

En kartläggning av gravida kvinnors sociala situation och inställning till psykosocial omvårdnad på MVC

Gunilla Larsson

Lisbeth Spångberg

Jan Wager

Mödrahälsovården är sedan många år en väl-etablerad verksamhet. I stort sett alla gravida kvinnor kontrollerar sin egen hälsa och fostrets utveckling på MVC (mödravårdscentralen). Mödrahälsovården har med sin högt utvecklade medicinska teknologi kunnat minska de allvarliga medicinska komplikationerna för såväl kvinnan som för det väntade barnet. I bl a mödrahälsovårdsutredningen, 1979, betonas dock att den gravida kvinnan även skall ses i ett familjeperspektiv och kunna erbjudas psykologiskt och socialt stöd.

Avsikten med aktuell undersökning var att studera möjligheten till och betydelsen av tidig diagnostik och psykosociala stödsatser inom mödrahälsovården.

Gunilla Larsson är socionom och doktor i medicinsk vetenskap och Lisbeth Spångberg forskningsassistent, båda vid Psykiatriska kliniken. Jan Wager är läkare och verksam vid Kvinnokliniken, Huddinge sjukhus.

Mödrahälsovårdens primära målsättning är att förhindra dödlighet, sjuklighet och handikapp hos blivande mödrar och deras barn. Under de senaste decennierna har en kraftig utbyggnad skett inom mödrahälsovården och de mätbara resultaten har inte uteblivit. Sverige har den lägsta perinatale mortaliteten i världen (15). Trots att betydande hälsovinster gjorts för såväl mor som barn har nya problem aktualiserats. Inte minst finns det anledning att hysa oro för den ökade alkoholkonsumtionen bland kvinnor samt för barnens psykosociala situation i instabila hemförhållanden.

I låginkomstutredningen 1970 talade man om en nyfattigdom som finns i familjer som varken är drabbade av social utslagning eller arbetslöshet (8).

Stress i arbetslivet är en del av den totala psykiska belastningen för den gravida kvinnan. Motståndskraften mot olika stressförhållanden är avhängig socialt stöd från make, familj och vänner (7). Ju högre utbildning eller inkomst kvinnan har, desto senare i graviditeten är hon beredd att lämna arbetslivet. Efter förlossningen däremot deltar kvinnor med god ekonomisk status mindre i arbetslivet (12). De flesta svenska kvinnor säger sig vilja arbeta till någon vecka före förlossningen (15).

Lin och Simone (11) talar om "life events", vilka är händelser i en människas liv, som påverkar hennes sociala nätverk, psykiska och fysiska hälsa. De har funnit empiriska samband mellan "life events" och socialt nätverk, mellan "life events" och hälsa samt mellan socialt nätverk och hälsa. I en amerikansk undersökning (13) har man studerat den kombinerade effekten av psykosocialt stöd och "life events" vid komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Man fann varken något samband mellan socialt stöd och graviditetskomplikationer eller mellan "life events" och graviditetskomplikationer. Däremot visade det sig att då man studerade endast de kvinnor, som både före och under graviditeten hade höga värden på "life events" skalan, så hade kvinnor med gynnsamt socialt stöd bara en tredjedel så många graviditetskomplikationer som de med liten tillgång till socialt stöd.

Graviditeten kännetecknas av att vara en period av ökad känslighet i kvinnans liv. Om kvinnan under graviditeten inte får adekvat stöd eller möjlighet att bearbeta sina känslor kan det innebära negativa konsekvenser för hennes förmåga att ge det nyfödda barnet en optimal omvårdnad (1, 2, 3, 4). På vilket sätt kvinnan bearbetar den utvecklingskris

som graviditeten innebär beror bl a på hennes egen uppväxt och personlighet (5).

Många av de publicerade studierna, som rör psykosociala faktorerers inverkan på graviditet, är internationella. De är utförda i länder, framför allt i USA, som har en annorlunda samhällsstruktur än den svenska och också en annorlunda organisation av mödravårdsvården.

