk generalisering, for å bruke Stake (2005) sine omgrep. Dette skreiv eg om i kapittel 4.9. Analytisk generalisering inneber vurderingar kring utvalskriterium og kontekst. Konteksten kunnskapen er innhenta i, vil vere avgjerande for kva andre kontekstar det eventuelt også kan vere gyldig innanfor. Ein går frå generalisering til kontekstualisering. Kontekstualisering igjen handlar om utvalet. Kva kjenneteiknar mitt utval?

Denne studien har eit svært begrensa utval, med informantar frå berre ein kommune. I starten av dette arbeidet var eg så oppsett på at deltakarane til studien måtte vere barselkvinner som gjekk på "min" helsestasjon, altså min arbeidsplass. Det var liksom ikkje så interessant å få vite noko om kor fornøgde kvinnene var andre stader. Det var også praktiske og økonomiske årsaker til dette. Eg ser no i ettertid at dette var ein tabbe, den største tabben i denne studien. Eg skulle tatt meg bryderiet med å gå breiare ut og kontakta andre helsestasjonar. Gyldigheita av funna kunne då vore større.

Kvinnene som har delteke i undersøkinga bur alle i ei middels stor Vestlandsbygd. Kva kjenneteiknar denne bygda? Innbyggjarane her har høgare utdanning samanlikna med nabokommunane. Erfaring frå helsestasjonen viser at dei fleste småbarnsforeldre her har eit godt sosialt nettverk. Helsestasjonen har også fleire tiltak som handlar om å legge til rette for sosialt nettverk blant småbarnsforeldre, som open helsestasjon og barselgruppe. Godt sosialt nettverk er ein av dei viktigaste beskyttelsefaktorane for å fremje god psykisk helse. Kommunen har berre ein helsestasjon, og helsestasjonen har betre bemanning enn mange andre. I forkant av undersøkinga hadde det nylig vore ein artikkel i lokalavisa om innføringa av det nye tiltaket på helsestasjonen for å fange opp barseldepresjon. Dette kan ha vore med på å spreie kunnskap om psykisk helse og bygge ned tabu omkring dette. Det er forskjell på by og bygd i forhold til psykisk helse. Statistikken viser ei overhypigkeit av både angst og depresjon i storbyane. Som eg kjem nærmare inn på seinare, viser forskinga at god eller dårlig psykisk helse ha betydning for korleis ein opplever å bruke EPDS.

Kva kjenneteiknar mitt utval? I spørjeundersøkinga er aldersfordelinga blant deltakarane rimelig likt fordelt mellom 25 og 40 år, men med få i aldersgruppa under 25 år. Gjenomsnittsalderen på intervjudeltakarane er vel 30 år. Eg kan ikkje sjå at alder skal ha avgjerande betyding for tolking av resultata. Det var litt fleire som hadde born frå før enn dei som var fleirgongsfødande, men utvalet er for lite til å vurdere om dette har innverknad. Det som derimot er meir interessant, er den bakgrunnsinformasjonen eg hadde om heile populasjonen ($N=63$) i form av dei ferdig utfylte EPDS-skjemaene. Helsestasjonen har oppbevart desse anonymt med tanke på mogligheta det gir for statistikk og forsking. Kvinnene har blitt spurt om dette på førehand. Dette årskullet hadde ein snittskåre på 3,7. Kvinner som har kjende psykiske vanskar, skal i utgangspunktet ikkje kartleggast med EPDS. Dersom denne

gruppa også hadde vore med, ville nok snittskåren på EPDS vore høgare. Grenseverdien som angir risiko for barseldepresjon er på 10-12. Min populasjonen hadde altså ei svært lav skåre samanlikna med det ein reknar som prevalensen eller førekomensten av barseldepresjon på 10-15%. Dette lave talet er i seg sjølv interessant. Tyder det på at barselkvinner i denne kommunen er mindre deprimerte enn landsgjennomsnittet? Eller er ikkje tala ein opererer med når det gjeld barseldepresjon reelle? Lisbeth Brudal (2000), som eg har referert til tidligare i oppgåva, meiner det er ei overdiagnosering av barseldepresjon fordi det er ein tendens til å sjukeliggjere normale psykologiske endringar i svangerskap og barseltid, nettopp gjennom bruken av EPDS som screeningverktøy. Eller kan det lave talet gi ein indikasjon på at kanskje ikkje alle svarer ærlig på EPDS-skjemaet? Dette siste er jo noko av det eg har funne i studien.

Uansett, sidan dei kvinnene som allereie har kjende psykiske vanskar ikkje er med i EPDS-kartlegginga, og derfor heller ikkje er med i mi undersøking, er utvalet i undersøkinga i utgangspunktet ved god psykisk helse. I internasjonale studiar der ein har knytt grad av acceptability opp mot EPDS-skåren, finn ein at grad av aksept fell med aukande EPDS skåre. Altså at kvinner som strevar psykisk opplever det mindre nyttig å gjennomføre EPDS (Milgrom og Gemmill 2015: 52). Det kunne vore interessant å kople svara frå deltakarane i min studie til deira EPDS-skåre, men det har eg verken moglegheit eller ønskje om å gjere. Det ville også vore ein heilt annan etikk i ein slik studie enn i den studien eg gjer. Men uansett, utvalet til både spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga er altså på ingen måte representative for barselkvinner generelt i landet. Men eg tenker at funna likevel kan seie noko om korleis dette kan opplevast, uavhengig av kor ein bur og kva helsestasjon ein hører til.

Eg har tidligare i oppgåva diskutert om dei sju kvinnene som deltok i intervjuundersøkinga representerer eit slags "ekstremutval" eller eit typisk utval. Dette spørsmålet er det vanskelig å gi nokon bastant konklusjon på. Det kvantitative materialet viste ei meir positiv oppfatning blant deltakarane. I dei opne spørsmåla kom det fram meir negative sider, og denne tendensen forsterka seg i intervjuaterialet, der fem av sju intervjudeltakarar fortel om eit heller negativt, eller om ein vil, objektiverande, møte med helsesøster og EPDS-skjemaet. Men handlar dette om utvalet eller dei to ulike metodologiske tilnærmingane? Det ein i alle fall kan konkludere med er at det dei sju kvinnene fortel på ingen måte gjeld alle, men kan bidra med eksempel på korleis det kan opplevast å bruke EPDS på helsestasjonen.

6.7 Formidling av funna

Den siste fasen er rapportering av resultata. Viss arbeidet er prega av transparens, kan lesaren følgje vegen frå datamaterialet via analysen til resultat, og sjølv vurdere validiteten. Eit masterarbeid som dette er ei svenneprøve i forskarkunsten der validitet gjennom heile forskingsprosessen er eit vesentlig kvalitetskriterium. I tillegg til at studien skal presenterast i denne masteroppgåva, ser eg for meg å presentere resultata i ein form for rapport til mine kollegaer på helsestasjonen. Her blir det ei etisk utfordring å balansere presentasjonen av funna på ein måte som ikkje "heng ut" helsesøstrene som kvinnene har hatt med å gjere. Vi har eit samarbeidsforum, interkommunalt helsesøstermøte, som eignar seg for denne type formidling. Ei av intervjudeltakarane har bedt om å få tilsendt den ferdige masteroppgåva. I tillegg håper eg på å få publisert ein forskingsartikkel i "Tidsskriftet Sykepleien" og "Tidsskrift for helsesøstre".

