

Kvinner med fødselsdepresjon - finner vi dem?

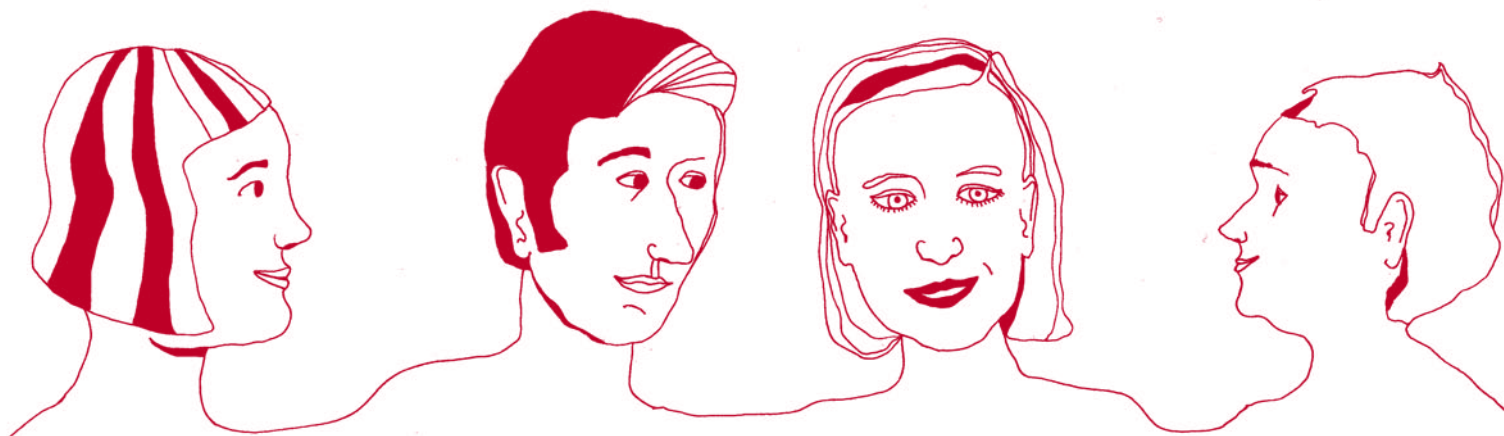
En intervjustudie av helsesøstres opplevelser på
helsestasjoner i Oslo.

Celina Anker-Rasch

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:27





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Kvinner med fødselsdepresjon – finner vi dem? En intervjustudie av helsesøstres opplevelser på helsestasjoner i Oslo.				
Författare Celina Anker-Rasch				
Författarens befattning och adress Jordmor/høgskolelærer 9 Nathan Road # 03-01 Regency Park Singapore 248726 Th.Løvstads vei 9 0286 Oslo Norge				
Datum då oppsatsen godkändes 2 november 2005			Handledare NHV/extern Helena Willén, universitetslektor	
Antal sider 52	Språk – oppsats Norsk	Språk – sammanfatning Norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-116-4

Sammanfatning

Hensikten med studien var å forstå hvordan helsesøstre jobber for å finne og hjelpe kvinner med fødselsdepresjon, hvor effektivt dette arbeidet oppleves og deres holdning til ny kunnskap og til å ta nye metoder i bruk i arbeidet.

Fødselsdepresjon er hyppig i barselperioden og flere studier viser at tilstanden ofte oversees. Fødselsdepresjon kan føre til forstyrrelser i "bonding" mellom mor og barn som kan ha negativ innflytelse på barnets utvikling og helse. Hjelp og støtte til kvinnene vil ha betydning for mors- og barns fremtidige helse. I en kvalitativ studie ble 14 helsesøstre på helsestasjoner i Oslo intervjuet om hvordan de finner frem til disse kvinnene og om de finner alle, samt deres holdning til å ta i bruk Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), som er et spørreskjema utviklet til bruk i primærhelsetjenesten for å oppdage kvinner med fødselsdepresjon.

Det er benyttet en hermeneutisk/fenomenologisk tilnærming. Resultatet viser at helsesøstre mangler en klar metode for å finne kvinner med fødselsdepresjon. De baserer seg på egen erfaring, personlighet og intuisjon og innser at de ikke finner alle. De er gjennomgående positive til å få mere kunnskap og ta i bruk EPDS. Denne studien bør følges opp med en bred debatt om hvorvidt man ønsker en screening for fødselsdepresjon og hvordan man ser for seg organisering av oppfølging for kvinnene.

Nyckelord

fødselsdepresjon, helsesøster, kommunikasjon, EPDS, kvalitativ studie



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Women with postnatal depression – do we trace them? Interviews with public health nurses about their experiences in primary health care in Oslo.				
Author Celina Anker-Rasch				
Author's position and address Midwife/lecturer 9 Nathan Road # 03-01 Regency Park Singapore 248726 Th.Løvstads vei 9 0286 Oslo Norway				
Date of approval November 2, 2005			Supervisor NHV/External Helena Willén, senior lecturer	
No of pages 52	Language – essay Norwegian	Language – abstract English/Norwegian	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-116-4

Abstract

The aim of this study was to understand how public health nurses work to trace women with postnatal depression, how effective they find their work and their attitude towards new knowledge and methods.

Postnatal depression is common in the postnatal period and studies show that the condition often is not detected. Postnatal depression may lead to disturbances in the bonding between mother and child which can have a negative influence on the child's development and health. Help and support given to these women will have a positive impact on both the mothers' and the children's future health. In a qualitative study 14 public health nurses were interviewed and asked how they trace these women, whether they miss some and their attitude towards using Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), which is a questionnaire validated for use in primary health care to detect women with postnatal depression.

The design had a hermeneutical/phenomenological approach. The results showed that the public health nurses do not have a method to trace women with postnatal depression. They rely on their experience, personality and intuition and are aware that they do not trace all. They are positive towards getting more knowledge about postnatal depression and to start using EPDS. Further research should include discussions about whether screening for postnatal depression is desired and how the follow-up for the women should be organized.

Key words

postnatal depression, public health nurse, communication, EPDS, qualitative study

Kvinner med fødselsdepresjon

- finner vi dem ?

En intervjustudie av helsesøstres
opplevelser på helsestasjoner i
Oslo.

Celina Anker-Rasch

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
1.1. Psykisk tilstand etter fødsel.....	7
1.1.1. Barseltårer	7
1.1.2. Fødsels psykose.....	7
1.1.3. Postnatal depresjon	8
1.2. Folkehelseperspektivet	8
1.3. Kunnskapsbasert praksis	10
1.4. Presentasjon av studien	11
1.4.1. Hensikt	11
2. Tidligere forskning	11
3. Teoretisk rammeverk	13
3.1. Kommunikasjon.....	13
4. Design og metode	18
4.1. Kvalitativ forskning	18
4.1.1. Hermeneutisk/fenomenologisk tilnærming	19
4.1.1.1. Fenomenologi	20
4.1.1.2. Hermeneutikk	20
4.2. Det kvalitative forskningsintervju	21
4.2.1. Intervjuguiden	22
4.2.2. Kvalitativ forsknings reabilitet og validitet.....	23
4.2.3. Forskerens forforståelse	24
4.3. Utvalgsprosedyre og presentasjon av utvalg	24
4.4. Gjennomføring av intervjuene	26
4.5. Etiske vurderinger	26
4.6. Analyseprosessen	27
5. Resultater	29
5.1. Hvordan beskriver helsesøster sitt møte med mor?.....	29
5.1.1. Det verbale møtet	29
5.1.2. Det nonverbale møtet	31

5.2.	Kategorier	31
5.2.1.	Agressiv/utagerende mor	32
5.2.2.	Avvisende/stille mor	32
5.2.3.	Dårlig samspill mellom mor og barn.....	32
5.2.4.	Somatisering.....	33
5.2.5.	Ikke rom – tidsfaktor	33
5.2.6.	Ikke noe å tilby.....	33
5.2.7.	Spør direkte/ikke spør direkte	34
5.3.	Klarer helsesøster å fange opp alle med postnatal depresjon?	34
5.4.	Hvordan beskriver helsesøstrene sine holdninger til ny kunnskap og nye metoder?	35
6.	Diskusjon	36
6.1.	Resultatdiskusjon	36
6.1.1.	”Ikke rom – tidsfaktor”	36
6.1.2.	”Ikke noe å tilby”	37
6.1.3.	Spør direkte/ikke direkte	38
6.1.4.	Helsesøster er åpen for ny kunnskap og nye metoder	40
6.2.	Metodediskusjon	41
6.3.	Avsluttende refleksjoner	43
7.	Takk til.....	45
8.	Litteraturliste	46
9.	Vedlegg: Intervjuguide.....	52

1. Innledning

Svangerskap, fødsel og barseltid er en så dyptgripende forandring i en kvinnes liv at det meste av gamle spøkelser kan dukke opp. Før i tiden fikk kvinnene beskjed om ”å bite tenna sammen”, mens de i vår tid får beskjed om å kontakte helsestasjonen. Det er lettest å oppdage postnatal depresjon i ettertid. Når man står midt opp i det, er det vanskelig ”å se skogen for bare trær”!

I følge svensk og britisk forskning av postnatal depresjon rammer 8-15% av alle nyblivne mødre (1,2). Annerkjent praksis foreskriver regelmessig kontakt mellom kvinnen og primærhelsetjenesten (3), men på tross av dette blir trolig mange tilfeller av postnatal depresjon ikke oppdaget. Hearn et al. (4) har vist at helsearbeidere i primærhelsetjenesten var de helsearbeidere som oppdaget flest tilfeller av postnatal depresjon, men de fanget opp under halvparten av hva Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) gjorde. Flere andre (1,5,6,7,) har vist at EPDS er et godt instrument for å oppdage postnatal depresjon.

Befolkningsstrategiens mål er å forsøke å kontrollere, fjerne eller redusere forekomsten av faktorer som er årsak til sykdom i hele eller deler av befolkningen. Lykkes befolkningsrettede tiltak, vil den totale risikobelastning bli redusert for alle grupper. Den største helsegevinst ligger i at de store gruppene med moderat risiko får redusert risiko for utvikling av sykdom. Dersom det viser seg at primærhelsetjenesten ved å omstrukturere deler av helsestasjonsvirksomheten kan bedre nybakte mødres mentale helse og deri gjennom deres livskvalitet, vil man redusere forekomsten av psykiske plager og sykdom hos en stor gruppe kvinner og barn (8).

Kommunene i Norge er ved lov (9) pålagt å organisere helsesøster- og jordmørtjeneste for kommunens befolkning. Da er det viktig at tjenesten organiseres slik at man får brukt ressursene best mulig for flest mulig. De siste årenes forandringer i liggedøgn på sykehus etter fødsel har ikke ført til at primærhelsetjenesten har endret sin organisering tilsvarende. For bare to tiår siden lå kvinnene fem til seks dager på barsel etter en fødsel mot dagens ett til tre døgn. Mødrene idag kommer hjem før ammingen er blitt etablert og før de fysisk og psykisk har kommet seg etter fødselen. Med de kunnskaper vi har om den mentale helsen innvirkning på livskvaliteten samt hvordan nyblivne mødres eventuelle psykiske plager kan ha konsekvenser for hennes barn, vil en omlegging av omsorgen for nyblivne mødre bety mye for folkehelsen.

I Norge er helsestasjonsvirksomheten hjemlet i Lov om helsetjeneste i kommunene fra 1982 (8). Helsestasjonen er en institusjon i det norske samfunn, et produkt av vår historie og beskrives ofte som hjørnesteinen i det forebyggende helsearbeid. Forebyggende helsearbeid har vært et viktig tema i norsk helsepolitikk helt fra 1800-tallet (9,10).

Når kvinnene blir sendt hjem fra sykehuset en til tre dager etter fødsel og de ikke får kontakt med helsesøster eller jordmor på helsestasjonen på en til to uker, oppstår et vakuum der kvinnen må klare seg selv. Det er nettopp i denne perioden de psykiske problemene gjerne oppstår (2,7). God mental helse er en forutsetning for god livskvalitet og det er derfor vesentlig å tilrettelegge helsestasjonstilbudet slik at også den psykiske helse ivaretas.

Under svangerskap og fødsel gjennomgår en kvinne komplekse og gjennomgripende psykiske forandringer (11). Mellom 50 og 80% av alle kvinner opplever såkalt "post partum blues" med mest uttalte symptomer tre til syv dager etter fødselen. Dette antas å være et normalt fenomen som går over av seg selv. Ca. 15% av alle kvinner utvikler en klinisk depresjon etter fødselen. Disse kan det bli vanskelig å fange opp da symptomene kan vurderes inn under det normale samt at kvinnene har minimal kontakt med helsepersonell i den mest kritiske fasen etter fødselen. Innen fødselsomsorgen har det de siste tiårene skjedd en stadig sentralisering. Fødeenhetene blir større og det blir dermed lengre avstand mellom fødeavdeling og helsestasjon, samt mellom fødeavdeling og lokalbefolkning. Liggetiden for kvinner på barselavdelingene etter fødsel reduseres stadig. Dette stiller større krav til personalet, de må ha kunnskap om psykiske lidelser i barseltiden slik at kvinner i risiko kan bli identifisert så fort som mulig og få adekvat behandling.

Depresjon hos mor kan i varierende grad påvirke hennes følelsesmessig binding til barnet og hennes omsorgsevne. Det vil dermed kunne ha negativ innvirkning på mor/barn forholdet og på barnets kognitive og emosjonelle utvikling . Derfor er tidsaspektet av vesentlig betydning (2,11).

EPDS er et screeningsinstrument (9) for postpartum depresjon som er utviklet, og i omfattende bruk i Storbritannia. Det er et ti punkts selvutfyllingsskjema spesielt utformet for å kunne brukes i allmennpraksis og på helsestasjonen og er validert i Norge. Skjemaet består av ti påstander som kvinnene skal ta stilling til. Påstandene beskriver følelser og svaret som passer best med hvordan kvinnen har følt seg de siste syv dagene skal gis. Det gis fire svaralternativ som for eksempel; "Nei, aldri", "Nei, meget sjelden", "Ja, ganske ofte" og "Ja, svært ofte". Det svaret som passer best skal understrekes. Spørsmålene på EPDS skjemaet gis score fra null til tre, den "normale" responsen scorer null, og den "alvorligste" responsen scorer tre. Man legger så sammen poengene på alle spørsmålene som kan variere fra 0-30. Kvinner som scorer 12 eller mer regnes som deprimerte.

I Sverige er bruken av EPDS på full fart inn i alle mødravårdcentraler. Ann Josefsson satte søkelyset på bruken av EPDS i forbindelse med at hun startet på sitt arbeid om post partum depresjon og bruken er nå blitt permanent i primærhelsetjenesten på mödravårdcentralene (12). På den norske helsestasjonen er samtalen den viktigste metoden til å avdekke postnatal depresjon. Det har vært mye fokus på psykisk helse generelt i Norge de siste årene, og det har vært et politisk mål å gjøre psykisk sykdom mer akseptabelt og mindre stigmatiserende blant folk flest. I de øvrige nordiske landene brukes ikke EPDS og det er gjort få studier om metoden.

Hvordan er så personalets holdning til å anvende et instrument som EPDS? Ser personalet på norske helsestasjoner nødvendigheten av et hjelpemiddel i arbeidet med å fange opp kvinner med postnatal depresjon

1.1. Psykisk tilstand etter fødsel

I oppgaven brukes både begrepene postnatal depresjon og fødselsdepresjon. Postnatal depresjon er klassifisert i ICD-10 og peker på at andre muligheter for depresjon må utelukkes før en diagnose på postnatal depresjon kan brukes. Etter en fødsel vil ca. 70% av mødrene oppleve såkalt barseltårer eller blues. I den andre enden har man de kvinnene som får puerperal psykose. Disse kvinnene blir alvorlig syke i løpet av to til tre uker etter fødselen og blir oftest fanget raskt opp (13). Postnatal depresjon er derimot vanskeligere å fange opp og noen entydig definisjon er vanskelig å finne.

Depresjon ligger i følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) på fjerde plass over ulike lidelsers samfunnsmessige byrde og er forventet å klatre til annen plass innen år 2020 (14). Derfor er dette feltet en enorm utfordring for hjelpeapparatet og ikke minst for folkehelsen.

1.1.1. Barseltårer

Det er viktig å skille postnatal depresjon fra barseltårer og fødselspsykose. Barseltårer oppleves av ca. 70% av kvinner etter fødsel oftest med en topp rundt tredje og fjerde dag post partum. Man mener at årsaken til barseltårer for det meste er hormonelt og biologisk og at psykososiale faktorer spiller liten rolle her (13 s. 82). De mest fremtredende symptomer er følelsen av nedstemthet og labilitet. Kvinnen tar lett til tårene (derav navnet "barseltårer"), men hun kan også lett le og ha en følelse av oppstemthet (15). Den beste måten å møte dette med er å vise omtanke og forståelse. Tilstanden varer oftest bare noen få dager og går over av seg selv.

1.1.2. Fødsels psykose

Fødselspsykose er en svært alvorlig psykiatrisk lidelse som er relatert til manisk-depressiv lidelse. Man tror at dette kan skyldes biologiske mekanismer som oppstår ved et plutselig østrogenfall. Fødselspsykosen er i den andre enden av skalaen fra barseltårer. Dette rammer mellom en til to prosent av nybakte mødre og kommer to til tre uker etter fødselen (13 s. 82).

