



Kvinnerens erfaring med samtale etter EPDS screening

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i sykepleie med et kommunehelsetjenesteperspektiv

Antall ord: 24044

01.06.2022

År: 2022

Tittel: Kvinner erfaring med samtale etter EPDS screening

Forfatter:

Veileder: Kari Glavin

Forord

Det har vært spennende, inspirerende og lærerikt å skrive masteroppgave. Tema for studien har opptatt meg over flere år som helsesykepleier og jordmor. Mange kvinner strever etter fødsel og det kan være vanskelig både å identifisere og hjelpe dem. Ved bruk av kvalitativt intervju deler kvinnene i denne studien sine erfaringer om tiden etter fødsel.

Siste kapittel er nå skrevet i denne masteroppgaven til både glede og vemod - og litt stolthet.

Takk til Kari Glavin. Du har enormt mye kunnskap, det var bare å glede seg til veiledning.

Takk til de helsesykepleierne som hjalp med å rekruttere. Dere har kunnskap og trygghet i fag og profesjon.

Takk til de kvinnene som deltok i studien. Erfaringene dere har delt er til uvurderlig hjelp for hvordan helsesykepleiere kan gå inn i samtale med kvinner etter fødsel.

Takk til min beste venn for støtte og oppmuntring.

31.05.2022

Sammendrag

Tittel. Kvinners erfaring med samtale etter EPDS screening

Formål. Utforske hvordan kvinner erfarer samtalen etter EPDS screening. Samtalen har kvinnene hatt med helsesykepleier 6 uker etter fødsel på helsestasjonen

Bakgrunn. Forekomsten av kvinner med barseldepresjon er 10-15%. En uoppdaget depresjon kan vedvare i mange år og få alvorlige konsekvenser for mor, barn og familien. Edinburgh Postnatal depression Scale EPDS er en validert selvrapporteringskala for å identifisere og forebygge depressive symptomer hos kvinner etter fødsel. EPDS screening i kombinasjon med en påfølgende samtale med helsepersonell som er gitt opplæring utgjør Edinburgh metoden. Kvinnen gis mulighet til å samtale om tanker, følelser og opplevelser som følger med tiden etter fødsel. Det ikke gjennomført studier i Norge der kvinner er blitt spurt om hvordan de erfarer samtale med helsesykepleier etter EPDS screening

Problemstilling. Hvordan erfarer kvinner samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening?

Metode. Studien har et kvalitativt design. Semistrukturert intervju med åtte kvinner ble gjennomført med bruk av telefon. Datamaterialet er transkribert lydbandopptak. Det ble benyttet induktiv tematisk analyse med utgangspunkt i Braun & Clarke (2006) sine seks faser for analyse av kvalitative data for å komme frem til resultatet. Tema som er analysert frem ble diskutert i forhold til relevant forskning og teoretiske perspektiver som empati, empatisk kommunikasjon, aktiv lytting og personsentrert støtte.

Resultat. Tre hovedtema ble analysert frem: Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel, Tilstedeværelse i samtalen og Aktiv deltaker i samtalen.

Oppsummert viser resultatene at informasjon om følelsesmessige reaksjoner er viktig for kvinner. En tilstedeværende helsesykepleier har tid, viser nærhet og bruker aktiv lytting i konsultasjonen. Helsesykepleier er åpen og interessert i hva kvinnen mener, samtalen er tilpasset hennes behov.

Konklusjon. Studien konkluderer med at kvinnene erfarer EPDS som en god inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. Helsesykepleier viser tilstedeværelse

gjennom aktiv lytting og empatisk kommunikasjon. En personsentrert støtte bidrar til at kvinnene får ta aktivt del i samtalen.

Nøkkelord: Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS, kvinner, barseldepresjon og støttesamtale

Summary

Title. Women's experience with conversation after EPDS screening

Aim. To explore how women experience the conversation after EPDS screening. The women have had the conversation with the public health nurse at the health clinic six weeks after given birth.

Background. The prevalence of women with postpartum depression are 10-15%. An undetected depression can last for several years and have serious consequences for the mother, the child, and the whole family. Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS is a validated self-report tool to identify and prevent depressive symptoms among women after given birth. EPDS screening followed by a conversation with a health professional that has completed a training program is named the Edinburgh method. The woman is given the opportunity to talk about her thoughts, feelings and experiences followed by childbirth. In Norway there has not been conducted any studies where women have been asked how they experience the conversation with the public health nurse after EPDS screening.

Issue. How do women experience the conversation with the public health nurse after EPDS screening?

Method. The study has a qualitative design. Semi-structured interview with eight women were conducted with the use of telephone. The data material is transcript of audio tape recording. Inductive thematic analysis was used based on Braun & Clarke (2006) six phases to analyze qualitative data to reach a result. The themes that were analyzed were discussed related to relevant research and theoretical perspective such as empathy, empathic communication, non-directive counselling and person-centered support.

Results. Three main themes were analyzed: Entrance to talk about emotional reactions after given birth, Presence in the conversation and Active participant in the conversation. Summarized the results shows that information about emotional reactions is important to women. A public health nurse that is present has the time, shows presence, and use non-directive counselling in consultation. The public health nurse is open and interested in the woman's opinion, the conversation is adjusted to her needs.

Conclusion. The conclusion of the study is that women experience EPDS as a good entrance to talk about emotional reactions after given birth. The public health nurse shows presence with non-directive counselling and empathic communication. A person-centered support contributes so that the women can take active part in the conversation.

Keywords: Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS, women, postpartum depression/postnatal depression, supportive counselling

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Sammendrag	IV
Summary	VI
Innholdsfortegnelse	IX
1 Introduksjon	1
1.1 Hensikt med studien	4
1.2 Monografiens oppbygging	5
2 Kunnskapsstatus.....	6
2.1 Forekomst og risikofaktorer for barseldepresjon	6
2.2 Screening	7
2.2.1 Aksept for screening.....	8
2.2.2 Tid for screening.....	9
2.3 Konsekvenser for mor og barn.....	9
2.4 Barrierer	10
2.5 Tidlig intervensjon	11
2.6 Psykososiale og psykologiske intervensjoner	13
2.7 En barselomsorg i endring.....	15
3 Teoretiske perspektiv	18
3.1 Empati	18
3.2 Empatisk kommunikasjon	21
3.3 Aktiv lytting og personsentrert støtte.....	22
4 Metode	24
4.1 Det kvalitative forskningsintervju	25
4.2 Rekruttering og utvalg.....	26
4.3 Semistrukturert intervju og intervjuguide	28

4.4	Datainnsamling.....	29
4.5	Analyse	31
4.5.1	Tematisk analyse- en rekke valg	32
4.5.2	Analyseprosessen.....	34
4.6	Etiske hensyn.....	40
4.6.1	Informert samtykke og personvern	40
4.6.2	Anonymitet og konfidensialitet.....	41
4.7	Forskningens kvalitet og fremstilling	42
4.7.1	Forskerrollen	42
4.7.2	Forforståelse.....	43
4.7.3	Validitet og reliabilitet.....	45
4.7.4	Transparens	46
5	Resultat.....	47
5.1	Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner	48
5.1.1	Informasjon om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel.....	48
5.1.2	Innleder til å snakke om følelsesmessige reaksjoner.....	49
5.2	Tilstedeværelse i samtalen.....	50
5.2.1	Tid i samtalen	50
5.2.2	Aktiv lytting	51
5.2.3	Nærhet	52
5.3	Aktiv deltaker i samtalen.....	53
5.3.1	Ivaretagelse i samtalen.....	53
5.3.2	Ta del i samtalen	54
6	Diskusjon	55
6.1	Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner	55
6.2	Tilstedeværelse i samtalen.....	59

6.3	Aktiv deltaker i samtalen.....	63
7	Konklusjon	66
8	Referanseliste.....	68
9	Vedlegg.....	75
9.1	Vedlegg 1. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	75
9.2	Vedlegg 2. Intervjuguide	77
9.3	Vedlegg 3. Vurdering.....	78
9.4	Vedlegg 4. Informasjonsskriv	81

1 Introduksjon

I 1970 og 1980 årene var det en oppfatning om at barseldepresjon var et vestlig fenomen. Senere forskning har avdekket at depresjon oppstår i svangerskap og barseltid i mange ulike kulturer (Halbreich & Karkun, 2006). Barseldepresjon påvirker kvinner når de er på sitt mest sårbare i livet og kan få alvorlige og langvarige konsekvenser både for mor og barn. Uten hjelp kan det vedvare i mange år. På den bakgrunn utviklet den britiske psykiatrikeren John Cox og kolleger i 1980 årene Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS en selvrapporteringskala for å identifisere og hjelpe kvinner med depressive symptomer i svangerskap og etter fødsel. Screening i kombinasjon med en påfølgende samtale med helsepersonell som er gitt opplæring utgjør Edinburgh metoden. Det gis mulighet til å samtale om tanker, følelser og opplevelser som følger med svangerskap og tiden etter fødsel. Denne første samtalen er et ledd i en tiltakskjede enten med videre samtaler eller annen form for oppfølging (Cox et al. 2014).

EPDS screening er de senere år innført på mange av landets helsestasjoner. Opplæring er blant annet gitt gjennom programmet *Tidlig inn* i regi av Regionalt Kompetansesenter for Barn og Unge. Målet er å styrke kompetansen innen tidlig identifikasjon og intervensjon. Psykisk helse hos gravide og småbarnsforeldre er et av prioriteringsområdene. Edinburgh metoden inngår i programmet (Mathisen & Skoland, 2016).

Svangerskap og fødsel er en fase med kroppslige og følelsesmessige reaksjoner og endringer som kvinnen må få tid å bli kjent med. Å få barn medfører en endring der sammenhenger blir brutt. Kvinner er mer sårbar enn hun vanligvis er i en periode etter fødsel. Økt sårbarhet kjennetegner følelseslivet når livet beveger seg fra en fase til en annen. Denne sårbarheten kan forstås som en åpenhet eller sensitivitet i mors følelsesliv som gjør henne klar til å knytte sterke bånd til det nyfødte barnet. Den hjelper henne å møte barnets behov ved at hun er mer åpen for egne tanker, følelser, impulser og ideer (Brudal, 2000). Kvinnens tilpasning til morsrollen involverer både den fysiske og psykiske helsen, hennes familie og samfunnet hun lever i. Overgangen til morsrollen kan være overveldende. Mor har ikke en mulighet til å forstå hva de kan forvente etter fødsel og er derfor uforberedt på de kravene som stilles til den nye rollen. Mange kvinner opplever at morslykken ikke kommer med en gang, men

heller drukner i utfordringer med amming og tretthet. Mor kan kjenne på usikkerhet, stress og bekymring (Glavin, 2019).

Ulike psykiske reaksjoner kan ramme kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Barseltårer, barseldepresjon og fødselspsykose er av de mest beskrevne tilstandene i litteraturen. Angst og stress er heller ikke uvanlig i denne perioden av livet. Noen opplever en kombinasjon av disse. Det er for de fleste en lykkelig begivenhet å få barn. Noen kvinner opplever likevel ikke denne umiddelbare lykken, men heller tristhet og nedstemthet og lite glede over barnet (Glavin, 2019).

Barseltårer eller «postpartum blues» er en relativt vanlig reaksjonsform på en sentral livshendelse og kan betraktes som en form for spenningsutløsning etter en fødsel. Det opplevses av 50-80% av alle kvinner og er en forbigående følelsesmessig ustabilitet de første dagene etter fødsel. Kvinnen opplever ustabil humør og milde depressive symptomer. Hormonelle faktorer spiller inn, men det kan være en reaksjon på den spenning og uro mor har følt for fødsel og det nye barnet. Forskere har de senere år kommet frem til at søvnmangel også er en viktig faktor. Nedstemthet karakteriseres av søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, redusert appetitt og lett for å gråte. Kvinnen kan også føle seg anspent, usikker og engstelig. Reaksjonene varer en til tre dager, er normale og forbigående. Mor har behov for støtte og informasjon. En kraftig forlenget «blues» kan være et tegn på begynnende depresjon. Depresjon er en ekstrem tristhet som fører til en nedstemthet som griper inn i daglige aktiviteter, både søvn, arbeid og appetitt. Skillet mellom en naturlig reaksjon og en tilstand som krever behandling kan være vanskelig å oppdage for en ny mor og hennes omgivelser (Brudal, 2000; Glavin, 2019; Kendall-Tackett, 2005). En rekke psykiske tilstander kan ramme kvinner etter fødsel. Studien omtaler kun de to tilstandene barseltårer og barseldepresjon. Far kan i likhet med mor bli rammet av barseldepresjon, men omtales ikke i denne studien.

Helsestasjonstilbudet er en del av det kommunale helse og omsorgstjenestetilbudet. Kommunene har et ansvar for å legge tilrette for en barselomsorg som ivaretar mors psykiske helse. I Norge kommer helsesykepleiere jevnlig kontakt med de fleste mødre i løpet av barnets første leveår. Nesten alle familier benytter seg av helsestasjonstilbudet. Helsestasjonstilbudet har ifølge SSB en oppslutning på rundt 98%. Dette gir helsesykepleiere

en unik mulighet til å oppdage depressive symptomer på et tidlig stadium (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2017).

Svangerskapet har betydning for barseltiden. Jordmor eller fastlege bør i svangerskapsomsorgen identifisere gravide med risiko for angst, depresjon eller psykiske helseproblemer. Validerte verktøy som EPDS kan da brukes som en del av kartleggingen (Helsedirektoratet, 2018). Tidlig identifisering og behandling av en depresjon kan være avgjørende for den enkelte kvinnes helse og forhold til familie. Hjemmebesøket er en god arena med tanke på tidlig intervensjon. Jordmor skal tilby hjemmebesøk innen første eller andre døgn etter at mor og barn har kommet hjem. For kvinner med god erfaring fra tidligere fødsel, amming og barseltid tilbys det ett hjemmebesøk i løpet av de tre første døgn etter hjemkomst. Det bør sikres gode overganger mellom svangerskaps- og barselomsorgen og videre oppfølging i helsestasjon (Helsedirektoratet, 2014).

Helsestasjon vil være en naturlig arena der kvinner med depressive plager eller depresjon kan oppdages tidlig, følges opp eller henvises videre. Foreldres trivsel og psykiske helse skal være et gjennomgående tema på alle konsultasjonene 0-5 år. Helsesykepleier skal ha et spesielt fokus på å oppdage tegn som kan tyde på barseldepresjon ved hjemme besøk 7-10 dager etter fødsel, ved 4.-ukers kontroll og ved 6 ukers kontroll. Helsesykepleier møter kvinnen og familien 8-10 ganger i barnets første leveår. Blant tema helsesykepleier bør ta opp er tilpasning til foreldrerollen, mors psykiske helse og fødselsdepresjon. Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS kan benyttes for å kartlegge depresjon hos mødre i kombinasjon med en klinisk samtale. (Helsedirektoratet, 2017). Tidlig intervensjon gjennom primærhelsetjenesten har vist seg å kunne forebygge langvarig barseldepresjon (Glavin, 2009; Glavin, 2010b; Morell et al., 2009).

Edinburgh metoden er godt beskrevet i boken *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel* av Malin-Eberhard Gran og Kari Slinning (2007). Metoden er også beskrevet i *Håndbok i Edinburgh-metoden* av Ellen Solstad Olavsén, Aslaug Haug, Astri Lindberg og Birgitta Wickberg (2015) som en introduksjon for helsepersonell og tar for seg praksis nær kunnskap om både metode og om støttesamtaler. I boken *Ikke alltid fantastisk. Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid* beskriver Kari Glavin (2019) indentifisering og forebygging av

barseldepresjon med bruk av Edinburgh metoden og hvordan den kan implementeres i primærhelsetjenesten for tidlig kartlegging og intervensjon.

Det ikke gjennomført studier i Norge der kvinner er blitt spurt om hvordan de erfarer samtale med helsesykepleier etter EPDS screening. Gjennom bruk av kvalitativt intervju skal disse erfaringene utforskes nærmere i denne studien. Samtalen har kvinnen hatt med helsesykepleier på helsestasjon seks uker etter fødsel.

Målgruppe for studien er helsesykepleiere ute i alle landets kommuner, helsesykepleier studenter, masterstudenter, forelesere ved universiteter og høyskoler og andre interesserte.

1.1 Hensikt med studien

Studien skal utforske hvordan kvinner erfarer samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening. Målet er å få mere kunnskap, en dypere innsikt og bedre forståelse om disse erfaringene. Kvinnens beskrivelser kan være til hjelp for hvordan helsesykepleiere går inn samtalen etter screening. Problemstilling for studien er:

Hvordan erfarer kvinner samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening?

Depresjon som rammer kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel kalles i engelskspråklig litteratur for «postnatal depression» og «postpartum depression». Ordene kommer fra latin: «post» betyr «etter», «natal» betyr «tidspunkt for fødsel» og «partum» betyr «fødsel». Begge begrepene sikter til en depresjon som inntreffer etter fødsel eller «etterfødsel depresjon» Den mest presise oversettelsen av begrepene «postnatal» og «postpartum» depresjon til norsk er «barseldepresjon» (Eberhard-Gran, 2009). Begrepene «postnatal depression» og «postpartum depression» brukes om hverandre i engelskspråklig forskning. Jeg brukte derfor begge i søk etter forskning til min studie.

Barseltid regnes som de første seks uker eller 40 dagene etter fødsel. Forskning har vist at barseldepresjon kan oppstå når som helst det første året etter fødsel, det er viktig å være klar over for både fagfolk, foreldrene og omgivelsene. Forskere snakker om en utvidet barseltid som kan vare opptil åtte eller 12 måneder etter fødsel fordi kvinnen ofte trenger lengre tid både kroppslig og følelsesmessig på å komme seg etter fødsel (Glavin, 2019). Mye

av den forskning jeg henviser til i min studie omtaler barseltiden til og med 12 måneder etter fødsel.

Støttesamtale med en mor som har depressive symptomer etter fødsel blir omtalt med ulike begreper, men har ofte det samme innholdet. Noen av disse begrepene er «støttesamtale», «aktiv lytting» og «empatisk kommunikasjon». På engelsk brukes uttrykkene «listening visits», «supportive counseling», «non-directive counseling» og «client-centered therapy». (Glavin, 2019).

1.2 Monografiens oppbygging

Monografien er inndelt i syv kapitler. Første kapittel er en introduksjon med hensikt, problemstilling for studien og monografiens oppbygging. Kapittel 2 tar for seg tidligere forskning i forhold til problemstillingen. Kapittel 3 ser på noen teoretiske perspektiver som er med å belyse resultatene for studien i et større perspektiv. Kapittel 4 redegjør for valg av metode, forskningsprosessen, analyseprosessen, etiske hensyn og forskningens kvalitet og fremstilling. Kapittel 5 presenter de empiriske funnene i studien og viser de tema som er analysert frem ved hjelp av tematisk analyse. Kvinners erfaringer med samtale etter EPDS screening kommer frem. Sammen med mine fortolkninger danner det utgangspunkt for neste kapittel. Kapittel 6 er en diskusjon av de tema som er analysert frem i kapittel 5 og tar utgangspunkt i tidligere forskning som kom frem i kapittel 2 og de teoretiske perspektivene som kom frem i kapittel 3. Kapittel 7 er en presentasjon av studiens konklusjon.

2 Kunnskapsstatus

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på forskning som omhandler kvinners erfaringer med samtale etter EPDS screening. I mitt søk har jeg benyttet ulike databaser som Google Scholar, Pub Med, Cinahl, Oria, og Cochrane library for relevant forskning. Biblioteket på VID og mitt lokale bibliotek har vært til hjelp. Kvinners erfaring med samtalen etter EPDS screening gav ingen eksakte treff i databaser. Søket ble derfor utvidet til nærliggende områder som gav langt flere treff. Jeg har brukt engelske søkeord som: Edinburgh Postnatal Depression Scale, postnatal depression, postpartum depression, prevalence, social support, supportive counseling, empathic listening, non-directive counseling og listening visits. Ordene er brukt i forskjellige kombinasjoner. Jeg har brukt norske søkeord som: EPDS screening, Edinburgh metoden, barselkvinner, barseldepresjon og støttesamtale.

2.1 Forekomst og risikofaktorer for barseldepresjon

Internasjonale studier viser at barseldepresjon rammer minst 10-15% av alle mødre (Buist et al., 2002; Halberich & Karkun, 2006; Leahy-Warren & McCarthy, 2007). Fire norske studier viser at forekomsten av depresjon eller depressive tilstander hos barselkvinner ligger et sted mellom 8,9% og 16,5% (Berle et al., 2003; Dørheim et al., 2009; Eberhard-Gran et al., 2001; Glavin et al., 2009). I Norge ble det i 2021 født om lag 56 000 barn (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det betyr at 6000-9000 mødre her i landet til enhver tid har psykiske plager. Like mange spedbarn er da involvert. Kvinner kan få depresjon hele det første året etter fødsel. En norsk studie viste forekomst av depresjon både ved 3, 6 og 12 måneder (Glavin, 2010). Førstegangsfødende er mer utsatt for å utvikle depresjon enn fleregangsfødene. Førstegangsfødende over 36 år har signifikant høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med de yngre (Glavin et al., 2009). En stor dansk registerstudie av Munk-Olsen og kolleger (2006) der førstegangsfødende deltok viste at det var en økt risiko for å utvikle depresjon hos mor flere måneder etter fødsel. Risikoen var dobbelt så stor for psykisk helsehjelp de første tre månedene etter fødsel enn ett år senere og omtrent tredoblet risiko for depresjon de fem første månedene (Munk-Olsen et al., 2006). Når det gjelder symptomer eller frekvens avviker ikke barseldepresjon fra depresjon andre perioder i livet.

Nye tilfeller av barseldepresjon kan oppstå når som helst hele det første året etter fødsel. (Glavin, 2019).

Flere studier har vist en sammenheng mellom depresjon tidligere i livet og risiko for å utvikle barseldepresjon. Depresjon i svangerskapet er en av de sterkeste risikofaktorene for depresjon etter fødsel. Manglende sosial støtte, stressfulle livshendelser, samlivsproblemer og sosial isolasjon øker også risiko for barseldepresjon (Brockington, 2004; Leigh & Milgrom, 2008; O`Hara & Swain, 1996;) En norsk studie utført av Dørheim og medarbeidere (2009) der 2830 kvinner deltok studerte forskerne forholdet mellom ulike søvn komponenter hos mødre i barseltiden og depresjon. De fant en forekomst av søvnproblemer hos 57,7% av mødre opp mot 20 uker etter fødsel. Videre fant de at depresjon, tidligere søvnproblemer, førstegangs fødende, ammeproblemer og små barn fra før påvirket søvnkvalitet hos mødre. Søvnproblemer hadde også sammenheng med depresjon når det ble påvirket av andre risikofaktorer som samlivsproblemer, tidligere depresjon, svangerskapsdepresjon og stressfulle livshendelser. Studien konkluderte med at dårlig søvnkvalitet kan sees i sammenheng med depresjon uavhengig av andre risikofaktorer og kan øke risikoen for depresjon hos noen mødre. Mødre som diagnostiseres med barseldepresjon rapporterer sjelden om sine søvnproblemer (Dørheim et al., 2009).