Det er neppe så mange som kjem til å lese denne masteroppgåva på over hundre sider. Formidling handlar derfor om å trekke ut essensen av det studien kan bidra med. Første-, andre- og tredjegradsanalyse har som mål å gi auka forståing for korleis kvinner kan oppleve å bruke EPDS i samtale med helsesøster. Dette er det analytiske føremålet for studien. Eg skal no trekke ut kva praktisk nytte denne auka forståinga kan ha for arbeidet med barselkvinner på helsestasjonen. Grønmo (2004) kallar dette det konstruktive føremålet med forskinga.

Behov for informasjon: Fleire av kvinnene framhevar behovet for informasjon. Informasjon kan bidra til realistsike forventningane til det å få barn. Samstundes kan informasjon om mulige problem bidra til unødig bekymring. Kunsten for helsesøster blir å balansere desse to opp mot kvarandre. Helsesøster må kunne tematisere psykisk helse i samband med fødsel og barseltid, men utan å skape unødig bekymring, gjennom saklig informasjon tilpassa den einskilde sine forkunnskapar og livsverd. Dette kan skje både på svangerskapskontrollane hos jordmor, på svangerskapskurs og i samtale med helsesøster. For at gjennomføringa av EPDS på 6-vekers konsultasjonen ikkje skal kome for brått på, er det viktig med god informasjon på heimebesøket.

Behov for oppfølging: EPDS skal brukast på 6-vekers konsultasjonen, men det betyr ikkje at temaet ikkje skal takast opp igjen på seinare konsultasjonar. Kvinnene etterspør oppfølging. Eit av svara i spørjeskjemaet illustrerer dette særskilt tydelig: "*Men nå når eit år har gått, er det ingen som spør meir*". Er det slik at vi helsesøstrene vegrar oss for å spørje om psykisk helse når vi ikkje har eit skjema å bruke? Har vi gjort oss avhengige av å ha eit spesielt verktøy for å opne opp for "den gode samtalen"? Det er ikkje berre dei som har ein høg EPDS-skåre som treng oppfølging. Dei skal ha tilbod om støttesamtalar, men helsesøster bør opne for temaet på seinare konsultasjonar med alle.

Faglig skjønn: Det er ikkje alltid det passar like godt å bruke eit kartleggingsskjema, sjølv om det er ein del av ei prosedyre. I nokre tilfelle er det kanskje betre å bruke ei meir open eller narrativ tilnærming til temaet. Det er her det faglige skjønnet kjem inn. Ei prosedyre eller metode beskriv korleis det kan gjerast, faglig skjønn er å vite når metoden er eigna å bruke og når det er andre tilnærmingar som er meir hensiktsmessig å bruke. Å ikkje følgje ei prosedyre betyr ikkje at ein ikkje har gjort det ein skal, men at ein har tatt ei faglig avgjerd om ikkje å følgje prosedyren.

Alltid samtale rundt skjemaet: Lav skåre på EPDS-skjemaet treng ikkje bety at det ikkje er noko som er vanskelig. Det kan vere ulike årsaker til at kvinnene ikkje svarar heilt ærlig på spørsmåla i EPDS-skjemaet. Det kan vere at dei blir oppfatta som for alvorlige eller at det blir opplevd som ein kontroll av om ein er ei god nok mor. Det kan vere lett for helsesøster å tenke at viss kvinna skårar lavt på skjemaet, for eksempel 0-3 poeng, så er alt heilt fint. Men det er viktig å gjennomgå spørsmåla også med dei kvinnene som har lav skåre, for å få fram nyansar og tankar omkring temaene i EPDS-skjemaet. Dersom temaet blir bagatellisert eller avfeid med at "Her ser eg at alt er OK", så virkar skjemaet mot si hensikt. Då lukkar det for vidare samtale heller enn å opne opp, og det kan kamuflere at her faktisk er ting som er vanskelige sjølv om det ikkje viser igjen på skjemaet. Når ein brukar eit skjema som utgangspunkt for samtale, er det lett å sjå ned på papiret i staden for på kvinna. Då er det lett å oversjå viktig informasjon i form av det nonverbale som blir kommunisert parallelt med det verbale, for eksempel ansiktsuttrykk, blikkontakt og kjensleuttrykk.

Spør: Ofte møter ein dei som kjem på helsestasjonen med høfligheitsfrasen "Korleis går det med dokke da?" Dette kan nok vere greitt som ein opningsreplikk, men det er viktig at ikkje helsesøster slår seg med ro med det nesten automatiserte svaret dei fleste gir, "takk berre bra", men går vidare med meir detaljerte spørsmål. Helsesøster kan utforske korleis kvinna gir mening til det ho opplever. Korleis har ho opplevd denne første tida med baby? Kva gleder og sorger har ho hatt? Kva tankar har ho om det å ha blitt mor? Kva for ord og uttrykk bruker ho? Målet er, anten ein nyttar skjema eller "berre" snakkar saman, å skape refleksjon rundt opplevingane. Å setje ord på historia si, kan bidra til bearbeiding av kjensler og tankar knytt til det å ha blitt mor.

Unngå sjukeliggjering: Det må vere rom på helsestasjonen for å lufte vanskelige tankar og kjensler utan å bli "stempla" som deprimert. Her er ordvalet særskilt viktig. Det er stor skilnad på om ein seier til ei barselvinne at eg høyrer du strevar psykisk eller om ein seier eg høyrer at du har mange tankar og følelsar rundt dette du har opplevd. Synet på normalitet og avvik blir påverka av samfunnssendringar, dette gjeld også synet på kva som fell innanfor og utanfor grensene for det normale når det gjeld psykisk helse i samband med fødsel og barseltid. I kor stor grad er det rom for å snakke om psykiske reaksjonar på helsestasjonen utan at vi skal kalle det barseldepresjon? Her er det ein hårfin balansegang mellom venleg nysgjerrigkeit og "etterforsking". Kvinnene har eit stort behov for å få stadfesta at ting er "innanfor normalen", det gjeld både i forhold til babyen si vekst og utvikling, men også eigne reaksjonar.

Behov for fokus på mor: Det er viktig at helsesøster formidlar at det er rom for å snakke om eigne opplevingar og kjensler og ikkje berre ha fokus på barnet. Fleire tenker at jordmor er der for kvinna, medan helsesøster er der for barnet. Likeså at det er lov å ikkje berre vise "glansbiletet" men også snakke om det som er vanskelig. Helsesøster må gi rom for at den andre kan vise alle sider ved seg sjølv. Nokre opplever det som forstyrrande at babyen er til stades når skjemaet skal fyllast ut. Helsesøster kan spørje om å få "låne" babyen medan mor sit med skjemaet. Eg har erfart at det ikkje er så lurt å undersøke babyen medan mor sit med skjemaet, for mor vil gjerne få med seg det som skjer på matta. Då er det kanskje lurare å berre vandre litt rundt i rommet, så slepp mor å føle at helsesøster "heng" over henne medan ho skriv. Eit anna alternativ er å vurdere ein eigen "mamatime", der helsesøster kun har fokus på mor. Slik praksis er ved helsestasjonen i Volda i dag, er det sett av ein dobbelttime på 6-vekers

konsultasjonen for å ha tid til gjennomføring av EPDS. Viss ein delte opp denne timen i ein time til barnet, og ein time til mor på ein annan dag, ville det ikkje krevd meir ressursar.

Relasjon er viktig: For nokre opplevast det heilt naturlig å snakke med helsesøster om psykisk helse, sjølv om ho er ein framand. For andre kan det vere ubehagelig å skulle opne seg om såpass sensitive ting til ein ukjend. Ei av kvinnene kjem med eit praktisk tips i denne samanheng: at den gravide kvinnen kunne fått helse på helsesøstera som skal følgje henne opp før fødselen. Dette er eit lite tiltak som ikkje skulle vere så vanskelig å få til reint praktisk.

