



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskans upplevelser och tankar efter mötet med gravida som lider av psykisk ohälsa.

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anneli Hagen Andersson & Ebba Folkesson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Januari 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Barnmorskans upplevelser och tankar efter mötet med gravida som lider av psykisk ohälsa.

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anneli Hagen Andersson & Ebba Folkesson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Januari 2015

Abstrakt

Bakgrund: Psykisk ohälsa under graviditet innebär risker både för kvinnan och det väntade barnet. Barnmorskor inom mödrahälsovården träffar regelbundet den gravida kvinna och har därför möjlighet att uppmärksamma psykisk ohälsa. **Syfte:** Att belysa barnmorskans upplevelser och tankar efter möten med gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa **Metod:** Kvalitativ design med öppna intervjuer genomfördes. Elva barnmorskor intervjuades och en innehållsanalys utfördes. **Resultat:** Barnmorskorna kände en trygghet i sin kompetens. De uppgav vikten av att ge kvinnan stöd och att arbeta tillsammans med andra instanser för kvinnans bästa. Barnmorskorna lyfte också att de själva behövde stöd i att hantera de känslor som uppkom i mötet med gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa.

Nyckelord

Barnmorska, graviditet, kvinna, psykisk ohälsa och upplevelser

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Psykisk ohälsa under graviditet	3
Mödrahälsovårdens roll	4
Syfte	6
Metod	6
Urval av undersökningsgrupp	6
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	7
Genomförande av datainsamling	8
Genomförande av databearbetning	8
Etisk avvägning	9
Resultat	10
Att känna trygghet i sin kompetens	11
Att få kvinnan att våga berätta	11
Att bygga en relation.....	12
Att fokusera på det positiva och normala	13
Att ge kvinnan det hon behöver	13
Att ge stöd	14
Att få kvinnan att känna efter	14
Att hantera olika uttryck av psykisk ohälsa.....	15
Att möta kvinnor med olika förutsättningar	16
Att släppa taget.....	17
Att arbeta för kvinnans bästa	18
Att vara spindeln i nätet	18
Att arbeta under tidspress.....	19
Att samarbeta med läkare.....	19
Att vara kvinnans advokat.....	20
Att själv behöva stöd	21
Att hantera blandade känslor	21
Att själv uppleva kunskapsbrist.....	22
Diskussion.....	22
Diskussion av vald metod	22
Förförståelse	23
Urval av undersökningsgrupp	23
Genomförande av datainsamling	24
Genomförande av databearbetning	25
Diskussion av framtaget resultat.....	25
Slutsat och framtida forskning.....	29
Referenser	30
Bilaga 1	33

Problembeskrivning

Att bli förälder innebär en mycket stor omställning i livet. Oftast är denna omställning förenad med lycka och glädje, men vissa mödrar reagerar med sviktande psykisk hälsa på förändringen (Nyström & Öhrling, 2003; Socialstyrelsen, 2014). Glädjekänslorna kan utebli även under graviditeten och det kan vara en period då kvinnan för första gången känner oro och ångest. Tidigare psykisk ohälsa kan också åter manifesteras (SFOG, 2008). Om en gravid kvinna lider av psykisk ohälsa får det negativa konsekvenser både för henne själv, det väntade barnet och övriga familjemedlemmar (Muzik & Hamilton, 2012; Voellmin, Entringer, Moog, Wadhwa & Buss, 2013) .

Mödrahälsovården har funnits i Sverige sedan 1930-talet, och varit kostnadsfri lika länge. Den når idag 99 % av alla gravida kvinnor (Socialstyrelsen, 2014). Omhändertagandet och övervakningen av gravida har lett till att Sverige är ett av de länder som har lägst mödra- och spädbarnsdödligheten i världen (SFOG, 2008). Då konsekvenserna för den gravida och barnet kan bli stora vid psykisk ohälsa under graviditeten är det av största vikt att barnmorskan från tidig graviditet ägnar uppmärksamhet åt kvinnans psykosociala situation (Socialstyrelsen, 2014). Barnmorskor som jobbar i mödrahälsovården träffar kvinnor regelbundet under deras tid som gravida och har därför en god möjlighet att kunna uppmärksamma kvinnor som mår psykiskt dåligt (SFOG, 2008; Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjö, 2001). Under graviditeten går kvinnan normalt igenom tre psykologiska faser (SFOG, 2008). Under den första trimestern går kvinnan igenom fusionsfasen som innebär att kvinnan känslomässigt integrerar barnet som en del av sin kropp. Andra trimestern kallas differentieringsfas och fostret blir här en separat individ och kvinnan börjar fantisera om det väntade barnet. Under den tredje trimestern sker separationsfasen och kvinnan förbereder sig här inför förlossningen. Barnmorskan har kunskap om dessa faser och bör kunna identifiera avsteg från dessa och på så vis upptäcka eventuella problem (a.a).

Bakgrund

Psykisk ohälsa är ofta en normal reaktion på en påfrestande livssituation (Socialstyrelsen, 2014). Enligt World Health Organization (2014) lider 10% av världens gravida kvinnor av någon form av psykisk ohälsa, då främst depression. En studie utförd på gravida kvinnor i Korea visade att 20,2% av de medverkande led av psykisk ohälsa (Jeong et al, 2013). I Sverige rapporterade år 2001 17 % av de gravida informanterna psykisk ohälsa (Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjö, 2001). Av de kvinnor som födde barn i Sverige år 2013 behandlades 6,6% för psykisk ohälsa (Graviditetsregistrets årsrapport, 2013). Behandlingen kunde bestå av medicinering och/eller psykologiskt stöd. Enligt Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG, 2008) har behandling av gravida kvinnors psykiska besvär en positiv effekt både för kvinnan och det väntade barnet.

Psykisk ohälsa under och efter graviditet

Risken att en människa utvecklar psykisk ohälsa kan påverkas av både generna och miljön (SFOG, 2008). Graviditeten är en period då kvinnan löper en större risk att utveckla psykisk ohälsa. Orsaken är de fluktuerande hormonnivåerna i kroppen, fysiska förändringar samt den psykiska omställningen det innebär att anpassa sig till den nya rollen som blivande mamma (Muzik & Hamilton, 2012).

Om den gravida kvinnan mår psykiskt dåligt ökar risken för prematur födsel samt tillväxthämning hos barnet (Voellmin et al, 2013). Forskning har visat att kvinnor som lider av psykisk ohälsa har en sämre motståndskraft mot stress och därför har en högre halt av kortisol i blodet jämfört med de kvinnor som har en god psykisk hälsa. Studier hävdar att en högre halt av kortisol hos den gravida kvinnan kan påverka de hormonella och immunologiska faktorerna i placenta (Voellmin et al, 2013). Dessa förändringar tros kunna leda till prematur födsel samt tillväxthämning (Nierop, Wirtz, Bratsikas, Zimmermann & Ehlert, 2008; Voellmin et al, 2013).

Lider den gravida kvinnan av psykisk ohälsa ökar även risken för att hon utvecklar en depression postpartum (Austin, Telly & Parker, 2007). En postpartumdepression hos kvinnan kan försvåra anknytningen till det nyfödda barnet (Muzik & Hamilton, 2012). God anknytning under spädbarnsperioden är en viktig skyddande faktor för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga (Karolinska institutet, 2011). Psykisk ohälsa hos någon av föräldrarna under barnets uppväxt kan påverka barnets mentala och kognitiva utveckling negativt (Connell & Goodman, 2002; Goodman et al, 2011).