Disse kvinnene er alvorlig syke ofte med hallusinasjoner og vrangforestillinger og de klarer ikke å mestre hverdagen. De fanges som regel raskt opp og blir oftest innlagt på psykiatrisk avdeling. De er ikke disse kvinnene denne studien tar sikte på å omhandle.

1.1.3. Postnatal depresjon

Postnatal depresjon rammer 8-15% av kvinnene innen seks uker etter fødsel, og man mener at psykososiale faktorer spiller en rolle for utviklingen. Flere undersøkelser har vist at barn med mødre som rammes av postnatal depresjon har en dårligere emosjonell og kognitiv utvikling og problemer med å knytte seg til andre mennesker, noe som er relatert til forstyrrelse i "bonding" mellom mor og barn. Tilstanden blir ofte oversett av helsepersonell i førstelinjetjenesten selv om det finnes gode instrumenter til hjelp i arbeidet. Behandlingen for kvinnene som blir diagnostisert med postnatal depresjon er samtaler og veiledning som lett kan utføres av helsesøstre eller andre i primærhelsetjenesten. Denne typen depresjon varer som oftest 2-6 måneder, men hos enkelte kan det vare lenger (16).

Den danske psykiater Poul Videbech (17) har satt opp følgende symptomer på postnatal depresjon:

- Følelsen av depresjon
- Energiløshet
- Søvnforstyrrelser
- Selvbekreidelse
- Tvangstanker
- Selvmordstanker
- Panikkanfall

Postnatal depresjon ligger som vi ser mellom barseltårer og fødselspsykose i alvorlighetsgrad, men har forskjellige symptomer og årsaker. Det er viktig å fange opp disse kvinnene slik at det ikke utvikler seg til en langvarig tilstand med store konsekvenser for mor og barn.

1.2. Folkehelseperspektivet

I følge Lindström er folkehelsevitenskapens oppgave å ta vare på ressurser og behov for befolkningsgrupper samtidig som man også tar vare på utsatte grupper og enkelt individer (18). I Norge fødes mellom 50 og 60 000 barn hvert år. Dersom vi legger oss på et lavt estimat på ti prosent fødselsdepresjon, vil dette ramme mellom 5 og 6000 norske mødre og minst like mange barn hvert år. Det vil derfor være et stort bidrag til å bedre folkehelsen dersom disse mødrene blir fanget opp på et tidlig tidspunkt og får hjelp slik at konsekvensene for mors og barnets helse ble minimalisert.

Enkelte hevder at forebygging er som husarbeid; det legges kun merke til når det ikke gjøres! Til forskjell fra husarbeid vil det ofte ta lang tid før virkningen av mangelfull forebygging vises (19).

I begynnelsen av 1900-tallet var det de store infeksjonssykdommene med tuberkulose som dominerte. Deretter fulgte livsstilssykdommene med hjertekarsykdommer, lungesykdommer, kreft og ulykker. Nå i det nye årtusen er spesielt antall hjertekar

sykdommer gått tilbake. Befolkningens objektive helse synes bedre enn på lenge samtidig med at sykkeligheten synes å øke. Dette kan vi lese ut av forbruk av helsetjenester og trygdeytelser. Det kan se ut til at vi står overfor en periode med problemer på det emosjonelle plan samt det psykosomatiske. Helsebegrepet har både en objektiv og en subjektiv dimensjon. Det objektive er det målbare mens det subjektive er knyttet til individets egen opplevelse av sin situasjon. Det subjektive vil være påvirket av individets kultur og livssyn. Selv om livssyn vil være forskjellig utfra hvilken religion individet er vokst opp med, vil det kunne være variasjoner og forskjeller innen religioner og kulturer også. Dersom helsesøster og mor kommer fra svært ulike kulturer kan dette lett føre til misforståelser og de kan ha ulike oppfatninger av hva som er god helse (20).

Norske helsemyndigheter bruker offisielt WHO's helsedefinisjon: "Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svekkelse" (21 s. 1311). Denne definisjonen har vært mye diskutert, og man kan si at det er få, om noen som har helse dersom denne definisjonen legges til grunn. I utgangspunktet var WHO's helsedefinisjon ikke ment som en normativ beskrivelse, men mer som en program erklæring (21). Illich er en av kritikerne til WHO's helsedefinisjon. Han mener at helsebegrepet må innebefatte det å mestre vanskeligheter som smerter, sykdom og død og at helse må være evnen til å tilpasse seg sine omgivelser samt ta ansvar for sitt eget og andres liv. Han mener videre at WHO's helsedefinisjon fører til helsevesenets maktøvertakelse av ansvar for menneskers liv (21-23). Mange har prøvd å lage andre og bedre definisjoner, som professor Hjort som sier "Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav." (22 s. 26) Piet Hein sier det slik: "Health is not bought with the chemist's pills, nor saved by the surgeon's knife. Health is not only the absence of ills, but the fight for the fullness of life" (24).

Hjorts definisjon bringer oss over på Antonovskys "sense of coherence". Det finnes ingen god norsk oversettelse av dette begrepet, det nærmeste man har kommet er "følelse av sammenheng". Med dette menes at mennesket opplever verden som forutsigbar og sammenhengende selv ved motgang. Optimisme, opplevelse av kontroll og trygg identitet er nært knyttet til "sense of coherence". Disse forhold er viktige for den mentale helsen i moden alder og er et resultat av den grunnleggende tillit som utvikles i løpet av barnets første leveår i samspillet mellom mor/omsorgsperson og barnet. Utviklingen av denne tilliten sees som en grunnleggende forutsetning for både fysisk og mental helse senere i livet. Derfor blir det viktig for det forebyggende arbeidet å sikre denne utviklingen (19,22). Hvordan mødre opplever sin situasjon etter en fødsel kan influeres av hvilken holdning de har til helse. Nå er det nok de færreste i den norske befolkning som bevisst har valgt seg en helsedefinisjon, men ubevisst ligger den nok der påvirket av kultur og miljø.

De senere årene har det vært fokusert på at det å få barn kan føre til alvorlige psykiske problemer, og ikke alltid personlig modning og vekst. Media har bidratt til å sette fokus på dette gjennom en rekke artikler i avisene. Når en kvinne rammes av fødselsdepresjon, vil dette være i en kritisk fase i hennes liv hvor hun skal tilpasse seg en ny rolle som mor og ta vare på sitt barn. Dersom hun er alvorlig deprimert, vil hun

ikke kunne ta hånd om sitt barn på en god måte og det vil virke negativt inn på barnets utvikling. Barn som oppdras av mødre som lider av depresjon vil ha en overhyppighet av psykiske problemer senere i livet (13).

I Norge har helsesøstre vært sentrale i folkehelsearbeidet siden utdanningen startet i 1947. De har en unik rolle gjennom sitt arbeid med familier på helsestasjonene. Dersom kvinnene går på svangerskapskontroll ved samme helsestasjon, vil helsesøster treffe dem allerede før barnet blir født. Familien blir deretter fulgt opp på helsestasjonen via tilbud om helsekontroller for barnet frem til skolealder. Deretter overtar skolehelsetjenesten, med sine helsesøstre som ofte er de samme helsesøstre som på helsestasjonen. Tilbud om "helsestasjon for unge" finnes i de fleste bydeler i Oslo, og der vil helsesøstre følge barn og unge videre i forhold til små og store problemer i tenårene.

Helsesøstre får gjennom sin utdanning kunnskap og forståelse for hva som er barnets normale utvikling og variasjoner av det. De vet også hva som er tegn på avvik og sykdom og hvordan dette skal håndteres. Helsesøsters primære oppgave er å oppdage mulige problemer før de utvikler seg til et alvorlig problem. Hun må også vite hvordan det eventuelle problemet skal håndteres og hvem hun kan henvende familien videre til. Mødrene kommer på helsestasjonen med sitt barn for å få bekreftelse på at alt er som det skal. Helsesøster vil da vurdere helheten i situasjonen opp mot det som defineres som det normale. Ved avvik vil helsesøster reagere. Det er sjelden ett enkelt tegn som fører til tiltak, men helheten. Samspill mellom mor og barn er her viktig da det sier mye om "bondingen" mellom de to. Samspillet vurderes utfra verbal og non-verbal kommunikasjon (19).

Dersom helsesøstre finner frem til de kvinner som er i risiko for å utvikle fødselsdepresjon og setter inn tiltak for å hjelpe disse vil det føre til bedret fysisk og mental helse for både kvinnene og deres barn senere i livet (19).

1.3. Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis kommer fra det engelske "evidence based nursing" som igjen kommer fra "evidence based medicine". "Evidence based medicine" ble beskrevet første gang av Archie Cochrane rundt 1970-tallet (25). I forbindelse med sykepleie dukket begrepet først opp etter 1995 og Marit Kirkevold satte forskningbasert praksis på dagsordenen i sin bok Vitenskap for praksis? fra 1996 (26).

For å møte pasientens problem bruker sykepleieren flere komponenter som klinisk ekspertise, oppdatert forskning, pasientens preferanse av behandling og tilgjengelige ressurser. Sykepleieren må avgjøre hvorvidt kunnskapen som kommer fra forskningen er relevant for den enkelte pasient. Praksisen eller sykepleien som tilbys blir derved basert på de beste forskningsresultatene som sykepleieren har tilgang til

sett i sammenheng med sykepleierens kliniske ekspertise, pasientens ønske og behov samt ressurser (27).

I vår verden står vi overfor et helsevesen med konstant ressursmangel i forhold til befolkningens forventning til oppgaveløsning. Da er det viktig at de metoder som brukes er basert på oppdatert forskning med dokumentert effekt.

1.4. Presentasjon av studien

I Norge integreres psykososiale hensyn i omsorgen for gravide og barselkvinner. Samtalen brukes her som verktøy for å avdekke eventuelle problemområder. Vi har ikke, som i Sverige, innført EPDS i omsorgen.

Studiens problemstilling er:

Oppdages kvinner med fødselsdepresjon av helsesøstre på helsestasjonene.

1.4.1. Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å forstå hvordan helsesøstre i primærhelsetjenesten finner frem til de mødre som er i risiko for å utvikling av postnatal depresjon eller de som allerede har utviklet dette, og hvor effektivt deres arbeid oppleves å være. Videre er hensikten å få vite noe om helsesøstres ønske om, og holdninger til, å ta i bruk nye metoder til hjelp i dette arbeidet. Resultatene eventuelle betydning for praksis vil bli diskutert. Forskningsspørsmålene som sprang utfra dette var:

1. Hvordan går helsesøstre frem for å fange opp kvinner med postnatal depresjon?
2. Hvor nøyaktig oppfatter helsesøstre at deres metode er?
3. Hvordan ser helsesøstre på muligheten til å bruke EPDS i arbeidet?

2. Tidligere forskning

Det har de siste årene blitt satt fokus på psykisk helse i de offentlige helseplanene i Norge. Det er blitt et økonomisk satningsområde og i 2001 kom en ny lov om psykisk helsevern (28). Det er naturlig at også den psykiske helsen til gravide og nybakte mødre/nye familier kommer i fokus. I 1987 hadde Holden og Cox utarbeidet et spørreskjema til bruk i klinikken for å "screeene" for mulig postnatal depresjon. De var nøye med å understreke at spørreskjemaet skulle brukes sammen med oppfølging

gjennom samtaler og ikke brukes alene. De påpekte også at spørreskjemaet ikke oppdager andre psykiatriske lidelser som angst, fobier og schisofreni. Cox og Holden hadde ikke forventet at et skjema som ble validert i Skottland skulle bli brukt over mye av verden (13). Skjemaet er validert i en rekke land inkludert Norge og Sverige. I Norge ble skjemaet validert av psykiater Berle i Bergen og resultatet publisert i 2003. Undersøkelsen omfattet i underkant av 500 kvinner. Han fant at ti prosent av kvinnene i undersøkelsen var deprimerte. Da noen kvinner som scoret høyt på EPDS trakk seg fra videre intervju, kunne andelen kvinner med depresjon være noe høyere enn resultatet tilsa (29). Dette ligger på samme nivå som undersøkelser i andre land (1,5,6,7).

Flere studier viser at postnatal depresjon er mer vanlig enn man skulle tro (1,2,4). Selv med gode rutiner på oppfølging av barselkvinner i primærhelsetjenesten blir mange ikke oppdaget (4). Hvordan skal så helsevesenet gå frem for å fange opp disse kvinnene? Hearn et al. (4) viser at jordmødre, helsesøstre og almenleger i primærhelsetjenesten kun fant under halvparten av de kvinnene som hadde en score på EPDS som tilsa at de var deprimerte. Dette skulle tilsi at man i primærhelsetjenesten trenger et instrument til hjelp for å finne kvinner med postnatal depresjon dersom man skal kunne tilby dem god oppfølging.

Lege og forsker ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Eberhard-Gran, har også validert EPDS samt sett på om postnatal depresjon skiller seg fra depresjon utenom barseltiden i samme årsgruppe. Denne undersøkelsen er gjort på Østlandet, og hun fant fem prosent forekomst av postnatal depresjon, noe som er klart lavere enn andre. Hun sier selv at kriteriene for depresjon var satt veldig strengt og at det nok forklarer forskjellen (30). Eberhard-Gran m.fl. har også gjort en studie der de ser på hvorvidt det er høyere prevalens av depresjon i de fire første månedene av barselperioden sammenlignet med graviditeten og resten av første år etter fødselen. De kunne ikke finne at det var en høyere prevalens de første fire månedene etter fødsel, derimot fant de en ikke-signifikant lavere prevalens tidlig i svangerskapet og senere enn åtte måneder etter fødsel (31).

Psykolog Brudal har i mange år jobbet med det psykiske aspektet rundt svangerskap, fødsel og barseltid for begge kjønn og skrevet flere bøker for både foreldre og helsepersonell. Hun er meget kritisk til EPDS som hun mener finner et altfor høyt antall kvinner med depresjon. Hun mener at definisjonen på postnatal depresjon i følge EPDS favner altfor vidt og inkluderer kvinner som kun har en lettere form for postnatal depresjon. Hun er engstelig for at bruk av EPDS dermed vil kunne sykeliggjøre grupper av kvinner unødvendig (15). Det ligger helt klart en fare her. Det er derfor viktig at dersom EPDS skal tas i bruk i Norge bør det være et screening-instrument som deles ut til alle og som sees i sammenheng med helsesøsters oppfølging av kvinnen og familien som helhet.

MacArthur et al. (32) har gjort en studie i England hvor de så på omsorgen som gis barselkvinner. En gruppe fulgte vanlig kontrollprogram, mens intervensjonsgruppen ble tett fulgt opp av jordmødre. Her ble omsorg og kontaktshyppighet tilpasset den enkelte utfra behov. Ved fire og åtte måneder postpartum var det en signifikant lavere

EPDS score i intervensjonsgruppen og den prosentvise andel av kvinner som scoret 13 og over på EPDS var signifikant lavere enn i kontrollgruppen. Forbruk av helsetjenester samt sykkelighet var signifikant lavere i intervensjonsgruppen 12 måneder postpartum. Konklusjonen de trakk var at en omorganisering av barselomsorgen utfra kvinnens behov var både kostnadseffektivt og helsefremmende. Shakespeare, Blake og Garcia (33) har gjort en studie der kvinner er blitt intervjuet om hvordan de ser på screening med EPDS. Alle kvinnene hadde blitt screenet 8 uker og 8 måneder postpartum. Denne studien er gjort i Oxford, England. Hele 54% av kvinnene mente at screening for postnatal depresjon var uakseptabelt. De foretrakk heller åpne spørsmål og samtaler. De var engstelige for hva resultatene av screeningen skulle brukes til og syntes at settingen på helsestasjonen var feil. Kvinner uten symptomer på postnatal depresjon var bekymret for at en normal score på EPDS ville utelukke samtale med helsesøster om problemer. Noen kvinner oppfattet screeningen som et personlig overtramp som var helt meningsløst. Andre igjen mente at postnatal depresjon var stigmatiserende og ønsket ikke å bli diagnostisert. Mange av kvinnene i studien innrømmet at de ga gale svar slik at screeningen ble uten verdi. Carter et al. (34) gjorde en studie i Australia for å se på behandlingen av postnatal depresjon. Kvinner som scoret mer enn 12 på EPDS ble tilbudt videre oppfølging. Bare 30% av disse ønsket videre oppfølging, men bare halvparten av disse igjen møtte til avtale. Selv om majoriteten (93%) av de som ble spurt svarte på EPDS, var det svært få som var villige til videre kontakt eller behandling.

Det er som vi ser gjort mye forskning rundt validering av EPDS, inkludert to undersøkelser i Norge. Vi ser også utfra studier (33,34) at kvinnens umiddelbare holdninger til screening ikke nødvendigvis er positive. Når det gjelder å kartlegge holdninger til, og ønske om, å implementere dette instrumentet i barselomsorgen i Norge er det ikke gjort noen studier. Ingen har spurt helsepersonell som jobber i primærhelsetjenesten hva de mener de har behov for og trenger, samt deres holdninger til å innføre et slikt instrument. Dette har jeg derfor valgt å se videre på.

