

EUREKA

Digital

15-2006

METODOLOGISKE ASPEKTER VED
DYBDEINTERVJU
I ET RADIOGRAFFAGLIG PROSJEKT

Høgskolelektor Helen Egestad

Høgskolen i Tromsø

EUREKA DIGITAL 15-2006

ISSN 0809-8360

ISBN-13:978-82-7389-112-9

ISBN-10:82-7389-112-7

Innledning:

I gjennomføring av kvalitative dybdeintervju vil forsker og informant gjensidig påvirke hverandre. Det konkrete møtet, selve intervjusituasjonen er dataproduksjonenes unnfangelse. Forskerens påvirkning og tolkning både under intervjuet og i analysearbeidet preger det ferdige produktet. På bakgrunn av dette er det innlysende at forskeren redegjør for sin forforståelse, sin vitenskapsteoretiske forankring og sine valg.

Utgangspunktet mitt for å rette søkelys mot kvalitativt dybdeintervju er et prosjekt hvor jeg intervjuet fire kreftsyke kvinner om deres tanker og erfaringer fra møter med radiologisk avdeling (Egestad 2003). Som radiograf og høgskolelektor ved en radiografutdanning ønsket jeg å fokusere på relasjonen pasient –radiograf. Ved å ta utgangspunkt i prosjektet vil jeg her beskrive min kunnskapsforståelse da dette er grunnleggende for eget vitenskapsteoretisk ståsted. Ut fra dette redegjør jeg for metodologiske aspekter i forhold til eget arbeid. Jeg vil løfte fram sammenheng mellom metode og empiri og vektlegge tema som etikk, pålitelighet, gyldighet og generalisering. De metodologiske aspektene som jeg vil belyse vil ikke være avgrensede, men sammenvevd i hverandre og gjensidig påvirke hverandre.

Eget prosjekt:

Forskningsprosjektet omhandlet kreftpasienters tanker om og erfaringer fra møter med radiologisk avdeling. Hensikten var å løfte fram kreftpasienters erfaringer slik at radiografer kunne tilegne seg ny kunnskap. Bakgrunnen for at jeg ønsket å få større forståelse for kreftpasientenes opplevelser var at jeg ble oppmerksom på min begrensede kunnskap om hvordan det oppleves å være kreftpasient og møte helsevesenet.

Kunnskapsforståelse:

I de årene jeg jobbet ved røntgenavdelinger og stråleterapiavdelinger hadde jeg utallige møter

med kreftpasienter. Min forståelse var at pasientene opplevde røntgensituasjonene som ”greie”. De virket uberørt av sin livssituasjon og gjennomgikk undersøkelsene uten å gi meg tilbakemelding om at dette forvoldte dem ubehag. Ved å være i mine hvite sykehusklær inntok jeg en ”utenfra” posisjon til pasientene, der min oppmerksomhet i hovedsak var rettet mot å utføre undersøkelser mens det relasjonelle aspektet var underordnet. Mitt kunnskapssyn var tuftet på det vestlige kunnskapssparadigme som er rådende innenfor medisinen. Jeg så kunnskap som noe passivt, som fakta som kunne artikuleres. En kunnskapsrik radiograf var for eksempel en som kunne forklare røntgenstrålers virkning på biologisk vev og røntgenapparatets oppbygning. Innenfor dette paradigme er teorien generell og objektiv og forskning er basert på eksperimenter og observasjon. Molander (1997) beskriver den vestlige verdens vitenskapelige kunnskapstradisjon. Her er vitenskapelig kunnskap forenelig med teoretisk kunnskap. Den består av et dualistisk subjekt-objektforhold der kunnskap om noe er adskilt fra subjektet. Kunnskap ses som speilbilder av virkeligheten og kan formuleres i ord og i et matematisk språk.

Radiografi er et ”ungt” fag innenfor helsefag, da røntgenstrålene ble oppdaget først i slutten av 1800-tallet. Ved å vende blikket tilbake til tidligere tiders kunnskaps- og sykdomsforståelse vil en se at medisinsk kunnskapsutvikling har røtter helt tilbake til Hippokrates 400 år f. Kr. Da ble sykdom sett som en midlertidig brist i en helhet (Berg 1987). På 1600-tallet var det mekaniske verdensbilde rådende, naturforståelsen ble matematisk og naturen ble sett på som en maskin. Galileo Galilei hevdet at matematikk har gyldighet for alle fenomener i verden, målbarhet ble fremtredende og skillet subjekt og objekt ble innført. Descartes beskrev kroppen i den fysiske verden og sjelen eller bevisstheten i den ikke-materielle verden. Dette synet ble retningsgivende for den naturvitenskapelige forskningen, og gradvis kom det mekaniske verdensbildet inn i medisinen. Ved at obduksjoner ble tillatt kunne legene kombinere denne kunnskapen om menneskekroppen med den empiriske kunnskapen de fikk ved å møte pasienten i sykesengen. Dermed ble kunnskapsutviklingen innenfor medisinen endret. Kroppen ble sett på som en maskin og sykdom som feil i maskineriet og behandling som reparasjon av feilen. Dette omtales som den biologiske sykdomsteori eller apparatfeil metoden (Berg 1987). Sykdom ble sett på som adskilt fra menneskets erfaring og levde liv. Kunnskapsutviklingen gikk fra å rette fokus mot mennesket i sykesengen til å konsentrere seg om det syke organet. Metodene for å oppdage sykdom ble endret fra at legen vurderte det syke mennesket til å ta i bruk hjelpemidler som kunne påvise

patologi. Oppdagelse av mikroskopet førte til at små endringer kunne oppdages. Informasjon fra teknologi har vært med på å forsterke den reduksjonistiske tankegangen. Som radiograf har min kunnskapsforståelse vært bygd i hovedsak på naturvitenskapelig kunnskap der kroppen betraktes som objektiv materie.