Under de senaste 20 åren har man såväl nationellt som internationellt uppmärksammat alkoholens fosterskadande effekt. I Frankrike har andelen av fektalt alkoholsyndrom (FAS) uppskattats vara 1 på 300 nyfödda barn (9), i Sverige 1 på 600 barn (14) och i USA 1 på 750 barn (10). Dessa uppgifter är cirka 10 år gamla. Till viss del kan ökningen av nyfödda barn med missbruksrelaterade diagnoser ha sin grund i kvinnors förändrade alkoholvanor. Stereotypen av en kvinna med ett alkoholberoende har sedan länge varit en medelålders hemmafru, som dricker hemma i smyg. Numera dricker kvinnor mer öppet och dryckesmönstret börjar allt mer likna männens (6). Vidare har kunskaperna om fektalt alkoholsyndrom ökat, framför allt hos barnläkarna.

I en studie 1978 framkom det i strukturerade intervjuer utförda av barnmorskor att 4% av konsekutivt inskrivna gravida kvinnor vid första besök på MVC var missbrukare (def ≥ 37 cl starksprit/dag under en månad eller narkotikamissbruk). Ytterligare 7% av de gravida kvinnorna klassificerades som högkonsumenter av alkohol (def ≥ 8 cl starksprit i genomsnitt/dag under en månad) (10).

Mot ovanstående bakgrund startades en undersökning, som bl a syftade till att, i en oselektad grupp gravida kvinnor, studera social situation, alkoholvanor och upplevelse av utökad psykosocial omvårdnad.

Material och metod

Fem mödravårdscentraler (MVC) deltog i undersökningen, av vilka två låg inom försöksområdena och tre i kontrollområdet. Avsikten var att ha ett kontrollområde, där MVC inte fått ökade resurser för ett utvidgat psykosocialt arbetssätt eller för tidigdiagnostik av alkoholmissbruk. Inom de två för-

söksområdena F I och F II hade barnmorskan på MVC förlängd tid för inskrivning av den gravida kvinnan. Ett strukturerat frågeformulär användes för den sociala anamnesen liksom för att kartlägga alkoholvanorna före och efter vetskap om graviditeten. Vid bedömningen av kvinnans psykosociala förhållanden användes även en "life stress score". Denna bestod av ett femtiotal frågor beträffande kvinnans sociala nätverk, skol- och yrkesutbildning, bostadsförhållande, arbetsbelastning och traumatiska upplevelser tidigare i livet. Svarsalternativen var Ja eller Nej och genom att summera alla Ja-svaren fick man en poäng – ett life stress score. Vidare kompletterades intervjun med en visuell analogskala för att exempelvis mäta kvinnans inställning till att bli förälder och graden av tillfredsställelse med omhändertagandet på mödravårdscentralen.

Skillnaderna i försöksuppläggningsen mellan de två försöksområdena var att alla de gravida kvinnorna i F I vid första MVC-besök förutom sin barnmorska även träffade en kurator. De skrev tillsammans in den gravida kvinnan och kuratorn erbjöd därefter vid behov den gravida kvinnan och hennes familj ett individualiserat stöd. I F II fanns ingen kurator på MVC utan barnmorskan tog själv anamnesen enligt motsvarande frågeformulär som i F I och i de fall den gravida kvinnan var i behov av sociala stödinsatser, remitterades hon huvudsakligen till socialtjänsten.

Efter förlossningen intervjuades mödrarna i samtliga tre distrikt på BB. Samma strukturerade frågeformulär, "life stress score" och visuella analogskalor användes som vid inskrivningen. Intervjuerna utfördes av en forskningskurator, som inte tidigare träffat kvinnorna och ej heller kände till deras bakgrund. Femhundratio gravida kvinnor skrevs konsekutivt in under undersökningsperioden på MVC inom F I, F II och K. *Tabell 1* visar fördelningen av kvinnorna mellan de tre områdena. Vidare framgår anledningen till bortfall. Ett av kriterierna för att ingå i studien var att kvinnan skulle vara svensktalande. Undersökningen kom att omfatta 364 svensktalande kvinnor.