3. Teoretisk rammeverk

3.1. Kommunikasjon

Det er flere filosofer og fenomenologer som tar for seg samtalen som fenomen. De er alle påvirket av Husserl, men representerer ulike tradisjoner og retninger. Kierkegaard og Løgstrup som representerer den danske livfilosofiske tradisjon, sier en samtale består av minst tre ledd som Skjervheim har gått videre med i sin tre-leddete relasjon i en samtale (35). Ricoeur som representerer den franske og den jødisk-kristne fenomenologien, beskriver også treleddete samtaler hvor subjektivitet er vesentlig (35,36). Samtalen preger hele Ricoeurs filosofi og han legger vekt på kommunikasjon

der språk og levende tale er bærebjelkene (36). Merleau-Ponty er en fransk filosof som også etterfølger Husserl. Han legger vekt på sansing og mener den er undertonen for vår eksistens. Han er opptatt av kroppsuttrykk i forbindelse med levende tale, at kroppen bærer med seg kunnskap, vaner og praktiske ferdigheter som kommer til uttrykk gjennom talen (36).

Kvinnen vil allerede i svangerskapet følelsesmessig binde seg til barnet og bevisst og/eller ubevisst kommunisere med det. Etter fødselen vil dette utvikles og under normale forhold vil den følelsesmessige bindingen eller bondingen mellom mor og barn utvikles og utdypes. Kommunikasjonen er tosidig og er en viktig faktor i barnets utvikling. Dersom mor er deprimert vil hennes kommunikasjon med barnet endre karakter. Hun vil snakke mindre til det, og tonen og stemmeleie vil reflektere mors tilstand. Mors interesse for barnet kan også endre karakter i negativ retning (4,11). Fokus for denne studien er helsesøsters kommunikasjon med mødre. I tillegg til samtalen de har, vil helsesøster nøye observere mors kommunikasjon med sitt barn. Dette fordi mangel på kommunikasjon mellom de to kan føre til dårlig bonding og være et risikotegn.

Brudal har i sin forskning vist hvordan en fødsel kan føre til alt fra vekst og modning til psykose. Kvinnen skal, spesielt etter fødsel av sitt første barn, tre inn i en helt ny rolle. Hun skal gå fra å være partner og elskerinne til å bli mor med ansvar for et nytt lite menneske som er totalt avhengig av hennes omsorg (15). For å kunne gjøre dette på en god måte er det avgjørende med sosial støtte og ha noen å dele tanker og følelser med. Her kommer helsesøster inn som en ressurs i tillegg til kvinnens sosiale nettverk. Helsesøsters jobb er å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Hun skal være kvinnens støttespiller i denne perioden, vise henne respekt og gi henne tro på sin egen evne til å være en god omsorgsperson for sitt barn. Helsesøster må være god på både verbal og non-verbal kommunikasjon for å kunne fange opp signaler fra kvinnen.

Det finnes flere modeller for helsefaglig kommunikasjon. Den lineære modell baserer seg på tre ledd; sender, budskap og mottaker. Man formidler et budskap til den andre via både verbale og non-verbale signaler. Denne typen kommunikasjon er preget av å være resultatorientert og målrettet (37). Den vil derfor egne seg dårlig for helsesøster i møte med mødre. Man vil ikke få noen utdypning av sak eller problemområdet med en slik kommunikasjonsmodell.

Mens den lineære modellen stort sett er statisk, er den prosessuelle modell dynamisk. Her vil begge parter være både sender og mottaker, og relasjonen mellom dem vil spille inn.

Sender og mottaker sender ut både verbale og nonverbale budskap, begge fortolker de budskap den andre sender ut og de non-verbale signalene står i et gjensidig påvirkningsforhold til det verbale (37 s. 47).

Den tredje modellen jeg vil trekke frem er den omsorgsrasjonelle modellen. I denne modellen fokuseres det på selve dialogen mellom helsesøster og mor hvor de bruker

dialogen som et middel til å komme frem til en felles problemforståelse og for å samhandle om et best mulig resultat. Fundamentet i denne modellen er empati, fagkunnskap og målorientering. Eide og Eide mener at disse tre elementene nøye henger sammen og er det fundamentet som profesjonelle omsorgsrelasjoner bygger på (37). Det neste nivå i denne modellen omfatter følelser, rasjonalitet og etikk. Helsesøstrene vil møte kvinner i følelsesmessig ubalanse som trenger emosjonell støtte. Dette kan i noen grad komme i konflikt med helsesøters rasjonelle mål og dermed utfordre henne på det etiske plan og virke inn på hvordan hun møter kvinnen. Hvordan er helsesøster tilstede for den kvinnen hun møter? Det hun har som et rasjonelt mål behøver ikke nødvendigvis være kvinnens ønske. Dette må helsesøster ta hensyn til i sin kommunikasjon.

Intuisjon er et vanskelig begrep, men som likevel brukes ofte blant helsearbeidere. Det brukes ofte synonymt med ”magefølelse” og er en umiddelbar fornemmelse av at noe ikke stemmer eller at det er noe galt. Dette også ifølge Benner (38), mens Eide og Eide sier det slik:

Genuin intuisjon kan forstås som et uttrykk for en umiddelbar og *kreativ mobilisering av den samlede erfaring* en sitter inne med, både ens menneskekunnskap, faglige innsikt og moralske normer og verdier. Slikt sett kan intuisjonen være et supplement til rasjonelle overveielser og følelsesmessig engasjement (37 s. 59).

Det siste nivået i denne modellen er tidsaspektet. Helsesøster må ta hensyn til kvinnenes forhistorie, den situasjonen hun i øyeblikket befinner seg i og hennes fremtid (37).

Alle disse tre nivåene virker sammen inn på kommunikasjonen. Dette fremstiller Eide og Eide slik:

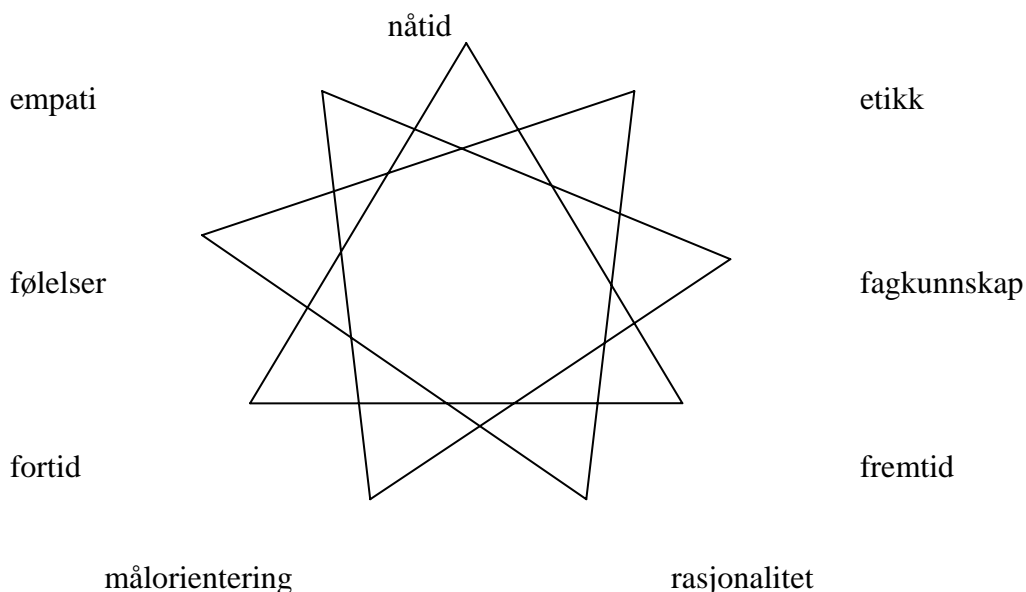


Fig.1.Grunnelementer i helsefaglig kommunikasjon. (37 s. 64)

Eide og Eide mener at for å få til en god helsefaglig kommunikasjon må man ta hensyn til alle disse nivåene eller elementene. Alle de ni elementene virker inn på hverandre, de overlapper hverandre tildels og kjernen danner tilsammen kommunikasjonen.

Mange teoretikere har sine teorier om sykepleie og kommunikasjon. Utfra studiens målgruppe har jeg valgt å legge den omsorgsrasjonelle modellen til grunn. Utfra dette ble det naturlig å se på teoretikere som diskuterer omsorg og/eller kommunikasjon i forhold til sykepleie.

Martinsen ser på sykepleie som yrkesmessig omsorgsarbeid hvor omsorg er målet. Hos henne rettes sykepleien mot de svakeste og mest pleietrengende hvor pasienten ikke er selvhjulpne (20). Dette samsvarer dårlig med nybakte mødre, de er i utgangspunktet selvhjulpne og ingen svak gruppe.

Orlando, Travelbee og Peplau er regnet som interaksjonsteoretikere (20). Orlando mener sykepleien ivaretar pasientens umiddelbare behov for hjelp her og nå. Den følger bestemte retningslinjer gjennom en interaksjonsprosess (20). Den reflekterende sykepleieprosess står sentralt hvor sykepleierens profesjonelle oppgave er å hjelpe pasienten. Travelbee går videre på Orlandos teorier. Sentralt for Travelbee er et "menneske-til-menneske" forhold. Hun er kritisk til betegnelsene pasient og sykepleier og fokuserer på at man skal komme ut av stereotype roller og se hverandre som individer. Ved at man utvikler et "menneske-til-menneske" forhold mener hun at sykepleieren kan møte pasientens behov og oppfylle sykepleiens hensikt (20). I følge Peplau er sykepleie en terapeutisk mellommenneskelig prosess hvis mål er å fremme helse. Sentralt for det terapeutiske utbytte er relasjonen mellom sykepleier og pasient (37).

Når helsesøstre bruker samtalen som verktøy bruker de seg selv terapeutisk overfor mødrene. Peplaus teori passer derfor best i denne studien. Peplau beskriver fire faser i arbeidet:

- Orienteringsfasen

Her skal sykepleier og pasient bli kjent med hverandre. Sykepleieren identifiserer pasientens behov og kommer frem til en sykepleiediagnose. Det understrekes her at sykepleierens evne til selvrefleksjon er viktig (37).

Denne fasen har mye til felles med Orlandos første grunnleggende element og Travelbees første faser. Alle legger vekt på at man møtes som to ukjente personer i det første møtet. For at sykepleieren skal kunne nå frem til forståelse for pasientens behov er åpenhet og tillit viktig. Travelbee understreker at vi møtes som selvstendige individer med egen identitet, mens Paplau legger vekt på at sykepleieren må ha evne til selvrefleksjon for å forstå egne reaksjoner i forholdet til pasienten (37,39).

Løgstrup snakker om interdependens eller gjensidig avhengighet (37). Han sier at når man forholder seg personlig til en annen, vil man utlevere seg selv og på et vis blottstille seg. Man blir sårbar og krenkbar og gir den andre muligheten til å utnytte

og misbruke den makt som ligger i relasjonen. Denne mulighet for maktmisbruk er en etisk fordring som står sentralt i Løgstrups tenkning. ”Den enkelte våger seg frem mot den andre for å bli imøtekommet” (37). Den som våger seg frem gir den andre tillit ved å utlevere og blottstille seg. Den andre part har makt og et moralsk ansvar som følger av den etiske fordringen. Fordringen innebærer at man skal handle utfra det som er best for den andre, ikke utfra egne behov. Man skal handle utfra det som er best for den andres eksistens, noe som ikke behøver å være det samme som hans ønsker. Løgstrup nærmer seg det å forstå andres livsverden som er sentralt i fenomenologien (20). Løgstrup skiller klart mellom det å ta ansvar for noen og det å ta ansvar fra noen. Det siste er maktmisbruk, mens det første er å leve opp til den etiske fordring.

- Identifiseringsfasen

Her sier Peplau at problemet er identifisert og at det gjøres en gjensidig klargjøring av forestillinger og forventninger. Nå legges det en plan slik at sykepleieren kan møte pasientens behov (37).

Denne fasen favner bredere enn de neste fasene til Orlando og Travelbee. Peplau legger mere vekt på gjensidighet og felles forståelse. Løgstrups forståelse av den andres livsverden og den etiske fordring vil være nyttig i denne fasen (20,37,39)

- Utforskningsfasen

Denne fasen mangler hos Orlando og Travelbee. I forhold mellom helsesøster og mødre er det som skjer på dette stadiet viktig. Ifølge Peplau er det her sykepleieren hjelper pasienten med å utforske tanker, følelser og forestillinger knyttet til årsaken til at pasienten søkte hjelp. Sykepleierens rolle blir å støtte pasienten til å ta egne helsefremmende valg (37).

På helsestasjonen vil det innebære at helsesøster bygger opp om kvinnens evne til å klare seg som mor og gi henne tro på egen mestring. Samtidig skal hun få den veiledning og hjelp hun trenger for å kunne fungere godt som mor og omsorgsperson. Helsesøster tar ansvar for kvinnen, ikke fra henne.

- Løsningsfasen

Her vil pasienten gradvis løsrive seg fra sykepleieren å få styrke til å kunne stå alene. For at dette skal lykkes må hun ha fått tilstrekkelig med hjelp, støtte og kontakt i de andre fasene (37).

Sykepleieren inntar ulike roller som vil variere avhengig av fase og situasjon. Peplau ser på sykepleieprosessen som en psykodynamisk bevegelse i relasjonen mellom sykepleier og pasient der pasientens selvstendighet, modning og helse er mål (37). Dette er beskrivende for det arbeidet helsesøstrene gjør med mødrene på helsestasjonen.

Utfra dette er det mulig å skissere den ideelle samtale mellom helsesøster og mor på helsestasjonen seks uker etter fødsel. De to har truffet hverandre på helsestasjonen i løpet av svangerskapet og helsesøster har vært på hjemmebesøk hos familien ca. ti

dager etter fødselen. Det vil si at de er kommet langt i den første fasen og helsesøster har allerede etter hjemmebesøket identifisert kvinnens behov og merket seg ting hun vil ta opp i videre samtaler. Kvinnen føler seg trygg på helsesøster og føler at hun kan komme frem med det hun føler behov for. De to møtes på helsestasjonen til avtalt tid og kvinnen har med sitt barn. Barnet er våkent og rolig. Samtalen starter ved at de to ser på barnet sammen og snakker med det, samtidig som helsesøster observerer mors kommunikasjon med sitt barn. Barnet er trøtt og sovner slik at den fysiske undersøkelsen av barnet tas etter samtalen. Rommet de to sitter i er lyst, ryddig og utluftet. De har 30 minutter til rådighet og blir ikke forstyrret i løpet av den tiden. Kvinnen er inneforstått med tidsrammen. Helsesøster stiller kvinnen åpne spørsmål og er aktivt lyttende til det kvinnen forteller. Hun responderer på svarene ved blant annet å stille oppfølgingsspørsmål slik at hun forstår den andres livsverden og de sammen kan komme frem til en plan. De to kommer her frem til felles forståelse av eventuelle problemer, og helsesøster hjelper kvinnen med å forstå tanker og følelser. Dersom postnatal depresjon er et problem, vil kvinnen få tilbud om adekvat hjelp i tillegg til veiledning og støtte. Helsesøster vil ta ansvar for at dette følges opp og gradvis hjelpe kvinnen til å bli styrket i sin rolle som mor.

Alt dette vil nødvendigvis ikke kunne skje gjennom en enkelt samtale, men må følges opp i senere samtaler. Målet er å gjøre kvinnen sterk nok til å takle sin situasjon med modning og god helse for henne og barnet.

4. Design og metode

I denne oppgaven ønskes det å få frem helsesøstrenes erfaring med dagens praksis og deres holdning til eventuelt å endre dette. Forskeren har valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode plassert i en hermeneutisk fenomenologisk ramme. Det er benyttet en semistrukturert kvalitativ metode i form av intervju for å få en dypere forståelse for respondentenes arbeid og holdninger. Kvalitativ forskning egner seg best når man søker å forstå respondentenes situasjon og se virkeligheten utfra deres synsvinkel. En analyse søker å si noe om hva respondenten har ment å si. Hennes intensjoner er i fokus (40).

4.1. Kvalitativ forskning

For å få svar må vi stille spørsmål. Holter og Kalleberg understreker at forskningsspørsmålene og studiens hensikt er styrende for valg av metode (41). I studien er forskningsspørsmålene knyttet til helsesøstre og hvordan de møter de nybakte mødre med tanke på å kartlegge deres psykiske helse.

Det hersker en utbredt oppfatning av at kvantitative og kvalitative metoder står i motsetning til hverandre. Mange forskere hevder derimot at disse to utfyller

hverandre og er ulike måter å samle inn data på (40,42). Kvantitative data foreligger på en slik måte at de kan telles opp og måles. Ofte brukes det spørreskjemaer og man har et høyt antal respondenter. Kvalitative metoder tar sikte på å beskrive opplevelser, holdninger og meninger og dataene foreligger i form av tekster som må tolkes og forstås. Disse kan ikke på samme måte som kvantitative data telles og måles. Kvalitative tilnæringsmåter er egnet til å beskrive ”det som finnes”, og er ikke så opptatt av hvor ofte det finnes. Når man ønsker svar på spørsmål om forståelse, er kvalitative metoder best egnet (43).