Kapittel 7: Resultatdiskusjon

7.1 Psykisk helse som tema på helsestasjonen

Helsestasjonen har sakte men sikkert fått utvida ansvarsområde, frå starten på 1900-talet då kampen mot infeksjonssjukdomar, særleg tuberkulose, var helsestasjonen sitt hovudmandat. Ole Jacob Madsen ved Psykologisk institutt (UiO), skriv i essayet Helsestasjonismen: "Vil den stadig utvidelsen av helsestasjonens ansvarsområder nå et metningspunkt, der de åpenbare bedringene i folkehelse blir mindre og faren for velmente råd tipper over i overbehandling og "sykdomsskremmeri"?" (Morgenbladet nr. 29, 2016). Dette essayet tek utgangspunkt i "overbehandlinga" av barns kanskje litt forseinka motoriske utvikling, men gav eit spennande perspektiv på temaet for min studie også. Frå 2000-talet vart psykologi for alvor ein del av helsestasjonsverksemda gjennom fokus på samspelet mellom barn og foreldre og fokus på ungdom si psykiske helse. I dag er den nybakte mor si psykiske helse ein sjølvsagt del av barselomsorga på helsestasjonen. Med Habermas sitt uttrykk kan ein seie at systemverda har kolonisert livsverda på dette området. Psykisk helse er "i vinden" som aldri før. Det er mykje forsking på området, det kjem stadig ut nye fagbøker om emnet og det er eit breitt spekter av vidareutdanninger innan området psykisk helse. Psykiske vanskar aukar, både i vaksenbefolkinga og ungdomsgruppa, altså den komande foreldregenerasjonen. Dette viser tal frå dei store Ungdata-undersøkingane (<http://ungdata.no/Helse-og-trivsel/Psykiske-helseplager>). Både ungdom og vaksne, også barselkvinner, møter store krav til å vere vellukka,

til å "takle livet" og meistre motgang. Dei har høge forventningar til seg sjølve og til kva det vil seie å bli mor, forventningar skapt ikkje minst gjennom sosiale media. På barselavdelingane er det innført kortare liggetid, noko som bidreg til mindre kvinnefellesskap. Barselkvinnene blir overlatt til seg sjølve nokre få dagar etter fødselen, akkurat når melkeproduksjonen kjem i gang for fullt og barseltårene gjer sin innmarsj. Fleire av informantane bruker ordet sårbar om denne tida. Og i møtet med eit sårbart menneske er det viktig å trø forsiktig.

Det *er* behov for fokus på psykisk helse etter fødselen: "*Det er lett å misse seg sjølv etter ein fødsel*" skriv ei av kvinnene i spørjeundersøkinga. Er løysinga på desse utfordingane å bruke eit kartleggingsskjema? Fleire studiar viser at helsesøstre som ikkje brukar EPDS manglar gode rutinar for å fange opp barseldepresjon og samtale om psykisk helse. Dette finn blant andre Celina Anker-Rasch i ein studie frå 2005. Kvalitetssikring handlar i stor grad om at alle skal få det same tilbodet, på den same måten. Tilboden du får skal ikkje vere avhengig av kven du har til helsesøster. Treng vi EPDS for å sikre at temaet psykisk helse blir tatt opp på ein "skikkelig" måte med alle barselkvinner? Det er lett å ty til "quick-fix"-strategiar i dagens samfunn med krav til effektivitet, kvalitetssikring og dokumentasjon. Som nemnt i innleiinga er dette eit trekk i samtidia, utviklinga av stadig nye screeningverktøy for å oppdage teikn på sjukdom eller problem så tidleg som råd: "To screen or not to screen, that is the question".

Forfattarane av boka "Identifying perinatal depression and anxiety" (2015) hevdar at det ikkje skulle vere meir vanskeleg eller omdiskutert å screene på barseldepresjon enn på andre sjukdomar som brystkreft eller høgt blodtrykk. Som forskingsoversynet viste, er dei fleste av dagens forskrarar og "ekspertar" på temaet positive til å ta i bruk EPDS på helsestasjonen. Det er langt mellom dei som har ei meir kritisk tilnærming. Elliot og Leverton (2000) er eit unntak. Dei er kritiske til den rådande holdninga om at EPDS er den einaste løysinga på korleis ein skal kvalitetssikre arbeidet med psykisk helse på helsestasjonen. Dei åtvarer mot å betrakte EPDS som "a magic wand", eller ein magisk tryllestav. Dei er skeptiske til at dei evidensbaserte metodane kan stå i fare for å fortrenge to viktige kjelder til kunnskap, nemleg klinisk erfaring og brukarperspektivet. Dei framhevar at det er fare for ei instrumentell behandling dersom fagpersonen ikkje brukar sitt faglige skjønn, "the judgement of a trained professional", i møtet med kvinna. Artikkelen peiker vidare på at det er ein fare for at EPDS kan bli brukt diagnostisk, som "bevis" på at kvinna er deprimert. EPDS vart aldri utvikla med dette for auge (Cox 2003).

EPDS-skåren er eit uttrykk for korleis kvinna har det her-og-no, og kan ikkje brukast som predikator for framtidig psykisk helse. Cox framhevar at EPDS først og fremst er eit hjelpemiddel for å fange opp kvinner som står i fare for å utvikle barseldepresjon, fordi dette kan få store konsekvensar for barnet si psykososiale utvikling og tilknyting.

Nettopp dei store ringverknadene av mors barseldepresjon, er nok grunnen til at det blir satsa så mykje ressursar på "Tidlig inn". Opplæringsprogrammet består av eit firedagars kurs, i tillegg til rettleiing etter at metoden er teken i bruk. Det blir brukt stor ressursar på ei befolkningssgruppe, barselkvinner, som i utgangspunktet er friske. Milgrom og Gemmill (2015), som eg har referert til tidligare, set screening inn i ei større ramme og stiller spørsmål om screening med EPDS er ønskeleg utifrå eit sosioøkonomisk perspektiv, eit folkehelseperspektiv, eit familieperspektiv og eit barneperspektiv. Svaret dei gir er at screening er ønskjeleg ut frå alle desse perspektiva. Screeningprogram kan medføre at ressursar blir brukt på friske i staden for sjuke, men samstundes inneber førebygging langt mindre både økonomiske og tidsmessige ressursar enn behandling.

7.2 Svarer studien på problemstillinga og forskingsspørsmåla?

Opnar eller lukkar EPDS for samtale på helsestasjonen?

Å bruke EPDS som utgangspunkt for samtale kan både opne og lukke for samtale. EPDS kan bidra til refleksjon, men kan også bidra til kontroll, eller i alle fall ei oppleving av å bli kontrollert. Refleksjon opnar for samtale, kontroll lukkar for samtale. EPDS opnar for å kome inn på tema som det elles kan vere vanskelig å kome inn på. Vansklig både for barselkvinnen sjølv, men kanskje også for helsesøster. Det handlar om tema som "høyrer privatlivet til" og som kan vere sensitivt å nærme seg. Psykisk helse er framleis eit tabu for mange, trass i auka fokus på temaet i samfunnet, for eksempel gjennom den årlege verdsdagen for psykisk helse og det arbeidet som frivillige organisasjoner som Mental helse gjer gjennom å spreie informasjon. Når skjemaet blir brukt til alle, altså som universalførebyggande tiltak, og ikkje ved behov, som selektiv førebygging, kan det bli meir ufarlig å ta opp temaet. Rutine skaper tryggheit, både for helsesøster og for kvinna: *"Det er trygt å vite at alle får skjemaet, så ein ikkje tenker at kvifor skal"*

dei sjekke ut meg, liksom...." (Marte). Som forskinga frå Australia synte, har australske kvinner høg aksept for screening på barseldepresjon. I Australia har det vore ei nasjonal satsing for å skape større openheit kring temaet i samfunnet gjennom kampanjer som "Beyondblue". Den store interessa for temaet i samfunnet kan vere med på å forklare kvifor australske kvinner har så høg aksept for screening.