2.2 Screening

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er en validert selvrapporingsskala for å identifisere og forebygge depressive symptomer hos kvinner i svangerskap eller etter fødsel (vedlegg 1). Skjema består av ti spørsmål, hvert med fire svaralternativ som tar 5-10 minutter å fylle ut. Fokuset er på kognitive og affektive symptomer mer enn somatiske. Svarene gjenspeiler intensiteten av hvordan kvinnen har hatt det de siste syv dager. Hvert spørsmål i skjema er rangert på en 4-punkts skala fra 0 til 3 poeng som gir en sumscore på 0 til 30 poeng. En score over 12 poeng kan gi en indikasjon på at kvinnen kan ha symptomer på barseldepresjon. Screening alene kan ikke bekrefte en depresjon, men kan gi en indikasjon. EPDS er ikke et diagnostisk verktøy. Samtale med kvinnen etter utfylling sammen med en klinisk vurdering danner utgangspunkt for videre støttesamtaler eller andre tiltak. Dette er en forutsetning, EPDS screening skal aldri bruke alene. Screening skal administreres av

helsepersonell som har fått opplæring i bruken. Skjema fylles ut av kvinnen på helsestasjonen. Det er da viktig at hun får være uforstyrret. EPDS fanger ikke opp kvinner som i fremtiden kan komme til å utvikle en depresjon, men er ment å identifisere symptomer på depresjon på et så tidlig tidspunkt som mulig slik at tiltak kan iverksettes. Helsesykepleier skal ikke ha ansvaret for kvinnen alene, men samarbeide med fastlege eller annet helsepersonell når det er nødvendig. Screening er oversatt til 57 språk og brukes i klinisk arbeide og forskning over hele verden (Cox et al. 2014).

2.2.1 Aksept for screening

En surveyundersøkelse fra 2006 som involverte 860 australske kvinner viste høy aksept for screening. 93% av kvinnene fant EPDS enkel å fylle ut, 85% opplevde ingen ubehag med screening, men følte en lettelse at deres plager ble anerkjent. Studien viste at kvinner ønsker å snakke om problemer og ting som opptar dem etter fødsel (Buist et al., 2006).

Kunnskapscenteret (2013) utførte en systematisk oversikt som inkluderte data fra seks studier med 5052 kvinner. Effekten av EPDS screening og oppfølging for depressive symptomer hos gravide og barselkvinner ble målt. Antall kvinner med depressive symptomer fire til seks måneder etter fødsel ble redusert fra 10 % til 6 %. Ingen av studiene som ble gjennomgått rapporterte fysiske og sosiale utfall hos mor, eller negative eller uønskede effekter av screening og oppfølging for mor, barn eller familien (Kunnskapscenteret, 2013).

Ved en systematisk gjennomgang av kvalitative og kvantitative studier oppsummerer Brealey og medarbeidere (2010) internasjonal forskning på nytteverdien av EPDS screening for barseldepresjon. Konklusjon var at metoden var akseptabel og nyttig for både kvinner og helsepersonell. Forhold som bidro til at kvinnene opplevde screening som positivt var at det er gitt god nok informasjon i forkant, at det er dialog omkring tema og ikke minst at relasjon mellom kvinnen og helsearbeider er preget av tillit. Studien oppsummeres med at helsepersonell må være der for å støtte kvinnen (Brealey et al., 2010).

2.2.2 Tid for screening

Screening anbefales gjennomført seks uker til åtte uker etter fødsel (Cox et al. 2014; Glavin et al., 2009; Morell et al., 2009). Skjema er validert og oversatt til norsk av Eberhard-Gran og medarbeidere (2001) og Berle og medarbeidere (2003). De norske studiene viste også tilfredsstillende spesifisitet (i hvilken grad den identifiserer de personer som viser seg å fungere normalt) og sensitivitet (i hvilken grad den identifiserer de personer som faktisk er depressive). Skjema er utviklet for bruk i primærhelsetjenesten (Eberhard-Gran et al., 2001; Berle et al., 2003)

2.3 Konsekvenser for mor og barn

Brockington (2004) har sett på studier publisert over en åtteårs periode som omhandler diagnostisering og behandling av barseldepresjon. Han mener at en barnefødsel er den mest komplekse hendelsen i et menneskes liv og barselkvinner er utsatt for hele spektret av generelle psykiske lidelser. Samspill og tilknytning til det nyfødte barnet er den viktigste og mest sentrale psykologiske prosess i barseltiden. Mange kvinner kan kjenne på stress og engstelig uten at det utvikler seg til en depresjon. Mødre som utvikler barseldepresjon, er en heterogen gruppe der depresjon kan være en isolert tilstand som har oppstått etter fødsel eller i kombinasjon med tidligere psykiske lidelser. Screening med EPDS har gitt en mulighet for helsepersonell å tidlig identifisering av disse kvinnene. Brockington mener at personer involvert i helseplanlegging må ha kunnskap om kvinners psykiske helse etter svangerskap, konsekvenser og mulighetene for å forebygge (Brockington, 2004).

Det er godt dokumentert både i studier og litteratur hvordan langvarig depresjon kan ha negative konsekvenser for barnets utvikling, mors helse og forholdet mellom foreldrene. Kathleen Kendall-Tackett, psykolog og professor i pediatri har gitt ut en lang rekke artikler, bøker og publikasjoner om kvinnehelse, depresjon og amming. Hun beskriver hvordan depresjon hos mor påvirker barnet på alle områder av utviklingen både emosjonelt, sosialt, kognitivt og atferdsmessig. Depresjon isolere mor når hun mest har behov for hjelp og støtte. Hun føler seg skamfull når hun ikke forstår hva som skjer med henne. Depresjon kan få alvorlige konsekvenser for helsen til mor med økt risiko for hjerte kar sykdom, svekket immunforsvar, redusert evne til å ta vare på egen helse med blant annet dårlige matvaner,

misbruk av tobakk og alkohol (Kendall-Tackett, 2005). En gjennomgang av metaanalyser fra hele verden i årene 2009-2013 fant Stein og kolleger (2014) at psykisk sykdom hos mor under graviditet og etter fødsel er av grunnleggende betydning for barnets livslange helse. Relasjons- og tilknytningsproblemer kan utløse psykisk sykdom hos barnet senere i livet (Stein, A. et al., 2014). En australsk studie av Leigh & Milgrom (2008) der 367 førstegangs- og flergangsfødene deltok kom det frem at svangerskapsdepresjon var den sterkeste prediktoren for barseldepresjon og barseldepresjon var den sterkeste prediktoren for foreldrestress. Forskerne mener at stress gjør det vanskelig for foreldrene å tilpasse seg foreldrerollen og det påvirker tilknytning mellom mor og barn. På den bakgrunn mener de at det er svært viktig med tidlig identifikasjon og behandling av barseldepresjon (Leigh & Milgrom 2008).

2.4 Barrierer

Mange kvinner forteller ikke hvordan de har det etter fødsel. Det kan da være vanskelig å få hjulpet disse kvinnene. Den canadiske professoren og forskeren Cindy-Lee Dennis har forsket på kvinnehelse i barseltiden over mange år. Hun mener med bakgrunn i de siste års forskning at barseldepresjon effektivt kan behandles og mest sannsynlig forhindres med bruk av EPDS screening. I artikkelen har hun gått gjennom tidligere studier og sett på hvorfor barseldepresjon ofte ikke oppdages eller ikke behandles hos mange kvinner. Dennis beskriver ulike barrierer for identifisering og behandling. Hos kvinnene kan det være lite kunnskap om barseldepresjon, de kan benekte eller minimere symptomene, de tror at de følelsene de sliter med er vanlige hos nybakte mødre eller de er ikke klar over muligheter behandling. Hos helsepersonell kan det være at de neglisjerer symptomene eller tilbyr behandling som ikke er passende for kvinnen. Dennis mener screening for barseldepresjon ikke er bredt nok implementert selv om verktøyet har de nødvendige forutsetninger for en god forståelse av tilstanden barseldepresjon, screening er validert, har en god sensitivitet og tilbud om oppfølging for de kvinner som har behov for det er til stede. Dennis mener at alle fagfolk som samhandler med kvinner etter fødsel bør proaktivt screene for barseldepresjon. De bør også forstå praksis og vaner som omhandler barseltiden i andre kulturer for en bedre og mer nøyaktig identifikasjon (Dennis, 2009).

De amerikanske forskerne Leahy-Warren & McCarthy (2007) har sett nærmere på tidligere forskning som omhandler barseldepresjon hos mødre. De så på forekomst, mødres erfaringer med barseldepresjon og behandling. De fant en forekomst på 13%. De fant videre at mødrene som har erfart å leve med barseldepresjon utdyper det med en følelse av ensomhet, angst, håpløshet og tap av kontroll i en tid som skulle vært preget av forventning og glede. Sosial støtte bedret situasjon for mødrene langt mere enn medikamentell behandling. Barseldepresjon er et betydelig klinisk problem som fagfolk som yter barselomsorg ofte undervurderer, misforstår og veldig ofte behandler på en feil måte (Leahy-Warren & McCarthy, 2007).

En australsk kvalitativ studie av McCarthy & McMahon (2008) viste at majoriteten av kvinner som lider av barseldepresjon ikke søker profesjonell hjelp. Mange av dem snakker ikke med venner eller familie om det heller. Dette på tross av at de har jevnlig kontakt med helsepersonell. Kvinnene de intervjuet hadde nådd et kritisk punkt før de søkte hjelp. Forskerne fant to hoved barrierer for at kvinner unngår å søke hjelp. Det første er vanskeligheter med å skille normalt stress og depressive symptomer. Kvinnene tror plagene de har er vanlig etter fødsel. Den andre barrieren var redsel for stigmatisering for manglende evne til å håndtere foreldrerollen (McCarthy & McMahon, 2008). Barseldepresjon er en vanlig tilstand som kan få alvorlige konsekvenser. Likevel blir den ofte hverken diagnostisert eller behandlet (Buist et al., 2002). Munk-Olsen og medarbeidere (2006) kom frem til at 40-50% av alle tilfeller av barseldepresjon forblir uoppdaget.

2.5 Tidlig intervensjon

Flere studier tyder på at langvarig barseldepresjon kan unngås ved tidlig intervensjon fra primærhelsetjenesten. Gjennom informasjon, kartlegging og støtte av gravide og barselkvinner kan helsesykepleier forebygge barseldepresjon. Glavin og medarbeidere (2010b) fant i sin studie der 2247 mødre deltok at økt oppmerksomhet på kvinners psykiske helse resulterte i signifikant bedring i depresjonsskår blant kvinner i intervensjonskommunen opp mot 12 måneder etter fødsel. Kvinnen hadde et marginalt lavere nivå av foreldrestress sammenlignet med ordinær oppfølging. Helsesykepleier mente måten å arbeide på var nyttig for foreldrene. På hjemmebesøket ble det informert om

mental helse i barseltiden og kartlegging med EPDS seks uker etter fødsel. Kvinner i sammenligningskommunen hadde høyere forekomst av depresjonssymptomer ved alle målinger. Empatisk kommunikasjon og aktiv lytting er en viktig del av støttesamtalen til kvinner som har behov for videre oppfølging etter EPDS screening. Metoden er godt utprøvd i Norge med god effekt. (Glavin et al., 2010b).

I en amerikansk randomisert studie av Horowitz og medarbeidere (2013) fant forskerne at hjemmebesøk av sykepleier der fokus var på tilstedeværelse, aktiv lytting, oppmerksomhet og refleksjon hadde positiv effekt på alle kvinnene i studien. Det bedret både samsillet mellom mor og barn og reduserte alvorlighetsgraden av barseldepresjon i kontrollgruppen. EPDS screening var benyttet 6 uker etter fødsel og studien fulgte deltakerne over en periode på 9 måneder. Forskerne mener at hjemmebesøk gjennomført på denne måten gir det beste utfallet for mor og barn (Horowitz et al., 2013).

En britisk randomisert kontrollert studie fra 2009 med nærmere 4 000 kvinner underbygger nytteeffekten av Edinburgh-metoden. Morell og medarbeidere (2009) rapporterte en nedgang i depresjon hos kvinner som fikk støtte hos helsesykepleiere. Helsesykepleiere var gitt opplæring i å identifisere depressive symptomer med hjelp av EPDS screening. Kvinnene i intervensjonsgruppen fikk flere økter med kognitiv adferdsterapi og personsentrert tilnærming. Det ble sett på som viktig utvikle en hjelpsom relasjon med positive tilbakemeldinger mot kvinnen og anvende en empatisk holdning. Helsesykepleier trygget mødrene med at ulike adferdsmønstre, oppfatninger og tanker i etterkant av en fødsel kan være vanlig og normale og gav henne støtte og hjelpe til å endre disse selv. Tiltakene viste effekt både 6 måneder og 12 måneder etter fødsel sammenlignet med kontrollgruppen. Morell og medarbeidere rapporterte også mindre stress hos de foreldrene som hadde fått ekstra støtte og noen de kunne å betro seg til. Studien til Morell og medarbeidere gir gode indikasjoner på at helsepersonell med opplæring kan identifisere kvinner med depresjon og yte effektiv behandling (Morell et al., 2009).

I en norsk kvalitativ studie med Glavin og medarbeidere (2010) har helsesykepleiere har delt sine erfaringer med bruk av EPDS screening. De mente screeningen var verdifull og lett å administrere. Opplæringen de hadde fått gjorde dem trygge på å støtte foreldrene og samtale om psykisk helse. Helsesykepleierne mente de kunne identifisere flere mødre enn

tidligere med depressive symptomer og skjema var lett for mødre å fylle ut (Glavin et al., 2010).

2.6 Psykososiale og psykologiske intervensjoner

Psykososiale og psykologiske intervensjoner er et effektivt behandlingsalternativ for kvinner med depressive symptomer. En australsk studie utført av Milgrom og medarbeidere (2019) mener at sosial støtte kan forebygge depresjon hos barselkvinner. De konkluderte med at det er to typer støtte helsepersonell kan tilby etter fødsel som har stor betydning for utfallet av depresjon og angst. Kvinnens evner og ferdigheter som mor må anerkjennes og støttes. Denne er spesielt viktig fordi overgangen til morsrollen kan være overveldende. Mor har ikke en mulighet til å forstå hva de kan forvente etter fødsel og er derfor uforberedt på de kravene som stilles til den nye rollen. I tillegg må kvinnen ha en annen person å stole på for assistanse under enhver omstendighet. Behovet for denne støtten bunnar i alle de uforutsigbare hendelser som mor kan ha behov for hjelp til med et nyfødt barn. Eksempelvis behovet for støtte i forhold til barnets helse, behov for søvn, mating av barnet og annen praktisk hjelp. Milgrom og medarbeidere fant at støtte fra partner og familie hadde stor betydning for mors helse i barseltiden. Støtte må spesielt tilbys fra midten av svangerskapet og de første seks måneder etter fødsel. Studien viste også at støtte er en prediktor for å motvirke foreldre stress de to første årene etter fødsel. Støtte til foreldrene har stor betydning for barnets utvikling (Milgrom et al., 2019).

I en amerikansk studie av Negron og medarbeidere (2013) ble det brukt fokusgrupper for å utforske barselkvinner erfaring med støtte 6 til 12 måneder etter fødsel. Tema mødre var opptatt av og som forskerne identifisert som viktige i alle gruppene var; behov og utfordringer etter fødsel, forventninger i forhold til støtte etter fødsel og hvordan mødre selv mobiliserte støtte og barrierer mot. Kvinnene i alle gruppene kom frem til at støtte for få dekket personlige omsorgsbehov, hjelp i hjemmet og få nok søvn var det viktigste. Mangel på støtte mente mødre var en viktig årsak til depresjon. Støtte fra partner og familie så mødre på som en selvfølge for å få en god barseltid. Den største barrieren for selv å mobilisere støtte var redselen for stigmatisering (Negron et al., 2013).

En iransk tverrsnittstudie av Vaezi og medarbeidere (2018) fant at støtte fra familie og omgivelsene etter fødsel er forebyggende for barseldepresjon hos mødre uavhengig av andre risikofaktorer. I studien fremkommer det at forekomsten av barseldepresjon er opp mot 63,3 % i asiatiske land. Forskerne mener forklaringen kan være bruk ulike typer kartleggingsverktøy, ulike grenseverdier og tid og sted for kartlegging. Selv fant forskerne en forekomst på 43,5%, i sin studie. Da var EPDS screening benyttet innenfor de første 6 måneder etter fødsel. Forskerne av studien anbefaler EPDS screening for i det hele tatt å ha en mulighet til å identifisere kvinner med depressive symptomer (Vaezi et al., 2018).

En britisk studie av Segre og medarbeidere (2010) ser nærmere på hvordan bruk av støttesamtale som teknikk kan hjelpe kvinner gjennom en vanskelig periode etter fødsel. I studien kommer det frem at kvinner som blir identifisert med en mulig depresjon blir enten henvist til spesialisthelsetjeneste eller de kan velge om de vil ha utvidet hjemmebesøk av helsesykepleier som har fått opplæring i bruk av støttesamtale. Det kommer frem at modellen med støttesamtale er allment kjent og brukt i Storbritannia. Segre og medarbeidere (2010) forklarer at i samtalen benyttes det empatisk lytting som en teknikk for å hjelpe kvinnen gjennom en vanskelig situasjon. Det lyttes til alle aspekter ved kvinnens verbale og non verbale budskap og reflekterer disse tilbake til kvinnen. Når budskapet reflekteres tilbake utforskes sammenhengen mellom kvinnens tilstand og erfaringer. På den måten tilkjenngis det en genuin interesse for å forstå kvinners situasjon og arbeide sammen med henne uten å innta en ekspert rolle. I tillegg skal kvinnen få hjelp med å håndtere sine problemer og gjøre endringer som er tråd med sine egne verdier. I samtale med kvinnen er målet å få frem hennes problemer for deretter å sette søkelys på ett av dem. Kvinnen oppmuntres til en idemyldring, lage en liste med løsninger og til slutt bestemme seg for en som er gjennomførbar. Løsningen kvinnen har valgt evalueres sammen med samtalepartner både med hensyn til positive og negative utfall. Hvis løsningen fortsatt er akseptabel etter evaluering lager kvinnen og hennes samtalepartner en plan for gjennomføring. Metoden legger opp til at samtalepartner reflektere sammen med kvinnen og fokusere på hennes mestringsevne. 19 kvinner med depressive symptomer etter EPDS screening deltok i studien til Segre og medarbeidere (2010). De mottok seks hjemmebesøk av helsesykepleier der aktiv lytting ble benyttet slik det er blitt beskrevet. Det ble i løpet av studien gjennomført tre intervju med hver av kvinnene ved 0 måneder, 3 måneder og 5 måneder. Studien viste

klinisk reduksjon av depresjon, kvinnen var fornøyd og hadde en bedring i livskvalitet. Konklusjon var at støttesamtale har en betydelig effekt og aksept hos kvinnene for å behandle depressive symptomer (Segre et al., 2010)

I en studie av Glavin og medarbeidere (2010a) ønsket forskerne å studere effekten av støttesamtaler til mødre med barseldepresjon. 228 kvinner deltok i studien. EPDS screening ble gjennomført ved 6 uker, med en oppfølging på 3 måneder og 6 måneder. Helsesykepleier i intervensjons kommunen hadde fått opplæring i bruk av screening og å gi støtte samtaler. Konsultasjon varte opp mot 30 minutter. Mødrene har ulike behov og det ble tilbudt individuelt oppfølging ut fra den enkeltes behov. Helsesykepleier benyttet aktiv lytting og empatisk kommunikasjon der noen elementer ble vektlagt i konsultasjon; lytte og forsøkte å forstå situasjon ut fra kvinnens perspektiv, sjekke sin egen forståelse av situasjon opp mot kvinnens forståelse, behandle kvinnen med respekt og hensynsfullhet og til slutt være selvbevisst, akseptere seg selv og vise åpenhet mot kvinnen. Metoden satte søkelys på mødrenes erfaringer, refleksjoner og mulighet for å håndtere sine egne problemer. Studien konkluderte med en betydelig bedring i depresjonsscore i intervensjonsgruppen både 3 og 6 måneder etter fødsel. Støttesamtale gitt av helsesykepleier er en god metode for å hjelpe kvinner med barseldepresjon. Studien viste også at individuelt tilpasset støtte gav gode resultater og kan være et verdifullt bidrag i helsesykepleietjenesten (Glavin et al., 2010a).

2.7 En barselomsorg i endring

Malin Eberhard-Gran, spesialist i samfunnsmedisin og forsker uttrykker bekymring over redusert liggetid for friske barselkvinner ved norske sykehus. Flere steder i landet planlegges det å redusere liggetid etter fødsel ytterligere. Når den nye kvinneklinikken i på Haukeland universitetssykehus i Bergen står ferdig i 2022/2023 er planen at 40% av kvinnene sendes hjem 4-24 timer etter fødsel. På nasjonal basis er det 4% som reiser hjem 24 timer etter fødsel. Det kan bli en utfordring for helsesykepleiere klare å fange opp helseproblemer hos nyfødte og oppdage psykisk sårbare kvinner når liggetiden blir så kort (Eberhard-Gran, 2018). Liggetid etter fødsel ved norske sykehus blir stadig kortere ifølge Medisinsk fødselsregister. Gjennomsnittet for førstegangsfødende var på 4,0 liggedøgn i 2001, 2,8 i 2019 og historisk lavt i pandemi året 2021 med 2,6 liggedøgn (Folkehelseinstituttet, 2022).

Folkehelseinstituttet utførte i 2017 en landsomfattende undersøkelse av kvinners erfaring med opphold på føde- barselavdeling. Tallene viser at mødrene er mer fornøyde med opphold på fødeavdeling enn på barselavdeling. Mødrene har utdypet sine erfaringer med egne ord. De beskrev en dårlig kommunikasjon mellom avdelingene, personalets travelhet og kritikkverdige oppførsel. Ved ammeutfordringer var råd og veiledning inkonsistente og forvirrende og de opplevde et press med å få til amming (Skjetne, 2018).