Helsesøstrene står i mellommenneskelige relasjoner som er verdiladete og mangfoldige. I forskerens møte med helsesøstrene og deres møter med kvinnene er kontekst viktig. Benner og Wrubel (38) skiller mellom kontekst og situasjon. Det som er her og nå relaterer til situasjonsbegrepet, mens konteksten er den sammenhengende situasjonen er i sosialt, kulturelt og historisk. Det er derfor viktig å forstå det enkelte menneskes kontekst for å forstå hvordan de tenker, hevder de..

Helsesøstrene i denne studien vil være knyttet til sin hverdag på helsestasjonen med den kultur og tradisjon som norsk sykepleie står i som bakteppe. De vil ha en felles bakgrunn, men samtidig ulike kontekster som vil influere på deres arbeid og tilnæringsmåter.

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. (44 s. 39)

Som forsker vil man aldri kunne få tak i hele virkeligheten så denne er kompleks. Man må tilstrebe å favne så mange sider som mulig av den virkeligheten man ønsker å undersøke. På denne måten vil man kunne forstå virkeligheten.

Studien ønsker å få frem en forståelse av hvordan helsesøstene bruker samtalen som verktøy og hvilke kvaliteter som kjennetegner situasjonene der kvinnene samtaler med helsesøster på helsestasjonen. Forskeren søker et innblikk i helsesøstrenes livsverden og en mulighet til å tolke denne. I denne studien er det anvendt en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Det er benyttet en fenomenologisk beskrivelse og en hermeneutisk tolkning.

4.1.1. Hermeneutisk/fenomenologisk tilnærming

Positivistisk vitenskapssyn har lenge dominert både naturvitenskapene og samfunnsfagene. Innen positivismen vektla man det rasjonelle og det vitenskapelige og man mente at det er en objektiv virkelighet som kan studeres og gjøres kjent. En virkelighet som ikke påvirkes av menneskers observasjon. Positivismen er nå i stor grad forlatt til fordel for postmoderniteten og dens naturalistiske paradigme som også kalles fenomenologisk paradigme. Innen denne tenkningen ser man virkeligheten som en konstruksjon som eksisterer i en kontekst og flere tolkninger er mulig. I det naturalistiske paradigme mener man at nærhet mellom forsker og deltaker fører til maksimalt med kunnskap. Forskeren har en interaksjon med de som blir forsket på og

funnene skapes av denne interaksjonen. Dermed blir subjektivitet og verdiladning uunngåelig og ønsket (45).

4.1.1.1. Fenomenologi

Ordet "fenomenologi" stammer fra det greske verbet "phainestai" som betyr å vise seg, åpenbare eller avsløre seg (46 s. 175). Edmund Husserl (1859-1938) ansees å være den som først brukte termonologien fenomenologi og dermed dens grunnlegger. Husserl var jøde og virket i Tyskland. På grunn av sin jødiske bakgrunn ble han ekskludert fra "det gode selskap" i 1933, men hans påvirkning innen fenomenologien fortsatte og tok seg kraftig opp etter 2. verdenskrig (47). Polit og Beck definerer fenomenologi slik: "A qualitative research tradition, with roots in philosophy and psychology, that focuses on the lived experience of humans." (45 s. 727). Husserl mente at bevisstheten er viktig. Den retter seg alltid mot noe annet enn seg selv, den er alltid bevisst noe. Husserl sto for en retning som kalles deskriptiv fenomenologi. Han vektla beskrivelsen av mening med opplevelser. Innen denne retningen var det viktig for forskeren å ikke la sin forforståelse influere på intervjusituasjonen. For å få dette til må man frigjøre seg fra sine egne fordommer og tidligere meninger både om personen som intervjues og det fenomenet man snakker om. Så langt det er mulig skal man sette sine egne kunnskaper og meninger "i parentes" og ikke la de influere på intervjusituasjonen. Dette kalles "bracketing". Forskeren skal ikke vurdere om det en blir fortalt er sant eller ei, men så objektivt som mulig gjennge samtale og observasjon. I denne studien vil det bety å være seg bevisst egne forutsetninger for ikke å blande disse sammen med helsesøsters beskrivelse. For å få til en åpen beskrivelse av helsesøsters perspektiv er det viktig med en fenomenologisk reduksjon (44). Det som beskrives må nedtegnes så nøytralt, nøyaktig og fullstendig som mulig.

En fenomenologisk beskrivende tilnærming er relevant i min studie da studien søker å beskrive situasjoner der helsesøstrene møter nybakte mødre med den hensikt å frembringe kunnskap om karakteristiske trekk ved disse situasjonene. Studien søker også å få en forståelse av det beskrevne.

I denne studien er det fenomenologi som metode som er aktuelt. Husserl, Heidegger og andre filosofer bruker fenomenologi om den metoden som brukes for å beskrive fenomener. I fenomenologi brukes ofte intervjuer og de kodes ikke, men tolkes for å finne personens livsverden. Dette fører til forståelse av personenes meninger og handlinger (48).

4.1.1.2. Hermeneutikk

Heidegger var Husserl's student og står for den andre retningen; hermeneutisk fenomenologi. Heidegger mener at det ikke er mulig å frigjøre seg fra sin forforståelse og at denne er en viktig del av selve prosessen, den hermeneutiske sirkel (44,45,47). I følge Heidegger er forskerens forforståelse en del av forskningsprosessen som vil påvirke de spørsmål som stilles til informantene. Han sier videre at det i språket finnes mye mer enn det uttalte ord. Måten ordene blir ytret eller uttrykt sier noe om forståelse.

Mellomkrigsårene ble et vendepunkt for fenomenologien som ble utfordret av Heidegger. Han tok avstand fra subjekt begrepet og erstattet det med "being-there". Kontekst ble viktig og et grunnlag for hvordan Heidegger mente vi er i verden. All mening blir kontekst avhengig og derfor ustabil. Forståelsen bygger på den hermeneutiske sirkel hvor man veksler mellom helhet og del.

Gadamer var student av Heidegger og hans standpunkt er en sammensmeltning av Hegel og Heidegger. Gadamer omtaler forståelsen som en måte å være i verden på og han viser ofte til samtalen for å illustrere sider ved den hermeneutiske sirkel. Dette gjør hans metode velegnet for denne studien. Gadamer mener at forståelsen er å komme til enighet om saken heller enn å gripe en mening. Han snakker om sammensmeltning av horisonter der fortid og nåtid smelter sammen (47,49)

Hermeneutikk kommer av Hermes som betyr gudenes budbringer. Hermeneutikk er en gammel tradisjon i kvalitativ forskning og henspiller både på filosofi om forståelse og vitenskap om tolkning. I det gamle Hellas var tolkning og forståelse spesielt knyttet til teologiske og juridiske tekster (47,49). Idag brukes hermeneutikk om tolkning av både tekster og opplevelser og handlinger (46).

Forskeren bringer med seg både en forforståelse som er tilegnet gjennom utdanning og faglig arbeid samt en sosial forforståelse. Dette er de "briller" forskeren har på under planlegging og utføring av undersøkelsen. Disse vil påvirke valg av tema for forskningen samt gjennomføring av undersøkelsen. Forskerens mulighet til å forstå en annen vil være avhengig av vilje og evne til å være bevisst sin forforståelse og tilpasse seg den andres oppfatning. Den hermeneutiske prosess er dynamisk og kunnskapen utvikles underveis. Forforståelsen vil alltid influere på tolkningen og resultere i forskjellig tolkning fra en person til en annen. Dette sees ikke på som en svakhet, snarere tvert imot. Dette bidrar til økt og ny forståelse og bringer prosessen fremover. Man beveger seg fra helhet til del og tilbake til helhet for å få forståelse. Dette kalles den hermeneutiske sirkel eller spiral som Kalleberg benevner den, fordi man ikke kommer tilbake til samme sted i forståelsesprosessen (41). "For å forstå bestemte ytringer og handlinger må man gå til den bredere kontekst, for å forstå den bredere kontekst må man forstå de mindre elementer den består av" (41 s. 35). Gjennom tolkning får man forståelse som er å finne frem til en dypere mening av det som tolkes dersom det faktisk er slik at alt som tolkes har en mening. Opprinnelig var hermeneutikk tolkning av tekster, men det er utvidet til også å gjelde handling og samtale (44).

4.2. Det kvalitative forskningsintervju

Som datainnsamling i denne studien er det valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju basert på Kvale (44). Kvales definisjon av det kvalitative forskningsintervju passer med studiens problemstilling og hensikt, en metode som egnet seg til å fange opp helsesøstrenes beskrivelser og erfaringer med den hensikt å få en forståelse av disse.

Dersom forskeren hadde vært tilstede i ”felten” hadde dette vært en styrke for studien. Man hadde fått muligheten til å få et mer nyansert materiale i tillegg til at denne form for metodetriangulering ville styrket studiens gyldighet og pålitelighet. Likevel ble feltstudie utelukket i denne studien. Det ville vært etisk betenkelig om forskeren skulle vært tilstede i en helsesøter/klient relasjon. Fokus i studien er knyttet til helsesøters erfaringer. Det ble vurdert slik at sannsynligheten for at forskeren ville få tak i det studien var ute etter ved et kvalitativt intervju var større enn om forskeren hadde vært observatør på helsestasjonen.

Et faglig intervju skiller seg fra en hverdagslig samtale ved at det i intervjuet blir en ensidighet i motsetning til gjensidighet i en hverdagslig samtale. I intervjuet er det forskeren som stiller spørsmål og som setter agendaen. Man søker å finne frem til beskrivelser av intervjupersonens livsverden med tanke på å tolke meningen av det beskrevne. For å få frem den intervjuedes livsverden må det oppnås kontakt bygget på empati. I empatien ligger det en anerkjennelse av den andre som er viktig for å få frem intervjupersonens opplevelser og meninger. Forskeren må i tillegg ha kunnskap om temaet og at intervjusituasjonen er bygget på respekt og anerkjennelse. Man benytter seg av inngangsspørsmål med oppfølgings spørsmål for fordypning. Det vil si at det ikke er basert på et strukturert spørreskjema, men heller ikke en fri samtale. Intervjuet foregår ved hjelp av en intervjuguide som er preget av temaer mer enn spørsmål (44,50,51). Strukturerte intervjuer er ikke kvalitative i sin tilnærming, men kvantitative. Det kvalitative intervju tar mer utgangspunkt i samtalen selv om det også tildels brukes spørsmål. Ved å bruke ”bracketing” får man en mest mulig forutsetningsløs innhenting av data. Forskeren inntar en slags naiv holdning som gir seg utslag i at det fokuseres både på det som sies og det som ikke sies, noe som vil stimulere forskerens nysgjerrighet til å finne ut mer (41,51).

4.2.1. Intervjuguiden

Intervjuene med helsepersonellet ble utført etter en intervjuguide (se vedlegg). Det ble valgt å sentrere intervjuguiden utfra forskningsspørsmålene og lagd åpne spørsmål knyttet til disse. Spørsmålene var åpne slik at helsesøstrene fritt kunne beskrive fenomenet. Spørsmålene dekket ulike deler av fenomenet. Intervjuene bygget på Kvaless syv stadier for intervjuetodikk (44).

Da intervjuguiden ble utarbeidet var ønsket å starte med å få en beskrivelse av hvordan helsesøstrene jobbet med barselkvinnene og hvordan de bruker samtalen som metode for å avdekke kvinner i risiko for å få fødselsdepresjon. Man starter med det kjente og hverdagslige for deretter å få helsesøstrene til å se kritisk på sin egen metode og vurdere ønske og behov for et eventuelt hjelpemiddel. På denne måten ville intervjuet gå fra det kjente til det ukjente og det ville gi respondentene en trygghet i begynnelsen av intervjuet som kunne gjøre dem mer frimodige på slutten. Intervjuguiden brukes ikke slavisk, men heller som en huskeliste slik at alle temaene kommer med. Ofte kan det bli slik at respondenten som respons på ett spørsmål også kommer inn på et tema som er planlagt tatt opp senere. Dette må forskeren ikke se på som et problem, men som en måte til å få intervjuet til å bli som en samtale. Intervjuguiden kan også justeres underveis i studien dersom man ser behov for det.

Det er ikke alltid slik at alle respondentene har forutsetninger til å gi informasjon om det samme. Derfor kan ofte intervjuguiden være noe forskjellig i de ulike intervjuene, uten at man mister fokus i studien (43). Studien tar sikte på å beskrive de samtalene helsesøstre har med mødrene for å få frem karakteristiske trekk i disse situasjonene. Her brukes da en fenomenologisk beskrivende tilnærming.

Intervjuene startet med konkrete spørsmål om situasjoner de hadde vært oppe i for å bringe intervjuet videre derfra. Et spørsmål kunne for eksempel være: Husker du et tilfelle der du fikk mistanke om at kvinnen var i risiko for fødselsdepresjon? Det er metodisk fornuftig å knytte spørsmålene til hendelser som har vært viktige for respondenten. Man ønsker å få frem historier slik at respondenten kan bruke sitt eget hverdagspråk, samtidig som det åpnes for konteksten og helheten. Videre i intervjuguiden ble det viktig å få frem deres mening om de metodene de bruker. Denne delen av intervjuet kunne godt også illustreres med klienthistorier. Avslutningsvis i intervjuguiden var ønsket å få frem deres holdninger til å ta i bruk EPDS som et hjelpemiddel (43-45,51).

4.2.2. Kvalitativ forsknings reabilitet og validitet

I kvantitative undersøkelser legges det stor vekt på at dataene skal være representative, at man virkelig måler det man ønsker å måle. Man har mange undersøkelsesenheter, men få opplysninger. I kvalitativ forskning får man mye opplysning om få undersøkelsesenheter, man går mer i dybden. Man søker mer forståelse om noe og det legges mindre vekt på det representative. Under intervjuprosessen er det hele tiden et samspill mellom forskeren og intervjupersonen og opplysninger som kommer frem kan utdypes og korrigeres. På denne måten vil dataene sikres og bli pålitelige. Men den sosiale settingen intervjuet foregår i kan ikke gjenskapes og dermed er det ikke mulig for en annen forsker å gjenta undersøkelsen med samme resultat (40). Man kan derfor ikke generalisere funnene i en kvalitativ studie. Den kan derimot beskrive en del av virkeligheten slik helsesøstre opplever den. En kvalitativ studies holdbarhet hviler på dens pålitelighet (reabilitet) og gyldighet (validitet).

For å vurdere en studies pålitelighet ser man både på det som skjer mellom forsker og respondent med henblikk på hvordan forskeren fungerer som forskningsinstrument, og det som skjer mellom forskeren og teksten med henblikk på forskerens analyse av denne. Det er viktig at forskeren gjør eksplisitt de fordommer og følelser som styrer valg og handlemåter (52). Dette er forsøkt imøtekommet i denne studien ved å redegjøre for forforståelse, planlegging, utvalgsprosedyrer og utvalg, gjennomføringen av intervjuene, transskribering og analyse.

Studiens gyldighet innebærer å se på om man faktisk får de svar man er ute etter, om man undersøker det man sier man skal undersøke. I kvalitative studier er hensikten oppdagelser, ikke målinger. Kvale presiserer at validering er viktig gjennom alle faser av undersøkelsen som en slags kvalitetskontroll (44). Forut for disse studiene hadde respondenten fått informasjon om studiens hensikt. Når man i intervjuene kom til den delen hvor respondenten skulle reflektere og vurdere sin egen praksis, kunne det være

en fare for at hun ”pyntet” på sine erfaringer. Dette kan tildels motvirkes med oppfølgende og utdypende spørsmål (41,44,52).

4.2.3. Forskerens forforståelse

I den fenomenologisk/hermeneutiske tradisjon er viktig å redegjøre for eget ståsted og forforståelse i forhold til det arbeidet man utfører. Dette fordi forforståelsen alltid vil påvirke det man gjør. I en kvalitativ intervju undersøkelse er forskerens forforståelse viktig. Forskeren bringer med seg både en forforståelse som er tilegnet gjennom utdanning og faglig arbeid samt en sosial forforståelse (38). Dette er de ”briller” forskeren har på under planlegging og utføring av undersøkelsen. Disse vil påvirke valg av tema for forskningen samt gjennomføring av undersøkelsen. Dersom forskeren har sterke meninger om hvordan resultatet av undersøkelsen bør bli og bringer dette med seg inn i intervjusituasjonen, vil dette kunne påvirke resultatet til å bli som forskeren ønsker. Derfor er det viktig å være bevisst på hvilke holdninger og meninger man har om temaet før undersøkelsen starter (40).

Forskeren har etter endt jordmorutdanning, jobbet i flere år både på forløsningsavdeling og barselavdeling på et stort sykehus i Norge. Hun har også jobbet flere år med svangerskapsomsorg i primærhelsetjeneste. I 1997 begynte hun å ta kurs i folkehelsevitenskap, og under et kurs i livskvalitetsforskning skrev hun en oppgave sammen med to kollegaer som het ”Livskvalitet hos nybakte mødre” som så på forekomsten av fødselsdepresjon gjennom en litteraturstudie. Hun har selv opplevd å ta hånd om mødre på helsestasjonen som hadde fødselsdepresjon, samt opplevd at hun ikke klarte å fange opp kvinner det senere viste seg led av dette. Ettersom hun leste mer folkehelsevitenskap ble interessen for fødselsdepresjon og dens følger for mor og barn økt. Dette har inspirert henne til å se nærmere på hva som kan gjøres for å fange opp flest mulig kvinner i risiko for å kunne tilby dem hjelp. I hennes møte med helsesøstre som kollegaer opp gjennom årene, har hun sett på nært hold hvor mange nye oppgaver de til stadighet blir pålagt uten å få ekstra ressurser. Hun tenkte da i utgangspunktet at de nok ville være lite villige til å ta ibruk nok et instrument i sitt arbeid, selv om det kunne hjelpe dem til å identifisere de kvinnene som trenger hjelp.