Mödrahälsovårdens roll

År 1996 gjorde Socialstyrelsen en utredning där rekommendationen för mödrahälsovården i Sverige blev ett basprogram med nio besök för förstföderskor och åtta för omföderskor (Socialstyrelsen, 1996). Detta kan sedan kompletteras med en individuell plan för omvårdnad och psykosocialt stöd inom mödrahälsovården. Socialstyrelsen (2014) understryker vikten av att uppmärksamma kvinnors psykiska hälsa under graviditeten. I Australien utfördes en studie där medvetenheten hos vårdpersonal kring depression under och efter graviditet utvärderades (Buist et al, 2006). Studien visade att det var större chans att depression diagnostiserades och behandlades postnalt än antenalt. Sjuksköterskorna och läkarna erbjöd hjälp till kvinnor med psykisk ohälsa i större utsträckning än vad barnmorskorna gjorde och läkarna var mest benägna behandla med psykofarmaka (a.a).

Det är få gravida kvinnor som aktivt söker hjälp för sin psykiska ohälsa. I Teeffelen, Nieuwenhuijze & Korstjens (2011) studie uttryckte gravida kvinnor att en god relation till barnmorskan var viktig för att de skulle känna sig bekväma i att prata om sin psykiska ohälsa. Kvinnorna menade att barnmorskans attityd och bemötande var viktigt för dem och de ville att barnmorskan aktivt skulle fråga om deras psykiska mående. Socialstyrelsen (2014) menar att barnmorskan ska använda den tid hon har till förfogande för att stärka individen.

Internationellt finns ett ökat intresse för att kunna identifiera och hjälpa gravida kvinnor som löper risk att utveckla psykisk ohälsa under och efter graviditeten (Rollans, Schmied, Kemp &

Meade, 2013) . En pilotstudie gjord i Australien visar på att bedömningen som vårdpersonal gör angående gravida kvinnors psykiska hälsa är avgörande i processen att ge kvinnan det stöd och den hjälp hon behöver (Karatas, Matthey & Barnett, 2009). I Australien har vissa stater infört bedömningsmanualer för psykosocial hälsa i den antenatala vården.

Självskattningsformuläret Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, är framtaget för att mäta kvinnors psykiska hälsa efter graviditeten. Formuläret kan även användas under graviditeten för att upptäcka depressionssymtom hos kvinnan (Murray & Cox, 1990). Fem län i Sverige använder sig i olika grad av EPDS för att bedöma kvinnans psykiska hälsa under graviditet (Graviditetsregistret, 2013) I en svensk studie (Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson & Sydsjö, 2011) fick gravida kvinnor använda sig av EPDS och det visade sig vara ett säkert och välfungerande instrument. Därför ansåg författarna till studien att EPDS bör användas inom mödrahälsovården i Sverige.

Joyce E Thompson (Thompson, Oakely, Burke & Conklin, 1989) är en amerikansk barnmorska som har utvecklat en teori med fokus på processen i barnmorskans vård av gravida. Hon betonar framförallt betydelsen av interaktionen mellan kvinnan och barnmorskan. Det som kännetecknar god vård är att den är medicinsk säker, tillfredsställer förväntningar och behovet av vård, främjar hälsa, respekterar människovärdet, främjar rätten till självbestämmande, respekterar kulturella och etniska olikheter samt att den är familjecentrerad (a.a). Interaktionen mellan kvinnan och barnmorskan är viktig i mötet med kvinnor som lider av psykisk ohälsa (Muzik & Hamilton, 2012; Teeffelen et. al 2011).

Det finns inga specifika riktlinjer för omhändertagandet av gravida med psykisk ohälsa men de generella riktlinjer som finns är applicerbara även för gravida kvinnor (Socialstyrelsen, 2010). Hög tillgänglighet, god kontinuitet med samarbete mellan primärvården och psykiatri är de centrala komponenterna i Socialstyrelsens rekommendationer. De menar också att det ska finnas tillgång till kompetent personal och vårdstrukturen ska vara uppbyggd på ett sätt som främjar ett effektivt omhändertagande. Enligt en studie gjord i Sverige 2005 (Wickberg, Tjust & Hwang) känner många barnmorskor att mödrahälsovårdens uppdrag när det gäller psykosocialt arbete och stöd är oklart. Författarnas uppfattning är att få studier har gjorts inom ämnet ur barnmorskans synvinkel. Som blivande barnmorskor i ett samhälle där psykisk ohälsa hos gravida ser ut att öka (Graviditetsregistrets årsrapport, 2013) anser vi att en studie

utifrån barnmorskans perspektiv är av största vikt för att belysa vad barnmorskor har för tankar och upplevelser kring denna grupp av gravida.

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att belysa barnmorskans upplevelser och tankar efter möten med gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa.

Metod

Denna studie har en kvalitativ design med induktiv ansats. Öppna intervjuer med två inledande frågor har använts med syfte att fånga informanternas erfarenheter och tankar kring ämnet.

Urval av undersökningsgrupp

Ett strategiskt urval har använts. Vid ett strategiskt urval finns vissa förutbestämda kriterier för de informanter som ska ingå i studien, och forskaren utgår ifrån dessa kriterier i val av informanter (Polit & Beck, 2006). Urvalet i denna studie var barnmorskor som arbetade inom mödrahälsovården och hade arbetat minst ett år för att ha hunnit få erfarenheter av att möta kvinnor med psykisk ohälsa. Elva barnmorskor i mödrahälsovården inom Region Skåne har deltagit i studien.

Ett externt bortfall ägde rum då det fanns en tidsbrist inom verksamheten som ledde till att en av verksamhetscheferna endast gav sitt tillstånd att inkludera två av fem tilltänkta mottagningar. De tre bortfallna mottagningarna ersattes då av två andra.

I mitten av sommaren 2014 skickades informationsbrev till verksamhetscheferna på de enheter som önskade delta i studien. I detta informationsbrev fanns information om studiens

bakgrund och syfte samt bifogat informationsbrev till mellanhand och informanter. Efter skriftligt medgivande från verksamhetscheferna fick författarna kontaktuppgifter till en mellanhand på var enhet. Syftet med att ha en mellanhand är att ha en person i gruppen som kan hjälpa till att identifiera informanter och även hjälpa författarna att få förtroende från informanterna på var utvald enhet (Polit & Beck, 2006). Dessa kontaktades via telefon eller mail och fick information om studien. I två av fallen agerade verksamhetschefen själv kontaktperson och identifierade barnmorskor som passade för studiens inklusionskriterier. Ett informationsbrev skickades via mail till mellanhänderna på var enhet. I detta fanns ett informationsbrev med information om studien samt hur intervjuerna skulle gå till. Detta brev skulle mellanhanden dela ut till de informanter som uppfyllde inklusionskriterierna.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

En kvalitativ design var passande i denna studie då designen används för att få en förståelse för och en helhetsbild av det undersökta fenomenet (Polit & Beck, 2006). Intentionen var att med hjälp av ett induktivt förhållningssätt samt öppna intervjuer få en djupare förståelse för ämnet. Vid en induktiv ansats analyseras materialet utan en förutbestämd hypotes och i en öppen intervju ges informanten möjligheten att tala fritt kring ämnet (a.a). Inom den kvalitativa forskningstraditionen finns en uppfattning om att sanningen finns i betraktarens ögon. Kontexten, den intervjuades personliga historia samt livsvillkor är viktigt att ha i beaktning under analysprocessen (Granheim & Lundman, 2008).

För att få en uppfattning om den intervjuades perception och tankar kring ett ämne utan att som forskare påföra denne sin egen uppfattning bör en öppen intervju användas (Polit & Beck, 2006). Polit och Beck (2006) menar att det vid en öppen intervju är rimligt att inleda med en öppen fråga som för in informanten i det tänkta ämnet och sedan ställs frågorna vidare utifrån vad informanten lyfter. I denna studie har en intervjuguide (bilaga 1) använts med de två inledande frågorna ”Hur ofta upplever du att du möter gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa?” samt ”Vill du berätta om en situation där du mött en kvinna med psykisk ohälsa och hur du agerade i denna situation.”. För att fördjupa vissa svar ytterligare ställdes uppföljande frågor så som “Vill du berätta mer”. I andra fall då respondenterna inte spontant berörde de ämnen som författarna tänkt sig ställdes även andra frågor som fanns förslagna i

intervjuguiden som till exempel ”Vad tycker du gick bra respektive dåligt i den situationen du beskrev”. För att testa intervjuguidens tillförlitlighet (Polit & Beck, 2006) genomfördes en pilotintervju i början av september. Efter denna intervju gjordes en utvärdering som fastställde att intervjuguiden innehöll frågor som fångade ämnet och inga justeringar ansågs nödvändiga. Denna intervju inkluderades sedan i studien.