Nasjonal retningslinje for barselomsorg beskriver en barselomsorg i endring. En desentralisert omsorg med mer tilpasset oppfølging i hjemmet og på hjemstedet er under utvikling i mange av landets kommuner. Bakgrunnen i kortere liggetid på føde- barselavdeling. I retningslinjene står det «Hjemreise planlegges i løpet av 4-24 timer etter fødselen». Samtidig er det mange forhold å ta hensyn til de første 24-72 timer uavhengig av om mor og barn oppholder seg hjemme eller på sykehus. Dette gjelder blant annet behovet for hvile, muligheten for mor og barn å være mest mulig uforstyrret sammen i tillegg til viktige undersøkelser av barnet og informasjon til foreldrene. De fleste kvinner reiser hjem før melkeproduksjonen er etablert og barnet dier tilfredsstillende. (Helsedirektoratet, 2014). Mor som ammer har barnet hos seg det meste av døgnet og har derfor ofte hovedansvaret den første tiden etter fødsel. En uoppdaget depresjon kan få alvorlige konsekvenser om mor ikke får hjelp.

Haga og kolleger (2012) konkluderte i sin studie der 737 kvinner deltok at det å lykkes med amming kan settes i sammenheng med lav grad av depressive symptomer postpartum. Amming er sterkt anbefalt og verdsatt i Norge og kan derfor være sterkt forbundet med det å være en suksessfull mor. Hvis mor får hjelpe til å mestre amming kan det virke preventivt på depresjon (Haga et al., 2012). Nasjonal retningslinje for spedbarnsernæring (2017a) anbefaler fullamming til barnet er seks måneder så lenge det er tilfredsstillende vekttoppgang og mor trives med fullamming (Helsedirektoratet, 2017a). Er primærhelsetjenesten i Norge rustet for å ta imot og følge opp mødre med kort liggetid på barsel der ammingen ennå ikke er etablert før hjemreise?

Screening for barseldepresjon har vist seg å være effektivt for å identifisere kvinner med depressive symptomer. Gjennom sekundære dataanalyser som omfattet 5565 familier fant McLearn og kolleger (2006) at det er et faglig ansvar å identifisere, veilede og henvise videre

kvinner med psykiske plager. De fant en sammenheng mellom barnets utvikling og helsen til foreldrene. Barseldepresjon påvirker mors omsorgsevnen med lite engasjement og et distansert forhold til barnet. Screening for depressive symptomer i barseltiden er viktig for å identifisere disse kvinnene (McLearn et al., 2006).

Flere av studiene i dette kapitlet har vist at tidlig identifikasjon og iverksettelse av tiltak i en tidlig fase har betydning for det videre forløpet. Kommunene i Norge har her et særskilt ansvar (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2017b).

3 Teoretiske perspektiv

Kapitlet presenterer teori fra ulike teoretikere som sammen med forskning presentert i kapittel 2 vil være med å belyse resultatene i studien i et større perspektiv. Jeg vil se nærmere på begrepet empati, empatisk kommunikasjon som et kommunikasjonsverktøy, aktiv lytting som et utgangspunkt for å være en god samtalepartner og personsentrert tilnærming der kvinnens behov og ønsker et utgangspunkt for samtalen.

3.1 Empati

Begrepet empati er definert og redegjort for av mange teoretikere. Jeg presenterer to av dem her. Begrepet «empati» har sin opprinnelse fra det greske *empathia*. Det er sammensatt av *en* (inn) og *pathos* (følelse) og kan direkte oversettes med innfølelse, samfølelse eller innlevelse (Eide & Eide, 2005, s.35). Eide & Eide (2005) definerer empati som «evnen til å lytte, sette seg inn i en annen situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner» (Eide & Eide, 2005, s.35). Evne til empati kan økes ved å innstille seg på den andre, forberede seg praktisk og mentalt på samtalen ved å være undrende, åpen og prøvende. Profesjonell empati innebærer å bearbeide den andres følelser og tanker ut fra sin faglige kompetanse og opprettholde sin innlevende holdning til den andre. Uten grundig kjennskap til eget fag vil samtalen bli uinformert og mangelfull og mangle sitt viktigste fundament. For mange brukere av helsetjenester er det viktig å føle at ens sak blir kompetent behandlet, ikke bare følelsesmessig forstått (Eide & Eide, 2005, s.37-39).

Ulla Holm (2005) definerer empati som «evnen til å sette seg inn i og forstå et annet menneskes følelser og psykiske situasjon» (Holm, 2005, s.42). Holm (2005) beskriver hvordan det i ethvert møte mellom den profesjonelle og den som søker hjelp vil være en mengde forventninger hos begge parter. Begge må ta ansvar og aktiv del i denne prosessen, men det vil være hjelperens evne til å ta hånd om de bevisste og ubevisste forventningene og reaksjonene hos den som søker hjelp som hindrer eller fremmer samspillet mellom de to. Det stilles krav til den profesjonelle hjelper om kunnskap, forståelse og bevissthet om reaksjoner hos den som søker hjelp og sin egen måte å reagere på. Profesjonell innstilling betegner en holdning heller enn konkrete væremåter og handlinger (Holm, 2005, s. 37)

En profesjonell innstilling innebærer en stadig streben etter å i yrkeslivet bli styrt av det som – på kort og lang sikt – gagnar den hjelpesøkende, ikke av egne behov, følelser og impulser. Det innebærer å vise respekt, interesse, medmenneskelighet, empati og en personlig måte å motta og behandle den hjelpesøkende på. (Holm, 2005, s. 38).

Holm skisserer fem krav til det indre kompass som hun mener bør utgjøre deler av den kompetanse som kreves for profesjonell innstilling i all kontakt med hjelpesøkende.

Kunnskap om hvordan psykologiske forsvar, ubevisste drivkrefter, ambivalente motiver og ubevisst kommunikasjon er en hjelp for en bedre forståelse og en god relasjon til den hjelpesøkende.

Selvinnsikt i egne følelser og behov slik at de ikke styrer kontakten med den som søker hjelp og de overveielser som skal tas. Behovet for å være flink, bli likt, ha kontroll og være midtpunktet i relasjon skal på ingen måte være førende. Dette er den fremste beskyttelse av integritet til den som søker hjelp.

Den empatiske evne har en sentral plass i profesjonell innstilling. Den baseres både på erfaring og på selvinnsikt og forutsetter visse grunnleggende funksjoner hos utøveren. Flere innfallsvinkler benyttes for å forklare begrepets kompleksitet. Affektiv (følelsesmessig) og kognitiv (intellektuell) empati gjelder mekanismene i den empatiske prosess. Prediktiv empati er evnene til å forutsi hvordan en annen persons vil komme til å reagere. Situasjonell empati er evnen til å møte eller oppfatte en annenpersons følelser i den aktuelle situasjon og egenskapsempati som sees på som et personlighetstrekk. Den empatiske evne deles også inn i empatisk forståelse og empatisk kommunikasjon/empatisk holdning. Den empatiske evnen hos hjelperen er et viktig redskap for å gi støtte trygghet og et godt samarbeid med den hjelpetrengende.

Selvrefleksjon der egen innsats granskes i samspill med andre.

Selvdisiplin der man søker å leve opp til de etiske krav som ligger i en profesjonell innstilling kommer ti tillegg (Holm, 2005, s. 37-43).

Slik Holm (2005) beskriver hvordan helsesykepleier benytte sitt indre kompass i samtale etter EPDS screening for å oppnå kunnskap, forståelse og bevissthet om kvinnens og egne reaksjoner.

Den hjelpetrequende står i et avhengighetsforhold til hjelperen. For å oppnå trygghet i situasjon må enhver profesjonell relasjon baseres på respekt for den andres følelser og meninger for å unngå at avhengighetsforholdet forsterkes. Holm understreker hvor betydningsfullt det er hjelperen formidler omtanke og interesse for den hjelpetrequende. Evnen til å aktivere en genuin interesse og formidle denne er en viktig komponent i profesjonell innstilling. Holm trekker også frem viljen til å forstå som en viktig komponent. Evnen til å lytte og å lytte aktivt innebærer å anstrenge seg for å sette seg inn i hva den andre forteller slik at de ulike deler av fortellingen kan settes inn i sin rette sammenheng eller helhet. Holm mener at det ikke er mulig å være profesjonell i møte med den andre hvis man samtidig er distansert. Snakke til den andre på en personlig og medmenneskelig måte. Holm skiller det personlige fra det private i kontakt med den hjelpetrequende. Det personlig er å være nær seg selv som person, se det andre mennesket med følelser, tanker og erfaringer og selv fremstå som den person man er (Holm, 2005, s. 44-45). Ifølge teorien til Holm kan helsesykepleier ved å vise omtanke og interesse for kvinnen, la henne ha rett til sine egne følelser og meninger oppnå trygghet i situasjonen.

Holm beskriver empatisk forståelse som innsikt eller kunnskap om mennesket der to like viktige komponenter inngår, den kognitive og den affektive. De kognitive er elementene er førbevisste psykiske prosesser i form av sanseintrykk og minner. I samspill med en annen person der en forsøker å forstå den andres følelser vil den kognitive funksjon spille en stor rolle. Minner, observasjoner og teoretisk kunnskap hjelper for en bedre forståelse. De kognitive elementer er likevel ikke tilstrekkelig hvis ikke følelser som sinne, engstelse og skyldbevisst er med og gir den riktige betoning til det som minnes og observeres. Det må skje en stadig veksling mellom den kognitive og det følelsesmessige for en bedre empatisk forståelse av den andres opplevelse (Holm, 2005, s. 61-64). Helsesykepleier bør balansere mellom det affektive og det kognitive bidrag i samtale med kvinnen etter EPDS screening for bedre innsikt og kunnskap.

3.2 Empatisk kommunikasjon

Lisbeth Brudal (2014) beskriver empatisk kommunikasjon som et kommunikasjonsverktøy som gjennom en prosess preget av gjensidig speiling og dialog mellom to parter kan føre frem til en forståelse av det den andre forstår ved gjenkjenning av den andres følelser og intensjoner i oss selv. Gjenkjenning kan forstås som det å erkjenne, «bli klar over» eller «oppfatte som» og å anerkjenne, «godta» eller «akte». Strukturen i prosessen gjør at begge opplever det samme samtidig knyttet til tre trinn i dialogen. Narrative som fortelles, følelser som beskrives og refleksjoner rundt det som er fortalt. Hjelperen forblir reseptiv, lyttende og til stede i et «speilende modus» og unngår å kommentere, avbryte eller korrigere underveis. Ved det fjerde trinnet blir rollene byttet om, og hjelperen kan dele sine tanker omkring det som har blitt fortalt hvis det er et ønske om det. De tre første trinnene skal sammenfattes med det fjerde trinnet og til sammen danne grunnlag for den «den jevnbyrdige samskapingen av virkeligheten» som er målet for dialogen. Gjenkjenningen fører til en følelse av samhørighet og likeverd (Brudal, 2014, s. 26-27).

Opplevelse av sammenheng i livet er fundamentet i empatisk kommunikasjon. Ved store påkjenninger der sammenhenger blir brutt kan forståelse, opplevelse av mening og mestringsfølelse bli svekket eller satt ut av spill. Bruland beskriver dette som å befinne seg i et «grenseland». Opplevelse av sammenheng er ikke lenger til stede. Empatisk kommunikasjon har to hovedmål. Det forebyggende aspektet er å forhindre at den som vil hjelpes forblir i grenseland, at problemet utvikler seg. Det andre målet er helsefremmende der hjelperen aktivt stimulerer til vekst og utvikling hos den som vil hjelpes. Med å anvende empatisk kommunikasjon mener Bruland at den som hjelpes kan gjenvinne en opplevelse av sammenheng i livet (Bruland, 2014). Å få barn medfører en endring der sammenhenger blir brutt. Forståelse, mestring og mening, tre komponenter som virker sammen blir utfordret i svangerskapet og tiden etter fødsel. Forandringene kan komme overraskende, virke fremmede og forvirrende, særlig for førstegangsfødende. Kvinnen er ofte mer nærtagende med skiftende humør som kan svinge mellom intens glede og usikkerhet. Måten å tenke på, det kognitive forandrer seg ofte. Persepsjon, forholdet til egen kropp og bevissthetstilstand er også i endring. Den psykiske balanse gjenvinnes etter en tid hos de aller fleste. (Bruland,

2000). Helseesykepleier kan ved bruk av empatisk kommunikasjon hjelpe kvinnen med å gjenvinne opplevelsen av sammenheng.

3.3 Aktiv lytting og personsentrert støtte

Aslaug Haug (2016) beskriver bruk av Edinburgh-metoden som en unik mulighet for helseesykepleier å hjelpe mor å se og forstå seg selv bedre, bli kjent med følelsene, tankene og stemningene svangerskap og det nye barnet har skapt i henne. Mødre som kommer til helsestasjonen, har behov for en god samtalepartner når de er urolige for babyen, seg selv eller sin partner. Haug mener at utgangspunktet for å være en god samtalepartner er å være en god lytter. Aktiv lytting er en av de viktigste komponentene i helsefremmende kommunikasjon og omfatter både verbale og nonverbale ferdigheter. Slik som evnen til å uttrykke seg, kan også evnen til aktiv lytting kan oppøves gjennom bevissthet, kunnskap, refleksjon og trening. Empatisk lytting er et annet ord for samme ferdighet, evnen til empati er sentral også i lyttingen. Når helseesykepleier bruker Edinburgh metoden og mor oppmuntres til å snakke om det som opptar henne, også følsomme og skambelagte tema er det viktig at helseesykepleier forstår sårbarheten og usikkerheten som følger med åpenheten (Haug, 2016, s.316).

Haug skisserer tre hovedkomponenter ved aktiv lytting.

Lytte med full oppmerksomhet. Forutsetter en holdning hos helseesykepleier om at mor er ekspert på seg selv, sin historie og livssituasjon. Helseesykepleier må innstille seg på å lytte, ikke bare høre, som et fysiologisk fenomen, men lytte, som en psykologisk akt til det hun har å si. Slik kan de underliggende følelsene hos mor komme frem.

La den andre forstå at du lytter. Mor må få en forståelse av at helseesykepleier lytter. Ved å gi tilbakemeldinger som eksempelvis oppfølgingsspørsmål eller nikk kan mor få en følelse av å bli sett og forstått. Det skaper trygghet, tillit og mot for mor å åpne opp.

Vår evne til å være til stede i oss selv, og bevissthet om egen delaktighet i samtalen.

Helseesykepleier må være bevisst egen rolle som samtalepartner. Dette kan skje gjennom et reflektert forhold til seg selv og erkjenne og akseptere gode og mindre gode sider ved seg selv (Haug, 2016, s. 317-318).

Haug beskriver hvordan samtale med kvinner etter EPDS screening anvendes på helsestasjonen basert på den amerikanske psykologen Carl Rogers (1957) personsentrerte tilnærming. Rogers representerer en humanistisk tradisjon der individet med dets tanker, følelser og meninger er i sentrum. Han mener at hvert individ har en medfødt evne og mulighet til personlig vekst og utvikling, med et behov for å virkeliggjøre sine iboende ressurser, vet hva som er best for seg selv og ønsker å påvirke sine omgivelser. Når det lyttes uten å styre er det større mulighet for at den andre personen kan gjenvinne seg selv og lytte til egne behov. Carl Rogers vektlegger tre egenskaper eller holdninger hos en hjelper for å skape en tillitsfull og fortrolig relasjon der den utviklende samtale kan skje; ekthet, ubetinget anerkjennelse av den andre og nøyaktig og empatisk forståelse av den andres opplevelse. Evne til empati er avgjørende i personsentrert tilnærming og empatisk lytting har størst betydning for å skape endring der det å leve seg inn i den andres verden er avgjørende for vekst og utvikling. Empatisk lytting avspeiler seg som en holdning eller egenskap hos hjelperen. Holdning kombinert med evne til refleksjon på en åpen, undrende og utforskende måte er kjernen i personsentrert tilnærming (Haug, 2016, s. 318-319).

Personsentrert tilnærming blir også kalt ikke-dirigerende fordi tema for samtalen skal ta utgangspunkt i kvinnens ønsker og behov. Helsestasjonshjelpere må her være bevisst på å støtte og bekrefte, stille åpne spørsmål og tåle stillhet og pauser i samtalen. Målet er å reflektere og sortere sammen med mor for å komme frem til nye innsikter (Haug, 2016, s. 321). Helsestasjonshjelpere har gjennom utdanning, praksis og erfaring gode forutsetninger for å anvende aktiv lytting og personsentrert støtte i samtale med kvinner etter EPDS screening.

4 Metode

Studien er en samfunnsvitenskapelig studie med kvalitativt intervju som design.

Samfunnsforskning tar utgangspunkt i å undersøke menneskers virkelighet, en virkelighet som er kompleks. Kvalitative forskningsmetoder har sine røtter i fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon og søker en dypere innsikt i menneskers måte å forholde seg til sin livssituasjon. Som forsker er jeg opptatt av å analysere meningsinnholdet i datamaterialet, hva informanten forteller i intervjuet. Datamaterialet leses fortolkende med et ønske om å forstå den dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. Tilnærmingen er induktiv der det trekkes slutninger fra det individuelle til det allmenne (Johannessen et al., 2016, s. 31,233; Malterud, 2017, s. 27).

Hermeneutikken handler om tolkning av meninger i menneskers uttrykk som utgangspunkt for forståelse. De innsamlede data har informasjon som vil bli tolket og tillagt mening ut fra en forhåndsoppfatning, hva jeg som forsker legger vekt på. Informasjon om den sosiale virkelighet er meningsbærende fordi mennesker som studeres selv har oppfatninger eller fortolkninger av virkeligheten (Birkler, 2005, s. 95-96; Johannessen et al., 2016, s. 35) Johannessen et al. (2016) mener at forforståelse med kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, for å tolke det som skjer rundt oss er nødvendig for å forstå virkeligheten. Forforståelsen kan påvirke *hva* forskeren observerer og *hvordan* dette vektlegges og tolkes. Som forsker må jeg være bevisst min forforståelse i utvelgelse av de data jeg ønsker å benytte og ved analyse av disse (Johannessen et al., 2016, s. 34-35; Tjora, 2017, s. 34)

Vitenskap på et fenomenologisk grunnlag forsøker å fange den menneskelige erfaring slik den viser seg i livsverden, verden sett fra informantens ståsted i et førstehånds perspektiv. Livsverden inneholder fenomen som ikke kan deles umiddelbart og som går forut alt annet, også vitenskapen. Sammenhengen og strukturen i menneskets livsverden er hva fenomenologien søker svar på (Birkler, 2005, s. 103-105). Det empiriske grunnlaget i studien, vil være den erfaring og de opplevelser kvinnene bærer med seg etter samtalen med helsesykepleier. Som forsker vil jeg forsøke å få en bedre forståelse av og innsikt i denne livsverden gjennom å lese datamaterialet fortolkende for å forstå en dypere mening med kvinnenenes erfaringer (Johannessen et al., 2016, s.171)

En sentral del av den kvalitative forskningsprosessen er tolking av det innsamlede datamaterialet, identifisere mønster og lese betydningen av dem (Malterud, 2017, s. 43). Maltrud (2017) mener at beskrivelser og tolkninger går hånd i hånd i kvalitativ forskning der enhver beskrivelse er farget av tolkninger og tolkning bygger på beskrivelser. Forskeren må befinne seg i en mellomposisjon av disse to. Nøytrale beskrivelser er en forutsetning for at tolkingen skal lede til ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 48) Målet for studien er økt forståelse og innsikt i kvinners opplevelse og erfaring med samtale etter EPDS screening. Data fra intervjuene skal tolkes for å forstå den dypere mening i kvinnenenes erfaring. Datamaterialet skal tolkes på en åpen, objektiv og nøytral måte.

4.1 Det kvalitative forskningsintervju

Kvalitative forskningsintervju søker å forstå verden sett fra intervjupersonens perspektiv. Det er et mål å få frem betydningen av erfaringer og opplevelser forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s.20). Forskning med utgangspunkt i kvalitativ forskning vil dermed gi en dypere innsikt hvordan mennesker forholder seg i sine liv. Kvalitativt intervju blir benyttet for å finne svar på problemstillingen for studien. Det er den mest brukte måten å samle inn data på. Metoden er fleksibel og gjør det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser av det som studeres. Det kvalitative forskningsintervju har en struktur og et formål som egner seg godt når meninger, holdninger og erfaringer skal studeres (Johannessen et al., 2016, s. 145). Problemstillingen i denne studien samsvarer godt med mål for kvalitativ metode og intervju.

Studien henter data fra en kilde, kvinner som har hatt samtale med helsesykepleier etter EPDS screening. En-til-en-intervju egner seg godt for å få fylldige og detaljerte beskrivelser av informantens erfaringer, følelser, forståelse, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner. Det kvalitative forskningsintervju blir i studien gjennomført som semi strukturert intervju. Det semistrukturerte livsverden intervju søker å hente beskrivelser fra den intervjuedes livsverden i en fortolkende betydning av det tema det forskes på. Flexibilitet gjør at intervjuet kan tilpasses og rekkefølgen og formulering av spørsmålene kan endres underveis i intervjuet. Intervjuet kan tilpasses, det kan bygges videre på det informanten forteller. Livsverden intervjuets fenomenologiske holdning preges av en

åpenhet der forskningen kan gi nye innsikter ved å forfølge de svarene og historiene informanten forteller. Målet er en så fri beskrivelse som mulig av virkeligheten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156-157; Johannessen et al., 2016, s.148).

Jeg skrev loggbok underveis i forskningsprosessen. Jeg noterte blant annet møter med veileder, søknadsprosessen med NSD, hvordan jeg gikk frem med rekrutteringen, søk etter litteratur og forskning, refleksjoner og inntrykk rundt innsamlede data og analyseprosessen. Jeg satte opp et skrivekjema for prosessen frem mot slutføring av studien. Loggbok er svært hensiktsmessig når skriveprosessen er kommet i gang. Spesielt med tanke på beskrivelser, referansepunkter og detaljer underveis i forskningen, for å kunne gjengi det på en mest mulig korrekt måte. Tjora (2017) beskriver analyseprosessen som en kontinuerlig prosess som begynner idet forskeren begynner å samle inn data. Loggbok er i så henseende svært nyttig.

Ved kvalitative intervju som forskningsmetode er forskeren aktiv og deltakende i prosessen med å samle inn data. Forskeren får en nærhet til dataene (Tjora, 2017; Johannessen et al, 2016) Som forsker må jeg være engasjert i prosessen med å samle data. Jeg må vektlegge forståelse, nærhet og åpenhet til det det forskes på og de innsamlede data.