4.3. Utvalgsprosedyre og presentasjon av utvalg

Oslo har ca. 8.000 fødsler i året. Dersom det er slik litteraturen (1,2) sier, vil postnatal depresjon ramme opptil 1.200 kvinner i året. Dette har stor betydning for folkehelsen, da ubehandlet postnatal depresjon kan føre til økt sykkelighet hos mor og samtidig få uheldig innvirkning på barnet og på hele kvinnens familie (53).

Forskeren ville intervju helseøstre i Oslo som jobber med mor og barn på helsestasjonene. Ønsket var å få intervjuet en helseøster i hver av Oslos 15 bydeler. Ved å gjøre dette ville man fange opp helseøstre som jobber i alle lag av

befolkningen, fra bydeler med høy sosio-økonomisk status, høy levestandard og få innvandrere til bydeler med høy innvandringsandel, høy arbeidsløshet og store sosiale problemer. Oslo ble ifjor omorganisert fra 25 til 15 bydeler. Dette ble gjennomført 01.01.04.

I Norge går nærmere 100% av nybakte mødre til kontroll på sin lokale helsestasjon ca. seks uker etter fødselen. Her møter de helsesøstre og av og til jordmødre. Ved å intervju helsesøstre som jobber med mor og barn på helsestasjonen vil man få tak i det helsepersonellet som har hyppigst kontakt med mødrene.

Intervjuobjektene var helsesøstre som arbeider ved helsestasjonene med mor etter fødsel. Det finnes svært få mannlige helsesøstre i Norge og alle respondentene var kvinner. Alle hadde samme utdanning, sykepleier først og så helsesøsterutdanning. Tidspunkt for avsluttet sykepleierutdanning strakk seg fra 1962 til 1984 og for avsluttet helsesøster utdanning fra 1974 til 2002. Respondentene ble ikke spurt om alder, men en indikasjon på alder kan leses av utdanningsår. Antallet på 14 respondenter i studien ligger tett opptil målet på 15. De hadde jobbet som helsesøster i fra 2 til 30 år og jobbet på svært ulike helsestasjoner når det gjelder befolkningssammensetning. Derfor er det grunn til å tro at helsesøstrene i denne studien ikke skiller seg vesentlig ut fra gruppen helsesøstre som jobber på helsestasjonene i Norge.

Antall fødsler ved helsestasjonene varierte fra ca. 200 til 580 hvorav de aller fleste hadde mellom 200 og 300. Kun to helsestasjoner hadde henholdsvis 350 og 580 fødsler pr. år.

I telefonsamtalene ble det avtalt tidspunkt for intervjuer og hvem respondenten var. Det ble valgt å intervju individuelt da bruk av fokusgrupper lett kan føre til at enkelte ikke kommer frem med sine holdninger til temaet. Intervjuene skjedde på den enkeltes arbeidsplass i eller umiddelbart etter arbeidstid.

I Oslo har jordmødre og helsesøstre som jobber i primærhelsetjenesten fått tilbud om kurs/veiledning om postnatal depresjon. Derfor ble Oslo valgt som undersøkelsesområde. Det var interessant å se om det var noen forskjell på de som hadde deltatt i programmet og de som ikke hadde deltatt. Kun tre av helsesøstrene hadde deltatt på kurs og veiledning om fødselsdepresjon. Det hadde vært ønskelig at halvparten av de intervjuede hadde deltatt. Først ble det sendt ut brev til leder av helsesøstertjenesten i de 15 bydelene, med informasjon om studien og at forskeren ville ringe dem innen en uke. Før det ble ringt tilbake skulle lederen ha snakket med sine helsesøstre og spurt dem hvem som ville være med i studien. Bare noen få av de som hadde deltatt på kurs og veiledning svarte positivt. Dette skyldtes delvis omorganiseringen og at en gruppe studenter fra sykepleierutdanningen, Høgskolen i Oslo, akkurat hadde vært ute på mange av helsestasjonene og intervjuet om noe av det samme. Dette siste visste forskeren ikke om før hun selv begynte intervjuene. Det var en svakhet ved planleggingen.

De første avtaler for intervjuer ble gjort i desember 2003 og intervjuene skulle starte i løpet av februar 2004. Tidligere ble ikke mulig på grunn av omorganiseringen. Mange helsestasjoner sa nei da de sto midt oppe i flytteprosess og relokalisering av ansatte. Dette gjorde prosessen med å få intervjuobjekter vanskelig. Ideelt sett burde intervjuene ha foregått ett år tidligere eller ett år senere! Da ville det vært mer ro rundt respondentenes arbeidssituasjon. Studien fikk tilslutt 14 intervjuer fra 11 bydeler. De 14 helsesøstrene som ble intervjuet kom fra 13 forskjellige helsestasjoner. (Mange av bydelene har flere helsestasjoner) Ett intervju utgikk da det ble bedømt til å være altfor ustrukturert for å besvare forskningsspørsmålene.

4.4. Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt fra midten av februar og ut april 2004. Alle intervjuene ble gjort på helsesøstrenes arbeidsplass på eget kontor uten andre enn de to tilstede. Respondentene valgte selv både tidspunkt og sted for intervjuet. To intervjuer ble gjort etter arbeidstid, mens de resterende skjedde i arbeidstiden. Intervjuene varte fra 30-60 minutter. Helsesøstrene hadde ryddet tid til intervjuet og det var få avbrytelser underveis. Forskeren hadde på forhånd snakket med dem på telefon og forklart dem om studien. De fikk forklart hensikt og metode og det ble gitt uttrykkelig beskjed om at dette var frivillig og anonymt og at de kunne trekke seg når som helst i prosessen. Før intervjuet startet ble hensikten med undersøkelsen gjentatt og forskeren forsikret seg om at de forsto og samtykket til intervjuet. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, noe enkelte synes var ubehagelig. Det førte til at noen intervjuer i begynnelsen har lavt volum på båndet inntil respondenten fikk mer frimodighet og snakket høyere. Det var uvant for noen av dem å skulle snakke med en mikrofon foran seg. De fikk da tilbudet om å gjøre det uten båndopptaker, men valgte å gjennomføre intervjuet med mikrofon. De ble forsikret om at båndene kun skulle brukes til transkribering slik at forskeren fikk med seg alt og at de ikke skulle brukes av andre. Deres navn ble ikke sagt på båndet, intervjuene ble identifisert med nummer. Dette ble godtatt av alle de intervjuede.

Forskeren opplevde at hun var ventet og at de aller fleste var nysgjerrige på hva dette handlet om. De var positive til studien og uttrykte forventning til resultatet. Etter at intervjuet var over og forskeren hadde forlatt helsesøsters kontor, gjorde hun noen få notater dersom det var spesielle ting hun mente var viktig å huske på som ikke var festet til båndet. Disse notatene var tilgjengelig under transkriberingen til oppklaring av eventuelle uklarheter.

4.5. Ethiske vurderinger

Det ble innhentet tillatelse til å gjennomføre studien fra lederen av helsestasjonene i bydelene samt hos ledende helsesøster på helsestasjonene. Etter å ha snakket med

kollegaer samt ledelsen ved Sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo fikk forskeren beskjed om at denne typen studier ikke behøvde godkjenning fra Etisk komite. Dersom studien hadde involvert klienter/pasienter, hadde dette stilt seg annerledes.

Helsesøstrene fikk informasjon om undersøkelsen før de svarte på om de ville bli med. Det ble gitt uttrykkelig beskjed om at deltakelse var frivillig, at alle data vil være anonymisert og at man kunne trekke seg når som helst. Av de 14 som stilte opp til intervju var det ingen som trakk seg eller som ga uttrykk for etiske problemer med studien.

Det ble gjennomført flere intervjuer med helsesøstre forskeren kjenner og har jobbet med, uten at det representerte noe problem. Ideelt sett burde hun kun ha intervjuet helsesøstre som hun ikke kjente eller hadde jobbet med. Dette er imidlertid vanskelig å få til i praksis. Helse-Norge er lite og når man har jobbet i en avgrenset del av det i flere tiår, så kommer man i flere sammenhenger borti kjente. Forskeren var før intervjuene bevisst på å opptre likt overfor alle de hun møtte, uansett om de kjente hverandre eller ikke. Forskeren mener at det ble godt ivaretatt i alle intervjuene bortsett fra det ene.

De første intervjuene var noe bundne i formen. Det skyldes dels usikkerhet hos forskeren samt at hun måtte se endel på intervjuguiden for å forsikre seg om at hun husket alt hun skulle spørre om. Etterhvert ble dette unødvendig og intervjusituasjonen ble mer avslappet. Da ble det lettere å stille oppklarende spørsmål til kvinnene og det igjen førte til at det kom frem mere opplysninger.

4.6. Analyseprosessen

Kvale (44) beskriver seks trinn i analysen av et intervju. Han mener at analysen starter allerede når informantene beskriver sin livsverden i intervjuet. Underveis i intervjuet vil informanten oppdage nye forhold og sammenhenger i det de gjør. Neste trinn i analysen vil ofte være at intervjueren fortetter og validerer sin informasjon ved å få bekreftelse eller korreksjon fra informanten. Dette materialet vil så danne grunnlaget for transkribering.

Kvale går også inn på gjen-intervjuing og et trinn som omhandler å gå fra beskrivelse og tolkning til handling. Gjen-intervju gjøres for å få mulig utdypning og korrigerende av det tidligere materialet. Det siste trinnet muliggjør at informantene handler på bakgrunn av ny innsikt som de har ervervet gjennom intervjuet. Disse to siste trinnene er ikke med i denne oppgaven da de krever mer tid og lengre oppfølging (44).

Transkribering av båndene skjedde etter at forskeren var ferdig med det siste intervjuet. Dette var det mest praktiske og på den måten ble hun mindre påvirket av tidligere intervjuer underveis. All transkribering ble gjort av intervjueren. Hun ønsket

selv å følge hele prosessen slik at det skulle bli lettere å forstå innholdet i intervjuet. Når hun selv hadde vært tilstede og har intervjuet friskt i minnet, er det lettere å få skrevet det ned slik det faktisk var. Det ble tilstrebet å få skrevet ned alt så nøyaktig som mulig for ikke å endre meningsinnholdet. Intervjuerens tale ble skrevet i normal font mens informantens ble skrevet i kursiv for å skille de to.

Utstyret som ble brukt ved opptak og transkribering var testet og funnet i orden. Likevel var det til tider problematisk å høre alt som ble sagt på båndet. Det tok lang tid og mange runder før forskeren var sikker på at alt kom med. I ett intervju er det deler av ett svar som er borte. Dette var en helsesøster som snakket svært lavt og som ikke ønsket mikrofonen nærmere seg. Det er kun en setning som er borte og det har ikke betydning for intervjuet som sådan.

Alle intervjuene ble lest gjennom for å få en følelse av helheten. Deretter ble hvert intervju gjennomgått og det ble stilt spørsmål til teksten som tok utgangspunkt i problemstillingen. Man gikk utfra følgende spørsmål:

Hva sier helsesøstrene om mors situasjon og uttrykk?
Hva sier helsesøstrene om selve samtalen?
Hva sier helsesøstrene om hvordan de ser på ny kunnskap?

Etterhvert som intervjuene ble lest igjen, ble det notert ned det som var vesentlig utfra spørsmålene. Det var ikke satt opp ferdige kategorier, men kommet frem til kategorier etterhvert som de krystalliserte seg utfra teksten (44). Man pendlet mellom teksten som helhet og de enkelte intervjuene, altså tekstens deler og så tilbake til helheten igjen. På denne måten får man en oversikt over den overordnede helheten i analyseresultatet og en systematisk og detaljert oversikt over materialet (44,54). Således er det benyttet den hermeneutiske sirkel og videre den hermeneutiske spiral for økt forståelse.

På denne måten fikk man god oversikt over materialet og begynte å se fellestrekk, mønstre og sammenhenger. Noe utkrystalliserte seg tidlig, som for eksempel det som skjedde i møtet mellom helsesøster og mor. Utfra dette ble det laget følgende kategorier:

1. Det verbale møtet
2. Det nonverbale møtet

Disse to kategoriene gikk utfra problemstillingen; Hvordan går helsesøstre frem for å avdekke postnatal depresjon på seks ukers kontroll?

3. Helsesøster møter mors behov
Denne kategorien gikk utfra; Hvor nøyaktig oppfatter de at deres metode er?

4. Helsesøster er åpen for ny kunnskap og nye metoder
Denne kategorien gikk utfra; Kjenner de til at det finnes instrumenter som kan måle dette og hvordan ser de på å innføre et slikt instrument?

De to første kategoriene omhandler det helsesøstrene beskriver. For å få en bedre forståelse av hva som skjer i møtet valgte jeg på bakgrunn av kategoriene å formulere nye spørsmål til teksten. Følgende spørsmål ble da stilt:

Hvordan beskriver helsesøster sitt møte med mor?

Klarer helsesøster å fange opp alle med postnatal depresjon?

Hvordan beskriver helsesøster sine holdninger til ny kunnskap og nye metoder?

Gjennom å stille spørsmål til teksten kom man, som Kvale (44) sier, frem til en forståelse av teksten. Det er her Kvale anbefaler gjen-intervju for å validere resultatene.

5. Resultater

5.1. Hvordan beskriver helsesøster sitt møte med mor?

I veilederen for helsestasjonen (55) står det nedfelt at helsesøster blant annet skal snakke med mor om hennes psykiske helse etter fødselen. Den angir verken noe om hvordan dette skal gjøres eller presenterer noe instrument for dette arbeidet.

5.1.1. *Det verbale møtet*

Her beskriver helsesøstrene hvordan de legger opp samtalen med mødrene. De fleste av dem legger opp til åpne samtaler hvor de lar mors behov styre samtalen. Som grunnlag bruker de veilederen som lister opp en mengde emner som bør tas opp på møtet mellom helsesøster og mor. Noen av helsesøstrene sier de har veilederen integrert i det de gjør, andre følger den mere slavisk. Utgangspunktet for intervjuet er møtet mellom helsesøster og mor ca. seks uker etter fødsel. Det er litt ulikt på helsestasjonene hvorvidt de treffer mødrene når barnet er seks uker gammelt. Ut fra veilederen skal mor og barn innkalles til seks ukers kontroll, men flere helsestasjoner har modifisert dette noe. Derfor reflekteres dette tildels i svarene.

Flere av helsesøstrene kommer inn på at de allerede har truffet mor en eller flere ganger og at det er bygget opp et tillitsforhold. En sier at det er vanskelig å bygge opp relasjoner, vanskelig å kommunisere med mødrene fordi det er så mye annet som skal gjøres. Denne helsesøsteren overlater mye av denne kontakten til en annen ansatt ved helsestasjonen.

Helsesøstrene beskriver mødre som snakker mye, ofte om uvesentlige ting og som spør mye mer enn vanlig. De nevner også mødre som er veldig fokusert på ett problem og som går inn i det og mødre som ringer helsestasjonen med spørsmål

mange ganger. Disse mødrene følger de nøye i forhold til psykisk helse. Følgende sitat belyser dette:

"Hun ringte meg flere ganger om dagen. Greide ikke å ta imot informasjon, spurte om de samme tingene om og om igjen. Det var stort sett det min mistanke gikk på."

Helsesøstre beskriver hvordan de ofte spør mor direkte om psykisk helse eller depresjon. Noen spør om hvordan de synes det er å være mor, andre tar utgangspunkt i feks. barseltårer. Noen ganger er det et enkelt spørsmål som kan få kvinnen til å bryte sammen. Slik som følgende:

"...jeg overtok henne fra en annen helsesøster, så jeg spurte henne; nå som barnet er blitt fem måneder, hvordan er det egentlig for deg å være mor? Og det var nok til at hun brøt helt sammen. Da kom hele historien og hun sa det var fryktelig."

Noen beskriver at de jobber i deler av byen hvor det bor ressurssterke og "vellykkete" mennesker. De mener det er viktig for mødrene å opprettholde en "pen fasade" og at de dermed ikke ønsker å fortelle helsesøster om eventuelle problemer. Disse kvinnene er ofte vanskeligere å komme inn på og når de først har problemer, tar det lengre tid før det blir avdekket. Flere har også opplevd at disse "vellykkete" mødrene ikke ønsker innblanding eller hjelp. De er engstelige for hva andre vil tro om dem, redde for å få "merkelapp" som psykisk syk.

Helsesøstre forteller hvordan de legger opp samtalene med mødrene. Det er tildels forskjellig fra helsesøster til helsesøster. Det eneste instrumentet de har å forholde seg til er veilederen som lister opp en rekke emner de skal snakke om på de forskjellige tidspunktene. Alle helsesøstre følger veilederen mer eller mindre. De svarer at de følger veilederen mest mulig, at de har laget sin egen metode som utgår fra veilederen og at veilederen er blitt endel av deres måte å jobbe på etter mange år i yrket.