Genomförande av datainsamling

Intervjuerna genomfördes under hösten 2014. Information om vilka barnmorskor som var aktuella för studien inhämtades från mellanhanden på var enhet. De intresserade barnmorskorna kontaktades sedan via mail eller telefon och fick ytterligare information samt tillfälle att ställa frågor om studien. Vid två tillfällen reste författarna till respektive enhet för personlig information till intresserad barnmorska. Tider bokades för intervjuer. Författarna delade upp intervjuerna mellan sig och ingen intervju hölls gemensamt.

Informanterna fick själva välja plats för intervjun och samtliga intervjuer hölls på barnmorskemottagningarna där barnmorskorna arbetade. Intervjuerna varade mellan 18-45 minuter, med en medellängd på 30 minuter. De spelades in på diktafon och transkriberades ordagrant av den som genomfört intervjun.

Genomförande av databearbetning

Analysen av intervjuerna är inspirerad av Philip Burnard´s innehållsanalys och syftar till att hitta mönster och kategorier i det framkomna materialet (Burnard, 1991). Insamlad data kodas för att sedan organiseras i kategorier med underkategorier.

Intervjuerna transkriberades fortlöpande. Efter att intervjuerna transkriberats lästes transkriberingarna igenom för att få en djupare förståelse av innehållet. Under tiden skrevs anteckningar i marginalen kring vilka olika områden som identifierades i texterna. Burnard

(1991) menar att tanken under denna process är att fördjupa sig i respondentens livsvärld. Härefter lästes materialet igenom ännu en gång och författarna skrev ner koder som fångade det relevanta i materialet. Enligt Burnard (1991) kallas detta för ”öppen kodning” och under detta steg i analysen sorteras all irrelevant data bort. Författarna läste sedan igenom materialet åter och färgmarkerade de olika koderna. Var färg representerade saker som tycktes höra ihop och kategorier började genereras. Dessa första steg gjorde författarna var för sig och sedan gjordes en gemensam sammanställning där materialet jämfördes. Det visade sig då att författarna hade grupperat materialet på ett likartat sätt. De gemensamma koderna uppfördes nu på ett eget papper och likartade koder slogs samman. Sedan reducerades antalet kategorier genom att föra samman de kategorier som liknade varandra i bredare kategorier och underkategorier. Denna lista arbetades igenom några gånger och transkripten lästes igenom under tiden för att kontrollera att kategorierna och underkategorierna täckte alla aspekter av intervjuerna.

Ett analyschema framkom med kategorier och underkategorier med vidhängande citat, se exempel i analyschema (tabell 1). Skrivprocessen startade och utvalda citat användes i texten för att konfirmera det som lyfts under var kategori och underkategori.

Tabell 1: Exempel på analyschema

Citat	Kod	Underkategori	Kategori
”..och att de känner en...en att de är sedda och bekräftade och att de känner sig...att de längtar efter att komma hit liksom...att man bryr sig...” BM 3	Kvinnorna känner sig bekräftade och barnmorskan bryr sig	Att bygga en relation	Att känna trygghet i sin kompetens

Etisk avvägning

Ett rådgivande yttrande efter prövning i Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet har erhållits med nummer 78-14.

Innan studien påbörjades har berörda verksamhetschefer gett sitt tillstånd att genomföra studien. Deltagarna fick innan intervjuerna ägde rum skriva under ett skriftligt informerat

samtycke i enlighet med rådande riktlinjer (CODEX, 2013). Vidare gavs tydlig information till varje barnmorska om att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att ange någon orsak. Detta gjordes enligt gällande etiska riktlinjer för forskning (World Medical Association WMA, 2014).

I all forskning är det viktigt med respekt för mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Det är forskarens uppgift att värna om undersökningspersonens välmående (Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, 2003). Under studien togs informanternas hälsa, värdighet, integritet och självbestämmande i beaktande. Hänsyn togs till att barnmorskorna under intervjuerna kunde uppleva känslor av otillräcklighet och oförmåga att hantera kvinnornas problematik. Författarna hade ett neutralt förhållningssätt som visade på respekt inför intervjupersonens erfarenheter kring det berörda ämnet och la stor vikt vid att inte värdera det som framkom under intervjuerna. Författarna var även lyhörda inför olust att samtala kring vissa ämnen. Vid transkriberingen oidentifierades materialet. Endast författarna samt handledaren har tillgång till materialet från intervjuerna. Materialet kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd.

Resultat

Under analysen delades resultatet in i fyra kategorier med underkategorier, se tabell 2

Tabell 2. Huvudkategorier med respektive kategorier.

Att känna trygghet i sin kompetens	Att ge stöd	Att arbeta för kvinnans bästa	Att själv behöva stöd
Att få kvinnan att våga berätta	Att få kvinnan att känna efter	Att vara spindeln i nätet	Att hantera blandade känslor
Att bygga en relation	Att hantera olika uttryck av psykisk ohälsa	Att arbeta under tidspress	
Att fokusera på det positiva och normala	Att möta kvinnor med olika förutsättningar	Att samarbeta med läkare	Att själv uppleva kunskapsbrist

Nedan presenteras var kategori med underkategorier och illustreras med vidhängande citat.

Att känna trygghet i sin kompetens

Barnmorskans och kvinnans relation är ett viktigt verktyg för barnmorskan för att få kvinnan att öppna sig och motivera kvinnan till positiva förändringar. Barnmorskorna beskrev hur de skapade denna relation genom ett kompetent bemötande. Kvinnor över lag har ett stort förtroende för barnmorskor och besöken hos barnmorskan är ofta en fristad där kvinnan har möjlighet att lätta på det inre trycket och anförtro saker som kanske ingen annan blivit anförtrodd.

Att få kvinnan att våga berätta

Under intervjuerna framkom vikten av att barnmorskan öppnar upp för samtal kring psykisk ohälsa redan vid första mötet med kvinnan. Det är inte alltid vid detta möte som kvinnan berättar om sina eventuella problem, men genom att ha en öppensinnad och tillåtande attityd kan barnmorskan ”så ett frö” så att kvinnan eventuellt känner att hon kan ta upp det vid ett senare tillfälle.

”På inskrivningen...lite kom där och lite kom sen...och så är det ju inte med alla tycker jag, att de öppet berättar utan att vissa får man ju lirka ur och det kommer mer och mer/.../”

(Bm 10)

Barnmorskorna brukade fråga om kvinnans livssituation i allmänhet för att skapa sig en bild av kvinnans psykiska status. Ibland glömde de att ställa frågor kring psykisk ohälsa eftersom det inte fanns någon direkt fråga om det på den blankett som vid första mötena fylls i för att skapa sig en bild av kvinnans hälsotillstånd. Det finns även de kvinnor som inte vågade berätta om sitt psykiska tillstånd av rädsla för att inte ses som fullgod blivande förälder. Här betonades vikten av att berätta om sekretesslagen och lyfta att barnmorskan inte är dömande inför kvinnornas situation utan att deras roll är att hjälpa kvinnan på bästa sätt.

”/.../framförallt att kanske påtala att man har framförallt tystnadsplikt och tidigt berätta att de kan berätta allt här, att man inte för det vidare, att man är här för att hjälpa och inte stjälp.”

(Bm 5)

Att bygga en relation

Kvinnor överlag upplevdes ha ett stort förtroende för barnmorskor och relationen mellan kvinna och barnmorska baserades på förtroende och tillit. För att bygga upp denna relation var det viktigt att barnmorskan visade ett genuint intresse för kvinnan för att få henne att känna sig trygg och bekräftad.