Da jeg fikk personlige erfaringer med å stå nær mennesker med kreftsykdom opplevde jeg at mine ”medisinsk faglige kunnskapsbriller” ikke var tilstrekkelige. Jeg ble oppmerksom på min pessimistiske holdning når jeg antok at kurasjon ikke lenger var mulig. Men ved å få lov til å være følgesvenn i en palliasjonsfase og ved å følge et menneske til døden, møtte jeg både lidelse og lindring. Det gav meg nye inntrykk og innsikt i sammenhenger som jeg tidligere ikke hadde sett. Jeg kjente meg ikke igjen i pasientenes fortellinger fra helsevesenet. Ved å sitte ved sykesengen og se helsevesenet fra "innsiden", ble jeg overrasket over å se hvor forskjellig den syke ble møtt av ulike helsearbeidere. Pasientens og dermed også mitt fokus ble rettet mer mot livshjelp ved at øyeblikket og det enkelte møte fikk større betydning enn tidligere. Framtiden ble mindre viktig. Lindring ble sentralt, å ta vare på menneskeverdet syntes som det viktige. Som radiograf ble min nysgjerrighet vekket for hvordan kreftpasienten erfarer og opplever sin verden når de er til røntgenundersøkelse.

Mitt kunnskapssyn har endret seg til å bli mer i samsvar med slik Molander (1997) beskriver kunnskapsbegrepet. Han ser kunnskap som noe aktivt og oppfatter det å ha kunnskap som en ”tilstand”. Molander (1997) definerer kunnskap i et videre perspektiv enn i tradisjonell vestlig kunnskapstradisjon. Han hevder at kunnskap er kunnskap i *bruk*. Den anvendes og er ikke bare en form for representasjon, et bilde i bevisstheten. Kunnskapen sitter i kroppen, den sitter i håndlaget og i de vurderingene som gjøres. Det innebærer at kunnskap er kunnskap-i-handling, den er levende i verden og har forankring i levende tradisjoner. I den praktiske kunnskapstradisjonen er dualismen mellom kunnskap og den kyndige mer fraværende. Dialogen er sentral i den praktiske kunnskapstradisjon. I kunnskapsutøvelsen inngår det å leve *med* for eksempel teknikk og pasient på samme tid. For å utvikle kunnskap må en reflektere over egen kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsutvikling og forskning innenfor radiografifaget må bygges på empiri fra praksis for å forbedre praksis. Mitt forskningsprosjekt om å synliggjøre kreftpasienters erfaringer fra radiologisk avdeling kan være et lite bidrag til å forbedre praksis. Det oppstår ny

viten og ny kunnskap ut fra prosjektet. Ved at denne kunnskapen formidles til radiografene kan framtidige pasienter ha nytte av kunnskapen. Det positive i relasjon pasient–radiograf kan forsterkes ved at radiografene får innsikt i hva pasientene opplever som bra, og det negative kan elimineres ved at radiografene får kunnskap om hva pasientene opplever som mindre bra.

Jeg har her forsøkt å redegjøre for deler av min kunnskapsforståelse. Å redegjøre for hele min forståelse vil ikke være mulig. Mine forutsetninger besto av en integrering av teoretisk forståelse, yrkeserfaringer og følelsesmessige erfaringer. Ut fra min kunnskapsforståelse ble det naturlig for meg å innta en fenomenologisk/ hermeneutisk posisjon i mitt prosjekt.

Det kvalitative dybdeintervju:

Bakgrunnen for å velge kvalitativ tilnærming var at jeg ønsket en helhetlig forståelse av de kreftsykes opplevelser på radiologisk avdeling. Når jeg som forsker stiller spørsmål for å belyse hva mennesker tenker og erfarer betinger dette en fenomenologisk tilnærming.

Forskningsspørsmålene blir avgjørende for hva slags metode som vil være egnet til å gi svar. Hvis jeg i utgangspunktet hadde ønsket å studere relasjonen radiograf-pasient kunne observasjon vært benyttet. Hvis det hadde vært ønskelig å kartlegge pasienters synspunkter om tilfredshet i forbindelse med informasjon kunne jeg oppnådd dette ved å sende et spørreskjema til informantene. Da kunne jeg kategorisert i for eksempel ”svært tilfreds”, ”tilfreds” eller ”mindre tilfreds”. Men det ville gitt meg begrenset tilgang til hva pasientene egentlig tenker om undersøkelsessituasjonene.

Jeg valgte dybdeintervju for å få fram de kreftsykes oppfatninger, tanker og opplevelser. I et kvalitativt dybdeintervju møter jeg et annet menneske, et menneske som jeg forsøker å forstå. Jeg tolker i situasjonen, det gjør det andre mennesket også. All tolkning er begrenset til ens egen horisont som hele tiden overskrides når en er åpen for nye horisonter (Thornquist 2003). Min forståelseshorisont har endret seg etter de konkrete møtene med informantene ved at de gjennom sine beretninger har gitt meg nye aspekter slik at jeg ser sammenhenger jeg ikke så tidligere.