4.2 Rekruttering og utvalg

Det er helt nødvendig å informere grundig om hvordan forskningen skal skje. Det skaper tillit, gir legitimitet til prosjektet og letter tilgangen til feltet (Tjora, 2017, s. 76-78).

Målgruppen for studien var kvinner som har hatt samtale med helsesykepleier etter EPDS screening 6 uker etter fødsel. Rekruttering til studien ble en lang og krevende prosess. Det er ingen elektronisk oversikt over helsestasjoner som gjør EPDS screening. Etter tips fra forelesere og medstudenter ved universitetet sendte jeg forespørsel til 60 helsestasjoner om de kunne bistå med å rekruttere. I forespørselen var det beskrevet hvordan helsesykepleier kunne gi informasjonsskrivet om studien til kvinnen på 6 ukers kontrollen etter EPDS screening. Informasjon om studien og kontaktinformasjon til meg og min veileder var nøye beskrevet. Helsesykepleier måtte kun formidle kontakte mellom meg og kvinnene. 12 helsestasjoner svarte omgående at de ikke kunne bidra i rekrutteringen, flertallet svarte ikke

i det hele tatt. Jeg begynte da en ringerunde. Resultatet var at ingen kunne bistå å rekruttere. Årsakene var blant annet; mye merarbeid i forhold til covid-19, sykemeldinger, helsestasjon gjorde ikke EPDS regelmessig, forslag om andre helsestasjoner som kunne kontaktes, hadde studenter fra før, ledelsen sa nei selv om det var helsesykepleiere som ønsket å bidra.

En helsesykepleier som jeg fra tidligere visste hadde rekruttert til en kvalitativ studie med hjelp fra helsestasjon ble kontaktet for å få noen tips. Det kunne være en fordel kjenne noen på en helsestasjon for å få hjelp mente vedkommende. Medstudenter på kullet var behjelpelig med å formidle informasjon om studien til de helsesykepleiere og helsestasjoner de kjente til. Jeg hadde i søknaden til NSD klargjort at det skulle rekrutteres med hjelp fra helsesykepleiere. Da et såpass stort antall helsestasjoner som jeg først hadde kontaktet ikke kunne bistå måtte jeg tenke nytt. En ny forespørsel ble sendt med spørsmål om rekruttering kunne forgå med hjelp av sosiale medier. Da hadde det gått over to måneder fra godkjenning av prosjektet. Jeg vurderte muligheten å komme i kontakt med kvinner via facebook eller andre sosiale plattformer. Jeg kontakte også Landsforeningen 1001 dager som arbeider med mental helse under graviditet og etter fødsel om de kunne videreformidle kontakt med kvinner.

Etter hvert fikk jeg likevel kontakt med to helsesykepleiere via bekjentskap som kunne bistå med å rekruttere. I tillegg var det en helsesykepleier fra en av de helsestasjonene jeg hadde kontaktet i første runde ringte og tilbød å hjelpe til. Hun hadde hørt om studien.

Det ble det gjort en strategisk utvelgelse av informanter til studien. Utvalget er hensiktsmessig som vil si at de har det beste utgangspunkt for å svare reflektert på problemstillingen (Johannessen, 2016, s. 117). Studien søkte kvinner som har hatt samtale med helsesykepleier etter EPDS screening seks uker etter fødsel. Det var i utgangspunktet et mål å rekruttere ti kvinner. Det er i tråd med det Tjora (2017) anbefaler for en masteroppgave (Tjora, 2017). Etter å ha konferert med veileder i forhold til den tiden rekruttering hadde tatt og det allerede innsamlede empiriske materialet ble det bestemt å gå videre i studien med åtte informanter. Alder, yrke, antall fødsler, singel, samboer eller gift er variabler som ikke var til hinder for deltakelse i studien. EPDS er en validert screening som i utgangspunktet brukes på alle kvinner som ønsker å delta. Til studien ble det rekruttert to

førstegangs- og seks flergangsfødende. Alder på kvinnene var mellom 22 - 38 år. To kvinner var gift, seks samboere. Alle hadde hatt samtalen med helsesykepleier på helsestasjonen 6 uker etter fødsel. Seks av kvinnene hadde erfaring med screening og påfølgende samtale. For å unngå eventuelle misforståelser snakket alle kvinnene godt norsk som var det eneste kriteriet for deltakelse. Det foreligger ingen opplysninger om de helsesykepleiere som har rekruttert kvinner til studien har hatt opplæring i bruk av EPDS screening. Det foreligger heller ikke opplysninger om kvinnene har hatt samtalen med helsesykepleier som rekrutterte dem.

4.3 Semistrukturert intervju og intervjuguide

Malterud (2017) mener at for å velge mest mulig relevante data med best mulig relevans og validitet for problemstillingen må det forut være god kjennskap til ulike metoders særpreg, fallgruver, spilleregler og forutsetninger. Semistrukturerte intervju for innsamling av data kan gjennom fortrolighet og ro skape en god ramme for erindringer og sammenhenger. Forutsetningen for rike og relevante empiriske data er at kvinnen kjenner seg trygg og ivaretatt. Samtalen foregår uten på forhånd klare svar og det lyttes med et åpent sinn (Malterud, 2017, s. 69-70). Malterud skisserer her opp forutsetninger for å gjennomføre god kvalitativ forskning ved å etablere et godt samspill mellom forsker og informant. En aktiv relasjon mellom forsker og informant er vesentlig for å skape det gode intervju.

Ved semistrukturert intervju er det hensiktsmessig å ha en overordnet intervjuguide som utgangspunkt (vedlegg 2). Rekkefølge og formulering av spørsmålene og kan variere ut fra hva informanten svarer noe som gir en fleksibilitet i intervjuet (Johannessen et al., 2016). Flexibilitet ved semistrukturert intervju kan bidra til at kunnskap produseres i samspillet mellom forsker og informant. Spørsmålene er tilpasset og det kan bygges videre med oppfølgingsspørsmål på det informanten forteller. Det vil være av betydning å skape en ro og trygghet i intervjusituasjonen der det lyttes med et åpent sinn.

Intervjuguiden kan være et godt utgangspunkt for å skape den frie, uformelle samtale og få nye innsikter i informantens livsverden (Tjora, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervjuguide ble utarbeidet og inndelt i tre hovedkategorier; innledende spørsmål, refleksjonsspørsmål og avsluttende spørsmål. Spørsmålene tok utgangspunkt i

problemstillingen og skulle være enkle å forstå. Noen tema var skissert opp, men guiden som helhet var lagt opp med den fleksibiliteten som et semistrukturert intervju tilsier. Åpne spørsmål skulle gi kvinnen mulighet til å reflektere og gå i dybden de de hadde mye å fortelle, mulige oppfølgingsspørsmål var tenkt ut. Samme intervjuguide ble brukt i alle intervjuene. Tjora (2017) mener intervjuer må være tilbakeholden og la informanten så mye som mulig få betegne opplevelser og erfaringer med egne ord (Tjora, 2017, s.150) Jeg var bevisst på å la kvinnen få tid og rom til å reflektere over sine opplevelser og erfaringer.

4.4 Datainnsamling

Kvale & Brinkmann (2015) beskriver forskningsintervjuet som et håndverk som må praktiseres for å læres, helst i fellesskap med andre erfarne intervjuere. Formulering av spørsmål kan kommuniseres verbalt, men intonasjon ved spørsmålsstilling, lengde på pauser, følsom lytting og etablering av god kontakt i intervjusituasjonen er avhengig av taus kunnskap som erverves via praksis og trening gjerne med erfarne intervjuere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 88). Studien min gjennomføres ikke i et fellesskap med andre forskere. Som fersk forsker med lite erfaring fra intervju er beskrivelsene til Kvale & Brinkmann noe jeg reflekterte over før gjennomføring av intervjuene.

I forkant av intervjuene hadde lest meg opp på tema EPDS screening, barseldepresjon og samtalen som tilbys kvinner etter screening og hvordan gjennomføre intervju. Det er viktig å være godt forberedt i forhold til kontekst og tema i intervjusituasjonen. For å skape den gode kontakten er det viktig å lytte oppmerksomt og vise interesse, forståelse og respekt for det informanten sier (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160).

Jeg hadde i forkant av intervjuene gjennomført et pilotintervju med en kollega for å få testet om spørsmålene var forståelig og for unngå eventuelle misforståelser. De åtte intervjuene ble gjort i perioden mai – juli 2021, med bruk av telefon og facetime. Telefon ble nødvendig av to årsaker, smitteverntiltak i forbindelse med Covid-19 men mest på grunn av geografiske forhold. Kvinnene som deltok i studien bor spredt over hele landet, fra helt i nord til helt i sør i landet. Av økonomiske og praktiske årsaker var det derfor heller ikke vært mulig å møte dem. Det ble avklarte bruk av lydopptak før intervjuene. Hensikten er at jeg som intervjuer kan jeg konsentrere meg om det informanten forteller uten å notere. Lydopptak muliggjør

også gjenskapelse av tonefall, pauser, spesielle uttrykk og lignende. Samtlige kvinner samtykket til lydopptak. Intervjuene hadde varighet på 25-50 minutter. Alle kvinnene hadde valgt å være hjemme hos seg selv da jeg intervjuet dem. Hvordan påvirker det datainnsamlingen å gjennomføre intervjuene uten å møtes ansikt til ansikt?

Tjora (2017) beskriver det gode møte mellom intervjuer og deltaker ansikt til ansikt. Med bruk av telefon vil den sosiale atmosfære og muligheten for å bruke kroppsspråket med å for eksempel nikk for å få informanten til å snakke videre bli borte. Samtidig lister han opp flere forhold som kan tale for telefonintervju. Informantene kan ikke se opptaker som kan være forstyrrende i seg selv. Settingen kan bli mer avslappet og trygg. Informanten kan selv bestemme hvor de vil bli intervjuet. Følsomme tema kan oppleves tryggere å snakke om over telefon for å ivareta anonymitet (Tjora, 2017, s.169-171).

Jeg tok kontakt med kvinnene etter å ha fått telefonnummer hos helsesykepleier. Jeg hadde forberedt meg på denne første innledende samtalen. En løs og ledig tone der informasjon om studien, litt om meg selv og hvilke ønsker kvinnen hadde for intervjuet var i fokus. Jeg la vekt på å informere om taushetsplikt og anonymisering og retten til å avslutte intervjuet når som helst uten å oppgi noen grunn. Det ble også informert om at lydopptak kom til å bli slettet rett etter transkribering. Jeg ble overrasket hvor udelt positive kvinnene var til å delta i studien. De var veldig interessert og hadde mange spørsmål og synspunkter. Dette gir en pekepinn om at kvinner ønsker å snakke om tiden etter fødsel, det handler bare om hvordan komme i kontakt med dem. En kvinne ønsket å benytte facetime, de andre syv telefon. Kvinnene bestemte selv tid for selve intervjuet. Jeg ringte dem da opp etter avtale.

Samtale over telefon vil innebære en viss distanse eller barriere da eksempelvis blick kontakt og nikk uteblir. Under intervjuet var jeg derfor spesielt obs på å spørre om igjen der jeg var usikker på om jeg hadde forstått dem riktig. Intervjuguiden gav struktur til samtalen og var til stor hjelp som støtte og veileder for en uerfaren intervjuer. Å vektlegge åpne spørsmål og ta opp tråden på det kvinnene sa var viktig underveis, spesielt utsagn som var med å underbygge problemstillingen. Med et fenomenologiske tilnærming var det viktig å være observant på å minimere min innvirkning på kvinnens beskrivelser av sin virkelighet. Å skape den frie, uformelle tonen der kvinnene snakket uoppfordret var også en utfordring for en fersk intervjuer. Godt med tid, pauser mellom spørsmålene og en understøttende og

forståelsesfull tilbakemelding mener jeg hjalp godt på. Det første intervjuet ble å prøve seg litt frem. De neste hadde en bedre flyt. Jeg opplevde at alle kvinnene ønsket å dele sine erfaringer og hadde mye å fortelle, mere enn jeg faktisk hadde kommet på å spørre om. Alle intervjuene ble avrundet med at kvinnene kunne komme med tilføyelser.

Hvilken erfaring sitter jeg igjen med? Jeg hadde avklart med kvinnene på forhånd at jeg kom til å gå rolig gjennom intervjuet, med pauser mellom hvert spørsmål slik at det skulle være rom for å tenke og komme med innspill. Tjora (2016) mener at å snakke over telefon kan få et formelt preg og intervjuene blir gjerne kortere (Tjora, s. 170) Jeg sitter ikke igjen med den erfaringen. Noen av intervjuene hadde kanskje hatt lengre varighet, men fordi barnet gråt og det var ammetid ble det avsluttet. Jeg opplevde kvinnene veldig åpne og ærlige om den sårbare fasen i livet etter å ha fått barn. Det er vanskelig å si om det ville blitt et annet utfall ved et fysisk møte, om intervjuene hadde vart lengre eller fått en annen karakter. Det var ingen avbrytelser eller bakgrunn støy som forstyrret under intervjuene. Jeg fikk en klar oppfatning om at alle kvinnene synes det var veldig greit å gjøre intervjuet på den måten og i en ellers «hektisk hverdag». Flere av kvinnene gav uttrykk for at jeg bare skulle ringe dem tilbake hvis noe var uklart ved transkribering.

4.5 Analyse

Analysere betyr å dele opp noe i biter eller elementer. Som forsker forsøker man å avdekke et budskap, en mening eller finne et mønster i datamaterialet. En analyse er en prosess som drives av de spørsmål som stilles for å svare på problemstillingen. Når materialet er ferdig analysert kan det trekkes en konklusjon som svar på problemstillingen (Johannessen et al, 2016 s. 162; Johannessen et al.,2018, s.22). Det redegjøres i kapitlet for valg av analysemetode og prosess.

For analyse av de innsamlede data har jeg valgt tematisk analyse. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere gjentatte meningsfulle mønster eller kjennetegn på tvers av datamaterialet. Braun & Clarke (2006) mener tematisk analyse er den første analysemodellen kvalitative forskere bør lære seg fordi den tilfører forskeren kjerneferdigheter som er nyttig for å håndtere mange andre kvalitative analysemodeller. En fordel med tematiske analyse er at det er en grunnleggende, enkel og rett frem modell som

er tilpasset studenter og andre som ikke er så godt kjent med kvalitativ forskning. Som masterstudent og fersk forsker med lite kjennskap til kvalitativ forskning skal modellen passe veldig bra. En annen fordel er den fleksibiliteten modellen har for å analysere kvalitative data. Kvalitative analyse modeller har som oftest et teoretisk eller epistemologisk utgangspunkt. Den tematiske analysemodell er uavhengig av disse to, men heller kompatibel mot både et eksistensialistisk og konstruktivistisk grunnsyn. Med et konstruktivistisk utgangspunkt passer analysemodellen veldig bra for min studie. Flexibiliteten den teoretiske friheten gir kan mulig berike forskningen med rike, detaljerte og komplekse betraktninger fra det innsamlede datamaterialet (Braun & Clarke, 2006).

4.5.1 Tematisk analyse- en rekke valg

Før analyseprosessen kan begynne må forskeren gjøre ulike valg. Gjennom en prosess med koding må det avgjøres hva som regnes som tema og «størrelsen» på de enkelte tema skal være. Braun & Clarke (2006) mener det ikke er noen fastsatt fasit eller grense for hva som kan være et tema, slik at hvis det er noe informantene gjentar i 50% av datamaterialet er det mer sannsynlig for at det blir et tema enn at det gjentas i 47% av materialet. Det som blir til tema, kan oppta mye plass i deler av datasettet og lite eller ingenting i andre deler. Det er til sist forskerens dømmekraft som avgjør hva som blir et tema. Forutsetningen er at det opprettholdes en fleksibilitet i forhold til de valg som tas. Rigide regler fungerer ikke i denne prosessen (Braun & Clarke, 2006).

Når tema skal bestemmes må det fange noe viktig og relevant i forhold til studiens overordnede problemstilling og ikke bare speile hvor mange ganger det det gjentas i datamaterialet. Braun & Clarke (2006) forklarer hvordan det fins flere måter å måle forekomst på i forhold til hva som skal blir tema for analysen. Et tema kan gå igjen hos mange informanter eller at en informant snakker flere ganger om det samme tema. Flexibiliteten kommer frem ved valg av tema. Det viktigste til slutt er å være konsekvent i forhold til fremgangsmåte og de bestemmelser som blir tatt (Braun & Clarke, 2006).

Forskeren må også bestemme seg for på hvilken måte datamaterialet skal beskrives. En rik og helhetlig beskrivelse av hele datamaterialet eller en mere detaljert versjon av et spesielt tema. Ved å beskrive hele datamaterialet får leserne av studien et innblikk i de mest

dominante og viktigste temaene i datamaterialet. Noe av dybden og kompleksiteten ved dataene kan gå tapt, men den store helheten er bevart. Braun & Clarke (2006) mener en helhetlig beskrivelse er spesielt nyttig når tema det er forsket lite på eller informantens syn på tema er lite kjent (Braun & Clarke, 2006). For min studie er det valgt rike og helhetlige beskrivelser.

Det må også tas stilling til om datamaterialet skal analysere med en induktiv eller en teoretisk tilnærming før analysearbeidet. Med en induktiv tilnærming har de identifiserte tema en sterk sammenheng med det innsamlede datamaterialet (Patton, 1990, referert i Braun & Clarke, 2006). Datamaterialet har blitt samlet for en spesiell studie gjennom eksempelvis bruk av intervju, og de er ikke drevet frem av forskerens teoretiske interesser. Ved induktiv analyse blir prosessen med koding utført uten at det skal passe inn i en allerede eksisterende forforståelse hos forskeren. I motsatt fall vil den teoretiske tilnærming være drevet av forskerens interesser og forforståelse (Braun & Clarke, 2006). Det gjøres en induktiv analyse av datamaterialet.

Det siste valget som må gjøres før analysen er ifølge Braun & Clarke (2006) å bestemme hvilket nivå av datamaterialet temaene skal dannes ut fra. Her skisserer de opp to nivå. På det semantiske nivå blir tema dannet ved søk på «overflaten» av materialet som når dataene leses første gang. På det latente nivå blir tema dannet ved at det blir gjort et dypere søk i materialet for å tolke eller undersøke underliggende ideer, antakelser eller meninger som ikke er teoretisert (Braun & Clarke, 2006). Første gjennomlesning av dataene var på det semantiske nivået der jeg så etter og markerte gjentakende mønster i datamaterialet. Mesteparten av analysen var likevel på det latente nivå der jeg med utgangspunkt i problemstillingen forsøkte å tolke og finne mening i de erfaringer kvinner har med samtale etter EPDS screening. Dette blir beskrevet som den ideelle måten å søke tema på. Først beskrive for så å gå dypere inn og tolke dataene (Patton, 1990, referert i Braun & Clarke, 2006). Det latente nivå utgår fra konstruktivismen som passer fint for min studie (Braun & Clarke, 2006).

4.5.2 Analyseprosessen

Tematisk analyse stiller krav til meg som forsker om å spille en aktiv rolle for å identifisere spor eller mønster i dataene, velge hvilke som er av interesse og rapportere dem videre til leseren av studien. Det gjøres en induktiv analyse med utgangspunkt i Braun & Clarke (2006) sine seks faser for analyse av kvalitative data.

Fase 1. Bli kjent med datamaterialet:

For videre bearbeidelse av det innsamlede datamaterialet, må lydopptak gjøres om til tekst. Transkripsjon gjør materialet strukturert og oversiktlig og er begynnelsen på analysen (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-206).

Transkripsjon er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) svekkede dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervju samtaler. Oversettelser fra talespråk til tekstspråk gjør at intervjuet abstraheres i to runder. Først abstraksjon skjer ved lydopptak av samtalen. Ironi er vanskelig å gjengi skriftlig. Det samme gjelder intonasjon, ansiktsuttrykk, gester og holdninger. Neste abstraksjon skjer ved når opptaket blir skriftliggjort ved transkripsjon. Endel av erfaringene fra intervjusituasjon følger med andre ord ikke med når tale gjøres om til tekst. Hvis den som har foretatt intervjuene selv transkriberer i etterkant er det til en viss grad mulig å gjenskape sosiale og emosjonelle sider ved intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 204-207). Tjora (2017) kaller «overgangene» tap av *visuelle ledetråder* og informasjon om stemning. Dersom intervjuer selv transkriberer og er med videre i forskningsarbeidet unngår man å miste for mye informasjon ved disse overgangene. Å lese egne transkriberte intervju gjør det lettere være tilbake situasjonen (Tjora, 2017, s.175)

Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Fordelen slik Kvale & Brinkmann (2015) beskriver det er at allerede under dette arbeidet begynner forskeren å gjøre seg tanker om de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207) Det ble benyttet lydopptak på alle intervjuene. Jeg valgte å lytte gjennom intervjuene i sin helhet et par ganger før transkribering. Det gjorde meg bedre kjent med det innsamlede datamaterialet. Transkriberingen gikk lettere, den sosiale atmosfæren ble enklere å feste til hver enkelt informant. Jeg fikk også en bedre forståelse og nærhet til de innsamlede data. Jeg transkriberte intervjuene dagen etter eller så snart det lot seg gjøre. Der det var to

intervju på samme dag gikk det noen dager før de var ferdig transkribert. Det ble mye spoling frem og tilbake under transkriberingen mest på grunn av dialektord som var vanskelig å forstå ved første gjennomgang. Intervjuene ble transkribert på bokmål. Torja (2017) mener bokmål i tillegg til å normalisere transkripsjon også anonymiserer informantene. (Tjora, 2017). Intervjuene ble transkribert så identisk som mulig med latter, pauser, gjentakelser, tegnsetting og lyder så langt det lot seg beskrive for å sikre en pålitelig gjengivelse av intervjuene. Det ble 66 A4 sider med transkribert materiale. Etter at alle intervjuene var ferdig transkribert, ble de verifisert et par ganger opp mot lydopptakene. Det viktigste med transkribering er at den opprinnelige mening og essens beholdes, tett opp til informantens utsagn. Når forskeren selv gjør transkriberingen vil det utvikle seg en bedre forståelse for de innsamlede data (Braun & Clarke, 2006).

Fase 2. Lag de første kodene:

Med en induktiv tilnærming til de innsamlede data er det viktig slik Braun & Clarke (2006) beskriver det at kodingen skal være *data-driven*, kodene har tette bånd til det innsamlede datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 83) Tjora beskriver den samme prosessen på en god måte når han sier at kodene skal være utviklet fra de innsamlede data, tett forankret i empirien som empirinære koder (Tjora, 2017, s. 198) Kodene som utarbeides skal være av en bestemt type, «smalere» der målet er å organisere datamaterialet i grupper. Tema vil i motsatt fall favne bredere. Første steg i prosessen var å ta en papirutskrift av alle intervjuene. Jeg leste først intervjuene i sin helhet et par ganger for å få en oversikt over datamaterialet. Som et første notat laget en liste med tanker og ideer for tema som jeg identifiserte som et gjentakende mønster i datamaterialet, en semantisk tilnærming. Jeg brukte her intervjuguiden som et hjelpemiddel. Her var det spesifikke tema kvinne var blitt spurt om som de hadde reflektert over i det innsamlede materialet.