”/.../och att de känner en.. att de är sedda och bekräftade och att de känner sig...att de längtar efter att komma hit liksom...att man bryr sig/.../”

(Bm 3)

Barnmorskorna trodde det var viktigt att ofta upprepa för kvinnan att de finns där för hennes skull och att hon kan berätta allt för dem. De såg det även som sin uppgift att involvera partnern i situationen och att stärka kvinnan och partners relation.

”/.../de gånger man behöver ta hit mannen är ofta de gånger när kvinnan känner att de inte har något jättestöd hemma...så tycker de att det är jätteskönt att en barnmorska säger till mannen hur viktigt det är att vara öppen för symptom (på psykisk ohälsa)/.../”

(Bm 5)

Barnmorskorna uttryckte att de kände sig lugnare om kvinnan hade en stabil partner.

Att fokusera på det positiva och normala

Det ansågs vara viktigt att fokusera på det normala och positiva med graviditeten. Att lägga fokus på det som var bra i graviditeten hjälpte ibland kvinnan att hantera sina psykiska problem på ett bättre sätt. Det var även av största vikt för att hjälpa kvinnan att knyta an till barnet i magen. Barnmorskornas upplevelse var att kvinnor med psykisk ohälsa ibland har svårt att ta till sig graviditeten och genom fosterljudsaskultation och/eller extra ultraljud upplevde barnmorskorna att de kunde hjälpa kvinnan att knyta an till sitt barn.

”/.../det kan vara att om man ska lyssna hjärtljud att man lyssnar kanske lite längre att man ser i hennes ögon, de kan nästan bli lite tårögda ibland och att man ser i hennes ögon och att de får lov att lyssna och bara den här...dun dun dun, att hon hör det kanske i tre minuter eller fem minuter, att det gör det att hon just det...kanske kan få lite närmre kontakt till vad som är där inne...”

(Bm 6)

Att ge kvinnan det hon behöver

Ett genomgående tema i intervjuerna var att psykisk ohälsa ställer krav på närvaro från barnmorskan. Det var viktigt att barnmorskan tog sig tid för kvinnorna och de underströk ofta att kvinnan alltid kunde höra av sig om det var något. Barnmorskorna lyfte även vikten av att vara flexibel och att individanpassa vården.

”Alltså mår man inte bra så får man komma oftare och det är vi väldigt noga med här, att man får det. Och vi kan sätta upp längre tider när vi vet att det är en kvinna där vi känner att det här kommer ta tid.”

(Bm 11)

En av barnmorskans främsta funktioner upplevdes vara att stärka kvinnan i sig själv och i sin blivande roll som mamma. Barnmorskan hade även en viktig roll i att motivera kvinnan till positiva livsstilsförändringar under graviditeten. Det fanns kvinnor som befann sig i ett

utanförskap, där barnmorskan kunde förmedla kontakt till diverse gruppaktiviteter inom verksamheten.

För vissa kvinnor var barnmorskan den enda person kvinnan anförtrodde sig till och ibland kände barnmorskorna sig otillräckliga med de kvinnor som inte önskade någon annan samtalskontakt. Det var då viktigt för barnmorskorna att understryka att de inte hade någon kompetens som terapeut. Däremot ansågs det viktigt med en holistisk hållning gentemot kvinnan.

”Jag tycker det är viktigt att man vet vilken roll man har till patienten. Och för mig är det viktigt att sköta om graviditeten och se till så att den är bra...sen kan man ju inte bara sitta här och till exempel ta ett blodtryck och säga så nu kan du gå ut igen...man måste engagera sig men man ska ändå veta att det finns proffs som kan ta hand om detta.”

(Bm 11)

Att ge stöd

Barnmorskorna upplevde överlag att psykisk ohälsa bland gravida har ökat även om de upplevde att begreppet är svårdefinierat. Graviditeten kunde ha en stor inverkan på den psykiska hälsan. En av barnmorskans främsta uppgift ansågs vara att ge kvinnan det stöd hon behövde.

Få kvinnan att känna efter

Som barnmorska ansågs det viktigt att inte stigmatisera eller förstora kvinnans problem. Ibland upplevde dock barnmorskorna att kvinnor förnekade sin psykiska ohälsa och barnmorskan fick då stötta kvinnan i att våga känna efter.

”/.../men det är det jag kan tycka är svårt att vi kan inte bara säga ser du inte att du inte mår bra /.../ för det den tiden när de är gravida det är deras tid att lysa /.../ jag känner att mitt

ansvar att när de går härifrån ska de veta...de ska våga känna efter hur de mår och veta att mår de inte bra då finns det allt stöd de kan få/.../”

(Bm 6)

Det var svårt att hantera de kvinnor som inte ville ha den hjälp som erbjöds och då var det viktigt att ge tydlig information om varför barnmorskan tyckte att kvinnan behövde erbjuden hjälp. Vissa kvinnor ville inte att det skulle skrivas om hur de mårde i deras journal. I några fall bytte kvinnan barnmorska om barnmorskan insisterade på att skriva i journalen.

Barnmorskorna upplevde att det fanns en rädsla bland kvinnorna för att bli stämplade som psykiskt sjuka.

”/.../och det är ju så också med det psykiska det är ju lite så fullt eller vad man ska säga fortfarande 2014 liksom...så det sitter långt inne att be om hjälp också tänker jag, man vill ju inte ha den stämpeln på sig att man är psykiskt sjuk eller ja...tänker jag.”

(Bm 1)

Att hantera olika uttryck av psykisk ohälsa

Kvinnornas psykiska ohälsa gav sig uttryck både fysiskt och psykiskt. Barnmorskorna upplevde ibland att kvinnorna inte själva såg sambandet mellan sitt psykiska mående och sina fysiska besvär.

”/... /här så möter jag ju väldigt många kvinnor som mår dåligt och att det blir som en somatik av det. Alltså det är väldigt mycket huvudvärk, mycket ryggont, att alla graviditetssymtom förstärks..ehh..illamåendet och...ehh...som man kan ha oavsett om man mår psykiskt dåligt eller inte, men att man ser det i mycket större utsträckning/.../”

(Bm 2)

Barnmorskorna upplevde att kvinnor med psykisk ohälsa generellt oroar sig mer för barnet än kvinnor med stabil psykisk hälsa. Dessa kvinnor ansågs ofta känna en stor oro för att göra något som skulle kunna skada barnet. Oron grundade sig vanligtvis i information som kvinnorna inhämtat men som de inte hade kunskap att tolka korrekt. Här ansåg barnmorskorna att det var betydelsefullt att bemöta kvinnans oro på ett adekvat sätt.

”Ja, det är ofta väldigt mycket oro för att inte bebisen ska må bra, att den inte ska vara frisk eller att man ska göra någonting som då skadar bebisen, alltså ganska liksom orealistiska saker/.../att då bara prata om det de är oroliga för och få in lite sunt förnuft genom att prata om saker och ting /.../”

(Bm 4)

Att möta kvinnor med olika förutsättningar

Graviditeten är förknippad med en tid i kvinnans liv då hon ska känna lycka och kvinnornas besvikelse upplevdes bli stor om hon istället kände sig ledsen och orolig. Barnmorskorna menade att kvinnorna förberedde sig för den nya rollen som mamma samtidigt som det var en stor hormonell förändring i kroppen. Dessa faktorer upplevdes kunna påverka kvinnans psykiska mående både positivt och negativt, vilket barnmorskorna informerade de gravida om. Många kvinnor ansågs känna ambivalens och oro för hur de skulle klara av föräldrarollen. Barnmorskorna vittnade om vanligheten i att tidigare psykisk ohälsa eller traumatiska händelser väcks till liv under graviditeten.