Ut fra min grunnleggende posisjon om at jeg forstår mennesket som tenkende og tolkende måtte

jeg gå til den kreftsyke kvinnen for å få innsikt i hennes tanker og opplevelser. Kvale (1998) sier at det kvalitative intervju er en enestående sensitiv og sterk metode for å få tilgang til informantenes opplevelser av deres hverdagsverden. Emnet er deres livsverden og deres forhold til egen livsverden (Kvale 1998). Ved at mennesker forteller om sine erfaringer kommer deres meningsverden til uttrykk. Dette gjøres ved for eksempel intervju eller ved handlinger og dermed kan andres livsverden gjøres til gjenstand for analyse (Øhlen 2000). Fordi vi er tilgjengelig for hverandre gjennom interaksjon, både kroppslig og språklig, kan vi få innsikt i andres livsverden. Min tilgang til de kreftsyke kvinnenenes livsverden var i det kommunikative møtet. Gjennom samtale kunne jeg få innsikt i hvordan de selv opplevde sin livssituasjon som kreftsyke.

Ved kvalitativ forskning er forskeren ute etter innvendige sammenhenger i empirien. Jeg var interessert i de opplevelsesmessige sammenhengene som de kreftsyke selv etablerte og som de selv anvendte i sin sosiale verden. Kvale (1998) tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, der målet er å få kunnskap om informantenes erfaringer, i lojalitet til informantenes egen versjon av sin historie. Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden, for å få fram meningsinnholdet. Forskeren skal lytte samtidig som hun/han er fokusert (Malterud 2002). Det vil være av betydning at forsker er lydhør for forandringer. Dette kan være følelsesmessige aspekter som berører informanten eller for motsigelser i uttalelsene. Det empiriske materialet blir til i møtet mellom forsker og informant. Derfor blir det kommunikative arbeidet med å skape intersubjektivitet så viktig i fortolkede metoder. Forsker veksler mellom å bevege seg mellom det som forskeren er interessert i, og det informant er opptatt av.

I startfasen av intervjuet sa informantene at røntgen ikke betydde noe for dem, de tenkte ikke på røntgenundersøkelser. Senere i intervjuet kom de fram med at røntgensituasjoner var forbundet med stor angst, men de ønsket ikke å tenke på dette. Dette ble sett i sammenheng med kvinnenenes "værende", i sammenheng med deres usikre framtidsperspektiv. Å "være" et menneske som lever med en livstruende sykdom innebærer en lidelsesfull livssituasjon der eksistensielle spørsmål får en annen betydning enn tidligere (Egestad 2003). Om jeg hadde valgt en framgangsmåte i prosjektet der jeg ikke hadde tilgang til samtale med informantene, men levert ut et spørreskjema ville dataene vært annerledes. Da ville informantenes svar på hvilken betydning røntgen representerte for dem sannsynligvis være at røntgen ikke hadde noen betydning. Dette ville blitt

stående som et funn og dermed gitt begrenset innsikt.

Forskningsetiske refleksjoner:

Ved at jeg valgte dybdeintervju som metode fikk jeg som intervjuer nærhet til informantene. Av den grunn framkom flere forskningsetiske utfordringer. Mitt forskeransvar i denne prosessen har vært å være bevisst og reflektert omkring de etiske aspektene denne studien medførte.

Min intensjon i hele prosessen har vært å ivareta informantene på en best mulig måte. Jeg har gitt informasjon både i skriftlig og muntlig form. Informantene ble opplyst om at deltagelse var på frivillig basis, og at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst uten å måtte oppgi noen grunn. De innkomne dataene ville da bli slettet. Kvinnene ble også opplyst om min taushetsplikt og at datamaterialet ville bli behandlet konfidensielt. Min taushetsplikt gjelder både ved innsamling og ved publisering av resultatene og ved å slette dataene etter studiens ferdigstilling. Av anonymitetshensyn har jeg valgt å kamuflere opplysninger ved å gi informantene oppdiktede navn og ved å gi få personlige opplysninger.

Informantene var villige til å åpne seg for meg og fortelle om sine erfaringer. Dette opplevde jeg som en tillitserklæring som jeg måtte ta imot med varsomhet og respekt for kvinnenens integritet. Jeg forsøkte å være bevisst informantenes personlige grenser. Denne balansegangen mellom å være nær og interessert uten å virke pågående var viktig for meg.

Når jeg ønsket å intervju kreftpasienter måtte jeg vurdere nytteverdien av mitt prosjekt opp mot skadeverdien. Kreftpasientens lidende livssituasjon sto i sentrum når jeg vurderte dette. De som fikk forespørsel hadde alle levd med sykdommen i flere år, men var ikke i terminalfase. Om studien kunne forsvares i forhold til hva det ville koste kreftpasientene å stille opp var et spørsmål som opptok meg. Av den grunn spurte jeg informantene om hvordan de hadde opplevde intervjusituasjonen. Jeg fikk inntrykk av at alle ønsket å være behjelpelige, og et par av informantene fortalte at de hadde informert andre pasienter og personalet om intervjuet. Jeg oppfattet at de syntes at det var "stas" og fikk ingen negative tilbakemeldinger. Dette kan tolkes som om de følte seg betydningsfulle og at deres erfaring kunne bli viktig for andre. Men ved at de

var uhelbredelig kreftsyke var de i en sårbar situasjon, og dette forsøkte jeg å være meg bevisst. Jeg forsøkte å vise respekt for deres autonomi slik at intervjusituasjonen kunne bli en god opplevelse.

I intervjusituasjonen kom kvinnene fram med ulike følelser. De viste tilfredshet, sinne og sorg. Jeg kunne ikke trøste i deres vanskelige livssituasjon, men støtte dem når de trakk fram vanskelige opplevelser.