For at skjemaet skal opne for samtale, er det viktig at kvinnene er førebudde på det som skal skje på 6-vekers konsultasjonen, slik at skjemaet ikkje *"framtvinger en samtale man er ufordert på"*, som ei av kvinnene skriv i spørjeundersøkinga. Kvinnene skal ha informasjon om normale psykiske reaksjonar og EPDS på heimebesøket i samband med utdeling av informasjonsheftet "Når følelsene svinger i svangerskap og barseltid". Glavin (2012) finn i sin studie at det å gi generell informasjon om psykisk helse og dele ut brosjyre om barseldepresjon på heimebesøket, i seg sjølv hadde positiv effekt på kvinnene si psykiske helse, målt som lågare skåre på EPDS.

Tanken bak EPDS er å normalisere psykiske reaksjonar gjennom informasjon og kartlegging, men kan bruken av EPDS i staden for føre til ei sjukeliggjering av slike normale reaksjonar? Psykisk helse handlar om avvik og normalitet. Kor vanskelig er det eigentlig normalt å ha det? Kor blir grensene trekt? I kor stor grad er det rom for å snakke om psykiske reaksjonar på helsestasjonen utan at vi skal kalle det barseldepresjon? Lisbeth Brudal (2000) er redd det er ei overdiagnosering av barseldepresjon, og meiner at merkelappen barseldepresjon sjukeliggjer heilt normale psykiske reaksjonar i samband med svangerskap, fødsel og barseltid. Ho snakkar om dette som ei periode i livet der ein blir bevisst på mange ulike kroppslige og kjenslemessige reaksjonar ein ikkje har tidligare erfaring med å takle, og at dette representerer ei naturlig utviklingsfase med moglegheiter for personlig vekst og utvikling. Ho meiner termen barseldepresjon har blitt ei motediagnose, den nye kvinnesjukdomen. Dette er tema også Karin Johannesson har vore oppteken av. Ho kom i 1996 ut med boka "Det mørke kontinentet" som handlar om korleis synet på kvinner og kvinnesjukdomar har endra seg gjennom historia. Kvinner har lett blitt tildelt sjukerolla. Brudal er skeptisk til å ta i bruk EPDS. Ho er oppteken av krenking av autonomi som årsak til sjukdom. Ho stiller spørsmål om det er etisk forsvarleg å spørje kvinner i ein sårbar fase av livet såpass sensitive spørsmål i eit spørjeskjema.

Sjukeliggjering er eit fenomen som ikkje gjeld berre i barseltida. Det er ein tendens i samfunnet til å medikalisere problem som ikkje er medisinske. Ein søker sjukdomsforklaringar på det som er annleis. Ved å få fleire sjukdomar og diagnosar opnar ein samstundes for fleire testar og fleire legemiddel. Medikalisering inneber ofte å individualisere fenomen som eigentlig handlar om fellesskap. Barseldepresjon treng ikkje ha med individuelle, psykologiske forhold å gjere, men kan handle om einsemd, fattigdom, eit dårlig fungerande parforhold eller lite sosialt nettverk. Medikalisering, individualisering og psykologisering (Ekeland 2009- a) fører til at samfunnet tilbyr individorientert tiltak på problem som kanskje handlar om fellessakaps- eller samfunnsproblem. Dette kan føre til at ein tolkar problema som forårsaka av manglar ved ein sjølv heller enn forhold som handlar om relasjon og fellesskap. Vetlesen (2011: 16) framhevar at dette er eit trekk i vår moderne eller nyliberalistiske tid der jakta på sjølvrealisering har vorte viktigare enn fellesskapet. Studien søker vidare å svare på fire forskingsspørsmål:

Forskingsspørsmål 1: Kan ein fange ei oppleveling gjennom eit skjema?

Ei vanlig oppleveling når ein svarer på spørjeskjema, er at det er for "firkanta", det fangar ikkje opp "min følelse". Dette handlar dels om måleeigenskapane til eit kartleggingsskjema: sensitivitet og spesifisitet. EPDS er eit "anerkjent" verktøy, validert for norske forhold i to studiar (Berle 2003 og Eberhard-Gran 2001). Men EPDS er likevel ikkje anbefalt som screening på grunn av at måleeigenskapane ikkje er gode nok. Testen har god sensitivitet, den fangar opp dei som har det vanskelig. Men studien min viser eksempel på det motsette, at kvinner som eigentlig hadde hatt behov for å bli fanga opp, ikkje blir det. Testen har ikkje fanga opp Bente. "*Eg hadde hatt utbytte av å bli fanga opp*", seier ho sjølv. Ho opplevde spørsmåla for alvorlige til at ho svarte bekreftande på dei. Dette viser at EPDS-skjema ikkje alltid klarer å fange opplevelinga til kvinnene. Eit skjema gir berre ein innfallsport til virkeligheita, men representerer ikkje sjølve virkeligheita. Også i spørjeundersøkinga kom dette fram: "*Skjemaet skulle liksom tale for seg, men det dekte ikkje følelsane mine*". Grunnen til at EPDS ikkje blir anbefalt som screening, er at testen har for låg spesifisitet, den fangar opp for mange "falske positive". Studien, både spørjeundersøkinga og intervjuundersøkinga, viser eksempel på dette også. Hedda følte ho måtte forsvare det ho opplevde som normale psykologiske reaksjonar. Ho

opplevde at skjemaet sjukeliggjorde det ho opplevde, og at den "stempla" henne, om ikkje som deprimert, så i alle fall som "avvikande" på eit slags vis, utan at ho følte det slik.

Forskingsspørsmål 2: Kva erfaringar har barselkvinner med å bruke EPDS som utgangspunkt for samtale?

EPDS-skjemaet tilbyr ti konkrete spørsmål omkring psykisk helse. Er det å ha eit skriftlig utgangspunkt noko som gjer det lettare eller vanskeligare å nærme seg temaet? Det var uventa at såpass mange var heller negative til å bruke skjema som utgangspunkt for samtale. Eit sitat frå spørjeundersøkinga illustrerer dette: "*Kunne like gjerne fått spørsmåla i ein samtale*". Kan dette tyde på at helsesøstrene er meir fornøgde enn kvinnene sjølve med skjemaet? Kari Glavin (m. Fl.) finn i ein studie frå 2012 at helsesøstrene har gode erfaringar med å bruke EPDS. Dei finn testen lett å gjennomføre og skåre, dei opplever at mødrane synes testen er enkel å gjennomføre, og dei opplever at testen fangar opp dei som er i risiko for å utvikle barseldepresjon. I mai 2016 kom rapporten "*Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn-hva har skjedd i kommunene?*". Evalueringa syner at Tidlig inn er eit hensiktsmessig verktøy for å auke kunnskapen og kompetansen til kommunalt tilsette helsearbeidarar. Jordmødrene og helsesøstrene føler seg meir kompetente til å identifisere og samtale med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk, psykiske vanskar og vold i nære relasjoner. Rapporten hevdar også at brukarane er fornøgde med tilbodet. Metoden som er nytta er spørjeskjema sendt ut til 250 brukarar fordelt på fem ulike helsestasjonar der dei får inn 76 svar. Spørjeskjemaet har med kun spørsmål om samtalen i sin heilskap, og ikkje om EPDS konkret. 90% svarer at det var positivt å bli spurt om psykisk helse, 75% at samtalen var til hjelp, 85% at samtalen var nyttig og 90% at dei fekk tillit til hjelparens. På denne typen direkte spørsmål, i eit spørjeskjema, vart altså resultatet eintydig positivt. Denne evalueringrapporten gir eit interessant bakgrunnsteppe for vurdering av mine resultat. Ville dei stadfeste det eintydige resultatet, eller ville dei nyansere biletet? Min studie bidreg nok heller til det siste. Som vist i analysekapitlet skil resultata frå spørjeundersøkinga og resultata frå intervjuundersøkinga seg på mange område, der spørjeundersøkinga teiknar eit langt meir positivt bilet enn intervjuundersøkinga. Det same har ein som nemnt tidligare funne i internasjonale studiar. Intervjuundersøkinga viser at det ikkje alltid er så lett å bli kartlagt gjennom eit skjema, og at samtalen kring skjemaet heller ikkje alltid opplevast positivt.