”/.../men man vet ju att både graviditet och förlossning är en stor belastning så har man det i anamnesen att man haft nån ätstörning eller depression eller vad det vara månne så är det ju en ökad risk att det kan bli jobbigt under graviditeten”

(Bm 3)

Sociala faktorer, så som ekonomisk utsatthet, kunde också påverka kvinnans psykiska hälsa under graviditeten. Vidare menade barnmorskorna att kvinnans relation till sin mamma är betydelsefull. De menade att de kvinnor som inte hade sin mamma närvarande eller hade en dålig relation till henne ofta mådde sämre än andra kvinnor.

”/.../alltså det här med att inte ha sin mamma i livet när man ska ha sitt första barn är en otrolig sorg alltså...det märker vi för vi har ju kvinnor som har sin mamma i andra länder...mamman kanske lever men där de inte har nån...att man inte har närheten, för mamman är geografiskt långt borta...och ännu värre om mamman är död...men även den

sorgen för kvinnorna som kommer hit...de kan bli deprimerade av bara saknaden av sin mamma för då kan de dessutom vara ensamma i livet liksom/.../”

(Bm 3)

Att släppa taget

Information om att psykisk ohälsa kan blossa upp även efter förlossningen förmedlades till alla kvinnor. De kvinnor som mått dåligt under graviditeten fick komma på tidigare efterkontroll. Barnmorskorna ansåg att mammasamtalet som idag utförs av barnhälsovården borde utföras av dem istället då kvinnan och barnmorskan redan skapat en förtroendefull relation. Då det är tabubelagt att inte känna lycka som nybliven mamma kan det vara svårt för kvinnan att ta upp.

”/.../ mammasamtalet kanske skulle ligga hos oss egentligen för vi känner ju kvinnan bättre än vad BVC gör. /.../ Och en del av de (BVC-sköterskorna) är ju bara fokuserade på barnen. Man kan ju svara rätt eller vad man ska säga om man inte vill att det ska synas (att man lider av psykisk ohälsa). Dom (mammorna) är ju inte dumma.”

(Bm 9)

Kvinnan är gravid i nio månader och sedan tar barnmorskans ansvar slut och ibland kunde det vara svårt att släppa tankarna kring kvinnan och hennes nyfödda bebis.

”Det tråkiga där är att man är ju viktig i nio månader och sen så har man ju inte kontakten längre och det är där sen man tänker sen vad hände sen? Hur ska detta gå? Många som man har bekymrat sig för.”

(Bm 11)

Att arbeta för kvinnans bästa

Det ansågs betydelsefullt att ha ett välfungerande samarbete kring kvinnor med psykisk ohälsa för att de ska kunna få bästa möjliga vård. Barnmorskorna kände sig som en spindel i nätet och hade en viktig roll i att få samarbetet att fungera.

Att vara spindeln i nätet

Det fanns en bred variation av erfarenheterna kring samarbetet med de olika instanserna. Barnmorskorna kände en trygghet i samarbetet men kunde ibland uppleva en svårighet att hitta den person som kunde hjälpa kvinnan då de skulle hänvisa henne vidare.

”/.../ och psykiatrin säger ju ofta, både öppenvårds och slutenvårdspsykiatrin att nej, men hon vill inte ta några mediciner för de vill dom ju ofta inte...så det kan vi inte göra någonting åt. Så då så släpper dom det och sen går dom till vårdcentralen och sen säger dom att den här patienten ska ju inte komma till oss hon ska ju komma till öppenvårdspsykiatrin, det här kan inte vi ta hand om...alltså att det blir mycket så runtskickande /.../”

(Bm 4)

Ofta upplevedes att allt ansvar för samordning hamnade på barnmorskorna. Det kunde då uppstå en oro kring vem som skulle ta detta primära ansvar efter förlossningen. Barnmorskorna uttryckte dock att med det nya systemet där de remitterar kvinnan till primärvårdens kuratorer så faller det sig naturligt att dessa fortsätter att ansvara för kvinnan efter förlossningen.

”/.../för vi har ju använt kvinnokliniken men nu är det menat att man ska skicka till vårdcentralerna ganska nyligen, vilket ju egentligen är mycket bättre..ehh...för att

graviditeten är ju ändå en ganska kort period i ditt liv och mår man dåligt så behöver man ju oftast hjälp längre tid tänker jag/.../”

(Bm 1)

Barnhälsovården ansågs ha en viktig roll i att upptäcka postpartumdepression eller psykos hos kvinnan. Barnmorskorna involverade barnhälsovården redan under graviditeten för att kvinnan skulle känna trygghet inför tiden efter förlossningen samt att barnsjuksköterskan skulle få en uppfattning av kvinnans situation redan innan barnet fötts.

Att arbeta under tidspress

Mödrahälsovården idag är hårt belastad och många barnmorskor uttryckte svårigheten att hinna med. Barnmorskorna uppgav att många kvinnor har ett behov av extra träffar utöver basprogrammet. De upplevde att det var svårt att hitta utrymme för detta, vilket ledde till en stor stress. Barnmorskorna arbetade ofta över eller använde sin lunchrast till ett extra möte med en kvinna.

”/.../ibland kan det ju vara helt hopplöst, att man är försenad från början till slutet på dagen liksom, för det drar över...det blir som ringar på vattnet...ja/.../”

(Bm 3)

Att samarbeta med läkare

Barnmorskornas uppfattning var att antalet gravida kvinnor som idag äter antidepressiva har ökat. Att kvinnorna fortsätter med sina antidepressiva under graviditeten ansågs viktigt både för kvinnan och bebisens skull. Många kvinnor slutade spontant med sin medicin då de fått besked att de var gravida.

”Hon hade i tonåren redan blivit behandlad för depression och tvångstankar så hon hade medicinerat ända fram tills nu hon blev gravid och då satte hon ut sina tabletter och då har vi ju fått lära oss att det inte är så bra.”

(Bm 9)

Vissa läkare satte ut antidepressiva och insåg inte vilka konsekvenser det kunde få för kvinnan och det väntade barnet. När läkare gav felaktig information om en viss medicins påverkan på fostret så blev det barnmorskans uppgift att ge kvinnan den korrekta informationen genom pålitliga internetkällor.

”/.../så har doktorn sagt nej, men du får inte ta den medicinen för det är jättefarligt för dig att ta antidepressiva istället för att berätta om riskerna att må dåligt när man är gravid. /.../ Jag visar gärna vad som står i skrift också angående antidepressiva. De är ju läskunniga. Så det är skönt att kunna ha den sidan (Janusinfo) så man kan slå in deras läkemedel och få fram så kan de läsa själva också.”

(Bm 11)

I kontrast till de läkare som inte ville förskriva mediciner till gravida fanns de läkare som enbart förskrev medicin utan vidare åtgärder. Barnmorskorna kunde då känna att läkarna tog den lätta vägen istället för att verkligen försöka hjälpa kvinnan med hennes psykiska ohälsa. Det fanns de kvinnor som inte ville medicinera och därför blev nekade annan hjälp inom primärvård och psykiatrisk öppenvård.

Att vara kvinnans advokat

Genomgående uttryckte barnmorskorna en stor vilja att stötta och företräda dessa kvinnor i olika situationer. Det fanns situationer där barnmorskan beskrev hur hon fick argumentera mot personer inom andra instanser för kvinnans bästa. Det kunde gälla både medicinering och förlossningssätt.

”/.../jag bråkade ganska mycket med denna läkare /.../ Sen togs detta upp på handledning med vår psykiatriker...och hon skulle ta upp det när de drog patienterna på Irma samtal...och de gjorde de också och sa att den här kvinnan ska inte föda vaginalt och att jag fick skriva det i journalen/.../”

(Bm 10)

Att själv behöva stöd

Under intervjuerna framkom mycket tankar kring de känslor som barnmorskan själv hade efter mötet med kvinnor som lider av psykisk ohälsa. Barnmorskorna uttryckte att de själva behövde stöd och samtal för att kunna hantera dessa känslor på ett bra sätt.