Metoderefleksjoner:

Jeg gjennomførte ett intervju med 3 av informantene, den fjerde informanten intervjuet jeg to ganger da vi ble avbrutt første gang. Vil det være mulig å få tilgang til informantenes livsverden ved kun ett intervju? Kan min tolkning under og etter kun ett intervju forsvares som at jeg beskriver informantenes ”virkelighet”? Olsen (2002) hevder at mange metodeforfattere påengterer nødvendigheten av å tilbringe lang tid sammen med mennesker der en vil beskrive deres hverdagsliv. Hva gjør at jeg kan si noe ”holdbart” etter kun ett møte? I intervjusituasjonen kan det kommunikative møtet preges av tillit og åpenhet eller det kan preges av mindre åpenhet og reservasjon. Når forskeren klarer å skape en trygg atmosfære kan informanten dele sine tanker og meninger uten forbehold. En av kvinnene i mitt prosjekt ba meg slå av lydbåndet da hun skulle fortelle om en selvopplevd krenkende historie. Når jeg forsikret henne om at det ikke ville være mulig å finne fram til denne helsearbeideren i ettertid, ble hun beroliget og fortalte sin historie mens båndspilleren gikk. Denne kvinnen var i en sårbar situasjon ved at hun var i en pasientrolle. Helsevesenet er hierarkisk oppbygd slik at helsepersonell har mer makt i situasjonen enn pasienten. Av den grunn kunne det tenkes at hun var redd for reprimande hvis hun kritiserte helsearbeidere. Men ved å bli trygg på at det hun sa ble behandlet fortrolig, kunne hun åpne fritt opp for tanker slik at jeg som forsker fikk et reelt bilde av hennes opplevelser. Min intensjon var å få innsikt i hvordan kvinnen opplevde røntgen situasjoner, ikke om det artet seg slik hun fortalte. Når flere av informantene vektlegger samme aspekt på samme måte eller ved at teori samsvarer med informantenes uttalelser kan forskeren si noe ”holdbart” etter kun ett møte. Jeg gjennomførte to møter med en av kvinnene, denne kvinnen var mer forberedt ved møte nummer to og kom dermed fram med flere historier. Dette anser jeg som en styrke. I kvalitativ

dybdeintervju der følsomme temaer belyses vil det være en fordel om empirien bygges på flere møter mellom informant og intervjuer (Olsen 2002).

I intervjusituasjonen berettet kvinnene om hendelser der både kvinnelige og mannlige helsearbeidere var involvert. I et par utsagn tematiserte kvinnene de ulike hendelsene som kjønnede. Jeg spurte ikke direkte om hva de tenkte om kjønn knyttet til sykdom, helse eller relasjoner. Men i ettertid har jeg reflektert rundt det innebygde og mangfoldige i kjønnede betydninger. I livsverdensintervju kan fokus rettes mot kjønnede betydninger. Haavind (2000) hevder at aktiv søkning etter kjønn fungerer som et nødvendig korrektiv til metodisk kjønnsblindhet i empirisk samfunnsforskning. Pasienter er nederst i den hierarkiske stigen i helsevesenet. Maktforhold er knyttet til kjønn, i helsevesenet som ellers i samfunnet. Det kan være vanskelig å se kjønnsaspektet for det er implisitt i situasjonen, både forsker og informant kan være blind for kjønnsfaktoren. Haavind (2000) hevder at det er forskerens jobb å reflektere over hva slags forhold det er mellom forskerens egne forestillinger og informantenes forståelse av hva kjønn kan bety. En av kvinnene i mitt prosjekt sier at ”Vi kvinner er like, vi forstår hverandre”. Hun forteller om en røntgensituasjon og relasjonen mellom henne og en kvinnelig radiograf. Informanten hevder at den kvinnelige radiografen og hun selv forstår hverandre. Ligger det implisitt et syn på at begge på en måte er ”underordnet” i situasjonen? Menn har mest makt i helsevesenet, tidligere som leger, i dag som administratorer i helseforetakene. Kroppstegnene er innskrevet i kulturen (Haavind 2000), dermed kan kjønn fremstilles i bevegelsesmønstre og i kommunikasjonsformer. Snakk og bevegelser kan vise til kjønn som noe gitt, og peke ”innover” i personen uten at dette får noe spesifisert innhold. ”Vi trenger ikke si noe”, sier informanten. Kjønn er et kulturelt betydningssystem som blir brukt til å kategorisere menneskers kropper. Deltagerne kjenner systemet som en kode som er innebygd i og virker gjennom det verbale språket og kroppsspråket. Haavind (2000) sier at siden den kjønnede koden forbinder kulturen og individ, bør en derfor søke etter kjønn overalt. Koden kan tas i bruk som analyseredskap for å kartlegge kjønn som sosialt og personlig fenomen.