Tabell 1. I studien ingående gravida kvinnor uppdelade på försöksområden (F) och kontrollområde (K)

	F I	F II	K	Totalt
Antal svensk-talande kvinnor inskrivna under försöksperioden	73	164	273	510
Antal kvinnor intervjuade på BB	62	143	159	364
<i>Bortfall:</i>				
aborter/missfall	6	14	27	47
flyttat	3	6	4	13
ej samtyckt	2	1	3	6
övrigt				
bortfall*	—	—	80	80

* Ingår ej i de delar av studien som omfattas av information från kuratorsintervjuer, eftersom kvinnorna ej låg på BB-avdelning de två dagar i veckan då dessa intervjuer ägde rum.

Tabell 2. Socioekonomiska förhållanden och familjesituation vid aktuell graviditet i försöksområden (F) och kontrollområde (K)

	F I (n=62)	F II (n=143)	K (n=159)
Ålder, median och range, år	26 (17–37)	26 (17–43)	26 (15–41)
<i>Nationalitet:</i>			
andel svenskor, %	79	91	63
andel finskor, %	10	6	21
andel med övrig nationalitet, %	11	3	16
Andel förvärvs-arbetande, %	76	87	79
Andel ofrivilligt arbetslösa, %	15	2	10
Andel som sammanbor med barnafadern, %	85	95	92
Andel med planerad graviditet, %	64	75	72

RESULTAT

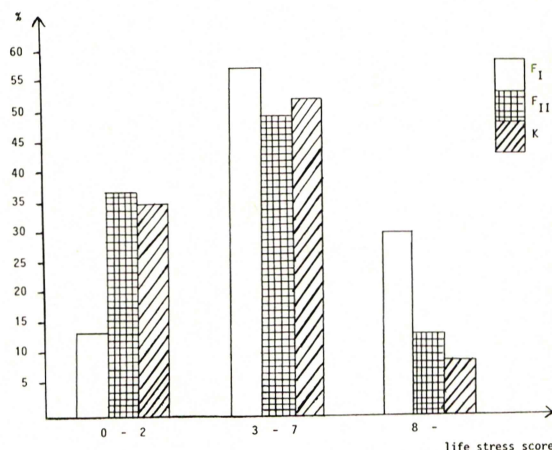
Social situation

Information beträffande de gravida kvinnornas so-

cioekonomiska förhållanden presenteras i tabell 2. Medianåldern bland de gravida kvinnorna var 26 år och endast ett fåtal var 28 år eller äldre. Cirka 20 % var invandrare och flertalet av dem var finskor.

Fördelningen av social belastning uttryckt i "life stress score" framgår av figur 1. Medelvärde i "life stress score" var tre poäng. Femton procent av kvinnorna hade åtta eller mer i "life stress score" vilket klassificerades som en hög belastning. En större andel kvinnor i F I hade en hög "life stress score" jämfört med de övriga områdena. Framför allt var det ett bristfälligt socialt nätverk och traumatiska upplevelser under uppväxtåren, som gav utslag i hög "life stress score" bland de svenska kvinnorna. Fyrtiofyra procent av kvinnorna med hög "life stress score" var invandrare och den dominerande anledningen var bristfälligt socialt nätverk.

Figur 1. Life stress score för de intervjuade kvinnorna i försöksområden (F) och kontrollområde (K). Maximalt 30 life stress score.



Kvinnorna med en hög "life stress score" i F I och K gjorde i genomsnitt lika många barnmorskesbesök (11 besök). Däremot framkom det att denna grupp kvinnor i F I totalt sett hade en intensivare kontakt med MVC än i övriga områden. Detta berodde på att kvinnorna med hög "life stress score" redan tidigt under graviditeten identifierades och erbjöds hjälp och stöd av kurator.