Med problemstillingen som utgangspunkt brukte jeg tusjer med ulike farger for å markere interessante og viktige deler av tekst, sitater og poeng. Etter det gikk jeg systematisk gjennom ett og ett intervju, med en latent tilnærming. Mye tekst ble markert, jeg fant veldig mye av det kvinnene sa som viktig. Braun & Clarke (2006) mener at det er viktig å kode så mange mønster som mulig slik at ikke meningsinnhold i datamaterialet går tapt hvis koder utelates. Det kan ved første og andre gjennomlesing være umulig å si hva som kan være

nyttig senere i analysearbeidet (Braun & Clarke, 2006). Jeg var observant på det som umiddelbart ikke så ut til å være en del av mønstret i datamaterialet, men som kunne være mulige koder i forhold til problemstillingen. Jeg markerte i margen mine egne stikkord og refleksjoner.

For bedre oversikt og systematisere prosessen med koding lagde jeg et Word-dokument med kolonner. Første kolonne var direkte transkripsjoner fra intervju som jeg fant viktig og interessant i forhold til problemstillingen. Kolonne to var empirinære koder. Her abstraherte jeg meningsinnholdet ved å beholde sammenhenger og et helhetlig inntrykk av hva kvinnene direkte fortalte. I kolonne tre ble de empirinære kodene til mindre tekstelementer i kodegrupper. Setningene ble kortere, setningsoppbygging endret på og noen ord utelatt. Ord og uttrykk informantene hadde sagt i intervjuene ble bevart. Kodene skal i detalj beskrive hva som faktisk kommer frem i akkurat dette intervjuet, fortelle akkurat hva informanten sier (Tjora, 2017, s. 201)

Tematisk analyse er en dynamisk prosess. Det ble mye frem og tilbake mellom kolonnene for å sikre at ikke empiri gikk tapt. Empirinære koder var lettere å utvikle da de er abstraksjon av transkripsjon. Kodene i kode gruppene var mer utfordrende fordi de med sin korte utforming ikke skal miste empirien. Når repeterende gjennomgang av datamaterialet ikke gir nye koder er det tid for å stoppe og gjøre klart for gruppering av koder etter tema (Braun & Clarke, 2006)

Fase 3. Let etter tema:

Etter koding starter arbeidet med å lete etter tema. I denne fasen søkes det etter å lage brede overordnede tema. Kodene vurderes og sorteres i grupper med utgangspunkt i mulige tema. I denne fasen må forsker begynne å analysere forholdet mellom ulike koder, mellom tema og ulike nivå av tema (Braun & Clarke, 2016).

Jeg bestemte meg for å analysere mitt datamateriale med penn og papir fremfor data program. For meg var det fleksibiliteten og bedre muligheter for å tegne og notere. Det ble mange koder å holde oversikt over. Bruk av kolonner ble erstattet med tematisk kart slik Braun & Clark (2006) demonstrerte i fase tre av analysen. Kodene ble skrevet i hver sine «bobler» og lagt på stort bord. Her ble det organisert og lagt sammen med andre koder med

like fellestrekk, sortert i tema-bunker. Tema gjenspeiler spor eller mønster på tvers av hele datasettet og er relatert til det problemstillingen søker svar på.

Det ble en krevende prosess å analysere kodene og vurdere hvordan ulike koder kan kombineres for å forme tema. Det var et stort antall koder å forholde seg til og det ble derfor naturlig at noen tema fikk undertema eller sub-tema som kodene kunne sorteres etter. Underveis i prosessen var det noen koder som måtte bytte plass mellom de ulike undertemaene. I denne delen av analysen er det lett å dra forhastede konklusjoner noe jeg også gjorde slik at jeg måtte gå tilbake til kodene og sortere på nytt. På slutten av fase tre hadde jeg analysert frem seks hovedtema.

Fase 4. Gå kritisk gjennom tema:

Fase fire er en ny gjennomgang av tema med tilhørende koder. Braun & Clarke påpeker at det i denne fasen blir klart at de dannede tema kanskje ikke er tema, at det kanskje ikke er data nok til å understøtte temaene eller at noen tema går over i hverandre (Braun & Clarke, 2006). Jeg gikk tilbake og gjorde en ny gjennomgang av transkripsjoner, empirinære koder og kodegrupper. I denne fasen ble fire av temaene slått sammen til to. Jeg kom frem til det gikk tilbake til de empirinære kodene og sammenlignet dem på nytt. Ett tema ble stående slik det opprinnelig var og et tema ble sløyfet. Det ble noen runder frem og tilbake mellom transkripsjoner og empirinære kode for at ikke noe skulle være oversett. De empirinære kodene ble lest og studert nøye flere ganger for å finne sammenhengen mellom kodene i hver gruppe. Ingen tema ble slått sammen på grunn av mangel på data. Tema er mønstrede spor i datamaterialet, de skal passe sammen og gi et helhetlig bilde og fortelle den overordnede historie om datamaterialet (Braun & Clarke, 2006)

Fase 5. Definer og gi tema navn:

Denne fasen handler om å finne navn på hvert tema. Braun & Clarke (2006) forklarer at det er i denne fasen forskeren kan definere hva temaene handler om og hvilke aspekter vet datamaterialet hvert enkelt tema tar for seg. Neste steg er å skrive en analyse av temaene, hva hvert enkelt tema handler om. Deretter hvordan tema passer inn med den overordnede historie i dataene og i forhold til problemstillingen. På slutten av denne fasen skal omfang og

innhold av hvert tema kort beskrives (Braun & Clarke, 2006) Gjennom analysearbeidet ble tre hovedtema formulert.

Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner. Tema forteller om hvordan kvinnene erfarer EPDS screening som en inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel og hvordan den informasjon de får og den måten samtalen innledes på kan være til hjelp. Tema vil kunne bidra til å ny kunnskap om hvordan EPDS screening kan åpne opp for samtale om et vanskelig og sårbart tema.

Tilstedeværelse i samtalen. Tema forteller om hvordan kvinnene erfarer helsesykepleiers tilstedeværelse i samtalen gjennom tid, aktiv lytting og nærhet. Tema kan bidra til ny kunnskap om betydningen av helsesykepleiers tilstedeværelse i samtale.

Aktiv deltaker i samtalen. Tema forteller om hvordan kvinner erfarer at de får ta aktivt del i samtalen ved at helsesykepleier tar vare på og inviterer dem inn. Samtalen løftes inn i et felles engasjement. Tema kan bidra til ny kunnskap om betydning av at kvinner får ta aktivt del i samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening.

Det er viktig i denne fasen å forsikre seg om at de valgte tema ikke overlapper hverandre. De skal heller ikke være for brede og favne for mye. Braun & Clarke (2006) beskriver det å danne sub-tema på følgende måte: «Sub-themes are essentially themes-within-a-theme. They can be useful for giving structure to a particularly large and complex theme” (Braun & Clarke, 2006, s. 92). I fase tre av analyseprosessen ble det dannet sub-temaer da organiseringen av kodene gjorde det nødvendig også for å få oversikt.

Tabell 1. Eksempel fra analysen.

TRANSKRIPSJON	EMPIRINÆRE KODER	KODEGRUPPE	SUBTEMA	TEMA
«Kunne komme inn på det tema mye mer naturlig med	Komme inn på tema mer naturlig med bruk av skjema.	Komme naturlig inn på tema med bruk av skjema	Innleder til å snakke om følelsesmessige reaksjoner	Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner

bruk av det skjema. Man kunne åpne seg og spørre om det. For kanskje noen føler seg helt elendig når de ikke får den forelska følelsen med en gang»	Man kan åpne seg og spørre det.			
«Helsesykepleier er rolig i vesen og er ikke stressende, ja snakker rolig. Man blir ikke stresset av å snakke med henne, man blir rolig. Det er ikke sånn følelse av hastverk, vi må bli fort ferdig»	Helsesykepleier er rolig i vesen og snakker rolig. Blir selv rolig. Ikke følelse av hastverk, bli fort ferdig.	Har et rolig vesen og snakker rolig til meg. Blir selv rolig.	Aktiv lytting	Tilstedeværelse i samtalen
«Det viktigste for meg var at helsesykepleier viste interesse for det jeg hadde å si, at det ikke ble å lese på arket hva som står der og gå fort gjennom det bare for å gå gjennom det»	Helsesykepleier viste interesse for det jeg hadde å si. Ikke gå fort gjennom bare for å gå gjennom.	Viste interesse for det jeg hadde å si.	Ivaretagelse i samtalen	Aktiv deltaker i samtalen

Fase 6. Skrive rapport:

Den siste fasen handler om å rapportere funn fra analysen (Braun & Clarke, 2006). De vil bli gjengitt i resultatkapitlet gjennom analyse av det transkriberte datamaterialet, understøttet av direkte sitater fra kvinnene.

4.6 Etske hensyn

Når forskning berører mennesker direkte gjennom datainnsamling som ved intervju, oppstår det etiske problemstillinger. Etske hensyn innebærer at forskningen ikke skal få uforsvarlige konsekvenser for informantene. Det er tre typer hensyn forskeren spesielt må tenke gjennom: 1) informantens rett til selvbestemmelse og autonomi 2) forskeren plikt til å respektere informantens privatliv 3) forskeren ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016, s. 83-85).

Før datainnsamling og intervju måtte studien måtte godkjennes av Norsk senter for data forskning (NSD) som håndterer søknader som gjelder personvern i samfunnsvitenskapelig forskning. I samarbeid med veileder ble det sendt søknad. Studien ble godkjent 19.02.2020 med referanse nummer 945332 (vedlegg 3). Studien har ikke til hensikt å forske på helse og sykdom hos informantene, godkjenning hos Regional etisk komite (REK) var derfor ikke nødvendig.

Krav til etikk i samfunnsforskning er formulert av *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (NESH). I sin reviderte utgave fra 2021 er det beskrevet de grunnleggende forskningsetiske normer når det gjelder respekt for menneskeverdet og deltakernes integritet samt konfidensialitet og lagring av personopplysninger og (NESH, 2021, s.17,23). Begge ble vektlagt ved planlegging og gjennomføring av studien. Å forske i et felt med en sårbar gruppe vil det være av særlig betydning å vise varsomhet og forsiktighet i tilnærmingen til kvinnen for å ikke skade eller krenke. Konfidensialitet dreier seg om den enighet som foreligger mellom forsker og informant om hvordan de innsamlede data kan brukes, hvilken informasjon som skal være tilgjengelig for hvem og hvordan informasjon gitt i fortrolighet skal behandles. Informantenes anonymitet og vern om privatliv skal beskyttes (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106) Anonymitet og konfidensialitet er nøye beskrevet i informasjonsskrivet (vedlegg 4).

4.6.1 Informert samtykke og personvern

Deltakelse i studien er basert på frivillighet. Informert samtykke ble sikret gjennom å gi tilstrekkelig informasjon om hva det innebærer å delta i forskningsprosjektet.

Personvernloven ble lagt til grunn (Johannessen et al., 2016, s. 91). Alle informantene fikk forespørsel om deltakelse i studien av en helsesykepleier på sin helsestasjon. De fikk dermed en reell mulighet til å vurdere deltakelse uten å kanskje føle en «frivillig tvang» som tilfelle kan være hvis det er forsker som gjør direkte henvendelse.

Informasjonsskriv med samtykkeskjema var utarbeidet i forkant av studien. Her kommer det frem formålet med studien, problemstillingen det søkes svar på, hvordan data skal samles inn, hvordan opplysninger som kommer frem benyttes, samtykkeskjema, bruk av lydbåndopptaker og muligheten for å trekke sitt samtykke. Alle informantene fikk hvert sitt informasjonsskriv. Av praktiske årsaker (avstand) og etter ønske fra informantene ble informert samtykke innhentet på SMS eller e-post før intervjuene ble gjennomført. Deltakelse i studier skal ikke oppleves belastende og forskeren har et særlig ansvar her (Tjora, 2017, s. 39-40).

For å samle kvalitative data på en forsvarlig måte er det viktig at informantene kjenner prosjektet godt nok for å ta stilling til om de ønsker å bidra med sine kunnskaper eller ikke. Det samme gjelder for personvern og anonymitet (Malterud, 2017, s.214). Alle hensyn er tatt ved utforming av informasjonsskriv.

4.6.2 Anonymitet og konfidensialitet

Sensitive opplysninger som kom frem under intervju inngikk ikke i analysearbeidet. Tjora (2017) beskriver de etiske hensyn ved intervju også når det gjelder anonymisering og transparens og hvordan dette bør ivaretas (Tjora, 2017, s. 175-181,248-250). Alle person- og stedsdata er behandlet med konfidensialitet. Informantene i studien kan ikke identifiseres i det skriftlige arbeidet, identifiserbare opplysninger omskrives eller utelates fra teksten. Informantenes navn er erstattet med et nummer i analysearbeidet og transkribering for å sikre rettigheter i forhold til innsyn eller ønske om å slette opplysninger. Informantene kunne trekke sitt samtykke til deltakelse før ferdigstilling av studien uten å oppgi noen grunn. Listen som kobler nummeret til navnet på informantene der også mobilnummer og e-post adressene er registrert oppbevares i en database separat fra datamaterialet. Etiske hensyn som skal tas med hensyn til taushetsplikt og konfidensialitet er drøftet med veileder før oppstart og gjennomføring.

Godkjenning fra NSD utgår juni 2022. Navneliste på informanter er slettet innen den tid. Lydopptak ble slettet rett etter transkribering, ingen lydfiler er lagret i etterkant. Rutiner for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver ved VID vitenskapelige høyskole er etterfulgt (VID, 2019).

4.7 Forskningens kvalitet og fremstilling

Forskningens kvalitet og fremstilling belyses i forhold til forskerrollen, forforståelse, validitet, reliabilitet og transparens.

4.7.1 Forskerrollen

Etikken bør ligge implisitt i all forskning, uavhengig av formelle juridisk krav til forskningen. Tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet må prege kontakten med informantene. Vanlig høflighet er et godt utgangspunkt for god etisk forskning (Tjora, 2017, s. 46-47)

Tillit opparbeides gjerne over tid. Ved kvalitative intervju som i denne studien er ofte ikke den tiden tilgjengelig. Den første kontakten med kvinnene innebærer en stor utfordring, å etablere tillit. For å få gjennomført gode og rike intervju er det av essensiell betydning. Vanlig høflighet slik Tjora (2017) beskriver kan være en nøkkel. Respekt og gjensidighet var likeledes viktige elementer i intervjusituasjonen. Konfidensialitet ble overholdt ved å følge de paragrafer beskrevet i personopplysningsloven (Lov om behandling om personopplysninger, 2018)

Erfaringer, tolkninger og forforståelse kan komme til å prege forskningsprosessen enten ved intuitiv kunnskap eller at det er formulert språklig (Johannessen, 2016, s. 51). Med en bakgrunn som jordmor og helsesykepleier har jeg hatt mange møter med kvinner etter fødsel. Mine erfaringer, mitt engasjement og interesse for studiens problemstilling kan komme til å påvirke forskningen. Det vil være viktig i intervjusituasjon og i analysearbeidet å ikke søke etter å få en bekreftelse på egen forforståelse, men være nysgjerrig, åpen og høre godt etter hva kvinnen forteller. Intervju er et forsknings instrument der jeg som forsker må handle reseptivt for å påvirke rapportering så lite som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 65-66) For at forskningsprosessen skal føre frem noe annet enn det forskeren på forhånd

vet, tror eller har tatt for gitt er det nødvendig med et åpent sinn med plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner, en objektivitet. Det gjelder å klargjøre sin forforståelse, sine hypoteser og dele det med leserne som da kan være i stand til å forstå hvordan forskeren kom frem til et bestemt resultat (Malterud, 2017, s. 19-21)

Kvale & Brinkmann (2015) mener den kvalitative forsknings kvalitet med henhold til vitenskapelig kunnskap og etiske beslutninger er avhengig av forskerens rolle og integritet. Moralsk ansvarlig forskningsferd er forbundet med moralsk integritet, empati, sensitivitet og engasjement. Forskerens ansvar ved intervju er at han selv spiller den viktigste rollen for å innhente kunnskapen. Det må her treffes valg som veier etiske hensyn opp mot vitenskapelige hensyn i undersøkelsen. Til sist er det forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet som har størst betydning. Den vitenskapelige kvaliteten på funn og resultater må være så nøyaktig og representativt som mulig. Resultater må kontrolleres og valideres og det må tilstrebes transparens med henhold til detaljert beskrevet forskningsstrategi og analysemetoder. Det kvalitative forskningsintervju er interaktiv forskning der forskeren kan være tilbøyelig til å la seg påvirke av det nære mellommenneskelige samspill med intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

I forskerrollen må jeg møte informantens subjektive utsagn med en så høy grad av objektivitet som mulig. Det vil bidra til at kvaliteten på mine funn og de resultater jeg presenterer er så representativ og nøyaktig som mulig.

4.7.2 Forforståelse

Malterud (2017) beskriver forforståelsen som den ryggsekk med kunnskap bestående av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretisk referanseramme som blir tatt med inn i forskningen. Innholdet påvirker hele veien hvordan data blir samlet, lest og tolket. I beste fall styrker det forskningen, i verste fall svekker det forskningen. Forforståelsen kan på den ene siden være en motivasjon for å gå dypere inn i forskningen og på den andre side overdøve budskapet i det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 44-45)

Den kvalitative analyse vil bære preg av en forskersubjektivitet, dels ved datagenerering, men mest ved dataanalyse og tolkning (Tjora, 2017, s. 31-32). Innenfor en fortolkende

tradisjon som kvalitativ forskning er basert på, vil fullstendig nøytralitet ikke eksistere (Tjora, 2017, s. 235). Det vil være nødvendig at jeg som forsker er åpen om min forforståelse og justere denne underveis i forskningsprosessen når den settes i sammenheng med og skal forstås i sammenheng med kvinnenenes forståelse. Birkler (2005) forklarer med det hermeneutiske sirkulære forholdet mellom helhetsforståelse og delforståelse, der delene kun kan forstås hvis helheten tas med, og omvendt. Kvinnene har en forforståelse som representerer deres tolkninger av virkeligheten. Gjennom samtale kan en felles forståelse som reviderer helhetsforståelse vokse frem. (Johannessen et al., 2016; Birkler, 2005, s. 98-101). Forforståelse er nødvendig for å kunne tolke de innsamlede data. utfordringene ble likevel å ikke la forforståelse være styrende da innsamlede data skulle analyseres, drøftes og resultatene oppsummeres.

I mitt arbeide som jordmor og helsesykepleier har jeg ingen erfaring med bruk EPDS screening. Min forforståelse bygger på kunnskap og erfaring fra møter og samtaler med kvinner etter fødsel som jordmor og helsesykepleier gjennom mange år. Informasjon om min bakgrunn var beskrevet i informasjonsskrivet kvinnene fikk før oppstart av studien. Jeg snakket også med dem om det i forkant av intervjuene, samt formålet med studien. Det var udelt positive tilbakemeldinger. Samtlige kvinner mente det var viktig å få mere kunnskap om den erfaring kvinner har med samtale etter EPDS screening.

Malterud (2017) beskriver at som forsker må jeg ha et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse slik at det gir næring og styrke til min studie. Jeg kan identifisere forhold som styrer min inngang til kunnskapen, skrive det ned og ta det regelmessig frem gjennom forskningsprosessen. Kunnskapen må utfordres, konfronteres og fylles ut med det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 46). Braun & Clarke (2006) mener at forskeren aldri ikke fri seg for sin teoretiske og sitt kunnskapsmessige ståsted, data kodes ikke i et kunnskapsmessig vakuum (Braun & Clarke, 2016). I den sammenheng mener Tjora (2017) at det ofte er en forutsetning at forskeren har et spesielt engasjement og særlig kunnskap på det området det forskes på. For å styrke påliteligheten er det viktig å reflektere over hvordan det kan påvirke tilgang til feltet, utvalg, analyse og resultater (Tjora, 2017, s. 235-236). I lys av Tjora og Braun & Clarke sine betraktninger tror jeg en interesse for tema kan gi en «driv» til forskningen på samme tid som det reflekteres over dette.

4.7.3 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om studiens gyldighet og kan knyttes til resultatene av forskningen og hvordan data tolkes. Er tolkninger av datamaterialet som kommer frem gyldig i forhold til den virkelighet som er studert. Validiteten styrkes ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen (Thagaard, 2018, s. 189). Tjora (2017) mener at gyldigheten i kvalitative studier styrkes ved å tydeliggjøre hvordan forskningen praktiseres ut fra spørsmålene som stilles, hvordan de er utformet med utgangspunkt i de tema som skal utforskes. Ved å redegjøre for de valg som er tatt inviteres leseren til kritisk å ta stilling til forskningen relevans og presisjon. Videre mener Tjora at «Den viktigste kilden til høy gyldighet er at forskningen pågår innenfor rammene av faglighet, forankret i relevant annen forskning». (Tjora, 2017, s.234).

Reliabilitet handler om forskningen er utført på en troverdig, pålitelig og tillitsvekkende måte. Spørsmålet om reliabilitet gjør seg gjeldene gjennom i hele forskningsprosessen og styrkes ved å gjøre denne gjennomsliktig, transparent (Thagaard, 2018, s. 188). Tjora (2017) mener at for å sikre pålitelighet i kvalitative studier er det viktig at forskeren redegjør for hvordan egen posisjon og engasjement kan prege forskningsarbeidet eller egen kunnskap og hvordan erfaring brukes i analyse og diskusjon av resultatene (Tjora, 2017, s. 235)

Forskningens troverdighet gjenspeiles både i validitet og reliabilitet og dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al. 2016, s.232). I studien er det redegjort for min egen posisjon som forsker og min forforståelse som helsesykepleier og jordmor. På en åpen og objektiv måte har jeg etter beste evne å gå inn i forskingsprosessen.

Det ble utført pilotintervju før oppstart av studien for å sikre meg at spørsmålene var forståelig og unngå eventuelle misforståelser. En gjennomgang viste at jeg måtte endre formulering av enkelte spørsmål. Noen spørsmål ble endret til mere åpne spørsmål for at informanten skulle ha mulighet til å reflektere over og gi beskrivelser om det det ble spurt om. Rekkefølge og antall spørsmålene ble også justert. Utvalget som ble rekruttert til studien er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Jeg intervjuet syv informanter over telefon, en med facetime. Det var i utgangspunktet et mål å rekruttere ti kvinner.