Hvordan skal jeg kunne frambringe kunnskap om kvinner som lever med kreftsykdom når jeg ikke er kreftsyk selv? Kjennskap til konteksten som beretningene springer ut fra var kjent for meg. Dette er å anse som en styrke ved tolkningen av informantenes uttalelser. Samtidig kan det

være en svakhet ved at jeg kan ha blitt blendet. Jeg kan ha oversett noe ved at jeg kanskje var mindre åpen for nyanser enn andre som ikke har kjennskap til radiologisk avdeling. For å kunne gi et riktig bilde av informantenes situasjon, stilles krav om grundighet, å innta en selvkritisk rolle og til å være reflektert. For at dette skal være mulig må jeg som forsker være tro mot informantenes beretninger. Beretningene må behandles med respekt og oppriktighet. Dette betinger at forsker er åpen for hva som ligger bak informantenes stemme selv om dette ikke er i tråd med egen forforståelse. Vi er ikke alltid bevisst våre tanker og våre fordommer. Fordommer betegnes vanligvis som et negativt ladet ord, vi kan ha fordommer mot ulike grupper annerledes tenkende enn oss selv. Gadamer (1999) beskrev ordet fordom som et nøytralt ord. Han viser til at noe går foran, noe går forut: for-dom. Bindestreken indikerer at noe går foran, det handler om den forforståelse eller den bakgrunnskunnskap som vi møter nye fenomener med (Thornquist 2003). Gadamer (1999) hevder at vi alltid har en for-dom som vi møter nye fenomener med. For å forstå noe må en revurdere eller utvide ens oppfatning av egne for-dommer. Ved at jeg forsøkte å være bevisst mine for-dommer i intervjusituasjonen, kunne jeg som forsker være mer åpen for informantenes tanker enn om jeg hadde vært ubevisst dette. For å oppnå troverdighet som forsker må en redegjøre for de ulike steg i hele forskerprosessen. Kvale (1998) beskriver at begrepene generaliserbarhet, reliabilitet og validitet er begreper som forsker må etterstrebe i kvalitativ forskning som kriterier for vitenskapelighet.

Pålitelighet og gyldighet:

Problemstillingene bestemmer hvilken datainnsamlingsstrategi som best representerer pålitelighet og gyldighet i forhold til spørsmålene som prosjektet vil belyse. Mine forskerspørsmål var: Hvordan opplever kreftpasientene sin livssituasjon? Hvilke tanker og opplevelser har kreftpasientene fra undersøkelsessituasjoner på ei radiologisk avdeling? Hvilken betydning har røntgenundersøkelsen for kreftpasientene? Hvordan opplever kreftpasientene møtet med radiografen?

Pålitelighetsaspekter og gyldighetaspekter i kvalitativ forskning har endret seg i løpet av de siste tiårene (Holter og Kalleberg 1996). Tidligere var normen kvantitative metoder slik at pålitelighet og gyldighet i kvalitativ forskning også ble sett i lys av denne normen. Nå blir dette vurdert ut fra

kvalitativ forsknings egne begreper om gyldighet. Da de er forskjellig i sin forståelse av kunnskapsproduksjon, vil det også være stille andre krav til forskeren for å synliggjøre pålitelighet og gyldighet. Det vil være en forutsetning at studien er pålitelig for at den skal kunne være gyldig (Fog 1994). Dybdeintervju vil være en fleksibel intervjuform som ikke er standardisert. I kvalitativ forskning vil nøyaktighetsbestrebelse være at forskeren arbeider reflektert og så etterrettelig som mulig for å skape pålitelige data, som skal være relevante (Andenæs 2000).

Når dybdeintervju benyttes som metode vil forskningssamtalen inneha en dobbelthet (Fog 1994). Samtalen er et middel for å fremskaffe empiri, og det *er* selve empirien. I samtalen vokser det fram forståelse mellom forsker og informant samtidig som forskeren tolker underveis, og i tillegg vil samtalen være utgangspunkt for forskerens fortolkning og analyse av det utskrevne materialet. På bakgrunn av dette vil det ikke være noe skarpt skille mellom pålitelighetsproblemer og gyldighetsproblemer. Hvis det har vært uklarheter i intervjusituasjonen vil dette også prege utskriften og vanskeliggjøre tolkningen. Jeg var selv et medinstrument i produksjon av data og samtidig skulle jeg tolke og framstille resultater. Ut fra denne dobbeltheten var det viktig at jeg redegjorde for min påvirkning. For å tydeliggjøre min påvirkning synliggjorde jeg deler av min selvrefleksjon og deler av min forforståelse.

Et annet forhold som kunne påvirke, var informantens oppfatning og tillit til meg. I en kort intervjusituasjon kan det oppstå kommunikative misforståelser som vil følge det videre arbeidet. Atmosfæren under samtalen vil påvirke relasjonen og være bestemmende for graden av åpenhet og oppriktighet i intervjuet.

For å vurdere påliteligheten i et kvalitativt arbeid må meningsrammene synliggjøres (Holter og Kalleberg 1996). Her vil forståelsen av mening være grunnleggende ved tolkning. Når mine informanter berettet fra opplevelser fra radiologisk avdeling, stilte jeg meg spørsmålet: Hvilken mening har dette for denne kvinnen? Underveis i intervjuet reflekterte jeg rundt "meningen" med det informanten sa og jeg kontrollerte informantens meninger i løpet av intervjuet. På denne måten vil empirien være mer pålitelig enn om jeg ikke foretok denne kontrollen. For å "teste" informantens meninger, kom jeg tilbake til det informanten uttrykte som meningsfullt, eller jeg

inntok en annen vinkel til emnet. På denne måten foregikk en kontinuerlig kontroll av den innhentede informasjon med tanke på gyldighet.