Av de 62 kvinnor i F I som ingick i studien träffade 44 kvinnor kuratorn mellan 2 och 21 gånger efter

den initiala kontakten vid inskrivningen på MVC. Tjugoen av dessa kvinnor dvs en tredjedel träffade kuratorn mer än fem gånger. I denna grupp var svenska kvinnor överrepresenterade och flertalet hade en hög "life stress score", som dominerades av traumatiska upplevelser under uppväxten. Vid en jämförelse av kvinnor med mer omfattande kuratorskontakt och de utan kuratorskontakt visade det sig att kvinnorna i den förstnämnda gruppen betydligt oftare hade varit sjukskrivna mer än en månad under graviditeten. Vidare hade betydligt flera av dessa kvinnor haft behov av hjälp från socialtjänsten före graviditeten (figur 2). Detta tyder på att barnmorskan och kuratorn genom de intervjuer, som gjordes med stöd av anamnesformulären, nådde avsedd målgrupp dvs den med en tung social problematik. I denna grupp hade flertalet behov av sjukskrivning under graviditeten och samtliga hade även behov av hjälp från socialtjänsten.

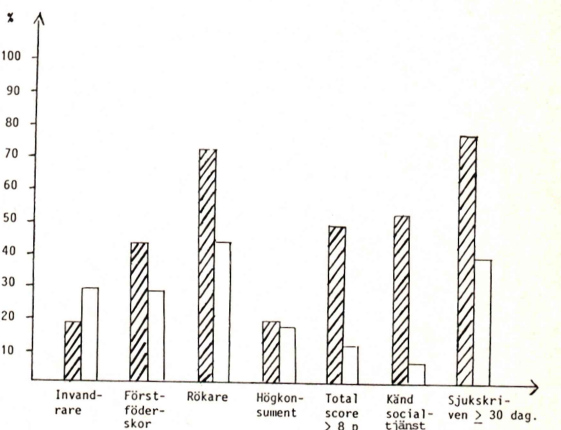
Alkoholvanor

Mindre än 10 % av de gravida kvinnorna i de tre områdena uppgav på MVC att de var helynkterister och cirka 20 % att de drack alkohol regelbundet en gång i veckan eller oftare innan de insåg att de var gravida. Sexton procent klassificerades som högkonsumenter, vilket innebar att de, enligt egen uppgift innan de insåg sin graviditet, vid ett och samma

tillfälle druckit minst fem flaskor öl, 75 cl vin eller 25 cl starksprit. Ytterligare 2 % hade en alkoholkonsumtion på missbruksnivå, definierat som ett alkoholintag motsvarande ≥ 37 cl starksprit om dagen i genomsnitt under en månad. Som framgår av tabell 3 ändrade majoriteten av kvinnorna sina alkoholvanor i och med att de insåg att de var gravida. Detta innebär att de minskat sin alkoholkonsumtion eller slutat att dricka alkohol redan då de kom för första MVC-besök.

Vid en jämförelse av resultaten från en tidigare

Figur 2. Kvinnor i F med > 5 kuratorsbesök ▨ och kvinnor med 0 kuratorsbesök under graviditeten. □ Medianålder och range 28 år (19–36) respektive 27,5 år (22–34)



Tabell 3. Alkoholkonsumtion före och under graviditeten i försöksområden (F) och kontrollområde (K)

	F I (n = 62)			F II (n = 143)			K (n = 159)		
	Före grav. besked	Vid inskrivn.	I slutet av grav.	Före grav. besked	Vid inskrivn.	I slutet av grav.	Före grav. besked	Vid inskrivn.	I slutet av grav.
Antal helynkterister	6		33	9		60	6		76
Antal med alkoholkonsumtion >1 gång/vecka	15	3	2	27	4	5	36	2	0
Antal med hög konsumtion vid ett och samma tillfälle	11	4	1	27	1	0	21	3	1
Antal kvinnor med alkoholmissbruk	5	1	1	1	0	0	1	1	1

kartläggning (10), framgår det att bilden av gravida kvinnors alkoholkonsumtion har radikalt förändrats under de senaste fem åren. Medvetenheten om alkoholens fosterskadande effekt har ökat. Flertalet av kvinnorna var motiverade att minska eller att helt avstå från alkohol med hänsyn till det väntade barnets hälsa. De gravida kvinnorna uppgav att de i huvudsak fått sin information om alkoholens fosterskadande effekter från massmedia (tabell 4).