Som framheva tidligare var eit overraskande funn at nokre kvinner opplevde skjemaet som ein kontroll av om dei var ei "god nok" mor, og var redde for konsekvensane av å bli fanga opp, at dei skulle "*få psykiatrien eller barnevernet på nakken*" som Caroline uttrykte det. Anker-Rasch (2005) finn det same i si undersøking. EPDS skal vere eit middel til å hjelpe, men kan det også vere eit middel til kontroll? EPDS-skjemaet skal ikkje oppbevarast i journal etter at det er utfylt, det kan altså ikkje brukast som "bevis" på eit seinare tidspunkt. Men ein "fri" samtale utan bruk av skjema kan vel like gjerne opplevast som kontroll? Kontrollaspektet tek vekk fokuset frå det samtalet eigentlig skal handle om. Det fører til at kvinnene svarer strategisk heller enn ærlig på spørsmåla, anten det er i form av eit skjema eller ein samtale. Dette med opplevd kontroll er kanskje det mest alvorlige funnet i denne studien, og *kan* vere eit argument for å slutte med EPDS. Det krevjast meir forsking før ein kan dra denne konklusjonen, men det kan vere eit nyttig innspel til refleksjon omkring korleis helsesøster kommuniserer dette aspektet til kvinnene.

Forskingsspørsmål 3: Bidreg samtaLEN med helsesøster til subjektivering eller objektivering av barselkvinnene?

Det tredje forskingsspørsmålet handlar om samtaLEN i etterkant av utfyllinga av EPDS-skjemaet. Opplever barselkvinnene at dei blir sett, hørt og forstått i samtaLEN med helsesøster, noko som kan bidra til subjektivering? Eller opplever dei det motsette, at dei blir møtt på ein standardisert måte som kan bidra til objektivering? Er samtaLEN tilpassa kvinnene sin individuelle situasjon, deira livsverd? Svaret her er både ja og nei, og som vist ovanfor skil resultatet frå den kvantitative og den kvalitative studien seg. Når helsesøster klarer å relatere dei ti objektive spørsmåla i skjemaet til kvinne si subjektive livsverd, fører det til subjektivering. Dette er like viktig med dei kvinnene som skårer lavt som dei som skårer høgt. Dersom skjemaet blir ståande åleine, utan at ein går igjennom dei ulike svara, fører det til objektivering. Fem av intervjudeltakarane har hatt opplevelingar i møtet med helsesøster som kan karakteriserast som objektivering.

"SamtaLEN er viktigare enn skjemaet" skriv ei av kvinnene i spørjeundersøkinga. Nettopp dette understrekar Bradley (2010) som oppsummerar studien sin slik: EPDS kan fungere som eit

nyttig supplement til den faglige vurderinga og gir ei mulighet for å opne for samtale rundt temaet: "to open up a dialogue and discuss the mother's feelings, rather than a stand-alone pen-and-paper assesment" (Bradly et al 2010: 342). Dette framhevar også Eberhard-Gran og Slanning (2007) i "brukarmanualen" til Edinburghmetoden: "*Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*". EPDS skal aldri nyttast åleine, men alltid etterfølgjast av ein samtale der ein går igjennom dei ulike svara.

Forskingsspørsmål 4: Er det naturlig å snakke om eiga psykiske helse på helsestasjonen?

Det siste forskingsspørsmålet handlar om kvinnene opplever helsesøster som ein naturlig samtalepartnar når det kjem til tema som handlar om dei sjølve, og ikkje berre barnet. Her fekk eg eit resultat som for meg var uventa. Fleire uttrykte at dei heller ville hatt denne samtalen med jordmor enn med helsesøster: "*Jordmor er der for kvinna, medan helsesøster er der for barnet*" (Eva). Vidare forventa eg at relasjonen som var mellom kvinne og helsesøster på førehand skulle ha betydning, på den måten at dei kvinnene som hadde hatt kontakt med den same helsesøstera med tidligare born, skulle oppleve det lettare å snakke om temaet med helsesøster fordi dei hadde personlig tillit. Men dette er det ikkje grunnlag for å konkludere med. Tvert imot, kan det heller virke som rolletilliten til helsesøster er viktigare enn personlig tillit eller personlig relasjon. I det eine intervjuet kjem det fram at helsesøster kanskje heller bør stole meir på sine eigne faglige vurderingar i staden for på skjemaet: "*Eg trur nok helsesøstera hadde klart å få fram førelsane meir utan skjemaet, viss ho berre hadde spurt meir ope. Det er betre å sjå ein inn i augene enn å sjå ned i eit papir*" (Caroline). Så kanskje er det det vi helsesøstre skal lære av denne studien, å stole meir på eigne observasjonar, vurderingar og faglige skjønn? EPDS-skåren kan gi eit signal, men vel så viktig er det å vurdere det kvinna formidlar både verbalt og nonverbalt, og det krevst det erfaring og faglig skjønn, meir enn eit skjema, å få auge på.

Kort oppsummert kan ein seie at det eg både håpte og forventa å finne var at EPDS bidrog til refleksjon og normalisering. Det uventa funnet var at EPDS heller kunne bidra til følelsen av å bli kontrollert og sjukeliggjering av normale psykologiske endringar.

Kapittel 8: Konklusjon- kva kan studien bidra med?

8.1 Det teoretiske og faglige bidraget

Det valde teoretiske bakteppet, metoden som vart brukt og resultatet av analysen utgjer til saman eit heile. Kan den valde teorien bidra til å kaste lys over "fenomenet"? Kan gamle klassikarar som Habermas og Skjervheim i det heile tatt tilføre nyttige perspektiv? Mitt svar er ja. Det valde teoretisk bakteppet kan bidra til å forstå resultata frå undersøkinga, men er også eit nyttig bakteppet for refleksjon over den praktiske yrkesutøvinga til helsesøstrene.

Livsverdomgrepet er nyttig for helsesøstrene å kjenne til. Livsverda er kvardagslivet sett frå den einskilde sin ståstad. Habermas sin teori om systemverda si kolonisering av livsverda kan bidra til å bevisstgjere helsesøstrene på mekanismar eller strukturar utanfrå som påverkar kva områder som skal høyre til under helsestasjonen. Å vere helsesøster handlar i stor grad om å vere deltakar, late seg engasjere, som Skjervheim uttrykker det. Subjektivering og objektivering handlar om to ulike måtar å møte den andre på, ein skilnad som det kanskje ikkje er så lett å vere klar over i den praktiske arbeidskvardagen. Teorien om det relasjonelle nivået i all kommunikasjon er det alltid viktig å ha med seg. Utan tillit og relasjon når ein ikkje fram med informasjon og råd. Relasjon er, som Ekeland (2007: 30) uttrykker det, "den nødvendige bruva som bodskapen kan trafikkere over". Geertz sin distinksjon mellom erfaringssferne og erfaringsnære omgrep gir perspektiv på betydinga av ordvalet når ein snakkar om psykisk helse.