Som en fremmed for informantene kunne de ønske å gi meg et bilde av deres situasjon som ikke helt samstemte med deres opplevelser. Pasienter kan ønske å spille en mer tilfreds rolle enn de egentlig opplever. Dette kan ha sammenheng med pasientkulturen i sykehus der normen er den snille, føyelige pasienten (Album 1996). Dette kom fram i min studie av den kvinnen som selv hadde vært ansatt i helsevesenet. Hun poengterte flere ganger sin positive relasjon til helsearbeidere. For henne var den gode relasjonen uhyre viktig, hun synliggjorde avhengigheten og behovet for ”å bli likt” av de ansatte. Men ut i intervjuet berettet hun i tillegg til de ”gode” episodene også om episoder med ansatte der hun følte seg oversett og ikke lyttet til. Disse opplevelsene bagatelliserte hun med bakgrunn i egen forståelse av personalets travelhet. I intervjusituasjonen gav jeg informantene flere ganger beskjed om at jeg ville ha fram noe nytt, noe jeg ikke visste noe om, noe jeg ønsket å forstå som de kunne gi meg. Jeg forsøkte å vise åpenhet og ikke legge noen føringer for å komme informanten i møte og få fram deres oppriktige meninger og følelser fra ulike situasjoner.

I forbindelse med vurdering av påliteligheten vil beskrivelse av konteksten være viktig. I mitt prosjekt beskrev jeg rammene rundt intervjusituasjonen, selve situasjonen og menneskene som ble intervjuet. For å synliggjøre at empirien er pålitelig kan forskeren forelegge informantene det utskrevne materialet fra intervjuet. En av mine informanter kom med tilbakemelding på dette ved å uttale at det var så ”rart” å lese egne utsagn. Transkripsjon fra muntlig samtale til tekst endrer den erindringen en har av en tidligere samtale. Når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining (Malterud 2002). Få mennesker snakker slik at en direkte nedskrivning av samtalen gir en fyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt. Formålet med transkripsjon er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud 2002). En av forskerens regler vil være å være tro mot informantene. Samtidig skal leseren få forståelse for den muntlige samtale. Det kan oppleves ”rart” å se egne utsagn skrevet på papir, det kan føre til en fremmedgjøring av innholdet. Jeg gjenga informantene ordrett i det skrevne materialet, men jeg endret fra dialekt til riksmål. Bakgrunn for dette var at det er lettere å lese riksmål og at informantene ikke skal kunne

gjenkjennes. Ut fra et pålitelighets hensyn vil det være riktig at informant leser utskriften, men det kan diskuteres om hva som er hensikten med det. Forskeren vil deretter analysere og tolke materialet, slik at det ferdige produkt vil ikke være i samsvar med det transkriberte intervjuet. Vurderingen om å framlegge det utskrevne intervjuet for informantene eller ikke, anser jeg som en del av den totale etiske vurderingen som forskeren må gjøre. Empiriens innhold vil være av betydning i denne vurderingen. Jeg valgte å levere det utskrevne materialet kun til den første kvinnen som jeg intervjuet. På bakgrunn av hennes uttalelser om lite gjenkjennelse, valgte jeg å ikke levere materialet til de andre.

Å våge å være talerør for kvinner med kreftsykdom når jeg ikke er kreftsyk selv, har stilt krav til meg om å være tro mot kvinnenens beretninger. Jeg kan som kvinne sette meg inn i en kvinnelig pasients opplevelser til en viss grad, men deres lidelse kan jeg ikke sette meg fullstendig inn i. For å utføre forskning der andre menneskers livsverden er i fokus må en å tørre å gå inn i ukjent terreng samtidig som jeg vurderte den interne gyldighet i prosjektet. Det vil si hvorvidt mitt prosjekt er gyldig for de kvinnene som ble intervjuet.

I kvalitativ forskning må forskeren justere seg til hver informant, slik at utformingen av intervjuet ikke blir likt hver gang. Kravet om konsistens ved at forskeren oppfører seg likt hver gang vil være uaktuelt i et kvalitativt dybdeintervju. Teoretisk og følelsesmessig forberedte jeg meg før alle intervjuene. Jeg leste intervjuguiden, tenkte igjennom hva som ville være viktig og samtalte med meg selv om at jeg måtte være åpen for nye momenter og innspill. I tillegg var informantene ulike. Jeg forsøkte å føle meg fram for å bli litt kjent med hver enkelt. Deres tillit og fortrolighet var viktig for meg slik at de kunne være åpen mot meg i samtalen. Jeg la vekt på å være nær men samtidig ikke for nær ved å bli privat. Forberedelsen vil være medvirkende for hvordan relasjonen blir. Ved første intervju konsentrerte jeg meg om intervjuguiden, mens ved andre intervju hadde jeg erfaring som jeg også brakte inn i situasjonen. Jeg skrev notater like etter hvert intervju om hvordan jeg hadde opplevd intervjuet og hva jeg kunne tenke meg å vektlegge i neste intervjusekvens. Før neste intervju leste jeg igjennom dette. Fog (1994) skriver at forskerens subjektivitet er det beste og eneste redskap til erkjennelse av den andre personen. Noen ganger kan en stole på egne følelser, men ikke alltid. Forskerens subjektivitet er et sårbart instrument som skal stemmes før hun går ut og bruker det (Fog 1994).