Att hantera blandade känslor

Psykisk ohälsa hos gravida väckte känslor hos barnmorskorna. När planen som barnmorskan lagt upp lyckades kände hon ofta både glädje och lättnad. I mötet med de kvinnor som barnmorskorna inte hade förmågan att hjälpa uppkom ofta känslor av maktlöshet. Känslor av frustration kunde uppstå när kvinnor som mått dåligt under graviditeten snabbt kom tillbaka och var gravida igen.

”/.../den här patienten då som jag berättade mådde ju verkligen jättedåligt under hela graviditeten, och jag blev verkligen olycklig då att hon blev gravid så snabbt igen /.../”

(Bm 4)

De framkom att barnmorskorna hanterade mycket av sina tankar och känslor tillsammans med kollegor men också med sin egen familj. Barnmorskorna lyfte dock att de kände ett stort behov av professionell handledning just efter mötet med gravida som lider av psykisk ohälsa.

”/.../att man som barnmorska behöver handledning...det tänker jag är jätteviktigt och att man får ventilera de känslorna och att man får tänka ihop med andra hur man ska agera...och det väcks ju mycket känslor/.../”

(Bm 2)

Att själv uppleva kunskapsbrist

Egen kunskapsbrist upplevdes som ett problem i mötet med gravida som har psykisk ohälsa. Barnmorskorna kände att den kunskap de hade kring psykisk ohälsa var baserad på deras tidigare erfarenheter. De menade att det finns en kunskapsbrist inom kåren och att det borde finnas mer fortbildning för barnmorskor inom psykologi. De upplevde att de hade lätt för att öppna upp för samtal kring psykisk ohälsa men att det ibland var svårt att veta hur de skulle bemöta kvinnans problem.

”...vi barnmorskor är ju jätteutbildade i många ting, det är vi ju. Vi är inte rädda för att ta upp olika ämnen, inte rädda för att gå in i problemen, det är vi inte /.../ Men är vi bra på att hantera det...det är jag lite tveksam till /.../ vi har inte blivit utbildade på detta...samtal och så...det har vi brist på.”

(Bm 7)

Diskussion

Diskussion av vald metod

En kvalitativ ansats har använts i denna studie då ambitionen var att fånga barnmorskors upplevelser och tankar kring det aktuella ämnet. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är den kvalitativa metoden passande när forskaren önskar få en förståelse för upplevelsen hos den enskilda informanten snarare än att få fram ett resultat som går att generalisera. Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att gruppera och sortera material från många olika informanter för att sedan göra en gemensam analys av alla informanters utsagor (Burnard, 1991). Burnard (1991) frågar sig om en persons syn på världen verkligen kan antas ha ett

samband med en annan persons syn på världen. Han har inget svar på denna fråga, men menar att för att kunna genomföra en analys måste vi anta att detta är möjligt. Som forskare är det dock viktigt att ha denna tanke i bakhuvudet under analysens gång (a.a).

Förförståelse

Att ha en förförståelse innebär att ha erfarenheter och kunskaper kring ämnet. Detta kan leda till en förutfattad mening om vad studien kommer att resultera i (Forssèn & Carlstedt, 2008). Forskaren bör vara medveten om sin egen inverkan på forskningen och dess resultat. Inom den kvalitativa forskningen blir forskaren alltid mer eller mindre medskapare i forskningsprocessen (Graneheim & Lundman, 2008). Det är därför av största vikt att som forskare fundera kring sin egen förförståelse i det tilltänkta ämnet innan en forskningsprocess startar och anstränga sig för att vara öppen för oväntade resultat (Polit & Beck, 2006). Författarna till denna studie har under sin verksamhetsförlagda utbildning inom mödrahälsovården träffat kvinnor som uppgett psykiska besvär under graviditeten. Författarna hade också en uppfattning att frågor och samtal gällande kvinnors psykiska mående inte alltid prioriteras inom mödrahälsovården. Båda författarna har även under sin tid som sjuksköterskor träffat patienter med psykisk ohälsa. En av författarna har också arbetat som sjuksköterska inom psykiatri. För att på ett tydligt sätt göra författarna medvetna om sin egen förförståelse har tankar kring ämnet diskuterats före studien påbörjades. Denna medvetenhet har förhoppningsvis minskat förförståelsens inverkan på resultatet.

Urval av undersökningsgrupp

För att få informanter som svarade mot syftet valdes ett strategiskt urval. Barnmorskorna skulle ha arbetat minst ett år för att ha fått någon erfarenhet kring ämnet. Hur länge barnmorskorna arbetat inom mödrahälsovården varierade mycket och det gjorde även åldern hos de barnmorskor som medverkade. Enligt Graneheim & Lundman (2008) ökar variationen i undersökningsgruppen chansen att få området belyst från flera olika dimensioner, vilket i sin tur borde öka giltigheten i resultatet. De utvalda mottagningarna har

även olika upptagningsområden med olika socioekonomiska förutsättningar. Detta ökar chansen ytterligare för en heterogenitet i materialet vilket påverkar överförbarheten i undersökningen positivt (Polit & Beck, 2006). Utifrån den spridda åldern på informanterna, deras olika arbetslivserfarenhet samt de olika socioekonomiska förutsättningar som råder i de områden där mottagningarna är belägna anser författarna att studiens överförbarhet är god.

Tanken var att intervjua tolv till tjugo barnmorskor men på grund av en tidsbrist inom verksamheten var det svårt att få informanter till studien. Slutligen blev det elva barnmorskor som intervjuades i studien, vilket kan ha påverkat överförbarheten i resultatet. Författarna upplever dock att alla intervjuer var innehållsrika och mot slutet av intervjuprocessen framkom ingen ny information. Detta antyder att elva intervjuer var tillräckligt (Polit & Beck, 2006).

Genomförande av datainsamling

Det finns en risk att tidsbristen inom verksamheten hade inverkan på intervjuerna. De flesta intervjuer genomfördes på arbetstid men ingen av författarna upplevde att barnmorskorna tedde sig stressad under själva intervjun. Författarna har snarare upplevt att barnmorskorna uppskattat att få tid att prata kring det aktuella ämnet. Som regel avsattes en timme för intervjuerna men ingen av intervjuerna varade så länge. Barnmorskorna valde själva plats för intervjuerna vilket antagligen varit positivt då de valt miljöer de känner sig trygga i.

Planen var att hålla ett informationsmöte på var enhet med information om studien. Då det i verksamheterna redan fanns en tidsbrist ansågs detta inte möjligt att genomföra. Detta kan ha lett till att någon barnmorska som eventuellt skulle varit intresserad av att delta i studien inte fick möjlighet att delge sitt intresse. Istället har mellanhanden på var enhet utan författarnas inverkan valt ut de som skulle medverka, vilket kan ha påverkat trovärdigheten negativt då det kan ha lett till att en mer homogen grupp av barnmorskor ingått i studien.

Ambitionen från författarnas sida var från början att hålla intervjuerna tillsammans, men på grund av svårigheten att hitta tider som passade informanterna och författarna hölls samtliga intervjuer enskilt. Det kan ha påverkat trovärdigheten i resultatet negativt att ingen intervju

hölls gemensamt då en gemensam intervju kunde ge författarna möjligheten att lära från varandra och utvärdera intervjun gemensamt. Fördelen med att vara en som intervjuar snarare än två är att det blir en mindre utsatt situation för informanten. En intervjuguide användes vid intervjuerna, vilket ökar pålitligheten i studien då det leder till att alla informanter berör samma ämnen (Graneheim & Lundman, 2004).

Genomförande av databearbetning

Burnard (1991) belyser vikten av att kontrollera giltigheten i den analys som genomförts. Med giltighet menar Burnard (1991) i vilken grad analysen kan ha lyckats sammanfatta innehållet i intervjuerna. I denna uppsats har detta gjorts genom att två kurskollegor har läst igenom delar av en intervju och gjort en kodning av denna som diskuterades med författarna. Denna kodning och författarnas kodning var likartad.Handledaren har också läst en av intervjuerna och gjort en egen analys av denna. Dessutom har det framkomna resultatet kontrollerats mot utskrifterna av intervjuerna under hela processen för att öka giltigheten.