Bidreg analysen av funna til å kaste lys over temaet? Tilfører den ny kunnskap? Analyse skal skape oversikt i eit uoversiktig intervjuemateriale og lausrivne sitat. Analysen er dermed eit slags sorteringsverktøy. Eg har sortert intervjuematerialet ut frå fem omgrepspark som krystalliserte seg ut frå svara i dei opne spørsmåla i spørjeundersøkinga. Som forskar er dette omgrep som det er dekking i materialet for å løfte fram. Som helsesøster i ein praktisk arbeidskvardag er dette også omgrep som er meiningsfylte. Men desse omgrepsparka er berre ein måte å sortere materialet på, dei representerer ikkje den endelige "sanninga" eller "virkeligheita". Analysen peiker på nokre faktorar som kan ha betydning for opplevinga

barselkvinnene har, men også andre faktorar kan spele inn. EPDS-skjemaet kan (1) både opne og lukke for samtale, bidra både til (2) subjektivering og objektivering, (3) refleksjon og kontroll, (4) normalisering og sjukeliggjering og (5) skape relasjon eller avstand.

8.2 Det metodologiske bidraget

Er metodetriangulering eigna metode for å svare på problemstillinga? Metodetriangulering med bruk av spørjeskjema i forkant av intervju kan vere ein fruktbar veg å gå. Dei to ulike metodiske tilnærmingane gir tilgang til ulik type kunnskap: kunnskap om det typiske eller generelle i spørjeundersøkinga, og kunnskap om det unike og spesielle i intervjuundersøkinga. Spørjeundersøkinga gir oversikt over situasjonen til eit større utval, og peiker på forhold som det er interessant å utforske vidare. Spørjeundersøkinga fungerer som eit "korrektiv" til det som kjem fram i intervjeta. Spørjeundersøkinga fungerte også som ei førebuing til intervjeta, og gjorde det mulig å nå dei kvinnene som var motiverte for å delta vidare i intervjuundersøkinga. For å trekke ut den kanskje viktigaste metodologiske lærdomen i min studie, så handlar den om å bruke utval ved sjølvseleksjon. Då har ein som forskar ikkje oversikt over utvalskriteria, og det kan vere vanskelig å vurdere om ein får eit "ekstremutval" eller eit typisk utval. Dei som ønskjer å delta har gjerne ei spesiell historie å fortelje. Dei har opplevd noko som har gjort sterkt inntrykk. Sjølv om det for dei fleste av intervjudeltakarane har gått nesten eit år, kan dei framleis fortelje detaljert om opplevinga, nokre med tårer i augo. Desse historiene gir nyttig kunnskap som døme på korleis noko kan opplevast, men treng ikkje vere "representative" for den breiare gruppa av barselkvinner. Kan hende har fleire av deltakarane i spørjeundersøkinga opplevd noko liknande, eller kanskje det heilt motsette, men spørjeskjema opnar ikkje for å få fram dette. Men, uansett om det "berre" gjeld for fem av 30 kvinner (det vil faktisk seie ein av seks), så gir desse historiene viktig kunnskap. Det er nettopp desse individuelle historiene som gir den auka forståinga som helsesøster treng for å kunne møte ulike barselkvinner på ein individuell og, om ein vil, subjektiverande måte.

8.3 Det praktiske bidraget

Studien bidreg til praksis ved å tilby eit kunnskapsgrunnlag for refleksjon over praksis. Studien bideg til å rette fokus på ulike forhold ved den praktiske gjennomføringa av EPDS. EPDS er framleis eit rimelig nytt tiltak på helsestasjonen, og det er nyttig å få innspel på korleis den faglige gjennomføringa kan gjerast enda betre. I den praktiske gjennomføringa av EPDS er det viktig å hugse på:

- Behov for informasjon i svangerskapet og etter fødselen: Dette kan bidra til realistiske forventningar.
- Behov for oppfølging: Det er viktig å ta opp igjen temaet psykisk helse også på seinare konsultasjoner.
- Faglig skjønn: Eit skjema erstattar aldri den faglige vurderinga i kvar einskild situasjon.
- Alltid samtale rundt skjemaet, også med dei kvinnene som har låg skåre
- Spør: Bruk venleg nyssgjerrigkeit for å utforske temaet og skape refleksjon, imen unngå "etterforsking".
- Unngå sjukeliggjering: Gi rom for å lufte tankar og kjensler utan å kalle det barseldepresjon og normaliser ulike psykiske reaksjonar. Ordval er viktig.
- Behov for fokus på mor: Skap rom i konsultasjonen for å snakke om mor, ikkje berre babyen. Vurder eigne "mammatimar". Babyen kan forstyrre fokuset.
- Relasjon og tillit er viktig: vurder om det er mogleg å la den gravide kvinnen helse på helsesøster før fødselen.

8.4 Avslutting

Kalleberg (1996: 69) skriv "i avslutningen er de nye spørsmålene". Det er ikkje berre resultatet frå ein studie som er interessant, men også det å bli bevisst det vi ikkje veit noko om, og kanskje kome fram til nye spennande spørsmål. Kva kan vere nyttig å forske meir på? Eg var ute etter å få kunnskap om korleis "kvinner flest" opplever å bruke EPDS som utgangspunkt for samtale. Viss eg skulle vidareført studien, ville eg prøvd å kome i kontakt med eit breiare lag av barselkvinner, frå fleire ulike helsestasjonar, kanskje gjennomført som fokusgruppeintervju. Helsestasjonen inviterer til barselgrupper. Dette er eit forum som kunne vore brukt til

gruppeintervju. Her er kvinnene, i alle fall til ein viss grad, trygge på kvarandre og vant til å diskutere tema som har med morsrolla å gjere. Kanskje kunne eg nytta eit slags "spørjeskjema light" som utgangspunkt for diskusjon, for eksempel bedt kvinnene ta stilling til nokre av påstandane i spørjeskjemaet, for så å reflektere rundt dei ulike svara i gruppa.

EPDS er kome for å bli. 200 helsestasjonar har allereie tatt dette screeningverktøyet i bruk. Utfordringa blir derfor å kunne bruke dette verktøyet på ein måte som opnar for samtale, som skaper refleksjon, subjektivering, normalisering og relasjon, og ikkje det motsette, som lukkar for samtale og fører til kontroll, objektivering, sjukeliggjering og avstand. Studien har gitt kunnskap om dette. Studien viser at det er viktig å trø varsamt i møtet med kvinner i ein sårbar fase av livet og at eit skjema aldri kan erstatta "den gode samtalens". Studien kan gi auka forståing for brukarperspektivet og opplevingsaspektet, og vere eit kunnskapsgrunnlag for refleksjon over praksis. Studien kan bevisstgjere helsesøstrene på kva den stadig aukande tilgangen til evidensbaserte kartleggingsmetodar kan innebere i forhold til faglig skjønn og individuell tilnærming. Og sist, men ikkje minst, at relasjon handlar om tillit, både rolletillit og personlig tillit, og er den bruva som kommunikasjonen kan gå over.

Kjelder:

Anker-Rasch, C. (2005): *Kvinner med fødselsdepresjon- finner vi dem?* Nordiska högskolan för folkhelsevetenskap, masteroppgåve.

Armstrong, S. J. & Small, R. E. (2010): The paradox of screening: Rural women's views on screening of postnatal depression. *BMC Public Health*, nr. 10: 744.

Berle, Jan Øystein m.fl (2003): Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression scale, and assessments of risk factors for postnatal depression. *Journal of affektiv dissorders*, nr. 76: 151-156.