I et kvalitativt dybdeintervju kan mine egne følelser i intervjusituasjonen ha vært forstyrrende eller de kan ha vært med på å prege min empiri. I intervjuene syntes jeg synd på kvinnene, jeg forsto i løpet av samtalene at alle levde med uhelbredelig kreftsykdom. Før intervjuene hadde jeg antatt at kvinnene jeg kom til å møte levde med kurabel sykdom. Jeg ble overrasket over at alle informantene var inneforstått med at kurasjon ikke var mulig. Av den grunn ble min intervjuguide underveis tilpasset informantenes livssituasjon. Justering av intervjuguide kan også bidra til å styrke gyldigheten av materialet (Malterud 2002). I min intervjuguide hadde jeg som første spørsmål til informantene at de skulle fortelle meg om en røntgenundersøkelse som de husket. I de to første intervjuene startet jeg med dette etter en innledende samtale om prosjektet. Begge to svarte at de ikke husket noen spesiell røntgenundersøkelse. Det viste seg at de ønsket å snakke om sitt liv og sin sykdom. Etter hvert kom de også inn på røntgenundersøkelser som hadde gjort uslettelige inntrykk, da husket de episoder og gav meg detaljerte skildringer av egne opplevelser. Dette førte til at jeg endret spørsmålsstillingen til de neste informantene. Jeg åpnet først opp for at de kunne fortelle om sitt liv før jeg penslet dem inn på røntgen situasjoner.

Hvor nøyaktig transkriberingen ble gjort påvirker studiens pålitelighet. Bruk av båndopptaker gjorde det mulig med nøyaktig gjengivelse. Når kvinnene snakket lavt kunne jeg lytte til samme setning flere ganger. Jeg startet transkriberingen samme dag som intervjuene ble foretatt. Ved at jeg selv gjorde dette og ved at jeg hadde situasjonen ferskt i minne, skrev jeg ned informantenes kroppsspråk i tillegg til den muntlige samtalen. For at en troverdig konklusjon skal oppnås må leseren kunne følge hele prosessen der alt er troverdig beskrevet.

I mitt prosjekt var antallet informanter 4 kvinner. Dette kan anses som et lite tall. I litteraturen nevnes forskjellige forslag til kriterier angående antallet informanter i kvalitativ forskning, som teoretisk metning, variasjonsbredde og pragmatiske hensyn (Olsen 2003). Metodelitteraturen beskriver ikke antall informanter entydig, men jeg vil trekke fram vil kravet til antall informanter bør være på bakgrunn av hva som framkommer i empirien. Når nye data viser samme aspekter som tidligere data, sies at det oppstår ”en metning” (Olsen 2003). Jeg er usikker om jeg kom til en metning, det vil si at fortsatt intervjuing ikke ville gitt noe nytt. Jeg hadde en telefonsamtale med en kvinne som ønsket å være informant nr 5, men da hun på grunn av sykdommen ikke

kunne møte meg før etter 4 måneder ble hun ikke med i prosjektet. Ut fra samtalen vi hadde, tydeliggjorde hun flere av de samme aspektene ved å være kreftsyk som de andre informantene. Jeg stusset over samsvaret i uttalelsene og har senere tenkt at dette kunne være et tegn på metning. Meningsstømning i analyse av intervjuetekst vil også være et gyldighetskrav i kvalitativ forskning. I tillegg til å beskrive selve prosessen kan en også vise fram analyse kategoriene ved å legge disse som vedlegg.

Kvalitetssikring i forbindelse med kvalitative intervju beskriver Fog (1994) som materialets mangfoldighet og relevans i forhold til problemstillingene. Videre kvalitetssikring vil være å argumentere seg fram til logiske utsagn ved kombinasjon av tolkning og ved å trekke inn teori. Logikken i argumentasjonen må overbevise andre og de nye svarene må prøves i en faglig sammenheng eller i en offentlig debatt (Holter og Kalleberg 1996). Dette vil også være en gyldighetsprøve for prosjektet.

Generalisering:

Hvordan kan jeg ut fra informantenes utsagn om spesifikke situasjoner de har opplevd trekke trådene til det generelle? Andenæs (2000) definerer dette som ytre gyldighet: om resultatene gjelder for andre enn de som er utforsket, om resultatene kan overføres. Mine resultater vil ha overføringsverdi til andre kvinner i samme situasjon når flere av mine informanter vektla samme aspekt, eller ved at informantenes utsagn kan knyttes til teori. Noen av aspektene som framtrådte fra mitt materiale vil være typiske for flere enn de fire informantene og dermed være av allmenn karakter. Informantene i prosjektet kom fram med subjektive meninger og hendelser. De representerte bare seg selv, ikke en større populasjon. Informantenes utsagn, mener jeg, gjenspeiler deres tanker og opplevelser. De delte positive og negative opplevelser med meg. Ved at jeg gikk delvis åpent ut mot informantene fikk jeg ulikt datamateriale fra de ulike informantene. De berettet om ulike hendelser, men i deres opplevelser fant jeg en rekke likheter når det gjelder deres tanker og følelser.

Andenæs (2000) sier at generalisering kan diskuteres etter prosjektets avslutning ved å stille spørsmål om hva resultatet er, og hvem som er mottagere av resultatet. Resultatet i kvalitativ

forskning vil være tilstandsbilder og forståelsesmodeller som vokser fram på bakgrunn av brytning mellom teori og empiri (Andenæs 2000). Overføringsverdien må ses i lys av resultatenes form og innhold. I mitt prosjekt vektla alle informantene den spenningssituasjonen som de opplevde når de skulle til undersøkelse på radiologisk avdeling. Dette vil være en tilstand som vil gjelde flere enn de fire informantene. Likeledes viktigheten av å bli møtt av personalet på en god måte når de er i denne spenningssituasjonen. Et annet fenomen som også vil fremstå som viktig for andre pasienter er å få tilstrekkelig informasjon. Det vil sannsynligvis være flere pasienter som ønsker å få beskjed om de valgmuligheter de selv har og om at for eksempel helsearbeideren har kalde hender når de tar på pasientens hud. Disse erfaringene som informantene frambringer vil være generelle fenomener ved å være i en undersøkelsessituasjon. Dette vil være ”tilstandsbilder” som andre pasienter i samme situasjon kan kjenne seg igjen i.