Gjennomføring av intervju med bruk av telefon kan som tidligere nevnt i studien medføre en

viss distanse eller barriere. Syv av kvinne har jeg ikke sett. Det er vanskelig å si om «kvaliteten» på intervjuene hadde vært annerledes ansikt til ansikt. Jeg sitter ikke igjen en følelse av at intervjuene fikk et formelt preg eller ble avkortet. Kvinnene var selv fornøyd med den måten å gjennomføre intervju på.

Ved gjennomføring av intervju er det viktig å være observant på ledende spørsmål. Jeg har derfor forsøkt å bruke åpne spørsmål som skulle gi informanten mulighet til å reflektere og gi beskrivelser. Transkribering er en utfordring med blant annet tegnsetting. Når slutter en setning og når er det pause. Feil plassering av komma i en setning kan gi en helt annen betydning enn det informanten hadde til hensikt å formidle. Under intervjuet var jeg spesielt observant på å spørre om igjen der jeg var usikker på om jeg hadde forstått informanten riktig. Jeg lyttet gjennom opptakene i sin helhet et par ganger før transkribering. Det gjorde meg bedre kjent med det innsamlede datamaterialet. Jeg transkriberte alt det innsamlede materialet selv. Det transkriberte materialet ble sjekket opp mot lydopptakene for eventuelle justeringer. Jeg har etter beste evne forsøkt å gjengi så nøyaktig som mulig det informantene har fortalt. På den måten føler jeg meg trygg på påliteligheten til det innsamlede datamaterialet. Det er benyttet induktive tematisk analyse som jeg mener på en god måte sikrer pålitelighet ved at de innsamlede dataene. Jeg har hele veien vært tro mot det empirien.

4.7.4 Transparens

Transparens eller intersubjektivitet vil si at forskningsprosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring (Malterud, 2017, s. 36). De innsamlede data har jeg analysert med bruk av induktiv tematisk analyse. Brun & Clarke (2006) mener en den eneste måten forskeren kan å øke tilliten til en godt gjennomført tematisk analyse er å sørge for transparens, gjennomsiktighet. Ved åpen og detaljert beskrivelse av metode, analyse og teoretisk rammeverk øker det forskningens pålitelighet (Braun & Clarke, 2006, s. 81) Gjennomføring av studien er forsøkt gjort så transparent som mulig ved å beskrive alle ledd i forskningsprosessen med detaljerte beskrivelser av metode, rekruttering, datainnsamling og analyse. Det teoretiske rammeverket og tidligere forskning rundt tema er nøye beskrevet.

5 Resultat

Kapittelet presenterer resultatene fra intervjuene med kvinnene der de har delt sine erfaringer med samtale etter EPDS screening. Kvinnene har hatt samtalen med helsesykepleier seks uker etter fødsel, på helsestasjon. Seks kvinner hadde hatt hjemmebesøk av helsesykepleier etter fødsel med informasjon og tilbud om screening. To kvinner hadde ikke hatt hjemmebesøk på grunn av smitteverntiltak i forbindelse med covid-19. De hadde fått informasjon om screening i posten med telefonkontakt med helsesykepleier i etterkant. Seks kvinner hadde kjennskap til EPDS screening fra tidligere. Alle kvinnene hadde tanker om oppfølging av egen helse etter fødsel. Som en kvinne sa:

Jeg har en forhistorie med fødselsdepresjon så jeg sa til dem at dere er NØDT til å spørre meg hvordan det går. Jeg ble forsikret om at de skulle gjøre det. Jeg spurte hvilken oppfølging de hadde - så jeg har nok etterspurt det selv. (Informant 3).

Som beskrevet tidligere ble det benyttet tematisk analyse for å komme frem til resultatet. Problemstillingen: *Hvordan erfarer kvinner samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening* har vært førende for analyse og funn. Resultatene er kommet frem gjennom analyse av det transkriberte datamaterialet og understøttes av direkte sitater fra kvinnene.

Tre tema ble analysert frem.

1. **Inngangsport for å snakke følelsesmessige reaksjoner**, som handler om hvordan kvinnene erfarte at EPDS screening åpnet opp for å samtale om følelsesmessige reaksjoner.
2. **Tilstedeværelse i samtalen**, som handler om hvordan kvinnene erfarte at helsesykepleier var til stede i samtalen.
3. **Aktiv deltaker i samtalen**, som handler om hvordan kvinnene erfarte at de fikk ta del i samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening.

5.1 Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner

Tema blir nærmere beskrevet gjennom to sub-tema: Informasjon om følelsesmessige reaksjoner i forbindelse med fødsel og Innleder til å snakke om følelsesmessige reaksjoner.

5.1.1 Informasjon om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel

Kvinnene ble i intervjuet spurt om hva de tenkte om den informasjon de hadde fått i forkant av screeningen med tanke på innhold og formål. De seks kvinnene som hadde fått informasjon om screening på hjemmebesøk mente at de hadde fått god og utfyllende informasjon som hadde vært til støtte og hjelp. De fikk tid til å lese og vurdere screeningen i god tid før seks ukers besøket på helsestasjonen. Kvinnene beskrev et godt møte med helsesykepleier hjemme i kjente omgivelser. Oppmerksomheten til helsesykepleier hadde vært rettet mot mor og barn. Det var samme helsesykepleier som kom på hjemmebesøket som de møtte igjen seks uker etter fødsel. Noen kjent også helsesykepleier fra tidligere. Kvinnene opplevde kontinuitet i oppfølgingen som betryggende. Kvinnen følte terskelen var lav for å kontakte helsesykepleier igjen før seks ukers besøket.

Helsesykepleier gikk gjennom EPDS skjema på seks ukers besøket og informerte om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. Kvinnene mente informasjon de fikk fra helsesykepleier var med å åpne opp for samtale. Kvinnene opplevde det som betryggende den kunnskap helsesykepleier formidlet, både med råd og veiledning og å få vite at det er et hjelpeapparat rundt dem.

Kvinnene fortalte om hvordan de med den informasjon de hadde fått av helsesykepleier i samtalen kjente en lettelse over at de ikke var alene om følelsene sine. Det å få vite at det var vanlig å føle det slik etter fødsel var veldig beroligende. Informasjon de hadde fått gjorde også at de kunne slippe å ha dårlig samvittighet. De hadde fått mer innblikk i hvordan det også kunne å være etter fødsel, at det ikke er feil å ikke være helt lykkelig med en gang.

Helsesykepleier innledet med hvordan det går, snakka om hvordan ting kan være sikkert ifølge ting ho har lest og om informasjon som er ute og veldig betryggende at det er vanlig, veldig mange som har det. Jeg tenker i alle fall at hvis man har en fødselsdepresjon så kan man føle seg veldig alene om de følelsene. (Informant 5).

5.1.2 Innleder til å snakke om følelsesmessige reaksjoner

Kvinnene opplevde at følelsesmessige reaksjoner etter fødsel kan være vanskelige tema både å snakke om. Kvinnene brukte her beskrivelser som sårt, ubehagelig, tungt, tøft, skeptisk og utfordrende. Flere av kvinnene mente at det fortsatt er et tabu generelt i samfunnet å snakke om følelsesmessige reaksjoner og depresjon etter fødsel. Mange velger å holde følelsene for seg selv, omverden må ikke få vite om det. Noen skyver følelsene unna og beroliger seg med at det ikke angår dem.

Det er vanskelige tema på en måte og jeg tror sikkert det er litt sånn skambelagt for noen at de føler på de tankene de har sånn at jeg tror absolutt det er viktig hvordan man innleder den tematikken på en måte for det kan være lett å skyve det under teppet. (Informant 6)

Mange hadde opplevd de første dagene og ukene etter fødsel svært vanskelig følelsesmessig, og de syntes det hadde vært godt å få muligheten til å samtale om det gjennom EPDS screening. Kvinnene var lettet over å kunne fortelle om det uten å selv måtte legge opp til det. Det ble mere naturlig å samtale om følelsene når helsesykepleier brukte spørsmålene i EPDS skjema som utgangspunkt. Spørsmålene gjorde det lettere å åpne opp og spørre om ting. Som en kvinne sa:

Screening er en god inngangsport, det er lettere sette det ned, altså når du har spørsmål foran deg og kan svare konkret på ting. Da er det lettere å få ballen til å rulle videre hvis det skulle være noe. (Informant 5)

Kvinnene hadde synspunkter på hvordan screening var med på å åpne opp for samtale om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. De beskrev screeningen som enkel å fylle ut og et hjelpemiddel til å få i gang samtalen. En kvinne fortalte at da hun fylte ut skjema ble hun klar over følelsene sine og kunne følge litt med på hvordan hun reagerte på ting. Ellers hadde hun tatt dagene som de kom. En annen kvinne beskrev screeningen som en døråpner til samtale. Gjennom samtale med helsesykepleier fikk hun en forklaring på de følelsene hun kjente på. Kvinnene mente at mange faktisk kunne være deprimerte, men at de selv trodde de ikke var det. Det var lett å skylde på søvnmangel. En av kvinnene mente at det er lettere å svare åpent hvis man er forberedt på forhånd på å få spørsmål rundt sin egen psykiske helse.

Kvinnene hadde mange tanker om hvor vanskelig det er både for kvinner og helsesykepleier å gå inn i samtalen. En av kvinne bemerket at selv om tema er ganske sårt tema, men at det likevel var viktig å våge seg litt på den samtalen. Sårbarheten kvinnen følte på gjorde det vanskelig for henne å gå inn i en slik samtale. Flere kvinner bemerket at tema ble tatt opp på en litt forsiktig og varsom måte av helsesykepleier. De mente det også kan være vanskelig for de som skal ta denne samtalen. En kvinne mente at det krevde mot av den profesjonelle å ta den samtalen.

Kvinnene opplevde ikke spørsmålene som ubehagelige eller for direkte. Spørsmålene ble brukt som utgangspunkt for samtale, og kvinnene fikk være med å bestemme den videre retningen. Kvinnene opplevde helsesykepleier som forsiktig i spørsmålsstilling, men også mer direkte i de tilfeller hvor de kjente hverandre godt. Som en kvinne sa:

Helsesykepleier spurte meg hvordan jeg hadde det og vi snakka litt om det. Så spurte hun meg egentlig rett ut, for vi er begge egentlig litt sånn rett ut folk - så hun spør meg da hvordan jeg har det. (Informant 7)

Mange av kvinnene uttrykte lettelse og takknemmelighet for at helsesykepleier tok opp tema. En kvinne sa at det var godt å kunne fortelle det til noen utenfor familien eller mannen. Det var en lettelse å få snakket om det. En annen kvinne uttrykte det på følgende måte:

Jeg vil fortelle at den screening gir en følelse av at dere bryr dere om oss, hvordan vi har det nybakte mødre. At man føler å bli sett og hørt og at dere bryr dere, at vi ikke er alene med ungen. (Informant 2)

5.2 Tilstedeværelse i samtalen

Tema blir nærmere beskrevet gjennom tre sub-tema: Tid i samtalen, Aktiv lytting og Nærhet

5.2.1 Tid i samtalen

Kvinnene var opptatt av hvor stor betydning det hadde hatt for dem at det var satt nok tid har for å samtale om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. Mange kom tilbake til det flere

ganger i løpet av intervjuet. De beskrev møte med helsesykepleier på helsestasjon som en plass der det ikke bare var å lempe barnet på vekta og springe igjen. Det var heller ikke en følelse av at nå kommer nestemann, så nå får du skynde deg. Tema var sårt og vanskelig for kvinnene å samtale om og derfor spesielt viktig i forhold til at det var satt av nok tid.

I forhold til dette med fødselsdepresjon og det at man kan føle seg nedstemt og at ting kan være vanskelig - for så vidt både for mor og far egentlig - helsesykepleier brukte litt tid på det i samtalen. (Informant 6)

Kvinnene hadde klare oppfatninger om at det var en omveltende situasjon å bli mamma. Det var både kaotisk, utfordrende og med store følelsesmessige svingninger. Når det skulle samtales om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel var det viktig med nok tid både for å samtale om det, og nok tid å avrunde. Kvinnene mente av at hvis helsesykepleier hadde vist tegn til at hun hadde hastverk og dårlig tid ville de føle seg presset til å svare fort. Hvis de hadde hatt noe på hjerte ville de mest sannsynligvis latt lar vær å si noe. En kvinne mente at det var viktig at det var satt av god tid for i slike samtaler du skal åpne opp så er det ikke gjort på to minutter. Kvinnene opplevde at når det var satt av nok tid til samtale bidro det også at helsesykepleier lyttet til det de hadde å fortelle. De råd og den veiledning kvinnene fikk gjenspeilet at helsesykepleier hadde vært oppmerksom på det kvinnen fortalte.

Det er veldig tungt å åpne opp om tunge temaer og prate om det. Hvis man skal snakke om disse tingene, man må føle at den andre personen har tid til å lytte, at det ikke virker til å være en person som er stresset av å se etter klokka og masse avtaler den dagen, men åpner opp litt. Det føler jeg den her helsesykepleieren hadde, god tid til å prate. (Informant 1)

5.2.2 Aktiv lytting

Kvinnene beskrev helsesykepleier som rolig og tålmodig, en behagelig person å samtale med. Kvinnene opplevde at helsesykepleier lyttet og var til stede, samtidig også litt tilbakeholden. Det skapte en ro i samtalen slik at kvinnene fikk mulighet utforske egne tanker og følelser. Det var ikke bare den måten det ble lyttet på som var behagelig, men også den imøtekommende og forståelsesfulle måten svarene ble gitt på. Helsesykepleier

stresset ikke rundt og gjorde andre ting i løpet av samtalen, men hadde oppmerksomheten rettet mot dem. Kvinne opplevde samtalen som behagelig, med en helsesykepleier som var forståelsesfull og oppmerksom på de tingene de spurte om. En kvinne beskrev det slik:

Ja, at helsesykepleier er rolig og behagelig, at det ikke er sånn at man føler at hun stresser rundt og gjør masse andre ting mens du prater og kanskje du føler at du egentlig forstyrrer henne. Og ikke bare lytter, men også en som, en som kan prate - egentlig måten man svarer på. (Informant 6)

En annen kvinne beskrev det slik:

Helsesykepleier er veldig tålmodig, det må man være som sykepleier og tar seg tiden å snakke. Hun snakker veldig sakte sånn at det ikke virker at vi har hastverk, vi må bli fort ferdig. Så der er det, det er ikke bare språket som teller. (Informant 2)

Helsesykepleier hadde tatt seg god tid i samtalen med å snakke sakte og ta pauser. For kvinnene bidro det til at de selv følte på en ro for å kjenne etter hvordan de hadde det. Som en kvinne sa:

Helsesykepleier er veldig rolig i vesen, er ikke stresset - ja snakker veldig rolig. Man blir ikke stresset av å snakke med henne, man blir selv veldig rolig. Det er ikke sånn følelse at vi har hastverk, vi må bli fort ferdig. (Informant 1)

5.2.3 Nærhet

Tett oppfølging fra helsesykepleier den første tiden etter fødsel åpnet opp for å samtale om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. Noen hadde hatt to hjemmebesøk av helsesykepleier og telefonkontakt i tillegg. Mange av kvinnene kjente helsesykepleier fra tidligere besøk på helsestasjonen. De mente tett oppfølgingen de første dagene gav trygghet og ro. Det ble lettere å ha samtalen etter screening, åpne opp og fortelle om følelsene sine. De beskriver helsesykepleier i samtalen som forsiktig og forståelsesfull, som behandlet dem med varsomhet. Noen kvinner beskrev hvordan helsesykepleier innledet til samtale om tema med bruk av naturlige overganger. Slik en kvinne beskrev det:

Hvis vi snakker om vanlige dagligdagse ting, da blir det jo litt sånn hvordan man har det og da er man jo tilbake på tema. Prate litt om ungen og så litt om hvordan en selv har det, om man har sovet bra – så blir det jo litt frem og tilbake for å komme inn på tema. (Informant 4)

Kvinnene beskrev helsesykepleier som sensitiv i fremtoningen, hvordan hun følte seg litt frem og nærmet seg dem med forsiktighet. En kvinne fortalte om sitt møte med en ydmyk og forståelsesfull helsesykepleier. For henne bidro det til å åpne opp slik at hun og helsesykepleier sammen kunne gå dypere inn i tema. En annen kvinne fortalte om hvordan den omsorgen hun fikk følte ekte ved at helsesykepleier var til stede, rolig og lyttet til hva hun sa. Hun fikk på den måten en veldig tillit til den helsesykepleieren.

Det er viktig med en god balansegang. Du vet at den du prater med er profesjonell, men oppfører seg mer som en som faktisk vil deg godt - det blir en avslappet stemning. Ikke sitter der med blokka og noterer alt du sier. (Informant 5)

5.3 Aktiv deltaker i samtalen

Tema blir nærmere beskrevet gjennom to sub-tema: Ivaretagelse i samtalen og Ta del i samtalen

5.3.1 Ivaretagelse i samtalen

Kvinnene opplevde at de ble tatt vare på i samtale med helsesykepleier. De beskrev helsesykepleier som en ydmyk, forståelsesfull og en imøtekommende person. I samtalen var det rom for å luften det de hadde behov for. De ble tatt på alvor med sine bekymringer og ikke møtt med noen oppfatninger om hvordan ting skal være. Kvinnene mente at en avslappet og rolig atmosfære var viktig for å få en god kommunikasjon. Det gjorde det lettere å åpne opp for samtale om tema.

En av kvinnene fortalte at hun kunne være en litt bekymret mor noen ganger og hvordan. Helsesykepleier var veldig observant på å følge opp på de spørsmålene hun hadde med råd og veiledning. En annen kvinne følte at tilliten mellom dem gjorde at det ikke var noe hinder for å prate om noe eller spørre om noe. Hun følte at helsesykepleier alltid ville det beste for

henne. Kvinnene opplevde helsesykepleier som lydhør og interessert i hva de mente, og ikke bare drev samtalen videre på egen hånd. Som en kvinne sa:

Helsesykepleier snakket på hjemmebesøket om at det skulle være en screening og hun virket liksom sånn åpen for å høre om det var greit for meg. Ikke bare sånn neste gang skal vi - men hva tenker du om det, er det okey? (Informant 8)

5.3.2 Ta del i samtalen

Kvinnene fortalte hvordan de kunne være med å forme samtalen, hva de ville snakke mer om og hva som ikke var så viktig. De fortalte at samtalen kunne starte litt vidt og generelt for deretter å konsentrere tema som de var opptatt av. De opplevde at samtalen ble tilpasset deres behov og situasjon, hva de ønsket å snakke om. Helsesykepleier var også observant på å følge opp med å stille videre spørsmål på de tingene de ønsket å snakke om.

Det viktigste for meg var at helsesykepleier viste interesse for det jeg hadde å si, at det ikke bare ble å lese på arket hva som står der og gå fort igjennom det bare for at man skal gå gjennom det. (Informant 6)

Kvinnene fortalte hvordan helsesykepleier brukte EPDS screening med spørsmål som et utgangspunkt for samtalen. Når det var tema kvinnene ville snakke mere om eller som ikke var en direkte del av screeningen så var ikke det til noe hinder. En kvinne som hadde hatt oppfølging hos samme helsesykepleier med flere av barna sine fortalte hvordan kontinuitet hadde skapt en trygghet og forståelse mellom henne og helsesykepleier. De kjente hverandre så godt at de hadde en veldig åpen dialog. En annen kvinne fortalte om hvordan hun hadde opplevde at helsesykepleier snakket med henne og ikke var helt nede i skjema. De hadde sammen gått gjennom skjema og snakket rundt det som stod der. Det var kvinnen veldig fornøyd med. En annen kvinne fortalte:

Jeg kunne styre litt selv hva jeg ville snakke mer om og hva som ikke var så viktig. Når jeg hadde skrevet at alt var bra da snakket vi ikke så mye om det, men heller der jeg hadde skrevet at ting var litt tyngre. De temaene kunne vi snakke mere om.
(Informant 5)

6 Diskusjon

I kapitlet vil jeg se nærmere på og diskutere egne funn i forhold til problemstillingen, tidligere forskning og teori. Tre hovedtema er analysert frem og danner utgangspunkt for diskusjon: Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner, Tilstedeværelse i samtale og Aktiv deltaker i samtalen.

6.1 Inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner

Kvinnene i min studie som hadde hatt fått informasjon om EPDS screening på hjemmebesøk av helsesykepleier beskrev det som veldig nyttig. De visste på forhånd at følelsesmessige reaksjoner etter fødsel kom til å bli et tema på 6 ukers besøket og de kunne forberede seg litt i forkant. For mange var det en lettelse at det ikke var uvanlig å kjenne på de følelsene de hadde. Viktigheten av informasjon kom frem i en studie av Seguin og medarbeidere (1999). Forskerne konkluderte med at støtte i form av informasjon til mødre var et av de viktige tiltakene for å forebygge depresjon. En studie av Glavin og medarbeidere (2009) viste lavere forekomst av barseldepresjon hos kvinner som hadde fått informasjon om psykiske helse etter fødsel på første hjemmebesøk enn kvinnene i sammenlignings kommunene som ikke hadde fått den samme informasjon. Intervensjons gruppa fikk også vite at de kunne kontakte helsestasjonen før 6 ukers besøk hvis de hadde behov for det. Mødre gav uttrykk for at de skulle ønske de hadde fått informasjon etter første fødsel. Studien konkluderte med at informasjon og støtte på hjemmebesøk kan ha hatt forebyggende effekt på depresjon hos barselkvinner (Glavin et al., 2009). I en senere studie av Glavin og medarbeidere (2010) der helsesykepleiere har delt sine erfaringer med bruk av EPDS screening kom det frem at å informere om psykisk helse og dele ut informasjonsbrosjyre var primærforebyggende og gav hjemmebesøket en helt annen mening (Glavin et al., 2010). I studien til Horowitz og medarbeidere (2013) fant forskerne at hjemmebesøk av sykepleier med fokus på tilstedeværelse, aktiv lytting, oppmerksomhet og refleksjon hadde positiv effekt på alle kvinnene i studien (Horowitz et al., 2013).