För att öka tillförlitligheten i studien har författarna enskilt utfört de första stegen i analysen och sedan jämfört resultaten (Graneheim & Lundman, 2008). Citaten som tillfogats i det skrivna resultatet är också en viktig detalj för att stärka trovärdigheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Diskussion av framtaget resultat

Barnmorskor har öppenjärtligt delat med sig av sina erfarenheter och tankar kring att möta gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa. Det har framkommit att relationen mellan kvinnan och barnmorskan är central i mötet för att få kvinnan att berätta om sin situation. Barnmorskorna upplevde ibland att det var svårt att veta hur de skulle gå vidare med kvinnans problematik och vem de skulle vända sig till. De uttryckte även att de hade ett stort behov av handledning. I mötet med kvinnor som led av psykisk ohälsa var det viktigt för barnmorskorna att fokusera på det som var positivt och normalt med graviditeten. Vidare upplevde de att det fanns en okunskap bland läkarna angående psykisk ohälsa och graviditet. Barnmorskorna uppgav även en egen kunskapsbrist som kunde försvåra arbetet med dessa

kvinnor. Nedan kommer resultatet att diskuteras utifrån utvalda delar av Joyce E Thompsons barnmorsketeori (Thompson, Oakley, Burke & Conklin, 1989) samt aktuell forskning.

Interaktionen och relationen mellan kvinnan och barnmorskan har visat sig viktig i studien. Under intervjuerna har barnmorskorna uppgett vikten av att kvinnan känner tilltro till barnmorskan om hon ska våga öppna sig och berätta om sina besvär. Barnmorskorna tror även att det är viktigt för kvinnan att barnmorskan frågar kring psykisk ohälsa för att kvinnan ska känna sig bekväm med att ta upp det. Barnmorskorna framhäver även hur kvinnan själv måste vara den som avgör hur dåligt hon mår och vilken hjälp hon behöver. I en Nederländsk studie (Teeffelen et al, 2011) berättade gravida kvinnor om hur viktig relationen till barnmorskan är och att de ville att frågor kring deras psykiska mående skulle bli en naturlig del av besöken hos barnmorskan. Kvinnorna ansåg att det var viktigt att de själva ändå styrde samtalen och fick möjlighet att lyfta det som var viktigt för dem. Dessutom önskade kvinnorna att få möjligheten att själva styra vilka åtgärder som skulle utföras. I den teori som Thompson et. al (1989) har utvecklat betonas betydelsen av interaktionen mellan kvinnan och barnmorskan. Där framhävs även vikten av att en god vård främjar rätten till självbestämmande (Thompson et al, 1989).

Barnmorskorna uttryckte betydelsen av att ta sig mer tid för kvinnor som lider av psykisk ohälsa för att ge dessa kvinnor en fullgod vård. Detta kan till exempel innebära att de använder sin lunchrast till att förlänga ett möte med en kvinna som mår dåligt. Att kvinnor uppskattar detta bekräftas i andra studier (Teeffelen et al, 2011; Jeong et al, 2013). Barnmorskorna i denna studie anpassar både tidsschemat och bemötandet efter kvinnornas situation och på så vis ämnar de tillfredsställa kvinnornas förväntningar samt behov av vård. Detta är två av de komponenter som även Thompson et al (1989) anser känneteckna god vård. Att ta sig tid och individanpassa vården är även ett sätt att respektera kvinnans värdighet, vilket Thompson et al (1989) lyfter som en viktig del av god vård.

Barnmorskorna upplevde över lag att de kände en trygghet i sin kompetens och vågade fråga vidare när kvinnan lyfte känsliga ämnen. I en observationsstudie gjord i Australien visade det sig att få av de medverkande barnmorskorna gick vidare med känsliga ämnen som lyftes under samtal med de gravida kvinnorna (Rollans et al, 2013). De flesta barnmorskorna i studien ställde frågor kring tidigare trauman samt psykosociala faktorer, men vid svar som för

observatören tedde sig viktiga att gå vidare med så lät majoriteten av barnmorskorna bli att gå djupare in på problemet. Observatörerna menade att det fanns ett behov av kunskap och stöd för barnmorskorna i hur de skulle bemöta svar som innehöll känslig information. I en svensk studie gjord på kvinnor och barnmorskor visade det sig att de barnmorskor som fått extra utbildning inom olika aspekter av depression i större utsträckning blev medvetna om kvinnors depressiva besvär och kunde erbjuda stöd under graviditetsbesöken (Wickberg et al, 2005). God vård bör enligt Thompson (1989) främja hälsa och det ter sig av största vikt att då fånga upp de kvinnor som tydligt visar att de är i behov av hjälp. Barnmorskorna i denna studie uppgav att de la stor vikt vid det normala och positiva i graviditeteten, vilket enligt barnmorskorna var betydelsefullt för att främja kvinnornas och barnens hälsa.

Barnmorskorna menade att det ibland var svårt att veta hur de skulle hjälpa en gravid kvinna som led av psykisk ohälsa. De uppgav att det kunde vara svårt att veta vem de skulle vända sig till och hur de skulle agera. Detta är i linje med Wickberg et al (2005) studie där barnmorskorna uppgav att mödrahälsovårdens uppdrag i psykosocialt arbete och stöd var oklart. För att barnmorskorna i föreliggande studie skulle kunna tillfredsställa kvinnornas behov av vård behövde de ofta ta hjälp av andra yrkesgrupper. Barnmorskorna uppgav att det ibland var svårt att veta vem de skulle vända sig till. För att underlätta för dem är det viktigt att var mottagning har tydliga riktlinjer kring vem som ska kontaktas då kvinnan behöver ytterligare hjälp. Dessa riktlinjer ska grundligt beskriva hur barnmorskan ska gå till väga i omhändertagandet av den gravida som lider psykisk ohälsa.

Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde ibland att det var svårt att veta hur de skulle gå vidare med kvinnans problematik och känslig information som hon anförtrodd till dem. De uttryckte ett behov av handledning och återkoppling från kollegor och chefer i situationer där de hade svårt att veta hur de skulle gå vidare. Barnmorskorna beskrev hur de ofta fick en samordnande roll och kände att de hade det primära ansvaret för dessa kvinnor som lider av psykisk ohälsa. De uttryckte att deras kunskap inom området var otillräcklig. Buist et al (2006) påpekar att kunskap är en viktig komponent för att ge den korrekta diagnostiseringen och behandlingen till kvinnor som lider av psykisk ohälsa. Om barnmorskan har den samordnande rollen i nätverket kring kvinnan behöver barnmorskan kunskap om psykisk ohälsa under graviditeten. Kunskapen hos vårdpersonalen är viktig för att vården ska vara medicinsk säker (Thompson, 1989). Barnmorskornas upplevelse av kunskapsbrist motiverar

till att utreda huruvida mer fokus borde läggas på psykisk ohälsa under barnmorskeutbildningen. Dessutom borde barnmorskor inom mödrahälsovården erbjudas att regelbundet gå på utbildningar inom området för att hålla sig uppdaterade för att ha möjligheten att bemöta dessa kvinnor på bästa möjliga sätt. Studien visade också att barnmorskor hade ett behov av professionell handledning. Det borde finnas tillgång till professionell handledning på alla mödrahälsovårdsenheter i Sverige. Att ta hand om personalen främjar hela verksamheten och att tillfredsställa barnmorskornas behov av att samtala och få vägledning i svåra situationer kan i slutändan bidra till en tryggare och mer hälsosam arbetsplats. Detta kan även leda till en mer patientsäker vård.