En av informantene hevdet at mannlige radiografer var mer omsorgsfulle enn kvinnelige. Dette synet delte ikke de andre informantene. Jeg har heller ikke funnet teori som samstemmer med dette. Jeg mener at kvinnens utsagn kan bero på tilfeldigheter. Hun generaliserer ved at hun overfører egne erfaringer fra møter med mannlige radiografer til alle andre av samme kjønn. Tilfeldigvis har kvinnen møtt omsorgsfulle mannlige radiografer og mindre omsorgsfulle kvinnelige radiografer. Det er lite trolig at dette er kjønnsrelatert, men jeg anser at det essensielle er hva kvinnen vektlegger som en omsorgsfull relasjon. Når jeg bringer dette fram i lyset kan både kvinnelige og mannlige radiografer vektlegge denne type atferd. Om generalisering vektlegger Andenæs (2000) ikke bare resultatet men også hvem som er mottagere av resultatet. I mitt prosjekt vil det være radiografer. Hensikten med mitt prosjekt var å få fram kreftpasienters opplevelser fra røntgensituasjoner for eventuelt å bedre radiografens funksjon i møte med pasienten. Selv om overføringsverdien av informantens utsagn om at mannlige radiografer var bedre enn kvinnelige er høyst usikkert, vil informantens beskrivelse av hva hun opplevde som omsorgsfullt, være av allmenn karakter. Dette aspektet kan være viktig å synliggjøre for radiografer slik at andre pasienter kan dra nytte av informantens utsagn.

Kvale (1998) skriver om analytisk generalisering. Han omtaler det som en vurdering om i hvilken grad funnene i en undersøkelse kan brukes som veiviser for hva som vil skje i en annen situasjon. Sannsynligheten for at hendelsen skal skje igjen gjøres ved å analysere likheter og forskjeller

mellom situasjoner som informantene beskriver. En av mine informanter berettet om en situasjon der hun hadde fått time til røntgenundersøkelse for deretter å bli avvist. Hun hadde gjennomgått et to dagers tømningregime med faste som var en stor påkjenning for henne da hun i utgangspunktet var svak. Da hun møtte opp på røntgenavdelingen fikk hun beskjed om at hun sto ikke på programmet. Hun måtte forlate avdelingen med ny time noen dager senere. Dermed måtte hun gjennomgå tømningregimet på nytt. For denne kvinnen var denne hendelsen en katastrofe. Her forelå en systemfeil som ingen ansatte rettet opp. Dette er en situasjon som sannsynligvis kan skje igjen. Denne røntgenavdelingen hadde ikke rutiner for hva de skulle gjøre når to pasienter hadde fått nøyaktig samme time til samme laboratorium. Dermed måtte en av pasientene lide for denne personalfeilen. Min informant var for svak til å protestere, slik at de ansatte ikke fikk kjennskap til den traumatiske opplevelsen for pasienten. Sannsynligheten for at det skal skje igjen er stor når personalet ikke får innblikk i hvordan pasienten opplevde situasjonen slik at de kan endre rutinene. Da jeg beskrev situasjonen måtte jeg argumentere på en grundig måte for å være tilstrekkelig overbevisende. Dermed kan personalet se at denne systemfeilen kan gjenta seg. Da vil min konklusjon bli gyldig selv om kun en informant berettet om sin hendelse.

Avslutning:

For å få fram ny kunnskap innen eget fagfelt har jeg rettet blikket mot relasjonen radiograf og kreftpasient. Ved å beskrive vitenskapelige krav i forbindelse med kvalitativ forskning der dybdeintervju benyttes har jeg forsøkt å vise hvordan dette kan gjennomføres.

LITTERATURLISTE:

Album, D. (1996): Nære fremmede, TANO

Andenæs, A. (2000): Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I: Haavind, H (red) : Kjønn og fortolkede metode, metodiske muligheter i kvalitativ forskning, Gyldendal.

Berg, O. (1987): Medisinens logikk, Universitetsforlaget

Egestad, H. (2003): Det er jo til ens eget beste, Hovedfagsoppgave i Helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

Fog, J. (1994): Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview, Akademisk Forlag, København

Gadamer, H.-G. (1999): Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip, s. 127-183 I: Gulddal, J., Møller, M. (red): Hermeneutikk – en antologi om forståelse, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S., Haslev

Haavind, H. (2000): På jakt etter kjønnede betydninger. I: Kjønn og fortolkede metode, metodiske muligheter i kvalitativ forskning, Gyldendal.

Holter, H. og Kalleberg, R. (red) (1996): Kvalitative metoder i samfunnsforskning, Universitetsforlagets Metodebibliotek

Kvale, S. (1998): Interview, En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview, Hans Reitzels Forlag

Malterud, K. (2002): Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger I: Tidsskrift Norske Lægeforening nr 25, 2002, 2468-2472

Molander, B. (1997): Kunnskapsmangfold och olika kunskapstraditioner I: Alvsvåg, H, Andersen, N, Gjengedal, E, Råheim, M (red): Kunnskap, kropp og kultur, ad Notam.

Olsen, H. (2002): Kvalitative kvaler, Akademisk Forlag A/S

Olsen, H. (2003): "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter?, Sosiologisk Tidsskrift, 11(2):123-153,2003

Thorngquist, E (2003): Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag, Fagbokforlaget

Øhlen, J. (2000): Att vara i en fristad, Institutionen for vårdpedagogik, Gøteborgs universitet, Gøteborg