Inte något av de nyfödda barnen fick diagnosen fetalt alkoholsyndrom. Även i övriga Sverige tycks tendensen vara att andelen barn som föds med alko-

Omvårdnad

Vid en definition av social omvårdnad som psykologiskt stöd, social information, praktisk hjälp och föräldrautbildning fann vi att de gravida kvinnorna överlag hade haft mycket låga förväntningar på denna form av omvårdnad innan de kom till MVC. I intervjuerna efter barnets födelse framkom det emellertid att flertalet upplevde att de hade fått psykosocial omvårdnad. Mest nöjda var kvinnorna i F I. Ju mer psykosocialt stöd kvinnorna själva fått desto positivare var de till att MVC generellt utöka- de de psykosociala resurserna (tabell 5).

Den relativt omfattande alkohol- och socialanamnesen uppfattades inte av kvinnorna som en kränkning av integriteten. Av avgörande betydelse är här naturligtvis hur personalen närmar sig den gravida kvinnan. Barnmorskan måste ha förmåga till empati samt till att etablera en förtroendefull kontakt med kvinnorna. Personalen bör alltså ha kunskaper i såväl psykosocial problematik som förmåga till personligt engagemang.

Effekten av barnmorskans och kurators psykosociala insatser inom F I kunde inte avläsas i graviditetsutfallet. Frekvensen allvarliga komplikationer under graviditeten är generellt mycket låg i Sverige, så även i vår studie. Vidare fann vi en mycket låg perinatal morbiditet och mortalitet, motsvarande den i den allmänna befolkningen i landet. Det var heller inte väntat att det skulle finnas ett samband mellan psykosocial omvårdnad och komplikationer under graviditeten i vår studie.

Mödrahälsovården är en väletablerad verksam-

Tabell 4. Informationskälla till kvinnornas kunskaper om alkohol och graviditet i försöksområden (F) och kontrollområde (K) i %

	F I (n=62)	F II (n=143)	K (n=159)
Tidningsartiklar och TV	63	67	46
Böcker	6	7	12
Broschyrer och tidskrifter	11	9	11
Anhöriga/vänner	15	9	9
Övrigt	24	26	26

holrelaterade fosterskador sjunkit kraftigt. Det är nu viktigt att den ökade kunskapen och uppmärksamheten när det gäller alkohol och graviditet inte faller i träda. Mödrahälsovården har här en viktig uppgift att fylla genom att fortsätta med hälsoupplysningen om alkohol till gravida kvinnor.

Tabell 5. Andel kvinnors förväntningar på/upplevelse av erhållen hjälp/stöd i försöksområden (F) och kontrollområde (K) i %

	F I (n=62)		F II (n=143)		K (n=159)	
	Förväntad	Erhållen	Förväntad	Erhållen	Förväntad	Erhållen
Psykologiskt stöd	10	53	4	43	19	23
Social information	6	51	3	27	7	17
Praktisk hjälp	10	26	1	3	1	2
Föräldrautbildning	21	27	17	49	10	31

het, som för flertalet gravida kvinnor är lättillgänglig och också nås av majoriteten. Mödrahälsovården har med sina metoder för tidig diagnostik och sin högt utvecklade medicinska kunskap nått målet att reducera såväl de för kvinnan som för det väntade barnet allvarliga medicinska komplikationerna. Det återstår nu andra problem att lösa. Många gravida kvinnor har instabila sociala levnadsförhållanden och behöver hjälp för att kunna ge sitt barn en optimal omvårdnad.

För att kunna uppfylla delmålen i mödrahälsovårdsutredningen om helhetssyn krävs det att den medicinska kompetensen kompletteras med en psykosocial kompetens. Vår studie visade att de gravida kvinnorna själva efterfrågar den psykosociala omvårdnaden. Sannolikt kan det höga antalet rutinbesök glesas ut med bibehållen medicinsk säkerhet. Inom befintliga ekonomiska ramar borde en omfördelning av resurserna kunna göras. Genom tidig diagnostik av socialt relaterade problem skulle de gravida kvinnor som bäst behöver den psykosociala omvårdnaden kunna erbjudas fler besök på mödravårdscentralen hos barnmorska och/eller kurator.