Barnmorskorna berättade om kvinnor som spontant slutade medicinera med psykosfarmaka när de fick graviditetsbeskedet. Riskerna att gå med en obehandlad psykisk ohälsa är ofta större än riskerna att medicinera med psykofarmaka under graviditet (Stephansson et al, 2013). För att spara lidande för gravida kvinnor som slutar medicinera utan att ha den korrekta informationen bör mer information spridas kring hur psykisk ohälsa kan påverka graviditeten. För att nå de gravida på ett tidigt stadium måste denna information spridas allmänt i samhället. Barnmorskorna beskrev även situationer där läkare uppmanade gravida att sluta medicinera med psykofarmaka eller där de inte velat förskriva psykofarmaka till gravida som var i behov av det. Barnmorskorna upplevde att det fanns en okunskap hos vissa läkare gällande att ge psykofarmaka till gravida och att det då blev deras ansvar att ge den korrekta informationen. Detta är i kontrast till Buist et al (2006) vars studie visar att läkare är mer benägna att vilja behandla både gravida och nyförlösta med psykofarmaka än vad barnmorskor är. Studien visade även att läkare i större utsträckning uppmärksammade att dessa kvinnor behövde hjälp jämfört med barnmorskor. Som tidigare nämnt är vårdpersonalens kunskap viktig för att ge en god och säker vård. Om läkare som arbetar med gravida saknar korrekt kunskap om graviditet och psykisk ohälsa blir vården inte medicinskt säker. Därför är det av stor vikt att utreda läkares kunskap inom området. Eventuellt kan mer fokus läggas på psykisk ohälsa under graviditet på läkarutbildningen.

Slutsats och framtida forskning

I denna studie har barnmorskorna uttryckt sina upplevelser och tankar efter mötet med gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa. Barnmorskornas behov av professionell handledning har visat sig vara stort. Alla arbetsgivare borde ta detta i beaktning och se till att både tid och kompetent personal finns på plats för att regelbundet kunna handleda barnmorskorna inom mödrahälsovården.

I studien framkom att det finns en okunskap kring psykisk ohälsa under graviditet i samhället. Därför borde fokus läggas på att sprida information kring hur psykisk ohälsa kan påverka graviditeten. Detta bör göras på ett politiskt plan med barnmorskor och andra sakkunniga som hjälp.

Vidare framkom att vissa läkare satte ut psykofarmaka vid graviditet eller inte ville förskriva det till gravida. Då vi vet vilka risker det finns med att gå med en obehandlad psykisk ohälsa under graviditet borde läkarnas kunskap inom området uppdateras. Författarna anser att framtida studier kring läkares kunskap om graviditet, psykisk ohälsa samt medicinering bör genomföras. Det hade varit av intresse att genomföra en kvalitativ studie med läkare för att kartlägga deras upplevelser och tankar kring att möta och behandla gravida som lider av psykisk ohälsa. Även en kvantitativ studie som fångar läkarnas faktiska kunskaper inom området hade varit av intresse

Referenser

- Austin, M-P, Tully, L, Parker, G (2007) Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 101, 169-174.
- Buist A, Bilszta J, Milgrom J, Barnett B, Hayes B & Austin M-P (2006) Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: Results of a national survey. *Women and birth* 19, 11-16 doi:10.1016/j.wombi.2005.12.001
- Burnard, P (1991) A method of analyzing interview transcript in qualitative research. *Nurse education today*, 11, 461-466
- CODEX (2013) Rules and guidelines for research. Informed consent. <http://www.codex.vr.se/en/manniska2.shtml> hämtad 2014-04-03
- Connell AM, Goodman SH (2002) The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychol Bull* 128, 746-773.
- Forskningsetisk policy och organisation i Sverige (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri
- Forssén, A. & Carlstedt, G. (2008). Feminism. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 57-72). Lund: Studentlitteratur
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D (2011) Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14, 1-27.
- Graneheim U.H, Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112 doi:10.1016/j
- Graneheim U. H & Lundman B (2008), Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund Nielsen B (red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom häls- och sjukvård*. (s 159-172). Lund: Studentlitteratur,
- Graviditetsregistret (2013) *Årsrapport 2013: Graviditetsregistret*
Från http://www.graviditetsregistret.se/wp-content/uploads/2014/10/GR_%C3%85rsrapport-2013.pdf
- Jeong H-G, Lim J-S, Lee M-S, Kim S-H, Jung I-K & Joe S-H (2013) The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *General hospital psychiatry* 35, 354-358
- Josefsson A, Berg G, Nordin C & Sydsjö G (2001) Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 251-255

Karatas, J.C., Matthey, S., Barnett, B., 2009. Antenatal psychosocial assessment: how accurate are we in determining 'low-risk' status? A pilot study. *Arch Womens Mental Health* 12:97–103 doi: 10.1007/s00737-009-0047-8

Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (2011) *Att främja barn och ungdomars psykiska hälsa. Vägledning inför val och implementering av metoder*. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (www.folkhälsoguiden.se)

Kvale S & Brinkmann S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Milgrom, J., Gemill, A., Justin, L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., Buist, A. (2008) Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108, 147-157

Murray D., Cox, J.L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 99-107.

Muzik & Hamilton (2012) Psychiatric illness during pregnancy. Early detection, individualized care can promote health for mother and infant. *Current Psychiatry* 11 (2), 23-32.

Nierop A, Wirtz P.H, Bratsikas A, Zimmermann R & Ehlert U (2008) Stress-buffering effects of psychosocial resources on physiological and psychological stress response in pregnant women. *Biological Psychology* 78, 261–268

Nyström K, Öhrling K (2003) Parenthood experiences during the child's first year: a literature review. *J Adv Nurs* 46 (3), 319-330

Polit, DF & Beck, CT (2006) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. 6th edition, Philadelphia: Lippincott.

Rollans M, Schmied V, Kemp L & Meade T (2013) "We just ask some questions..." the process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery* 29, 935-942.

Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A & Sydsjö G (2011) The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic journal of psychiatry* 65, 414-418 doi: 10.3109/08039488.2011.590606

SFOG; Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG (2008) *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. Rapport nr 59/2008.

Socialstyrelsen (1996) *Hälsovård före, under och efter graviditet*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer: 2010-3-4 Västerås: Socialstyrelsen.
Från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>

Socialstyrelsen (2014) *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Artikelnummer 2014-2-2.

Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Stephansson O, Kieler H, Haglund B, Artama M, Engeland A, Furu K, Gissler M, Nörsgaard, Beck-Nielsen R, Zoega H & Valdimarsdottir U (2013) Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality. *Jama* 309, 48-54.
doi:10.1001/jama.2012.153812

Teeffelen A S-v, Nieuwenhuijze M & Korstjens I (2011) Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery* 27, 122-127 doi:10.1016/j.midw.2009.09.006

Thompson J.E, Oakley D, Burke M, Jay S & Conklin M (1989) Theory building in nurse-midwifery. The care process. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34, (3), 120-130.

Voellmin A, Entringer S, Moog N, Wadhwa P.D, Buss C (2013) Maternal positive affect over the course of pregnancy is associated with the length of gestation and reduced risk of preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Research* 75, 336–340

Wickberg, B., Tjust, T., Hwang, P. (2005). Using the EPDS in routine antenatal care in Sweden: A naturalistic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1, (23), 33-41.

World Medical Association WMA (2014) *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2014-04-03.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

World Health Organisation (2014) *Mental health: Maternal and child mental health*. Hämtad 2014-12-18
http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en

Bilaga 1

Intervjuguide

Två öppna inledande fråga kommer att ställas.

- Hur ofta upplever du att du möter gravida kvinnor som lider av psykisk ohälsa?
- Berätta om en situation där du mött en kvinna som lider av psykisk ohälsa och hur du agerade i denna situation.

I den mån respondenterna inte redan har pratat om nedanstående kommer följdfrågorna nedan beaktas

- Vad tycker du gick bra respektive mindre bra i situationen
- Finns det något som velat göra annorlunda
- Vilka känslor upplever du när den gravida kvinnan uppger psykisk ohälsa