Kvinnene i studien gav uttrykk for at de første ukene kunne være spesielt vanskelig. På hjemmebesøket opplevde de at helsesykepleier hadde vært oppmerksom og lyttet til det de

sa, det var rom for å spørre om ting. Det å vite at det også var mulighet for å ringe og ta kontakt når det var behov, var for dem betryggende. De hadde også fått vite at de skulle treffe samme helsesykepleieren igjen på 6 ukers besøket. Med kortere liggetid på barsel reiser mange mødre hjem før amming er etablert. Flere av kvinnene var opptatt av hvordan ammeproblemer etter hjemkomst fra barsel førte til frustrasjon og oppgitthet. En av kvinnene fortalte at hun hadde ringt til fødeavdelingen for hjelp da det var natt og hun ikke ville vekke hele huset. Sett i lys av studien til Haga og medarbeidere (2012) der det å lykkes med amming kan settes i sammenheng med lav grad av depressive symptomer postpartum, vil det være av stor betydning at mor vet hvor hun kan henvende seg for hjelp.

Helsesykepleier som skal følge opp kvinnen etter hjemkomst fra barsel har en oppgave med å oppdage en forlenget «blues» på hjemmebesøk eller på helsestasjonen. Det bør ved første kontakt være klart hvor og hvordan mødre kan ta kontakt med primærhelsetjenesten.

På 6 ukers besøket på helsestasjonen hadde helsesykepleier lagt til rette for at kvinnene kunne få sitte på en rolig plass for seg selv og fylle ut skjema. Det ble også ordnet med noen som kunne passe på barnet hvis far ikke var med. Det hadde gitt kvinnene ro og bedre mulighet for å tenke over hvordan de siste syv dagene hadde vært. Dette er i tråd med anbefalingene Cox og medarbeidere (2014) gir om hvor og hvordan screening skal foregå. Kvinnen skal sikres privatliv og det skal settes av tid til samtale i etterkant for å gå gjennom det kvinnen har svart. EPDS skjema skal ikke sendes hjem til kvinnen i posten. Kvinnen skal først lese og fylle ut skjema etter samtale med helsesykepleier som er gitt opplæring i bruk av verktøyet (Cox et al., 2014). To av kvinnene i min studie hadde fått det i posten der helsesykepleier hadde ringt i etterkant og bedt dem ta det med på 6 ukers besøket. Kvinnene hadde ikke noen synspunkter på dette. De trodde det skulle være slik inntil helsesykepleier hadde tatt kontakt med dem på telefon. Alle kvinnene fikk oppfølgingssamtale etter screening og alle hadde synspunkter omkring den tid som var satt av til samtale i etterkant.

Kvinnene i studien mente det fortsatt er mye tabu og skam knyttet til mors psykiske helse etter fødsel. De mente det var en av de barrierene som var til mest til hinder for å samtale om følelsesmessige reaksjoner og barseldepresjon. Flere fortalte at det var vanlig å skyve tankene og følelsene unna, holde dem på avstand og berolige seg selv med at det ikke angikk

dem eller kom til å gå over. Noen kvinner hadde registrert en mer åpenhet blant annet i media om hvordan tiden etter fødsel kan være. Erfaringer kvinnene i min studie har delt gir et annet bilde. Følelsesmessige reaksjoner etter fødsel er tøft, sårt og vanskelig. En kvinne fortalte hvordan det kan være vanskelig å dele med omverden at man ikke er helt lykkelig med en gang. Følelsen av ikke å strekke til i den nye rollen kan være tung å bære for en nybakt mor. Flere av de studiene jeg tidligere har referert til tar opp forhold som gjelder stigmatisering (Buist et al, 2002; McCarty & McMahan, 2008; Negron et al., 2013). I studien til Glavin og medarbeidere (2010) mente helsesykepleiere at bruk av EPDS screening var med å skape et større fokus på barseldepresjon og mere åpenhet omkring psykiske helseproblemer. De mente også at de var blitt mer sensitiv og observant i konsultasjon med mødrene etter at de hadde begynt å bruke EPDS screening (Glavin et al., 2010).

Kvinnene i studien mente at screeningen var en god måte å innlede til samtale om følelsesmessige reaksjoner. Samtidig var viktig hvordan helsesykepleier gikk inn i tematikken. Sensitivitet når det gjelder å høre hva kvinnen tenkte og mente, om det var greit for henne at tema ble tatt opp ble av flere fremhevet som svært viktig. En sensitiv helsesykepleier vil spørre mor om hvordan hun opplevde det som ble sagt eller beklage når hun har vært ubetenksom. Det er den sensitive, aksepterende lyttingen og spørsmålene som driver samtalen fremover. Målet er at mor skal få utforske følelsene sine som er viktig for utvikling av foreldreskap, foreldrerollen og kontakten med det nyfødte barnet. Personsentrerte støttesamtaler hjelper mor å øke sin følelsesbevissthet (Haug, 2016, s.323).

Kendall-Tackett (2005) mener uvitenhet er en stor barrierene for å hjelpe kvinner med depressive symptomer etter fødsel. Fagfolk må holde seg oppdatert på ny forskning, for uten korrekt informasjon blir barselkvinner passive offer som mottar dårlig omsorg. Kvinnene i studien min gav uttrykk for at de hadde stor tillit til den faglige kunnskap helsesykepleiere har med bakgrunn i utdanning og erfaring. Flere kvinner vektla den profesjonelle rollen helsesykepleier har, og hvordan den må balanseres med de menneskelige aspektene. En kvinne fortalte om hvor viktig det hadde vært for henne den helsefaglige kunnskapen som helsesykepleier hadde delt med henne i samtalen. En annen kvinne fortalte hvor godt hun synes det var at helsesykepleier ikke satt og noterte alt hun, men heller hadde oppmerksomheten rettet mot henne. Eide & Eide (2005) mener at uten grundig kjennskap til

fag vil kommunikasjon i mange tilfeller bli uinformert og mangelfull. Profesjonell empati innebærer å innstille seg på den andre med sin faglige kunnskap, lytte aktivt og henvendt til den andre (Eide & Eide, 2005, s.38). Mange av kvinnene gav uttrykk for at de erfarte en helsesykepleier som var opptatt av tematikken. De mente det var et godt utgangspunkt for å hjelpe kvinner etter fødsel med de følelsesmessige reaksjonene som mange sliter med.

Studier har vist at EPDS screening kan være et utgangspunkt for samtale mellom helsesykepleier og kvinnen (Buist et al., 2002; Cox et al., 2014; Glavin et al. 2010). Kvinnene i min studie har delt sine erfaringer om hvordan EPDS screeningen innleder til å samtale om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. Noen av kvinnene erfarte en litt varsom og forsiktig fremtoning hos helsesykepleier. De mente det kunne være vanskelig også for dem å ta den samtalen. De fortalte om hvordan helsesykepleier hadde gått gjennom ett og ett av spørsmålene på skjema som utgangspunkt for samtale. Samtidig hadde helsesykepleier hatt oppmerksomheten rettet mot dem og det de fortalte. Mange syntes at det var bra at helsesykepleier ikke hadde vært for nøye å følge punktene på skjema i en bestemt rekkefølge. Det ble en ledigere stil på samtalen, det var rom for å spørre og komme med egne betraktninger. Samtidig bidro spørsmålene på skjema til at man kom naturlig inn på tema. Kvinnene mente at screeningen og den informasjon helsesykepleier hadde gitt dem var til god nytte for å forklare følelsene de kjente på etter fødsel. Flere av kvinnen gav uttrykk for at screeningen gav dem en følelse av at det var noen som brydde seg om dem, hvordan de hadde det. I studien til Glavin og medarbeidere (2010) fortalte helsesykepleiere at de brukte spørsmålene i EPDS screening som utgangspunkt for samtale. De rapporterte at de hadde hatt en bedre kommunikasjon og tettere kontakt med mødrene. Helsesykepleierne meldte også at foreldrene følte at de ble tatt bedre vare på og tok oftere kontakt hvis de hadde behov for hjelp. EPDS ble også beskrevet som en døråpner for mødrene for å snakke om sine problemer (Glavin et al., 2010). Flere kvinner i studien mente at det kunne vært bra å ha en lignende samtale på et senere tidspunkt som en oppfølging til den på 6 uker.

Flere av kvinnene i min studie mente at screeningen var viktig for å avdekke en mulig depresjon i forhold til det mange mødre sliter med etter fødsel, lite søvn eller dårlig søvn. De mente at mange kvinner ikke tror de er deprimerte fordi de sover lite. Nøyaktig samme betraktninger kom frem i studien til Dørheim og medarbeidere (2009). Forskerne fant at

dårlig søvn kvalitet kan sees i sammenheng med depresjon uavhengig av andre risikofaktorer og kan øke risikoen for depresjon hos noen mødre. Studien målte søvnkvaliteten hos mødre de fem første måneder etter fødsel. To måneder etter fødsel var det nærmere 60% av kvinnene i studien som fortsatt hadde dårlig søvn kvalitet, hvor 16,5% av disse ble målt med depressive symptomer med EPDS screening. De tre første månedene etter fødsel kan karakteriseres med en kontinuerlig endring i søvnvaner. Hvis kvinner blir spurt kan være vanskelig for dem å tilkjenne de siste månedenes søvnkvalitet. Mødre som diagnostiseres med barseldepresjon rapporterer sjelden om sine søvnproblemer. Det kan være verdt å merke seg at Dørheim og medarbeidere fant at søvnkvaliteten var bedre hos kvinner som full ammet enn de som delvis benyttet flaskeernæring til barnet (Dørheim et al., 2009).

I studien til McCarthy og McMahon (2008) kom det også frem at kvinner hadde følt at noe var galt, men skyldte på mangel på søvn. De forstod ikke at det handlet om depresjon før det ble indentifisert av en profesjonell helsearbeider (McCarthy & McMahon, 2009). I studien til Negrón og medarbeidere (2013) kom det blant annet frem at et av de viktigste behovene mødre hadde var støtte til å få nok søvn. Mangel på slik støtte ble satt i sammenheng med barseldepresjon (Negrón et al., 2013). Med henblikk på funnene i studiene til Dørheim og medarbeidere, McCarthy & McMahon og Negrón og medarbeidere bør helsesykepleier samtale med mødre om deres søvnkvalitet, men bør samtidig ha i tankene at det kan være vanskelig for mødre å gi detaljerte beskrivelser av sitt søvnmønster. I min studie hadde betraktninger om forholdet mellom søvn og depresjon kommet frem ved gjennomgang av screening.

6.2 Tilstedeværelse i samtalen

Kvinnene i min studie vektla betydningen av at det måtte være satt av nok tid for samtale etter screening. Det var helt essensielt når det kom til å åpne opp om et tungt og sårt tema. Kvinnene mente at det var fort å la være å si noe hvis helsesykepleier var stresset eller viste at hun hadde det travelt. I studien til Glavin og medarbeidere (2010) delte helsesykepleiere sin bekymring for tidsbegrensning i konsultasjon. De mente det var viktig å ha nok tid når de skulle samtale med mødre etter at de hadde fylt ut skjema screeningen. I studien gav

helsesykepleierne uttrykk for at de hadde støtte fra ledelsen for at det var behov for ekstra tid for å gjøre en god jobb med screening (Glavin et al., 2010).

Kvinnene i studien mente at nok tid i samtalen bidro til en avslappet stemning og ro i situasjon. I konsultasjon var det lagt opp til nok tid både for å samtale om barnet og dem selv. Kvinnene bemerket at det aldri var en følelse av de måtte bli fort ferdig.

Helsesykepleier hadde tatt seg tid til å lytte, vært oppmerksom, forståelsesfull og til stede i samtalen. Kvinnen følte at helsesykepleier virkelig forsøkte å forstå dem og deres situasjon. Flere av kvinnene mente at den ro som helsesykepleier formidlet smittet over på dem. De ble selv rolige. Haug (2016) mener stillhet er en viktig del av støttesamtalen. Stillhet gjør det mulig både for helsesykepleier og kvinnen til å reflektere over det som er blitt sagt og fortsette å dele tanker og følelser. Det kan være nyttig og nødvendig å dvele ved det samtalen handler om – enten det er vanskelig eller meningsfullt. For noen helsesykepleiere kan stillhet være utfordrende og kreve ekstra bevissthet og trening (Haug, 2016, s. 326).

Kvinnene i studien beskrev hvilken omveltende situasjon det var å få barn, en kaotisk setting med alt som skjer rundt dem og hvordan forhold kan settes under press. Mødre som kommer til helsestasjonen, har behov for en god samtalepartner når de er urolige for barnet, seg selv eller sin partner. Aslaug Haug (2016) beskriver det dilemma mange mødre opplever når de skal snakke om tyngende tema. På den ene siden behovet for å snakke om vanskelige tema og følelser og på den andre siden engstelse for å bli møtt med manglende forståelse, bagatellisering, fordømmelse eller uvitenhet. Samtale med en helsesykepleier som er interessert, vennlig og har kunnskap kan gjøre en stor forskjell i utviklingen av en depresjon hos en nybakt mor. I samtale kan hun få hjelp for å finne en ny vei videre og akseptere tilstanden. Mor har behov for å utvikle strategier knyttet til aksept av følelser. Samtale med helsesykepleier kan gjøre mor bevisst på prosessen i sitt indre og reflektere og snakke om tanker, følelser og opplevelser. Gjennom en ny forståelse om seg selv og sine nærmeste kan fremtiden med barnet håndteres på en bedre måte (Haug, 2016, s.321).

Kvinnene i studien fortalte om en tålmodig, ydmyk og forståelsesfull helsesykepleier som tok seg tid til å fortelle, forklare og begrunne de tingene som ble tatt opp. De følte det var en interesse, omtanke og vilje til å forsøke å forstå hva de strevde med. Flere kvinner i studien hadde meninger om at det ikke bare var det verbale, men også det nonverbale språket som

bidro til at de kunne åpne opp om sine følelser. Helsesykepleier formidlet i sin fremtoning en ro og forståelse for kvinnen. Holdt seg selv litt tilbake. Den empatiske kommunikasjon slik Brudal (2014) beskriver det der hjelperen forblir reseptiv, lyttende og til stede i et «speilende modus» og unngår å kommentere, avbryte eller korrigere underveis kommer også fint til syne her. Haug (2016) mener det nonverbale språket gir verdifull hjelp for å forstå mors underliggende følelser. Tristhet og fortvilelse kan være vanskelig å uttrykke verbalt og noen kvinner har lært seg at det er ingen hensikt å uttrykke følelser. De er kanskje ikke vant til å få trøst eller støtte. Helsesykepleier kan ved å legge merke til stemningen kvinnen er i når hun kommer til støttesamtale tone seg inn med ydmyk og forsiktig tilnærming. Hos noen skjer innlevelse automatisk, hos andre må det bevisstgjøring og trening til. Innrøping krever tilstedeværelse. Stress i situasjon kan redusere helsesykepleiers evne til inn toning (Haug, 2016, s.326-327).

En av kvinnene fortalte hvordan helsesykepleier tok henne veldig på alvor siden hun var en litt bekymret mor noen ganger. En annen kvinne fortalte hvordan helsesykepleier hun opplevde at helsesykepleier så henne som en person, ikke bare leste svarene på skjema. Begge illustrerer også på en god måte helsesykepleiers tilstedeværelse i samtalen. I studien til Glavin og medarbeidere (2010a) benyttet helsesykepleier aktiv lytting og empatiske kommunikasjon for å støtte mødre med barseldepresjon. Det ble sett på som svært viktig å etablere en god relasjon mellom helsesykepleier og kvinnen. Studien viste at individuelt tilpasset støtte gav gode resultater og kan være et verdifullt bidrag helsesykepleie tjenesten (Glavin et al., 2010a). Også i studien til Morell og medarbeidere (2009) der kvinnene fikk støtte hos helsesykepleiere i form av kognitiv adferdsterapi og personsentrert tilnærming ble det sett på som viktig utvikle en hjelpsom relasjon med positive tilbakemeldinger mot kvinnen og utvise en empatiske holdning (Morell et al, 2009). Med en personsentrert tilnærming kan en vennlig, varm og forståelsesfull helsesykepleier hjelpe kvinnen til å gjenvinne balanse og verdi (Haug, 2016).

Hensikten med EPDS var for Cox og medarbeidere (2014) å en utvikle en screening som kunne identifisere depresjon og hjelpe kvinner etter fødsel på et så tidlig tidspunkt som mulig. Forskerne ønsket på den bakgrunn å finne ut hvordan blant annet helsesykepleiere kunne ha en nøkkelrolle for å hjelpe kvinnene. De gjennomførte en randomisert kontrollert

studie for å undersøke effekten av støttesamtale gitt av helsesykepleier til kvinner med mild depresjon. EPDS screening ble gjennomført seks uker etter fødsel. 50 kvinner deltok i studien, 27 i intervensjonsgruppen og 23 i kontrollgruppen. Helsesykepleiere hadde fått opplæring i støttesamtale med aktiv lytting og empatisk kommunikasjon. Kvinnene i intervensjonsgruppen fikk etter eget ønske opp mot åtte ekstra hjemmebesøk i uken frem til barnet var tre måneder gammel. Kvinnene ble oppmuntret til å snakke om følelsene sine. Ved tre måneder hadde 18 kvinner av 27 (69%) i intervensjonsgruppen ingen tegn til depresjon mens det til sammenligning var det 9 kvinner av 23 (38%) i kontrollgruppen som hadde fått vanlig oppfølging. Differansen var på 32% (Holden et al., 1989). Cox og medarbeidere (2014) gir i kapitel 5 eksempler på en rekke studier fra hele verden som viser hvordan støttesamtale i form av aktiv lytting og empatisk kommunikasjon kan hjelpe kvinner etter fødsel.

I en studie av Cooper og medarbeidere (2003) ønsket forskerne å finne ut effekten av tre ulike psykologiske intervensjoner i forhold til vanlig oppfølging for kvinner etter fødsel. 193 kvinner deltok i studien, alle identifisert med mild depresjon med bruk av EPDS screening. Kvinnene ble delt i fire grupper der hver gruppe fikk en bestemt oppfølging enten i form av kognitiv adferdsterapi, aktiv lytting, psykodynamisk terapi eller ordinær oppfølging. Studien gikk over 60 måneder. De første 8 – 18 uker fikk kvinnene ukentlig oppfølging i sitt eget hjem. De siste to kontaktene ved 18 måneder og 60 måneder ble gjort ved en forskningsenhet. Sammenlignet med gruppen som fikk ordinær oppfølging viste tiltakene i de andre tre gruppene betydelig bedring av depresjons symptomer opp mot 4,5 måneder. (Cooper et al., 2003)

Studiene til Cooper og medarbeidere (2003) og Holden og medarbeidere (1989) konkluderte med at opplæring av helsesykepleiere i å identifisere og gi støttesamtaler i form av empatisk og lyttende kommunikasjon reduserte depresjonssymptomer hos barselkvinner opp mot 4,5 måneder etter fødsel. Langsiktige effekter ble ikke rapportert i disse studiene. Nyere studier av Glavin og medarbeidere (2010) og Morell og medarbeidere (2009) har derimot vist en positiv langsiktig effekt av støttesamtale gitt av helsesykepleier som intervensjon ved depressive symptomer. Studiene fant reduksjon i depressive symptomer for alle kvinner både 6 og 12 måneder etter fødsel. Empatisk kommunikasjon og aktiv lytting er en viktig del

av støttesamtalen til kvinner som har behov for videre oppfølging etter EPDS screening. Metoden er godt utprøvd i Norge med god effekt. (Glavin, 2010).

6.3 Aktiv deltaker i samtalen

Flere studier har vist effekt av støttesamtaler for de kvinner som ikke behøver spesialisthjelp (Glavin et al, 2010b; Holden et al., 1989; Morell et al., 2009). I etterkant av screening på seks ukers besøk gjøres en klinisk vurdering og dersom kvinnene ønsker det får hun tilbud om flere støttesamtaler. Kvinnens individuelle behov skal vektlegges og samtalen tilpasses deretter. Aktiv lytting og empatisk kommunikasjon benyttes som metode. Hvor mange samtaler kvinnen har behov for er individuelt og legges opp deretter. Støttesamtalen er ikke en statisk teknikk eller metode, men en dynamisk prosess som helsesykepleier kan forbedre etter hvert som det tilegnes erfaring. Helsesykepleier er den viktigste parten med hensyn til likestilling mellom partene (Glavin, 2019, s.110). De samme betraktninger kommer frem hos Holm (2005) som beskriver hvordan det vil være hjelperens evne til å ta hånd om de bevisste og ubevisste forventningene og reaksjonene hos den som søker hjelp som hindrer eller fremmer samspillet mellom de to (Holm, 2005, s. 37).

Kvinnene i studien var opptatt av at det var viktig at det var helsesykepleier som tok initiativ til samtale. De mente det var godt å kunne prate om tema uten selv å legge opp til det. Det ble naturlig at de tok del i samtalen når helsesykepleier var oppmerksom og inviterte dem inn. Ingen av kvinnene gav uttrykk for at helsesykepleier overkjørte dem på noen måte, men heller på en varsom og forsiktig måte innledet til å snakke om tema. En av kvinnene hadde etterspurt screeningen selv da hun etter første fødsel hadde opplevd depresjon og ble tilbudt medikamentell behandling. I etterkant var hun klar på at det hadde vært bedre for henne å få oppfølging med støttesamtaler. Studier har vist at kvinner som behøver videre oppfølging etter screening har behov for mellom to og syv samtaler (Glavin et al., 2010b).

Kvinnene i studien ble spurt om helsesykepleier hadde benyttet åpne eller lukkede spørsmål i samtale etter screening. Generelt mente de helsesykepleier hadde vært observant på å bruke åpne spørsmål fordi de følte det hadde vært gitt dem mulighet til å fortelle og gi beskrivelser i samtalen. Haug (2016) mener åpne spørsmål er et bærende element i personsentrert samtale. Åpne spørsmål inviterer til utforskning og gir kvinnen rom for å

snakke om opplevelser, oppfatninger, tanker og følelser. Med å bruke åpne spørsmål kan helsesykepleier invitere seg inn i kvinnens verden, men det krever varsomhet, ydmykhet og respekt. Muligheten for å hjelpe ligger i kombinasjonen mellom holdningene og de gode spørsmålene. Haug (2016) mener at når helsesykepleier skal utforske og prøve seg litt frem i samtale med kvinnen hjelper det å være ydmyk og undrende. Åpne spørsmål kan hjelpe kvinnen til å åpne opp og helsesykepleier kan melde seg inn i dialogen. En av kvinnene i studien fortalte hvordan det hadde vært til stor hjelp for henne at helsesykepleier hadde benyttet åpne spørsmål da hun var sterkt preget av brystbetennelse. Helsesykepleier hadde vært inviterende i spørsmålsstillingen for å komme lengre inn i problematikken for så etter hvert å spisse det inn slik at hun kunne gi kvinnen eksakte råd og veiledning da de kom inn til kjernen av problemet.