I socialt tungt belastade områden, som F I, har kuratorn med sin utbildning i krisreaktioner under graviditet och olika psykosociala problem en väsentlig uppgift i det förebyggande arbetet inom mödrahälsovården. Erfarenheten visar att gravida kvinnor, som har en svår social situation ofta tvekar inför att söka hjälp hos en socialsekreterare och också att tillstå vidden av sin problematik. Inställningen brukar vara mer positiv till en kurator, som kommer från sjukvården. Vidare behöver resurserna i samhället samordnas och det är av stor betydelse att samverkansformer lokalt utarbetas mellan framför allt mödrahälsovården och socialtjänsten.

Konklusion

Vår studie har visat att bland gravida kvinnor och deras familjer, i förortsområden till Stockholm, döljer sig en omfattande psykosocial problematik. Vi kunde också konstatera att kvinnornas förväntningar på psykosocial omvårdnad var påfallande låga då de kom till mödrahälsovården. Men ju mer psykosocialt stöd kvinnan fick under graviditeten desto positivare var hon till att det psykosociala stödet i framtiden allmänt utökas inom mödrahälsovården.

Hälsoupplýsning samt insatt psykosocialt stöd vid behov till en avgränsad målgrupp tycks ge effekt. Vår uppfattning är att tidig diagnostik av social problematik hos blivande föräldrar och tidiga kurativa insatser för dem motverkar social utslagning och ger föräldrarna större möjlighet att erbjuda sitt barn en stabilare och tryggare uppväxt. Socioekonomiskt svagare bostadsområden bör inom mödrahälsovården ha tillgång till kurator som kan tillgodose behovet av psykosocialt stöd till de blivande föräldrarna.

REFERENSER

1. *Benedek T*: The psychology of pregnancy. Parenthood its psychology and psychopathology. Boston 1970.
2. *Bibring G, Dwyer T, Huntington D, Valenstein A*: A study of the psychological processes in pregnancy and of the earlier mother-child relationship. *Psychoanal Stud Child* 16:9, 1961.
3. *Caplan G*: Prevention of mental disorders in children. Basic books, New York 1961.
4. *Chertok L*: Motherhood and Personality, Psychosomatic Aspects of Childbirth. Tavistock Publications, London 1969.
5. *Cullberg J*: Synpunkter på krisbegreppets användning inom psykiatri. *Nord Psyk Tidskrift* 30, 1976.
6. *Dahlgren L*: Female alcoholics. A psychiatric and social study. Akademisk avhandling, Stockholm 1979.
7. *Eide R*: Psychosocial factors and indices of health risks. Doctoral Dissertation, Bergen 1983.
8. *Johansson S*: Svenska folkets levnadsförhållanden, låginkomstutredningen. Allm Förlaget, 1970.
9. *Kline H, ShROUT O, Stein Z, Suner M, Warburton D*: Drinking during pregnancy and spontaneous abortion. *Lancet* 2:176-80, 1980.
10. *Larsson G*: Missbruk under graviditet. Ett sätt att nå blivande föräldrar med beroendeproblem. LIC-förlag. ISBN 91-7584-007-4, 1982.
11. *Lin N, Simone RS et al*: Social support, stressful life and illness: A model and an empirical test. *J Health Soc Behav* 20:108-19, 1979.
12. *Mc Langklin SD*: Differential patterns of female labor-force. *Journal of Marriage and the Family* 44:407-20, 1982.
13. *Nucholls KB, Cassel J, Kaplan BH*: Psychosocial aspects, life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiology* 95:431-41, 1972.
14. *Olegård R, Sabel K-G, Aronsson M, Sandin B, Johansson PR, Carlsson C, Kyllerman M, Iversen K, Hrbek A*: Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Retrospective and prospective studies. *Acta Paediatr Scand. Suppl.* 275:112-21, 1979.
15. Socialstyrelsen: Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram. Socialstyrelsen redovisar 1979: 4.