De som har jobbet lenge som helsesøster sier at veilederen er integrert i arbeidet deres mens de med kort erfaring mer følger den punkt for punkt. Halvparten av helsesøstre sier de lar mors eller foreldrenes behov styre samtalen. To ga ikke noe klart svar på dette, mens de resterende svarte at veilederen styrte samtalen. Noen av helsesøstre sier at de lar mors behov styre samtalen mens de litt senere sier at de følger veilederen slavisk.

Når det gjelder hvordan psykisk helse blir vektlagt i samtalen, er det store forskjeller. Noen spør direkte om det, samt beskriver for foreldrene den følelsesmessige utviklingen for mor etter fødsel. Andre "baker" inn psykisk helse i spørsmål om barnet. Flere sier de er veldig bevisste på psykisk helse og snakker med mor om det. Noen gir ut brosjyrer og bruker det som utgangspunkt for samtale. Enkelte mener de er mer opptatt av det fysiske. Her er det ingen forskjell mellom de som har gått på kurs om postnatal depresjon og de som ikke har det.

5.1.2. Det nonverbale møtet

Helsesøstrene beskriver hvordan de reagerer og handler utfra mødrenes kroppsspråk. Når de beskriver samtaler der de har fått mistanke om at mor er deprimert, bruker de ofte uttrykk som;

- Nervøs og trist mor
- Viser lite interesse for barnet
- Agressiv og/eller utagerende mor
- Mor gråter mye
- Avvisende mor
- Taus og irritert mor
- Veldig hektisk mor
- Dårlig blikk kontakt med barnet
- Dårlig samspill mor/barn

De bruker det non-verbale til å følge opp videre med spørsmål de mener er relevante. De fleste mener at mødrene er åpne og forteller dem det dersom de har problemer. Noen spør ikke videre når de har mistanke om at noe er galt eller ser at de kun får sosialt akseptable svar. Enkelte viser til dårlig tid og mange arbeidsoppgaver på jobben. Mange føler seg maktesløse av mangel på steder å henvise kvinnene og de ser at de ikke selv har mulighet til å hjelpe dem videre.

Noen av helsesøstrene nevner intuisjon og magefølelse. De sier at de etter mange år i jobben har utviklet en følelse for når noe er galt. En forteller at hun dersom intuisjonen hennes forteller henne at noe ikke er helt som det skal, bruker hun for eksempel tilbud om vektkontroll på helsestasjonen for å få til hyppige møter med mor. Hun forteller at hun sier til alle at de kan komme innom å veie men med dem hun senser det er noe, prøver hun å gjøre fastere avtale. Når magefølelsen sier henne at her er det noe.

En annen sier at hvis hun senser noe, så prøver hun å gjøre en avtale slik at det ikke er mødrene som behøver å ta kontakt. Hun spør om de ikke kan komme å veie eller noe, prøver å ufarliggjøre det .”

5.2. Kategorier

I en samtalsituasjon på helsestasjonen vil det verbale og det non-verbale virke sammen. I de kategoriene jeg har kommet frem til har jeg derfor slått de sammen. Utfra intervjuene har jeg kommet frem til tre kategorier som gjelder helsesøstrene og fire kategorier som gjelder mødrene. Intervjumaterialet ble først sortert i mange ulike grupper utfra helsesøstrenes beskrivelse av mødrene og sin egen arbeidsmetode og – situasjon. Disse gruppene ble så sammenlignet og kategoriene uttrykker innholdet i materialet. Kategoriene er følgende for mødrene:

- Agressiv/utagerende mor
 - Avvisende mor
 - Dårlig samspill mellom mor og barn
 - Somatisering
- og for helsesøstre:
- Ikke rom – tidsfaktor
 - Ikke noe å tilby
 - Spør direkte/ikke spør direkte

5.2.1. Agressiv/utagerende mor

En tredjedel av helsesøstre opplever aggressive eller utagerende mødre i forbindelse med postnatal depresjon i samtalesituasjon. En sier at hun spurte om morsfølelsen var kommet. Hvorpå denne moren ”eksploberte”!

Man skulle tro at mødre med psysiske problemer kan bli provosert av direkte spørsmål, men det er flere av de helsesøstre som ikke spør direkte, som opplever disse mødre. Det kan være at noen synes det er provoserende at helsesøster ”går som katten rundt den varme grøten”! Det synes ellers som om reaksjonen fra mødre er uavhengig av helsesøsters tilnærming.

5.2.2. Avvisende/stille mor

Et trekk ved depresjon er tilbaketrekking. En helsesøster forteller at kvinnen var stille, sa lite og svarte ikke på spørsmålene hennes. Hun så at hun hadde det vondt, men klarte liksom ikke å få henne til å åpne seg.

En tredjedel av helsesøstre har opplevd dette, også her uavhengig av tilnæringsmåte. Flere av helsesøstre har nok ”fått hull på byllen” ved å stille direkte spørsmål ved mistanke om at mor har problemer. Mange av disse helsesøstre sier at mor brøt sammen, begynte å gråte osv. Dette etterfølges av at mødre forteller hvordan de opplever situasjonen. Her kommer flere tilbake til intuisjon og ”magefølelse”. Dette er mer utpreget jo lengre erfaring helsesøster har.

5.2.3. Dårlig samspill mellom mor og barn

De fleste av helsesøstre vurderer spillet mellom mor og barn. Dette er nedfelt i veilederen og skal dokumenteres.

En helsesøster sier at hvis mor ikke er interessert i barnet sitt blir hun veldig mistenksom. En annen sier følgende

”Hun hadde det ikke så bra, hun var engstelig for barnet. Hun trodde det skulle dø så hun turde ikke bli glad i det.”

Enkelte av helsesøstrene forteller at de har oppdaget mødre med postnatal depresjon utfra dårlig samspill mellom mor og barn. En av disse fikk henvist en kvinne til psykolog raskt fordi hun kunne dokumentere dårlig samspill. Dette ble vurdert til å kvalifisere til rask reaksjon. Dersom "bare" mor har det dårlig, tar en henvisning ofte svært lang tid om det i det hele tatt er mulig å få henvist kvinnen noe sted.

5.2.4. Somatisering

Nesten alle helsesøstrene forteller om mødre som somatiserer sine psykiske problemer og dette er de veldig oppmerksomme på. Som hun som forteller at en mor var veldig opptatt av at barnet hadde kolikk. Barnet hadde det helt fint, men mor var deprimert.

Det er flere av de som ikke spør direkte enn de som gjør det, som rapporterer om somatisering. Når helsesøstrene ikke spør direkte, må mødre ty til andre metoder for gi uttrykk for sin situasjon og de tyr ofte til somatisering.

5.2.5. Ikke rom – tidsfaktor

Alle de helsesøstrene som sier de har lite med tid eller rom for mødre, opplever mødre som somatiserer sine psykiske problemer. Det er det som gir helsesøster mistanke om at mor sliter psykisk. En sier følgende:

"Nei altså, jeg prøver å lytte til de, men noen ganger kan jeg avvise dem hvis jeg har for mye å gjøre med for eksempel andre kvinner. Jeg prøver å huske på dem og kanskje ta kontakt igjen, men jeg må si at jeg synes oppfølgingen er ganske vanskelig. På grunn av at jeg blir opptatt med andre ting og andre arbeidsoppgaver."

Andre sier de synes det er vanskelig å kommunisere med mødre mange ganger fordi det er vanskelig å være empatisk og sette seg inn i deres situasjon. Ofte føler de at de kun har tid til å gå gjennom det aller nødvendigste, og da må spørsmål relatert til psykisk helse vike.

5.2.6. Ikke noe å tilby

Noen av disse helsesøstrene sier også at de ikke har noe å tilby kvinnene dersom postnatal depresjon oppdages. Selv om de ikke sier dette til kvinnene direkte, vil det kunne komme frem i kommunikasjonen. Disse helsesøstrene sier at de skjønner at noe er galt, men av mangel på mulighet til å hjelpe kvinnen, unngår helsesøster å gå videre på temaet. Hun ønsker ikke å få bekreftet at kvinnen har fødselsdepresjon for så å fortelle henne at det ikke finnes noen som kan følge dette opp. Helsesøstrene valgte da heller å overse det enn å risikere å avvise kvinnen etterpå. En forklarer dette med at de har måttet skjære ned på antall konsultasjoner av økonomiske årsaker, noe de er veldig lei seg for.

To av helsesøstrene forteller om mødre fra andre land og kulturer. De sier det er vanskelig å fange opp innvandrerkvinner med postnatal depresjon fordi de ikke kjenner igjen signalene de sender ut. Samtalene skjer oftest med tolk og helsesøster er ikke sikker på at den informasjonen hun får er den rette. I Oslo er en stor prosent av de nybakte mødrene fra andre land og kulturer. EPDS er validert i en rekke land og samtidig oversatt. For de fleste minoritetsgrupper i Norge vil det finnes et validert og oversatt skjema på deres eget språk.

5.2.7. Spør direkte/ikke spør direkte

En tredjedel av helsesøstrene spør mor direkte om hun er deprimert. De resterende spør enten indirekte eller ikke i det hele tatt. De ser mer på mors reaksjoner samt bruker sin "intuisjon". Ingen av de tre helsesøstrene som hadde gått på kurs om postnatal depresjon spurte mødrene direkte. Men de hadde heller ingen felles måte å tilnærme seg mødrene på. De fulgte ingen "oppskrift" som de eventuelt hadde lært på kurset. En sier klart at hun nok hadde fanget opp flere dersom hun hadde spurt direkte. En som spør direkte, sier at mødrene nok oppfattet det som veldig provoserende. En annen helsesøster mener at kvinnene ikke liker at de på helsestasjonen spør for mye. Hun mener det er så individuelt."

5.3. Klarer helsesøster å fange opp alle med postnatal depresjon?

Her er det tydelig utfra helsesøstrenes svar at de mener de kommer til kort overfor kvinner med postnatal depresjon. Alle har svart at de ikke fanger opp alle som trenger oppfølging og hjelp på dette området. Noen svarer kategorisk nei, mens andre sier at de håper det, men tror det ikke. Flere sier at de tror de fanger opp noen, men ikke alle.

Alle unntatt en, sier at de kan se i ettertid at de hadde mødre hos seg som var deprimerte, men som de ikke klarte å fange opp. Det som går igjen hos flere er at de sier det var godt skjult eller vanskelig å fange opp. Det har gjerne tatt ett år eller lengre tid før helsesøstrene har sett hva det var når de har sett tilbake.

Resultatene på dette spørsmålet var entydig. Det er få data i studien rundt dette, da helsesøstrene var klare på at de ikke var gode nok på det området og dermed ble fort ferdig med å snakke om det.

5.4. Hvordan beskriver helsesøstrene sine holdninger til ny kunnskap og nye metoder?

Tre av helsesøstrene har hørt vagt om et instrument for å finne kvinner med postnatal depresjon. Ingen er helt sikre, men de har hørt om det. To av disse helsesøstrene har gått på kurs om fødselsdepresjon.

En av helsesøstrene er nølende til å ta EPDS i bruk. Hun avslutter med å si at det sikkert kunne være interessant. Alle de andre (med ett unntak, hun gir ikke noe ordentlig svar) er positive til å ta EPDS i bruk. De fleste legger vekt på at de må få kunnskaper og opplæring i bruken av det. Det er også viktig for dem at dette er et skjema som deles ut til alle. Slik blir det ufarliggjort, alle svarer på det, ikke bare de man har mistanke om er deprimerte.

Mange er inne på at det i såfall må lages helt klare henvisningslinjer, slik at de ikke blir sittende med problemer de ikke er i stand til å løse. Slik det er i bydelene nå så er det forskjellige og uklare henvisningslinjer. Mange opplever å ikke få henvist kvinner i det hele tatt, mens andre bydeler har ansatt psykistriske sykepleiere som er til stor hjelp for helsesøstrene.

Helsesøstrene uttrykker glede over at det finnes et instrument som kan være til hjelp for dem i arbeidet. Mange av dem føler at de ikke strekker til idag. De sier at hvis de hadde hatt et slikt skjema hvor de kunne krysse av eller bruke så hadde det vært lettere. For da kunne de se det lettere enn å sitte med en udefinerbar magesfølelse og kompetansen. Andre påpeker at mer kompetanse er nødvendig. De trenger endel knagger i jobben sin for å kunne vite mer istedenfor å synse. Noen er også opptatt av at de ikke må ta på seg for mye. En av dem sier:

”Dersom jeg hadde hatt klare henvisningslinjer så ville jeg gjerne tatt det i bruk. Men vi må sette grenser for hva vi skal brukes til. Vi brukes som mødre, venninner, psykolog, sosionom. Vi må lære oss å si nei. Vi må sende dem videre.”

Dette spørsmålet ble det heller ikke brukt mye tid på, helsesøstrene ble fort ferdig med det. De ønsket informasjon fra intervjueren om EPDS; hva det innebærer, hvordan spørreskjemaet så ut osv. Dette fikk de svar på av intervjueren.

6. Diskusjon

6.1. Resultatdiskusjon

6.1.1. *”Ikke rom – tidsfaktor”*

Ifølge nyere undersøkelser er helsepersonell særlig utsatt for psykisk stress i forbindelse med jobben (37). Ressursene er ofte mangelfulle på personellsiden og nye oppgaver kommer til hele tiden uten at noe tas bort. Dette er i stor grad situasjonen i helsesøstertjenesten. Kommuner og bydeler får stadig sine budsjetter skåret ned samtidig som de får stadig flere oppgaver innen det forebyggende helsearbeidet. Det er derfor rimelig å anta at mange helsesøstre føler psykisk stress i jobben med tanke på alt de ikke får gjort. Stress behøver ikke nødvendigvis være negativt dersom man klarer å balansere det med hvile og avkobling. Men dersom stresset fører med seg at man blir sliten og har mindre overskudd, vil dette kunne gå utover evnen til å lytte til mødrene. Helsesøster vil stadig være et annet sted i tankene, tenke på oppgaver som venter og ting som ikke blir gjort.

Flere helsesøstre forteller om tidspress i relasjonen med mødrene. Dette fører til at samtaler lett blir to-leddete, en samtale mellom to objekter. De to vil ikke kunne dele felles sakskompleks og de vil utfra Kierkegaard, tale sammen ikke samtale (56). Av resultatene ser vi at samtalen er viktig i helsesøsters arbeid. Dersom samtalen skjer under tidspress vil møtet mellom helsesøster og kvinnen vanskelig kunne avdekke psykiske problemer. Helsesøsters evne og mulighet til selvrefleksjon i Peplaus orienteringsfase blir vanskeliggjort. Løgstrups interdependens vil bli et fjernt mål (37). Kvinnene vil, dersom de utleverer seg til helsesøster, ikke oppleve at de blir møtt med den hjelp og veiledning de trenger. Det kan føre til at kvinnene ikke forteller åpent om eventuelle problemer. Halvparten av kvinnene til disse helsesøstrene er avvisende eller stille i samtalsituasjon. I en samtale der helsesøster har dårlig tid, vil dette ubevisst kommuniseres til kvinnen via både det verbale og det non-verbale. Dette blir ingen god ramme rundt en samtale hvor tillit og respekt er viktig. Kvinnene kan lett føle seg til bry og vil unngå å belemre helsesøster med sine problemer. Helsesøstrene må gå inn i samtalen med tålmodighet og åpenhet. De må høre etter, være oppmerksomme og la mødrene få komme til orde og møte deres svar med forsiktige spørsmål slik at mødrene selv kan komme videre i samtalen og reflektere over situasjonen. For at helsesøstrene skal få til dette, må de gi mødrene tid og rom. De må ikke komme mødrene for nære, det kan bli truende og ønsket informasjon kan utebli. Samtidig må de ikke bli for distansert, noe som også vil hemme samtalen. Det fysiske rommet de to befinner seg i vil også ha betydning for samtals utvikling (35). Noen av helsesøstrene snakker med mødrene ute på et venterom med flere andre i nærheten, men de fleste sitter med mor og barn inne på et kontor med lukket dør. For å få til en god relasjon er det viktig at mor føler seg trygg

og at hennes integritet blir ivaretatt. Samtaler i påhør av andre vil ikke kunne oppfylle dette. Likeledes vil stadige avbrytelser i form av telefoner og banking på døren være forstyrrende og ødeleggende for relasjonen. Dette kan føre til at relasjonene mellom helsesøster og mor aldri kommer lenger enn til orienteringsfasen, de må stadig begynne på nytt.

6.1.2. "Ikke noe å tilby"

De helsesøstrene som sa de ikke hadde noe å tilby mødre med postnatal depresjon, fikk ofte frem opplysninger som ga dem mistanke om at kvinnen kanskje slet psykisk. Men på grunn av at de ikke hadde noe å tilby henne, stilte de ikke oppfølgingsspørsmål og lot deretter temaet falle. De ønsket ikke å se at noe var galt fordi de ikke kunne gjøre noe med det. I disse tilfellene kommer ikke relasjonen lenger enn til orienteringsfasen. Helsesøsters selvrefleksjon gir henne informasjon om kvinnen som hun bør gå videre med. På grunn av de rammene som finnes, stopper arbeidet her og går ikke videre til identifiseringsfasen.