Kvinnene i studien ble spurt om hvordan det hadde blitt lagt tilrette for en dialog mellom dem og helsesykepleier og hva som bidro til at de kunne åpne opp om sine tanker. Samtalen med helsesykepleier hadde tatt utgangspunkt i screening, men at behovene deres hadde vært styrende for samtalen. Helsesykepleier hadde lyttet, vært støttende og brukt åpne spørsmål slik at de kunne reflektere og sortere sammen de tankene kvinnene hadde. Haug (2016) forklarer at den personsentrerte støttesamtale skal følge kvinnens valg av tema. Helsesykepleier skal holde seg selv tilbake, kvinnen må få tid og rom til å utforske egne tanker og følelser for selv å komme frem til hva som kan bedre hennes situasjon. Hvis kvinnen får mulighet til å snakke om egne behov og forventninger kan hennes identitet og verdi gjenskapes. Endring kan bare skje hvis kvinnen får snakke med en helper som er engasjert og interessert (Haug, 2016, s. 321). Kvinnene fortalte om den interesse helsesykepleier hadde for å høre deres meninger, hvordan hun tok på alvor det de sa og hvordan hun stilte videre spørsmål på det de fortalte. Helsesykepleiers interesse var helt avgjørende for at følte de fikk ta del i samtalen. Holm (2005) understreker også hvor betydningsfullt det er helperen formidler omtanke og interesse for den som behøver hjelp. Evnen til å aktivere en genuin interesse og formidle denne er en viktig komponent i profesjonell innstilling (Holm, 2005, s. 44-45)

Følelsesmessige reaksjoner og depresjon etter fødsel kan for mange kvinner være en opplevelse av at ingenting nytter eller det er vanskelig å se utveier. Motløshet kan ta

overhånd. Helsesykepleier kan gjennom bruk av støttesamtale hjelpe kvinnen til å finne utveier hun selv ikke er i stand til å se. I støttesamtalen kan muligheter og løsninger utforskes. Her er det viktig at helsesykepleier er bevisst på at det er kvinnen som kjenner sin virkelighet, sine muligheter og opplevelse og ikke gå for raskt frem mot løsninger. Kvinnen kan da føle seg avvist eller oppleve at helsesykepleier ikke forstår hvordan hun har det. For at det skal være konstruktivt for kvinnen å lete etter muligheter og utveier bør helsesykepleier først ta henne gjennom en utforskning om hvordan hun har det. Kvinnen bør da føle seg forstått og akseptert av helsesykepleier (Haug, 2016, s.326). En kvinnene i min studie fortalte om en behagelig samtale med en lyttende, imøtekommende og forståelsesfull helsesykepleier der hun ikke ble møtt av noe synsing om hvordan ting skal være eller forventninger. Denne kvinnens erfaringer illustrer på en god måte hvordan helsesykepleier gjennom støttesamtale og dialog utforsker muligheter og løsninger sammen med kvinnen.

Som et eksempel på hvordan helsesykepleier kan anvende støttesamtale som teknikk for å hjelpe kvinner gjennom en vanskelig periode etter fødsel kan det være verdt å se nærmere på studien til Segre og medarbeidere (2010). I støttesamtalen lytter helsesykepleier til alle aspekter ved kvinnens verbale og non verbale budskap og reflekterer disse tilbake til kvinnen. Når budskapet blir reflektert tilbake kan sammenhengen mellom kvinnens tilstand og erfaringer utforskes. Helsesykepleier kan på den måten tilkjenne en genuin interesse for å forstå kvinnens situasjon og arbeide sammen med henne uten å innta en ekspert rolle. Kvinnen må i tillegg få hjelp med å håndtere sine problemer og gjøre endringer som er tråd med sine egne verdier. I samtale med kvinnen (en dialog) er målet å få frem hennes problemer for deretter å sette søkelys på ett av dem. Helsesykepleier kan oppmuntre kvinnen til en idemyldring, lage en liste med løsninger og til slutt bestemme seg for en som er gjennomførbar. Løsningen kvinnen har valgt evalueres sammen med helsesykepleier både med hensyn til positive og negative utfall. Hvis løsningen fortsatt er akseptabel etter evaluering lager kvinnen og helsesykepleier en plan for gjennomføring. Helsesykepleier skal hele veien reflektere sammen med kvinnen og fokusere på hennes mestringsevne (Segre et al. 2010). Metoden til Segre fokuserer på refleksjon og den mestringsevne kvinnen selv har. Helsesykepleiers kan støtte kvinnen ved å vise en genuin og ekte interesse og en empatisk og positiv holdning.

7 Konklusjon

Barseltiden er for mange kvinner en periode med økt psykologisk sårbarhet. Norske studier viser en forekomst mellom 8,9% og 16,5% av depresjon eller depressive tilstander hos barselkvinner. Barseldepresjon kan oppstå hele det første året etter fødsel. EPDS er en validert selvrapporteringskala for å identifisere og forebygge depressive symptomer hos kvinner etter fødsel. I min studie ønsket jeg å få mere kunnskap om kvinners erfaring med samtale etter EPDS screening. Samtalen har kvinnene hatt med helsesykepleier på helsestasjonen seks uker etter fødsel. Åtte kvinner deltok i studien. For å få svar på problemstillingen brukte jeg semistrukturert intervju for å samle inn data.

I studien kom det frem at tabu og skam er stor barrierene for å samtale om psykiske reaksjoner etter fødsel. Tema er sårt og ubehagelig, det kan være vanskelig for kvinnen å våge seg på den samtalen. Mange skyver tankene unna og skylder på dårlig søvn. Kvinner kjenner seg ofte alene med følelsene sine. De mente at den informasjon de fikk av helsesykepleier både på hjemmebesøk og på seks ukers konsultasjonen var viktig for å forstå følelsene sine. Kvinnene fortalte hvordan helsesykepleier innledet til samtale ved å bruke spørsmålene i EPDS skjema. Spørsmålene gjorde dem oppmerksom på følelsene sine, de slapp å ha dårlig samvittighet. Skjema gjorde at de kom naturlig inn på tema og kunne svare konkret på hvordan de hadde det. Kvinnene følte at gjennom screening ble de vist omsorg og tatt vare på.

Kvinnene delte sine erfaringer om hvordan helsesykepleier hadde satt av nok tid i konsultasjonen til å samtale om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. De erfarte en helsesykepleier som tok seg tiden til å snakke og snakket sakte. Stresset ikke rundt og gjorde andre ting i konsultasjon. Kvinnene følte at helsesykepleier var til stede, lyttet og hadde oppmerksomheten rettet mot dem. En behagelig samtale med en tålmodig og rolig helsesykepleier. Kvinnene mente at helsesykepleiers ro smittet over på dem.

Kvinnene erfarte at de kunne være med å forme samtalen, hva de ville snakke mer om og hva som ikke var så viktig. Samtalen ble tilpasset deres behov og situasjon. Helsesykepleier var observant, viste interesse og stilte videre spørsmål på de tingene de ønsket å snakke mer om. Samtalen tok utgangspunkt i screening, men behovene til kvinnene var styrende.

Helsesykepleier hadde lyttet, vært støttende og brukt åpne spørsmål slik at de kunne reflektere og sortere sammen de tankene kvinnene hadde. Kvinnene erfarte ikke at de ble møtt av oppfatninger om hvordan ting skal være eller forventninger.

Studien konkluderer med at kvinnene erfarer EPDS som en god inngangsport for å snakke om følelsesmessige reaksjoner etter fødsel. Helsesykepleier viser tilstedeværelse gjennom aktiv lytting og empatisk kommunikasjon. En personsentrert støtte bidrar til at kvinnene får ta aktivt del i samtalen.

Barseldepresjon påvirker kvinner når de er på sitt mest sårbare i livet, uten hjelp kan det få alvorlige konsekvenser og vedvare årevis. Helsesykepleiere har jevnlig kontakt med mødre i barnets første leveår noe som gir dem en unik mulighet til å oppdage depressive symptomer. Edinburgh metoden identifiserer barseldepresjon på et tidlig tidspunkt som muliggjør tidlig intervensjon. Kvalitative studier som etterspør kvinners erfaringer, gir verdifull informasjon for hvordan helsesykepleiere kan bruke støttesamtale som tidlig intervensjon. Studien min viser at kvinner har god erfaring med samtale etter EPDS screening. Det er et stort potensial for mere forskning, kvinner ønsker å dele sine erfaringer. Det handler bare om hvordan komme i kontakt med dem.

8 Referanseliste

- Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykltun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2002). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76: 151-156.
- Birkler, J. (2005). *Videnskapsteori*. København: Munksgaard Danmark.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3: 77-101.
- Brealey, S. D., Hewitt, C., Green, J. M., Morell, J. & Gilbody, S. (2010). Screening for postnatal depression – Is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol.28, No.4 p.328-344.
- Brockington, I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3: 89-95.
- Brudal, L., (2014). *Empatisk kommunikasjon. Et verktøy for mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brudal, L. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buist, A. E., Bryanne, E. W., Milgrom, J., Pope, S., Condon, J. T., Ellwood, D. A., Boyce, P. M., Austin, M. P., & Hayes, B. A. (2002) To screen or not to screen – That is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia* 177: 101-105.
- Buist, A., Condon, J., Brooks, J. et al. (2006) Acceptability of routine screening for perinatal depression. *Medical Journal of Australia*. Vol.93, p. 233-237.
- Cox, J. L., Holden, J. & Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual (2.utg)*. London: RCPsych Publications.

Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *British Medical Journal*, 182. 412-419.

Dennis, CL., (2009). Preventing and treating postnatal depression. Comprehensive screening programmes and better organization of care are key. *British Medical Journal*, 338: a2975, DOI: 10.1136/bmj. a2975

Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population - based study. *Sleep*, Vol. 32, No. 7, 847 – 855.

Eberhard-Gran, M. (2009). Depresjon før og etter fødsel. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 129:1133 DOI:10.4045/tidsskr.09.0515

Eberhard-Gran, M. (2018). Nyfødte barn og sårbare mødre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0878.

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B., Opjordsmoen, S. (2001) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55: 113-117.

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. (2007). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: *Folkehelseinstituttet*

Eide, T., & Eide, H. (2005). *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

FHI (2022). *Kort fødeopphold i pandemiårene*. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kort-fodeopphold-i-de-to-pandemiarene/>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmede og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Helse og omsorgsdepartementet, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Glavin, K. (2010). *Women with postpartum depression – an early identification and intervention study*. Doktoravhandling. Oslo: Universitet i Oslo.

- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk. Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Glavin, K., Ellefsen B. & Erdal B. (2010). Norwegian Public Health Nurses' Experience in Using a Screening Protocol for Postpartum Depression. *Public Health Nursing*, 27: 255-262.
- Glavin, K., Smith, L. & Sørnum, R. (2009). Prevalence of Postpartum Depression in Two Municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23: 705-710.
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R. & Ellefsen, B. (2010a). Supportive counseling by public health nurses for women with postpartum depression. *Journal of Advanced Nursing*, 66: 1317-1327.
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R. & Ellefsen, B. (2010b). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – one year follow up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 3051-3062.
- Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K, Kraft, P., Steen, T. B., Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulating strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Women Ment Health* No 15: 175-184.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91: 97-111.
- Haug, A., (2016). Støttesamtalen – et viktig bidrag i det forebyggende arbeidet på helsestasjonen. I: H. Holme, ES. Olavsén, L. Valla & Hansen MB. (red), *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (Lov-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonalfaglig retningslinje for barselomsorgen*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonalfaglig retningslinje – Spedbarnsernæring*.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>

Helsedirektoratet. (2017b). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2018). *Svangerskapsomsorgen. Nasjonalfaglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Holm, U. (2005). *Empati. Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holden, J.M., Sagovsky, R. & Cox, J.L., (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 298: 223-226

Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse Home Visits Improve Maternal/Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42: 287-300.

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.

Johannesen, L. E., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?: Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

Kendall-Tackett, K. A. (2005) *Depression in new mothers: Causes, consequences and treatment alternatives*. New York: Haworth Maltreatment and Trauma Press.

Kunnskapssenteret (2013). *Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner*. Nr 1 – 2013.

Kunnskapssenteret. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_depresjonsscreening_svangerskap-og-barsel.pdf

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leahy-Warren, P. & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: Prevalence, mothers' perspectives and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 21: 91-100.

Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8: 24, doi:10.1186/1471-244x-8-24.

Mathisen, I. H. & Skoland, K. (2016). *Evaluering av opplæringsprogrammet «Tidlig inn». Hva skjedde i kommunene?* Hentet fra: <https://www.forebygging.no/globalassets/oppdatert-rapport-om-tidlig-inn-fra-iris.pdf>

McCarty, M., & McMahon, C. (2008). Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting. *Health Care for Women International*, 29: 618-637.

McLearn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E., & Hou, W. (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 16: 279-284.

Milgrom, J., Hishler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmil, A. W (2019). Social support – A Protective Factor for Depressed Perinatal Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16: 1426.

Morrell, J. C., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G.N.J., Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *The British Medical Journal* 2009; 338: a3045.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., Mortensen, P.B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* Vol. 296. 2582-2589.

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mother's views on needs, expectations and mobilization of support, *Maternal and Child Health Journal*, 17: 616-623.

NESH (Den nasjonale forskningsetiske komite´ for samfunnsvitenskap og humaniora) 2021. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Personopplysningsloven (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2012-06-18-224). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8: 37-54.

Olavsén, E. S., Haug, A., Lindberg, A., Wickberg, B (2017). *Håndbok I Edinburgh-metoden. Personsentrerte støttesamtaler ved nedstemthet og depressive symptomer i perinatalperioden*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst Sør (RBUP).

Plews, C., Bryar, R. & Closs, J. (2005). Clients' perceptions of support received from health visitors during home visits. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 789-797.

Segre, L. S., Stasik, S. M., O'Hara, M. W., & Arndt, S., (2010). Listening Visits: An Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of a Home-based Depression Treatment. *Psychother Res*, 20(6): 712-721. Doi:10.1080/10503307.2010.518636

Seguin, L., Potvi, L., St-Denis, M, & Loiselle, J. (1999). Socio - Environmental factors and postnatal depressive symptomology: A longitudinal study, *Women & Health* Vol. 29:1 57-72.

Statistisk sentralbyrå. (2020). *Fødte*. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte>

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., Mcullum, M., Howard, L. M., Pariante, C. M. (2014). Effect of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*: Vol. 384: 1800-1819.

Thagaard, T., (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Turner. K. M., Chew-Graham, C., Folkes, L., Sharp, D. (2010). Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: A quality study, *Patient Education and Counseling* 78: 234-239.

Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T. & Nojomi, M. (2018). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and Birth*, 32: e238-e242.

VID vitenskapelige høyskole (2019). *Rutine for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver ved VID vitenskapelige høyskole*. VID vitenskapelige høyskole.
<https://www.vid.no/personvern-og-gdpr/forskning-og-publisering/>

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Dato: _____

Siden du nylig har fått barn, vil vi gjerne vite hvordan du har det. Vær så snill og sett strek under det svaret som stemmer mest overens med hvordan du har følt deg i løpet av de siste 7 dagene, ikke bare hvordan du føler deg i dag.

Følgende spørsmål gjelder de siste 7 dagene:

Her er et eksempel, som allerede er fylt ut:

Jeg har følt meg lykkelig:

Ja, hele tiden

Ja, for det meste

Ikke særlig ofte

Nei, ikke i det hele tatt

Dette betyr: "Jeg har følt meg lykkelig nesten hele tiden" i løpet av uken som gikk.
Vær snill å fylle ut de andre spørsmålene på samme måte.

- | | |
|--|---|
| 1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon? | Like mye som vanlig
Ikke riktig så mye som jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Ikke i det hele tatt |
| 2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje? | Like mye som vanlig
Noe mindre enn jeg pleier
Klart mindre enn jeg pleier
Nesten ikke i det hele tatt |
| 3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt? | Ja, nesten hele tiden
Ja, av og til
Ikke særlig ofte
Nei, aldri |
| 4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret | Nei, slett ikke
Nesten aldri |

- | | |
|--|---|
| uten grunn? | Ja, iblant
Ja, veldig ofte |
| 5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn? | Ja, svært ofte
Ja, noen ganger
Sjelden
Nei, aldri |
| 6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg? | Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
Nei, for det meste har jeg klart meg bra
Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig |
| 7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskelig med å sove? | Ja, for det meste
Ja, iblant
Ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt |
| 8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig? | Ja, det meste av tiden
Ja, ganske ofte
Ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt |
| 9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått? | Ja, nesten hele tiden
Ja, veldig ofte
Ja, det har skjedd iblant
Nei, aldri |
| 10. Har tanken på å skade deg selv streifet deg de siste 7 dagene? | Ja, nokså ofte
Ja, av og til
Ja, så vidt
Aldri |

Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schei B. & Opjordsmoen S. (2001) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry* 55, 113–117.

9.2 Vedlegg 2. Intervjuguide

Introduksjon:

- Gjennomgang av informasjonsskriv og samtykke skjema – eventuelle spørsmål/avklaringer

Åpningsspørsmål:

- Når fikk du først vite om EPDS screening?
- Hvilken informasjon fikk du i forkant av screeningen eksempelvis innhold og formål?
- Hvordan ble screening presentert som et utgangspunkt for videre oppfølging med støttesamtaler?
- Hvordan vil du beskrive den informasjon du fikk før screening?
- Hvor fant screening sted og kan du beskrive hvordan den ble gjennomført?
- Hvem var til stede da du hadde samtale?

Refleksjonsspørsmål:

- Tema psykiske reaksjoner under svangerskap og etter fødsel kan være vanskelig å samtale om. Kan du beskrive på hvilken måte helsesykepleier innledet samtalen?
- Ble EPDS skjema aktivt brukt i løpet av samtalen, og i så fall på hvilken måte?
- Hvordan var samtalen lagt opp rundt spørsmålene i skjema?
- Har du møtt helsesykepleier tidligere og i så fall hvilken betydning hadde det for samtalen mellom dere?
- På hvilken måte benyttet helsesykepleier åpne eller lukkede spørsmål, kan du gi eksempler?
- Hvordan ble dine svar mottatt av helsesykepleier, kan du beskrive?
- Hvilken betydning har tid i samtalen – kan du utdype det nærmere?
- På hvilken måte følte du deg hørt og sett i samtalen – kan du beskrive det? Ble det gitt deg mulighet for å samtale om tema som er viktig for deg.
- Hvordan tenker du det ble lagt til rette for den frie, uformelle samtalen - dialog?
- Hva bidro til at du kunne åpne opp om dine tanker?
- Var det forhold som virket forstyrrende eller til hinder på samtalen - kan du i så fall beskrive nærmere?

Avslutningsspørsmål

- Kan du trekke ut ting du mener er viktigst av det vi har snakket om
- Noe mer du vil si eller legge til – momenter fra samtalen du vil fortelle mer om

Tusen takk for at du ville delta i studien

9.3 Vedlegg 3. Vurdering

Referansenummer

945332

Prosjekttittel

Kvalitativ studie om støttesamtale helsesykepleier tilbyr barselkvinner 6 uker etter fødsel

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kari Glavin, kari.glavin@vid.no, tlf: 97094206

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Therese Cecilie Gamst, therese.c.gamst@gmail.com, tlf: 95929383

Prosjektperiode

01.03.2021 - 20.06.2022

Vurdering (2)

19.02.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 09.02.2021. Ny dato for prosjektslutt er 20.06.22. Datakilde er endret fra observasjon til intervju. NSD minner om at informasjonsskrivet må oppdateres i tråd med endringene.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.02.2021. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

29.04.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 29.04.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er fremlagt for REK. REK sin vurdering er at prosjektet faller utenfor helseforsningslovens anvendelsesområde.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

9.4 Vedlegg 4. Informasjonsskriv

Samtale etter EPDS screening

Kvalitativ studie om samtale helsesykepleier

Tilbyr kvinner etter EPDS screening

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Du blir spurt fordi du hatt samtale med helsesykepleier etter EPDS screening på 6 ukers konsultasjon. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om denne samtalen, der dine erfaringer og meninger er svært viktig. Du blir spurt av helsesykepleier, jordmor eller leder av helsestasjonen om du ønsker å delta i studien. Om du ønsker det vil hun gi din kontaktinformasjon med navn og telefonnummer til meg. Disse blir oppbevart frem til studien avsluttes. Dette i forhold til innsynsrett eller om du ønsker å trekke seg fra studien. Ingen helseopplysninger om deg inngår i noen deler av studien.

Prosjektet gjennomføres som et kvalitativt intervju studie. Det benyttes dybdeintervju som gir deg mulighet til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til samtalen du har hatt med helsesykepleier. Datainnsamling til prosjektet skjer med hjelp av telefon, face time eller zoom. Lengden på intervjuet er om lag en halv time.

Med samtykke fra deg vil det bli benyttet lydopptak under intervjuet. Dette fordi data ved transkribering både skal være korrekte og at viktige opplysninger ikke blir utelatt. Lydfiler slettes når data fra intervjuet er transkribert.

Samtykke til å benytte lydopptak i konsultasjon. Sett kryss. JA

NEI

Analysearbeidet av det transkriberte materialet tar utgangspunkt i problemstillingen:

Hvordan erfarer kvinner samtalen med helsesykepleier etter EPDS screening?

Som nybakt mor vil møte med helsesykepleier og helsestasjon være med håp og forventninger. På hjemmebesøket informerte helsesykepleier deg om EPDS screening og påfølgende samtale på 6 ukers konsultasjon. Deltakelse i studien gir deg mulighet til å dele dine erfaringer og meninger knyttet til denne samtalen.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker velger å trekke deg kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Kari Glavin. Mobil 97 09 42 06. E-post kari.glavin@vid.no eller masterstudent Therese Gamst Mobil 95 92 93 83. E-post therese.c.gamst@gmail.com

Opplysningene som registreres om deg er kun de opplysninger som kommer frem i intervjuet. Ingen helseopplysninger inngår i studien. Opplysningene skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Kari Glavin og masterstudent Therese Gamst som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli anonymisert og slettet etter prosjektslutt 20.06.2022.

Etter personopplysningsloven har behandlingsansvarlig institusjon VID vitenskapelige høgskole og masterstudent Therese Gamst et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Dersom du har spørsmål, kan du ta kontakt med:

Prosjektansvarlig Kari Glavin Mobil 97 09 42 06 E-post: kari.glavin@vid.no

Masterstudent Therese Gamst Mobil 95 92 93 83 E-post: therese.c.gamst@gmail.com

Personvernombud ved VID vitenskapelige høgskole er: Nancy Yue Liu. Mobil 93 85 62 77

E-post: nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