Bradley, S. D. et.al (2010): Screening for postnatal depression- Is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, nr. 28: 328-344.

Brudal, Lisbeth (2000): *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bruun Wyller, Vegard og Bruun Wyller, Torgeir (2013): Evidensbasert medisin: Et kritisk innspill. I: *Nytt Norsk Tidsskrift* nr 1.

Buist, Anne et.al (2006): Acceptability of routine screening for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, nr. 93: 233-237.

Cox, John (2012): Review: Preventing and treating postnatal depression in womwn- a municipality model. I: *Journal of Research in Nursing*, Volum 17, nr. 2: 157-158. Sage

Cox, J og Holden, J (2003): *A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell.

Denscombe, Martyn (2010): *Ground Rules for Good Research. A 10 point guide for Social Researchers*. Buckingham: Open University Press.

Dreggevik, Ester Kristine (2008): Masteroppgåve: *Hvordan opplever mødre med mulig fødseldepresjon sin livssituasjon og hvilke erfaringer har de i møte med helsesøster og Edinburgh Postnatal Depression Scale?* Universitetet i Stavanger.

Eberhard-Gran, Malin m.fl (2001): The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatric* 2001, volum 55, nr. 2: 113-117.

Eberhard-Gran, Malin m.fl. (2014): Screening for barseldepresjon- en kunnskapsoppsummering. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr.3 (2014).

Eberhard-Gran, Malin og Slønning, Kari (2007): Nedstemhet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Ekeland, Tor-Johann (2007): Kommunikasjon som helseressurs. I: Ekeland og Heggen: *Meistring og myndiggjering- reform eller pedagogikk?* Kap 2. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, Tor-Johann (2009-a): Psykologi –den gode kunnskapen? I: Nafstad og Blakar (red): *Fellesskap og individualisme.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, Tor-Johann (2009-b): Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I Grimen og Terum: *Evidensbasert profesjonsutøvelse.* Oslo: Abstrakt forlag.

Elliot, S.A. & Leverton, T.J. (2000): Is the EPDS a magic wand?: 2. "Myths" and the evidence base. *Journal of Reproducting and Infant Psychology*, volum 18, nr.4: 297-307.

Fangen, Katrine (2010): *Deltakende observasjon.* Bergen: Fagbokforlaget

Gemmell, A.W. et.al (2006): A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health*, 6 (211): 1-8.

Geertz, Clifford (2001): "Fra den innfødtes synsvinkel": om den antropologiske forståelsens egenart. I Lægreid og Skorgen (red): *Hermeneutisk lesebok*. Spartacus forlag.

Glavin, Kari (2012): Preventing and treating postpartum depression i women- a municipality model. I: *Journal of Research in Nursing*. Mars 2012 Volum 17 (2): 142-156.

Glavin, Kari (2010-a): Supportive counselling by public health nurses for women with postnatal depression. I: *Journal of Advanced Nursing* Juni 2010 Volum 66 (6): 1317-1327.

Glavin, Kari (2010-b): Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postnatal depression. I: *Public Health Nursing*. Mai/juni 2010, volum 27 (3): 255-262.

Grimen, Harald (2008): Profesjon og kunnskap. I: Molander og Terum: *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Habermas, Jurgen (1997): *Teorien om den kommunikative handlen*. Aalborg Universitetsforlag

Haraldsen, Gustav (1999): *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Henriksen, Jan-Olav og Vetlesen, Arne Johan (2006): *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgsdepartementet (2003): *Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste*.

IRIS (2016): *Evaluering av opplæringsprogrammet "Tidlig inn": Hva har skjedd i kommunene*
<http://www.iris.no/publications/414551636/2016-054>

Jensen, Per og Ulleberg, Inger (2011): *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannesson, Karin (1996): *Det mørke kontinent*. Oslo: Aventura

Kalleberg, Ragnvald (1996): Forskningsopplegget og samfunnsforsningens dobbeltdialog. I: Holter, Hariett og Kalleberg, Ragnvald: *Kvalitative metoder i samfunnsforsningen*. Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2015): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldental akademisk.

Kvangarsnes, Marit (2007): Helsearbeidaren som pedagog. I: Ekeland og Heggen: *Meistring og myndiggjering- reform eller pedagogikk?* Oslo: Gyldental Akademisk.

Malterud, Kirsti (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*” Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, Kari (2005): ”*Samtalen, skjønnet og evidensen*”. Oslo: Akribe

Martinsen, Kari (2009): Evidensialismen: en totalitær ideologi. I: *Sykepleien* nr.3.
<http://www.sykepleien.no/2009/03/evidensialismen-en-totalitaer-ideologi>.

Milgrom, Jeanette & Gemmill, Alan W (2015): *Identifying perinatal depression and anxiety*. West-Sussex: Wiley Blackwell.

Norsk forening for allmennmedisin (28.04.2015): <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Horingsuttalelser/Helsedirektoratets-vurdering-av-bruk-av-Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale-EPDS-i-kombinasjon-med-klinisk-samtale-som-del-av-psykisk-helsehjelp-til-gravide-og-spedbarnsfamilier-/>

Nortvedt, M et al (2012): *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*”. Oslo: Akribe

Shakespeare, J. et.al (2003): A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of General Practice*, 53(493): 614-619.

Skjervheim, Hans (1992): Det instrumentalistiske mistaket. I: Skjervheim: *Filosofi og dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skjervheim, Hans (1996): Deltakar og tilskodar. I: Skjervheim, H: *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.

Sløssing, Kari m.fl. (2012): Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. I: : *Tidsskrift for Norsk psykologforening* nr. 49.

Stake, Robert (2005): Qualitativ Case Studies. I: Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (eds): *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage

Vetlesen, A. J. (2011): Nyliberalisme –en revolusjon for å konsolidere kapitalismen. *Agora* nr.11.

Aakvaag, Gunnar (2008): Moderne sosiologisk teori. Oslo: Abstrakt forlag.

Aase, Tor Halfdan og Fossåskaret, Erik (2007): *Skapte virkeligheter. Kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlaget

www.helsedirektoratet.no

www.kunnskapssenteret.no

www.kvalitetogprioritering.no

Vedlegg 1: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-skjemaet):

Siden du nylig har fått barn, vil vi gjerne vite hvordan du har det. Vennligst sett strek under svaret som stemmer best overens med hvordan du har følt deg de siste 7 dagene, ikke bare slik du har det i dag.

FØLGENDE SPØRSMÅL GJELDER DE SISTE 7 DAGENE:

Har du de siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

Like mye som vanlig
Ikke riktig så mye som jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Ikke i det hele tatt

Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

Like mye som vanlig
Noe mindre enn jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Nesten ikke i det hele tatt

Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

Ja, nesten hele tiden
Ja, av og til
Ikke særlig ofte
Nei, aldri

Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

Nei, slett ikke
Nesten aldri
Ja, iblant
Ja, veldig ofte

Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

Ja, svært ofte
Ja, noen ganger
Sjeldent
Aldri

Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
Nei, for det meste har jeg klart meg bra
Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

Ja, for det meste
Ja, iblant
Ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt

Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

Ja, det meste av tiden
Ja, ganske ofte
Ja, det har skjedd iblant
Nei, aldri

Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

Ja, nesten hele tiden
Ja, veldig ofte
Ja, det har skjedd iblant
Nei, aldri

Har tanken på å skade deg selv eller barnet streifet deg, de siste 7 dagene?