Det er forskjell på å tale og å samtale. Kierkegaard (56) sier at tilegnelse er samtals hemmelighet. Dette skiller samtalen fra det å bare tale sammen. Når man tilegner seg noe i en annens tale hører man etter hva den andre sier og responderer tilbake med spørsmål slik at begge sammen kan forstå bedre det en snakker om. Dette fordrer at samtalen foregår mellom to subjekter. Skjervheim (35) skiller mellom den to-leddete og den tre-leddete relasjon i samtalen. I en to-leddet relasjon vil ikke helsesøster engasjere seg i det den andre sier, men forholde seg til det som fakta. Dermed blir det en samtale mellom to objekter som ikke deler spørsmål eller sak. I en tre-leddet relasjon er det en samtale mellom to subjekter hvor de to er sammen om en sak eller et problem. Det er dette som skjer i identifiseringsfasen. Helsesøster deltar i og engasjerer seg i den andres vurderinger av et eventuelt problem. Helsesøstrene som profesjonelle yrkesutøvere har en fagkunnskap og dermed en maktposisjon som mødrene ikke har. Likevel kan samtalen foregå mellom to likeverdige subjekter ved at de begge er opptatt av den felles sak og møter den andres svar med spørsmål. Mødrene vet selv best hvordan de har det og de kan gi helsesøstrene innsikt i dette. Helsesøster får et innblikk i kvinnens livsverden og må passe seg for å misbruke den makt som finnes i relasjonen. Kierkegaards ord om hvordan hjelpe en annen belyser nettopp dette. Han sier at dersom vi skal kunne hjelpe en annen må vi forstå mer enn ham, men først og fremst forstå det han forstår (56).

Innvandrerkvinnenes koder er forskjellig fra våre og ulike språk og kultur gjør det vanskelig å kommunisere. Oppfatning av helse og hva god helse er, vil ofte være svært ulik hos helsesøster og mor i møte med innvandrerkvinner noe som vanskeliggjør relasjonen ytterligere.

I de tilfellene hvor mødrene ikke behersker norsk og det må brukes tolk under konsultasjonene blir ofte nyansene i samtalen borte. Dette kommer i tillegg til at uttrykksformen er forskjellig i de ulike kulturer og også akseptabiliteten for å snakke om psykiske problemer. I en slik situasjon er det vanskelig å komme inn i

orienteringsfasen som er starten på relasjonen. Derfor blir det en ekstra stor utfordring for helsesøstrene å finne de av disse kvinnene som er i risiko for fødselsdepresjon. Muligheten for feiltolkning og misforståelser er stor når man kommuniserer med mennesker fra en annen kultur. Det er ikke nok å lære seg språket i sitt nye hjemland. Vi er alle preget av den kulturen vi er vokst opp i med normer, verdier, holdninger og måten vi tolker non-verbal og verbal kommunikasjon på. I tillegg inneholder språket vårt skjulte budskap som henger sammen med kultur og forståelse (10,37). Å beherske et språk innebærer mer enn å forstå grammatikk og ord. Man må også forstå hele den livsverden som språket er en del av og uttrykker (57). I møte med disse mødrene må helsesøster bestrebe seg på å prøve å forstå dem på deres egne kulturelle premisser. Dette krever ofte ekstra tid til å etablere kontakt og at man er nøye med å sjekke at informasjonene er forstått. Innvandrere som ikke forstår vil ofte svare "ja" og "tak" på spørsmål av høflighet selv om de ikke forstår spørsmålet som stilles (37).

Når vi ser at engelske kvinner i England ikke gir ærlige svar av redsel for blant annet stigmatisering (33), er det ingen grunn til å tro at kvinner, det være seg norskfødte eller innvandrere i Norge, vil være mer ærlige i sine svar.

6.1.3. Spør direkte/ikke direkte

For oss mennesker er kommunikasjon livsviktig og allikevel så vanskelig. Spesielt er det for mange vanskelig å snakke med andre om ting som er problemfylte og vonde. I vår kultur har vi lært "å bite tennene sammen" når det står på som verst. Vi har lært at man helst ikke snakker om å være redd, lei seg eller deprimert og mange har en slags angst for å snakke om problemer og forhold som er preget av følelser og smerte. De viktigste og mest vonde tingene er det vanskeligst å snakke om. Derfor får helsesøster ofte høre en sensurert utgave fra mødrene og hennes oppgave blir å tolke budskapet og stille de rette spørsmålene slik at det bakenforliggende kommer frem (58). Dette fordrer at forholdet mellom de to er preget av tillit og åpenhet. Det fordrer at helsesøster har kunnskap om kommunikasjon, er bevisst sin rolle og sin bruk av kommunikasjonsteknikker. Ofte kan det beste være at helsesøster er direkte i sin spørsmålstilling dersom hun ser at mor har problemer og at hun vektlegger at det er muligheter for å få hjelp (59). For å kunne avdekke eventuelle problemer må helsesøster i tillegg til å lytte aktivt til det mor forteller henne, bruke observasjon som arbeidsredskap. Sykepleiens grunnlegger, Florence Nightingale la vekt på observasjonen som en fundamental ferdighet i sykepleien. Helsesøster har kunnskap om den normale barseltid og må observere tegn på avvik og strukturere sine observasjoner slik at mødrene kan få den hjelpen de trenger (19). Nightingale sier følgende om det å kunne stille de rette spørsmål:

Hvor få er det ikke som med fem eller seks poengterte
Spørsmål kan få belyst hele saken, og kan forstå og være
I stand til å rapportere om hvordan det står til med pasienten (37 s. 30).

Dersom helsesøster skal kunne klare dette er det viktig med kunnskap om kommunikasjon og gode ferdigheter. Ferdighetene kommer med trening. Første gangen man står i en situasjon kan man bli overrumplet. Dersom man takler det dårlig er det viktig at man nøye går gjennom situasjonen etterpå og tenker ut andre løsninger som vil være mer effektive. Man kan også øve på ulike situasjoner som gjør en mer forberedt til neste gang man er i en lignende situasjon. Gjør man dette vil sjansene for å lykkes øke betraktelig (37). De fleste av helsesøstrene sa de la opp til åpne samtaler og at de lar mors behov styre. Likevel svarte de også at de styres av veilederen. Dette kan lett bli et motsetningsforhold. Spørsmålet blir om helsesøster tror det er mors behov som styrer mens det i realiteten er veilederen? Siden veilederen vesentlig fokuserer på det fysiologiske, kan det hende at fokus på psykisk helse er mindre i samtalen enn det helsesøster tror.

Det er ikke mulig å se noe mønster i hvilken reaksjon helsesøstrene får fra mødrene utfra om de spør dem direkte eller ikke om depresjon. Det eneste som skiller seg noe ut, er at det er flere av de helsesøstrene som ikke spør direkte som har mødre som somatiserer psykiske problemer. Man kunne tro at mødrene på direkte spørsmål enten ble aggressive eller avvisende, men det fordeler seg likt i gruppene. Det ser ikke ut til at måten spørsmål blir stilt på eller om de blir stilt, betyr mye for oppdagelsen av hjelpetrengende kvinner. Helsesøstrene bruker den metoden de selv føler seg trygg på og som de mener har effekt. Senere i intervjuet sier de derimot at de vet at de kommer til kort.

Veilederen brukes av alle helsesøstrene. Mange har den inkorporert i sitt arbeid, ”den ligger i ryggmargen” mens andre følger den punkt for punkt. Her er det forskjell på hvor lenge de har jobbet som helsesøstre. De med kort erfaring er mer ”slave” av veilederen enn de som har lang erfaring. Hos de sistnevnte er den integrert i arbeidet. Her har det heller ingen ting å si på hvordan de spør mødrene. Det fordeler seg likt i begge gruppene.

I materialet ses ingen mønstre som følger av hvor lenge helsesøster har jobbet med dette eller hennes uttrykte interesse for psykisk helse. Mange av helsesøstrene sier at mors behov styrer samtalen mens de også sier at veilederen følges slavisk. I dette kan det ligge en motsetning. Dersom de mener de må følge veilederen punkt for punkt kan det være vanskelig å la mors behov styre samtalen. Skal mors behov styre må man akseptere at samtalen ikke alltid tar den retning man på forhånd har planlagt.

Hvordan helsesøster vurderer mor utfra verbale og nonverbale signaler følger heller ingen mønstre. Det kan se ut til at mye beror på helsesøsters personlighet, evne til å føle empati og tidsfaktoren. Disse faktorene er viktige for at mor skal føle seg trygg å være ”villig” til å åpne seg. Mors egen personlighet spiller også inn. Balansegangen mellom å skulle være veileder og hjelper, og det å utøve kontroll er vanskelig. Dersom helsesøster er seg bevisst sin rolle og sin forkunnskap slik at dette dilemmaet blir bevisst for henne, vil det styrke hennes mulighet til å kunne fungere som mødrenes ressursperson.

6.1.4. Helsesøster er åpen for ny kunnskap og nye metoder

Helsesøstrenes faglige kompetanse er en forutsetning for god kommunikasjon og godt samarbeid med mødrene. Faglig kunnskap er viktig for at helsesøster skal kunne analysere situasjonen, formidle sin forståelse til mor og gjennomføre nødvendige tiltak. Grunnleggende forutsetning for profesjonell kommunikasjon og omsorg er fagkunnskap og empati. Av disse to følger målorientering. Helsesøster og mor må jobbe mot samme mål, et mål de må enes om. Målet blir til mellom de to underveis i samtalen eller relasjonen.

EPDS brukes nå i mange land og er tatt i bruk enkelte steder i Norge. Studier viser at EPDS er et godt instrument for å fange opp kvinner med postnatal depresjon (1,4,5,6,7). EPDS er enkel å bruke og enkel å tolke. Dette gjør at man med opplæring og skolering lett kan ta den i bruk på norske helsestasjoner. På helsestasjonene foregår det allerede screening av barn på ulike alderstrinn, eksempelvis syns- og hørselscreening og screening av motorikk og fysiologi. Det er ikke lagt opp til noe screening av mødrene. I følge Brudal (15) representerer fødselen for kvinnen en modningskrise. Hun beskriver en regressiv prosess hvor utfallet i beste fall er modning og vekst, men det kan også ende i psykose. Mange kvinner ønsker ingen innblanding i sitt liv, de vil klare seg selv. Livet har mange faser og det spørres om ikke perioder med depresjon er endel av det å være menneske. Disse periodene går ofte over av seg selv uten noen form for behandling. Dersom screening av postnatal depresjon fører til høyere forbruk av antidepressiva vil det gi problemer på andre områder. Hva skjer når kvinnen stopper å ta medisiner? Er det da slik at medisinen holder depresjonen unna så lenge man tar dem, men at sjansen for tilbakefall er stor når man slutter fordi man ikke har lært noe om hvordan man mentalt takler depresjonen? Det bør være en forutsetning at helsesøster har tid til å følge opp hver enkelt kvinne med samtaler dersom hun er deprimert. Og at hun har mulighet for å henvise kvinnen videre ved behov.

Som følge av at helsesøstrene føler at de kommer til kort overfor disse kvinnene er de positive til forandring. Helsesøstrene har i mange år stadig blitt pålagt nye oppgaver uten å få tilført økte ressurser. Forventningen var da at det ville være stor motstand mot å innføre enda noe nytt. Det var feil. Mange av helsesøstrene knytter forutsetninger til å ta EPDS i bruk. Det de fleste enes om er at de ønsker klare henvisningslinjer. De vil ha steder de kan henvise til som kan ta imot kvinnene raskt slik at de ikke blir maktesløse overfor kvinner de ikke er i stand til å hjelpe. Ser vi på studien til MacArthur et al. (32) viser det seg at det ofte er tilstrekkelig med god oppfølging fra helsestasjonen tilpasset mors behov. Men noen vil trenge mer hjelp og da må henvisningslinjene være klare. Det er tydelig at psykisk helse er et tema som opptar og engasjerer helsesøstrene. De ser at det er viktig for den nye familien.

En slik positiv holdning til å lære noe nytt og til å ta nye verktøy i bruk viser at helsesøstrene ser på faglig oppdatering som viktig for å kunne gjøre en god jobb. Utfra en kvalitativ studie er det ikke mulig å gjøre dette gjeldende for helsesøstre som gruppe. Men det viser en tendens.

Tre av helsesøstrene i studien har deltatt på kurs om postnatal depresjon i regi av Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Disse skiller seg ikke nevneverdig ut fra de andre når det gjelder kunnskap eller arbeidsmåte. Det kan se ut til at de ikke har klart å nyttiggjøre seg av den kunnskapen kurset har ønsket å formidle. Det vil derfor være nyttig å ta med helsesøstre når planlegging av nye kurs, eventuelt i forbindelse med innføring av EPDS, skal gjøres. Man må finne en form på kursene som gjør at deltakerne kan nyttiggjøre seg av kunnskapen. Viktig er det også at det gis tid og rom for helsesøstrene til å følge et helt kurs, ikke bare enkelte deler. I en arbeidssituasjon med flere arbeidsoppgaver enn det er ressurser, hvor stress og følelsen av å komme til kort er utpreget, skulle man tro at det ville være motstand mot forandring og nye ting. Helsesøstrene i studien klarer å se forbi sin egen pressede arbeidssituasjon. De mener at innføringen av EPDS kan hjelpe både kvinnene og dem selv. Det kan hjelpe kvinnene ved at flere som trenger hjelp blir identifisert og får den hjelp de trenger. Helsesøstrene hjelpes ved at de lettere kan finne ut hvilke kvinner som trenger hjelp. Dette vil redusere deres følelse av å komme til kort overfor mødrene samt frigjøre tid til andre arbeidsoppgaver. Forhåpentligvis vil det også kunne redusere helsesøstrenes følelse av stress på jobben.

6.2. Metodediskusjon

Opp gjennom årene har kvalitativ forskning og forskningsintervjuer blitt kritisert for ikke å være vitenskapelig. I motsetningen til kvantitativ forskning hvor de grunnleggende data er objektive søker kvalitativ forskning å tolke meningsfulle relasjoner. Det blir derfor hevdet at det ikke er vitenskapelig fordi det avspeiler folks sunne fornuft (44). Det er vanskelig å gi noen eksakt definisjon av hva som er vitenskap. Kvale sier at en vid definisjon er at det er metodisk produksjon av ny, systematisk vitenskap. Derfor vil det være avhengig av hvordan man definerer termene i definisjonen. I denne studien er et tilfeldig utvalg helsesøstre i Oslo intervjuet. Oslo har 15 bydeler og målet var å intervju en helsesøster fra hver bydel. 11 bydeler er representert i utvalget. Intervjuene ble gjort midt oppe i en omorganiseringfase, som var uheldig. Planlegging av gjennomføringen av studien burde vært bedre i forhold til dette. Det måtte mange henvendelser til for å få tak i helsesøstre som sa seg villige til å være med i studien. Begrunnelsen for at mange sa nei var den omorganiseringen alle bydelene var inne i. Noen bydeler var splittet opp mens andre var slått sammen. Det medførte flytting og nye kollegaer for mange og flere av helsesøstrene hadde ikke overskudd til noe ekstra. De som sa ja til å være med var alle positive til deltakelse. De hadde prioritert intervjuet både i forhold til tid og rom. Slikt sett hadde nok omorganiseringen størst betydning for å få tak i utvalget og liten betydning for selve intervjuene.

En annen innvending mot kvalitativ forskning er at den ikke er generaliserbar fordi det er for få intervjupersoner. I kvalitative forskningsintervjuer ønsker man å få frem kunnskap og meninger som ligger "begravd" i intervjupersonen. Ettersom kvalitativ forskning søker å tolke meninger og forstå opplevelser kan ikke det gjøres gjennom å

telle data. I denne studien kunne man fått data på antall kvinner med postnatal depresjon helsesøstrene finner samt lignende data. Men kvalitative metoder ville ikke gitt noen forståelse av hvordan helsesøstrene går frem og hvordan de kommuniserer med kvinnene. Ved å analysere funnene kan man ikke generalisere dette til alle helsesøstre, men derimot kan de gi en forståelse av hvordan helsesøstre jobber med denne problematikken

Kritikere har også hevdet at et forskningsintervju er ledende ved at det får intervjupersonen til å bekrefte intervjuerens egne meninger. Kvale (44) mener derimot at ledende spørsmål hører hjemme i et kvalitativt forskningsintervju. Intervjueren stiller ledende spørsmål for å få intervjupersonen til å bekrefte og utdype tidligere utsagn. Han sier at det som er viktig er hvorvidt det stilles ledende spørsmål eller ikke, men hvor disse spørsmålene leder hen. Det er avgjørende at spørsmålene skal lede i riktig retning som kan gi ny kunnskap. Det ble ikke gjennomført noen pilotstudie i forkant av denne studien. Dersom det hadde vært gjort ville intervjusituasjonen fra første intervju vært mindre bundet til intervjuguiden. Intervjuguiden ville også kunne være forbedret om den hadde vært prøvd ut på forhånd. Nøye planlegging av intervjuguide og intervjusituasjon er viktig for et godt resultat (44,45). I enkelte av intervjuene var det vanskelig å lede helsesøster i den retningen som var ønsket for intervjuet. Grundigere forberedelser om intervjuteknikker hadde bedret på dette. Det ligger en fare i at respondentene gir sosialt og faglig akseptable svar istedenfor de reelle. Derfor ble intervjuene utført individuelt, ikke i gruppe. Utfra resultatene er det sannsynlig å anta at helsesøstrene ga ærlige svar. De svarte alle for eksempel at de ikke fant alle kvinnene med fødselsdepresjon. Det faglig akseptable ville vært at de oppdaget alle.

Det at enkelte av respondentene kjente forskeren kan ha influert på intervjusituasjonen. I de intervjuene hvor man kjente hverandre fra før, kan intervjuene ha blitt mere avslappete som kunne føre til at helsesøster fortalte lettere enn til en fremmed. Det kan også ha hatt motsatt effekt, helsesøster ønsket å fremstå i best mulig lys og gi de mest faglig akseptable svarene. Det er imidlertid ingenting som skiller disse intervjuene fra de andre i forhold til resultater.

Den siste innvendingen er at intervjutolkningen er subjektiv og derfor ikke tilfredsstillende det tradisjonelle objektivitetskravet om å komme frem til den ene riktige tolkningen. En og samme intervjutekst kan definitivt tolkes på ulike måter, men skjer ifølge Kvale (44) ikke så ofte som folk tror. I følge hermeutikken tolkes teksten i en sammenheng. Ulike personer vil ha ulike perspektiver og stille forskjellige spørsmål til teksten. De vil derfor ende opp med ulike tolkninger. Kvale sier at dersom perspektivene som brukes for å tolke en intervjutekst er klargjort, så vil ulike tolkninger av teksten være en styrke og berike intervjuforskningen (40,41,44,60). 13 intervjuer gir mye data som kan analyseres. Likevel har dette arbeidet vært vanskelig. Analyse hvor kategorisering og tolkning kom frem underveis i intervjuprosessen ble valgt.

Planleggingsfasen i denne studien kunne vært bedre og mere grundig. Det hadde gjort det videre arbeidet med intervju og analyse enklere.

Det er flere forskere som er skeptiske til EPDS. I Norge er Brudal kritisk til metoden (15). Hun mener at EPDS fanger opp for mange kvinner slik at mange blir unødig sykkeliggjort. Dette kan sees i sammenheng med resultatene til Shakespeare et al. (33) hvor kvinnene uttrykte at de oppfattet diagnosen postnatal depresjon som stigmatiserende og svarte "feil" for å unngå å bli diagnostisert. Carter et al. (34) fant at majoriteten av kvinner som ble diagnostisert med postnatal depresjon etter EPDS ikke ønsket videre behandling eller oppfølging. Så selv om flere studier (1,4,5,6,7) konkluderer med at EPDS er en enkel og sikker metode til å fange opp postnatal depresjon, så hjelper det lite dersom metoden er uakseptabel for kvinnene det gjelder. Det hadde vært interessant om Shakespeare et al. (33) hadde sagt noe om hva de 47% som mente EPDS screening var akseptabelt mente om screening. Studien sier at disse kvinnene hadde lite å si.

Utfordringen blir hvordan man skal legge opp screening med EPDS for at dette skal være akseptabelt for kvinnene. Det er bekymringsfullt når kvinner rapporterer at de med vilje gir sosialt akseptable istedenfor ærlige svar på EPDS (32). Dette er også funnet av Thurtle (61). Det kan se ut til at dette er relatert til stigmatisering som følger av et positivt screening resultat og dermed diagnostisering av postnatal depresjon. Disse undersøkelsene er ikke gjort i Norge og forskjeller i kultur, verdier og holdninger kan gjøre at man ikke uten videre kan overføre resultatene. I Norge har det vært mye fokus på psykisk helse de senere år også på postnatal depresjon. Det har vært lagt vekt på å "ufarliggjøre" psykisk sykdom for blant annet å unngå stigmatisering. Derfor kan det være at Shakespeare et al.'s studie ville sett annerledes ut om den hadde vært utført i Norge. Utfra studien kommer det frem at forholdet mellom helsearbeider og kvinnene er svært viktig for å få et korrekt screening resultat. Dagens norske organisering av helsestasjonsvirksomheten burde ligge godt til rette for å kunne oppnå denne kontakten. Det er tydelig at screening med EPDS alene ikke er tilstrekkelig. Dette var også forutsetningen da skjemaet ble laget. Cox og Holden (13) var nøye med å understreke at spørreskjemaet, EPDS, ikke skulle brukes alene, men sammen med oppfølging gjennom samtaler.

6.3. Avsluttende refleksjoner

Ut fra denne studien kan det ikke trekkes noen klar konklusjon på hvordan helsesøstre finner frem til mødre med postnatal depresjon. Snarere det motsatte. Det viser at helsesøstre ikke har noen klar metode for å finne frem til de aktuelle mødrene. De baserer seg mye på egen erfaring, personlighet og intuisjon. Da blir det nokså tilfeldig hvorvidt de oppdager det de skal eller ikke. Dette støttes av tidligere studier i andre land som viser at selv om helsearbeidere i primærhelsetjenesten er de som finner flest av de med postnatal depresjon, oppdager de under halvparten av det EPDS gjør. Kanskje har spørsmålene som ble stilt i intervjuene ikke vært gode nok til å få frem metoden. Men helsesøstre var åpne og var villig til å dele sin erfaring. Uansett hvor godt verktøy man har for samtale og kommunikasjon vil det være svært vanskelig å fange opp alle de som trenger det.

Dette kommer helsesøstrene inn på når de sier at de vet de ikke finner alle og at de er åpne for å ta EPDS i bruk. Helsesøstrene ønsker kunnskap og opplæring i bruk av EPDS. Dette arbeidet bør gjennomføres som et faglig kvalitetssikret program drevet av arbeidsgiver. Forskning viser at det er mulig å endre organiseringen av barselomsorgen uten økte ressurser og kostnader. Det skulle derfor la seg gjøre innen dagens helsestasjonsvirksomhet. Før man kommer så langt bør man ha en bred faglig debatt om hvorvidt man mener at screening er det riktige å gjøre. Ønsker man å fange opp disse kvinnene? Vil man fange opp for mange? Det bør gjøres en tilsvarende studie på norske kvinner som er blitt screenet med EPDS for å finne ut om de synes metoden er akseptabel. Parallelt bør man jobbe med et opplegg for innvandrerkvinner som har andre behov og verdier enn de norske.

Dersom helsesøstre som gruppe vurderer å sette igang arbeid for å få EPDS integrert i barselomsorgen, bør de sammen med jordmødrene og helsepolitikere legge opp til videre forskning og strategi fremover som tar hensyn til det vi nå vet. Ved å oppdage postnatal depresjon og behandle det tidlig, kan man unngå mange lidelser for både mor, barn og far.

7. Takk til

Universitetslektor Helena Willèn ved Nordiska Högskolan for Folkhälsovetenskap i Göteborg, som har vært min veileder. Hun har veiledet meg med støtte, interesse og engasjement gjennom utarbeidelsen av min MpH-plan høsten 2003 og gjennom prosessen med å få MpH-oppsettet ferdig.

Alle de flotte helsesøstrene som var villig til å la seg intervju. De var utrolig positive og har lært meg mye. Jeg takker dem alle for at de var villige til å dele sine erfaringer med meg. Jeg håper for alle småbarnsforeldre at det finnes mange slike engasjerte helsesøstre rundt om i Norges land.

Ingela Lundgren, jordmor, høgskolelektor ved Högskolan i Borås og venninne. Ingela fullførte sin PhD i medisinsk vitenskap i 2002. Hun har vært til uvurdelig støtte og hjelp. Spesielt etter at jeg flyttet til Singapore og satt langt unna alle nordiske biblioteker. Artikler og bøker har hun sendt til meg i posten, og hun har vært en viktig sparringpartner for å få arbeidet ferdig. Uten hennes entusiasme og oppmuntring hadde dette arbeidet aldri kommet i havn!

Siri Tønnessen, høgskolelektor og stipendiat ved høgskolen i Harstad og venninne. Da jeg flyttet til Singapore traff jeg Siri som var i startgropen på sin PhD i sykepleie. Hun har vært til stor hjelp og støtte i min egen prosess og har villig delt med meg den litteraturen hun hadde da jeg fant ut at det jeg hadde tatt med meg fra Norge likevel ikke var tilstrekkelig. Våre faglige diskusjoner har hjulpet meg på min vei.

Alle mine gode kollegaer på Høgskolen i Oslo, Sykepleierutdanningen, som har sendt meg litt strenge mailer når de syntes at beskrivelser av mitt nye liv i Asia ikke innholdt nok positive elementer om fremdriften av oppgaven min. De har ”holdt meg i øra”!

Jeg vil også takke min kjære mann Christian, som har levd med min frustrasjon og mine turer til Göteborg hvor ansvar for barn og hjem ble hans alene. Han har vært en viktig samtalepartner som har motivert meg til å gå videre når jeg hadde lyst til å gi opp.

Helt til slutt ønsker jeg å takke mine barn, Erik og Eva for all kjærighet og omtanke, og for all hjelp med layout og tekniske spørsmål Erik har gitt meg.

8. Litteraturliste

1. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 62-6.
2. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *Br Med J* 1998; 316: 1884-6.
3. Vehviläinen- Julkunen K. The function of home visits in maternal and child welfare as evaluated by service providers and users. *J Adv Nurs* 1994; 20: 672-8.
4. Hearn G, Iliff A, Jones I, et al. Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1064-6.
5. Lane A, Keville R, Morris M, et al. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 550-5.
6. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, et al. Early discharge and risk for postnatal depression. *Med J Aust* 1997; 167: 244-7.
7. Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M. Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997; 18: 17-21.
8. *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet, 1993. St.mld. 37(1992-93).
9. *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.november 1982 nr.66. (Endret senest ved lov av 21.desember 2001 nr.119)* Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2002.
10. Viken B. *Helsesøster i et "fargerikt fellesskap"*. (Hovedoppgave ved Institutt for sosialantropologi) Bergen: Universitet i Bergen, 1995.
11. Berle JØ, Holsten F. Svangerskapsrelaterte psykiske lidelser: kliniske og epidemiologiske utfordringer. *Nor J Epidemiol* 1997; 7: 111-6.
12. Josefsson A. *Postpartum Depression. Epidemiological and biological aspects. (Medical dissertation)* Linköping: Linköping University, 2003. No.781.
13. Cox J, Holden J. *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: The Royal College of Psychiatrist, 1994.

14. Vik K, Rohde R. Kan samspillorientert, barnefokusert filmveiledning være til hjelp for deprimerte småbarnsmødre? Rapport fra forskningsprosjekt ved Vest-Agder sykehus HF, 2002.
15. Brudal LF. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
16. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. British Medical Journal 1998; 316: 1884-86.
17. Fødselsdepression og angst. www.viedebech.dk/pnfdep/ [24. august 2005].
18. Lindström B. The Essence of Existence. (Doktorsavhandling) Göteborg; Nordiska hälsovårdhögskolan, 1994.
19. Glavin K, Kvarme LG. Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe Forlag, 2003.
20. Kristoffersen NJ. (red.) Generell sykepleie 1. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002.
21. Mæland JG. Helse og livskvalitet. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12 1989; 109: 1311-5.
22. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Oslo; Universitetsforlaget, 2002.
23. Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. London; Marion Boyars, 1995.
24. Hein P. Are we aware. Celebration of WHO's 40th Anniversary Christiansborg – Faellessalen; 1988 Sep 12; Copenhagen, DK. Gjengitt med tillatelse fra Piet Hein A/S.
25. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo; Gyldendal Akademiske, 2000.
26. Kirkevold M. Vitenskap for praksis? Oslo; Ad Notam Gyldendal, 1996.
27. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence based nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing 1998; 1: 38-40.
28. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 02.07.1999 nr.62 (Lov om psykisk helsevern).

29. Berle JØ et al. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Aff Disorders* 2003; 76: 151-56.
30. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samulesen SO, Opjordsmoen S. depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-433.
31. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrondal A, Eskild A. Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *J Psykosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 15-21.
32. MacArthur C et al. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess* 2003; 7 (37): 1-98.
33. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Gen Pract* 2003 Aug; 53 (493): 614-9.
34. Carter FA et al. Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Aust NZ J Psychiatry* 2005; 39 (4): 255-61.
35. Martinsen K. Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg* 2002; 19 (1): 14-22.
36. Martinsen K. Fenomeologi og omsorg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
37. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2000.
38. Kongsmo T. En hatt med slør..... Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori. Oslo: TANO, 1995.
39. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.
40. Holme IM, Solvang BK. Metodevalg og metodebruk. Oslo: Tano Aschehoug, 2003.
41. Holter H, Kalleberg K (red). Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
42. Johannessen A, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag, 2002.

43. Repstad P. Mellom nærhet og distanse. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1993.
44. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
45. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
46. Barbosa de Silva A, Andersson M. Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. SHSTF, FoU Rapport 40, 1993.
47. Gadamer HG. Philosophical hermeneutics. Berkeley: University of California Press, 1976.
48. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks, California: Sage, 1994.
49. Eilertsen G. Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2000; 3: 136-159.
50. Lorensen M (red). Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1998.
51. Hummelvoll JK, Barbosa da Silva A. Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. Vård i Norden 1996; 16-2: 25-32.
52. Fog J. med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk forlag, 1994.
53. Holan S (red). Det nye livet. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
54. Svensson P-G, Starrin B (red). Kvalitative studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur, 1996.
55. Statens helsetilsyn. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veiledningsserie 2-98. IK-2617. Oslo; statens helsetilsyn. 1998.
56. Kierkegaard S. Begrepet Angst. Oslo; De Norske Bokklubbene, 2001.
57. Eriksen TH, Sørheim TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo; Ad Notam Gyldendal, 1994.
58. Heap K. Snakk med meg! Å samtale med eldre. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2000.

59. Fødselsdepresjoner. En informasjonsbrosjyre fra ISIS – omsorg for gravide og småbarnsfamilier. Oslo, Oslo kommune, Barne- og familieetaten, 2002.
60. Barbosa da Silva A, Wahlberg V. Vetenskapsteoretisk grund för kvalitativ metod. I Starrin B, Svensson P-G (red.) Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund; Studentlitteratur, 1994.
61. Thurtle V. First time mothers' perceptions of motherhood and PND. *Community Practitioner* 2003; 76: 261-5.
62. Boonstra E, Fosse E, Mæland JG, Thonheim D. Gøy på landet – eller krestivt helsearbeid? Bergen: Hemil-senteret, Hemil-rapport nr.5, 1995.
63. Dahlberg K, Drew N, Nyström M. *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur, 2001.
64. Fägerskiöld A, Timpka T, Ek A-C. The view of the child health nurse among mothers. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 160-68.
65. Cody A. Health visiting as therapy: a phenomenological perspective. *J Adv Nurs* 1999; 29 (1): 119-27.
66. Arborelius EU, Bremberg SG. Supportive and nonsupportive qualities og child health nurses' contact with strained infant mothers. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 169-75.
67. Fägerskiöld AM, Wahlberg V, Ek AC. Maternal expectations of the child health nurse. *Nurs Health Sci* 2001; 3: 139-47.
68. Fägerskiöld AM, Wahlberg V, Ek AC. What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nurs Health Sci* 2000; 2: 83-91.
69. Jansson AK, Petersson K, Udèn G. Nurses' first encounters with parents of new-born children – public health nurses' views of a good meeting. *J Clin Nurs* 2001; 10: 140-51.
70. Drew N. The interviewer's Experience as Data in Phenomenological Research. *Western J Nurs Research* 1989; 11: 431-39.
71. Koeske GF, Koeske RD. The buffering effect of social support on parental stress. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60 (3): 440-50.
72. Halldórsdóttir S, Karlsdóttir SI. Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int* 1996; 17: 361-79.

73. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 2001; 358: 483-88.
74. Statens helsetilsyn. Veileder for helsestasjonsvirksomheten, barn 0-7 år. veiledningsserie 3-90. IK-2328. Oslo; Statens helsetilsyn, 1990.

9. Vedlegg: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE	
Forsknings spørsmål	Intervju spørsmål
Hvordan går Helsepersonell frem for å avdekke postnatal depresjon på 6-ukers kontroll på helsestasjonen?	Husker du et tilfelle der du fikk mistanke om at kvinnen var i risiko for fødselsdepresjon? Kan du beskrive hvordan den samtalen forløp?
	Kan du si noe om hvordan du legger opp samtalen med mor på 6-ukers kontrollen?
	Kan di si noe om hvordan du vektlegger psykisk helse i samtalen?
	Spør du spørsmål direkte relatert til: <ul style="list-style-type: none"> • Fødselsdepresjon • Mestring av morsrollen • Søvn/hvile • Glede/nedstemther
	Hvilke behov styrer samtalen?
	Bruker du anbefalingene i veilederen for helsestasjonstjenesten i arbeidet?
Hvor nøyaktig oppfatter de at deres metode er?	Tror du at du fanger opp de mødre som trenger videre oppfølging i forhold til fødselsdepresjon?
	Er det mødre som du i ettertid har skjønt at burde vært fanget opp?
Kjenner de til instrumenter for å måle dette?	Det finnes flere instrumenter som er utarbeidet spesielt for å fange opp kvinner med fødselsdepresjon. Kjenner du til noen av dem?
Hvordan ser de på å innføre et slikt instrument?	Ett av disse instrumentene, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), brukes i flere europeiske land og er validert i Norge. Dersom du fikk tilstrekkelig opplæring, kunne du tenke deg å bruke dette på 6-ukers kontroll?