Ja, nokså ofte
Ja, av og til
Ja, så vidt
Aldri

Veglegg 2: Informasjonsskriv

Førespurnad om deltaking i forskningsprosjekt:

***"Skjema som utgangspunkt for samtale:
Barselkvinner sine erfaringar med bruk av spørjeskjema i møtet
med helsesøster"***

Bakgrunn og formål

For ei tid tilbake var du og barnet ditt på seks vekers konsultasjon hos helsesøster. På denne konsultasjonen fekk du tilbod om å fylle ut eit skjema omkring forhold som kan vere vanskelige den første tida etter fødselen. Dette skjemaet heiter EPDS og skal nyttast som utgangspunkt for ein samtale med helsesøster omkring korleis du har det. Eg håper du vil svare på nokre spørsmål omkring dine erfaringar med å nytte eit slikt skjema som utgangspunkt for samtale. Denne førespurnaden går til alle kvinner som har født barn i Volda siste året. Undersøkinga er knytta til høgskulen i Volda og masterstudiet "Meistring og myndiggjering". Resultata skal nyttast for evaluering av dette tilbodet med tanke på vidare fagutvikling på helsestasjonen i Volda.

Kva inneber deltaking i studien?

Deltaking inneber at du svarar på eit spørjeskjema omkring dine erfaringar på seks vekers konsultasjonen. Dette tek toppen 10 min. Svara vil bli analysert og drøfta i ei masteroppgåve, og det vil bli laga eit kortfatta samandrag til bruk internt på helsestasjonen. Nokre av deltakarane vil vidare bli spurta om eit lite intervju omkring same tema, for å få litt meir fyldig informasjon. Det er sjølv sagt frivillig å delta både i spørjeundersøkinga og i eit eventuelt intervju, men det er av stor nytte å få flest moglig deltakrar.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningar vil bli behandla fortrulig. Det er berre underteikna og rettleiar på Høgskulen i Volda som har tilgang til svara. Du skal ikkje oppgi namn eller andre personopplysningar i studien. Ingen av deltakarane vil kunne kjennast igjen i den ferdige oppgåva. Prosjektet skal etter planen avsluttast i desember 2016. Alle data vil da bli sletta. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å oppgi nokon grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli sletta. Eg som gjennomfører denne studien jobbar også som helsesøster her i Volda. Det betyr at nokre av deltakarane har meg som ”si” helsesøster. Det er viktig for meg å understreke at denne studien ikkje har noko med arbeidet mitt som helsesøster å gjere, og vil sjølv sagt ikkje påvirke det forholdet som er mellom meg som helsesøster og deg som brukar av helsestasjonen. Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Ellen Andenes på telefon 90076962 eller epost: ellen.andenes@gmail.com eller veileder på høgskulen Finn Ove Båtevik på epost: finn.ove.batevik@hivolda.no. Du samtykker og deltek i studien ved å følge denne lenka til *Questback*.

På førehand takk for at du tok deg tid til å svare!

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide:

Intervjuguiden er meint å bruke som rettleiing. Eg skal innom alle tema i kvart intervju, men rekkefølgja kan variere. Eg vil prøve å invitere til mest mogleg fri forteljing, og bruke spørsmåla nedanfor som eksempel for å drive samtalens framover. Målet er ein mest mulig ”fri flyt”, og eg ser for meg å vere fleksibel i forhold til kva som kjem fram spontant, og følgje opp det som er interessant, sjølv om det ikkje er dekt av spørsmåla nedanfor. Eg ser ikkje for meg at nødvendigvis alle blir spurt alle spørsmåla. Eg ser for meg å ta ein oppsummering etter kvart av dei fire temaene/forskingsspørsmåla, som kontroll på om eg har oppfatta hovudessensen i det som vart sagt riktig. Eg ser for meg å innleie kvart tema med å introdusere forskingsspørsmålet, men med ”folkelige” uttrykk....

Innleiing:

- Presentere meg, legge vekt på at eg no har på ”hatta” som masterstudent, men at eg også jobbar som helsesøster, og at resultatet av studien skal nyttast til fagutvikling
- Takke for at du tek deg tid.
- Gjenta hensikta med studien: Finne ut korleis barselkvinner opplever å bruke eit skjema som utgangspunkt for samtale omkring ting som kan vere vanskelige i tida etter fødselen. Nytt tiltak på helsestasjonen. Helsesøster har alltid vore opptatt av psykisk helse, men det har nok vore litt tilfeldig korleis den einskilde har gjort det....
- Dette omhandlar ein liten detalj samanlikna med det store du har opplevd, å bli mor, kanskje vanskelig å huske ein så liten episode..... men viktig for oss på helsestasjonen.
- Informasjon om det praktiske: lydopptak, anonymisering, kan trekke seg, lov å seie ”pass” viss det er nokon av spørsmåla som er vanskelege eller ikkje huskar. Men det finst ingen ”rette” eller ”feil” svar, eg er ute etter ein refleksjon rundt korleis det opplevast.... Eg har ikkje akkurat ditt svar å samanlikne med, men har spørjeskjemaet og EPDS skjemaet liggande her.

Innleiande spørsmål:

- Kan du huske når du var på 6-vekers konsultasjonen? Kan du huske at du fylte ut EPDS skjemaet? Kan du fortelje litt om dette? → ikkje spørje meir konkret her.
- Eg kjem no til å be deg fortelje litt omkring fire ulike tema: Sjølve skjemaet, koblinga mellom skjemaet og samtalens, sjølve samtalens og til slutt litt om forholdet til helsesøster.

Forskingsspørsmål 1:

Kan ein fange ei oppleveling gjennom eit spørjeskjema?

- Kan du huske kva du var opptatt av i denne perioden med nyfødt baby, nokre av dei tinga du tenkte på?
- Var det nokon av dei tinga som vart fanga opp av skjemaet? (Bekymringar/ gleder)
- Kan du huske kva du tenkte om skjemaet?
- Når du ser på dei ti spørsmåla i skjemaet, var det nokon av spørsmåla som var spesielt nyttige? Eller spesielt vanskelige?
- Var spørsmåla til hjelp, for eksempel ved at du fekk reflektere omkring ulike ting og sette ord på det?

- Kva tenker du om at alle kvinner får tilbod om å fylle ut det same skjemaet? Er det positivt eller minner det om eit "samleband" der alle blir behandla likt?
- Har du nokre tankar om skjemaet er med på å sjukeliggjere eller normalisere ting som har med psykisk helse å gjere?

Forskingsspørsmål 2:

Opnar eller lukkar skjemaet for samtale?

- Kan du huske om du opplevde det å ha noko skriftleg som utgangspunkt for samtalen om korleis du har det som noko positivt eller negativt? Forstyrra det samtalen?
- Trur du at du hadde tatt opp dei same tinga dersom du ikkje hadde fylt ut skjemaet?

Forskingsspørsmål 3:

Klarer helsesøster å bruke det standardiserte skjemaet på ein måte som kvinnene kan kjenne seg igjen på? (Objektivering vs subjektivering)

- Dette punktet handlar om korleis helsesøster klarer å bruke eit skjema som er likt for alle på ein måte som er tilpassa den einskilde sin situasjon.
- Korleis opplevde du at helsesøster klarte å bruke skjemaet? Vart det ein "naturlig" samtale eller var det noko ein berre "måtte" gjere?
- Vart samtalen tilpassa din situasjon?

Forskingsspørsmål 4:

Er det naturlig for kvinnene å ta opp forhold rundt psykisk helse på helsestasjonen?

- Synes du det er naturlig at helsesøster spør om korleis du har det?
- Korleis vil du beskrive forholdet til helsesøster?
- Hadde du hatt kontakt med den same helsesøstera tidligare? (tidligare barn, svangerskapskurs, heimebesøk)
- Vil du seie at du har tillit til helsesøster når det gjeld slike meir personlige ting som har med psykisk helse å gjere?