

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

MIGRATION OCH MODERSKAP

ATT UPPMÄRKSAMMA TECKEN PÅ DEPRESSION OCH ORO HOS
ARABISKTALANDE NYBLIVNA MÖDRAR

Maria Sjölund
Examensarbete 10 poäng
Påbyggnadsutbildning i psykoterapi
Inriktning mot barn och ungdom
Vårterminen 2006

Handledare: Birgitta Wickberg

MIGRATION OCH MODERSKAP

Att uppmärksamma tecken på depression och oro hos
Arabisktalande nyblivna mödrar

Maria Sjölund

Sammanfattning: Syftet med studien var att undersöka förekomsten av tecken på depression och oro hos arabisktalande nyblivna mödrar. Samtliga arabisktalande nyblivna mödrar vid två barnavårdcentraler erbjöds under 6 månader två frågeformulär i samband med besöket på barnavårdcentralen, då barnet var 6 veckor gammalt. Det ena formuläret innehöll frågor om sociodemografiska förhållanden, upplevd oro och förhållande till partnern. Det andra innehöll en skattningsskala för depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS. Tjugofem mödrar besvarade den första enkäten medan 14 mödrar besvarade EPDS fullständigt. Drygt en tredjedel (35 %) av mödrarna visade tecken på depression, dvs. hade 13 poäng och däröver på EPDS. Ungefär lika många kände stor oro för frågor som rörde arbete/arbetslöshet (36 %), bostadsfrågor (32 %) och ekonomiska frågor (28 %). Knappt en fjärdedel (24 %) kände oro för barnets hälsa och en femtedel för närståendes hälsa (20 %). Endast tolv procent av mödrarna kände stor oro för egen hälsa samt för att kunna ta hand om barnet. Det är av stor vikt att barnhälsovården utvecklar metoder för att upptäcka depression och oro hos icke svensktalande nyblivna mödrar och att resurser tillförs för att stöd och behandling ska kunna erbjudas.

Post partum depression (PPD) drabbar enligt internationella och svenska studier cirka 12-13 % av alla nyblivna mammor. Intresset för post partum depression har sedan 1990-talet ökat starkt inom forskning, i klinisk verksamhet och bland föräldrar. Forskning har visat att depression hos den nyblivna mamman kan ge långvariga effekter för barnets utveckling. Det finns bland annat ökad risk för att en depression hos mamman stör det tidiga samspelet och anknytningen till barnet och därigenom påverkar barnets utveckling på längre sikt. Långvariga depressiva symtom hos mamman, snarare än diagnosen depression i sig har visat sig utgöra en risk för att det tidiga samspelet med barnet störs, något som i sin tur kan påverka barnets utveckling negativt (Luoma m.fl. 2001). Den ökade kunskapen kring PPD har medfört att man inom hälsovården så tidigt som möjligt försöker uppmärksamma spädbarnsfamiljer där mamman visar tecken på nedstämdhet och oro (Wickberg & Hwang, 2003).

Det finns idag en internationellt väl beprövad självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden & Sagovsky 1987). Skalan kan underlätta för hälsovårdens personal att upptäcka de nyblivna mammor som visar tecken på nedstämdhet och depression och som behöver olika former av stöd. Stödande samtal som ges av i första hand BVC-sköterskan, har visat sig ha god effekt för dem som inte behöver specialisthjälp (Wickberg & Hwang, 1996). EPDS används inom hälsovården i många västerländska länder. I bland annat Storbritannien, Australien och Sverige används metoden i stor omfattning. Rutinmässig screening med EPDS-skalan för att spåra och behandla nedstämdhet och depression i samband med barnafödande, har successivt införts inom barnhälsovården och används vid cirka 2/3 av barnavårdcentralerna i Sverige (Wickberg, B., 2006, muntligt meddelande). Gemensamt för de flesta barnavårdscentraler i Sverige är att endast kvinnor som kan läsa svenska erbjuds att delta i screeningen.

I Västra Götaland har nästan samtliga primärvårdsområden genomfört utbildning av BVC-sköterskor och erbjuder de nyblivna mammorna screening med EPDS-formuläret och vid behov stödande samtal. I Göteborg ser det lite olika ut; vissa barnavårdcentraler har infört screening, vid andra används skalan selektivt och vid ytterligare andra screenar man inte alls. Erbjudande om utbildningsdagar kring samtalsstöd har under våren 2006 gått ut till sjuksköterskorna inom barnhälsovården i Göteborg.

Forskning i bland annat Australien och Kanada (Small, Lumley & Yelland, 2003) har visat att kvinnor med annat hemspråk än landets, visar tecken på depression under postnatal eller post partum period i högre omfattning än infödda kvinnor. I Sverige har en omfattande nationell undersökning av drygt 2400 kvinnor visat att annat modersmål än svenska var en viktig riskfaktor för att få en depression under graviditeten, två månader och ett år efter förlossningen (Rubertsson, Wickberg, Gustavsson & Rådestad 2005). När det nu på bred front införs rutiner för screening med EPDS-skalan inom barnhälsovården står personalen i invandrartäta områden inför stora metodiska svårigheter. Det råder osäkerhet kring hur den rekommenderade EPDS-screeningen ska hanteras när så stor andel av de nyförlösta kvinnorna inte behärskar det svenska språket. Osäkerhet råder också kring hur ofta depression förekommer hos immigrerade nyblivna mödrar och hur sjuksköterske- och psykologresurserna ska räckas till för att erbjuda erforderliga stödinsatser till de kvinnor som är i behov av sådana.

Vid de två barnavårdcentralerna Hjällbo och Hammarkullen i nordöstra Göteborg, där jag under lång tid arbetat som mödra- och barnhälsovårdpsykolog, kommer en så stor andel som drygt 80 % (Arvidsson, Holmberg, Reuter & Strömbom, 2004) av de nyförlösta kvinnorna från Asien, Afrika, Latinamerika, Öst- eller Sydeuropa. En stor andel av dessa kvinnor kan inte läsa svenska eller behärskar inte språket så bra. Många kvinnor är endast läskunniga på sitt hemspråk. Dessutom finns ytterligare en grupp kvinnor som är analfabeter. Innan generella screeningar införs i de nordöstra stadsdelarna i Göteborg, är det viktigt för hälsovårdspersonal att få ökad kunskap om och erfarenhet av hur skalan fungerar för immigrerade mödrar. Ökad kunskap behövs också kring förväntat utfall vid screening.

Syftet med studien var att undersöka i vilken omfattning arabisktalande nyblivna mödrar inom två primärvårdsområden i Göteborg visar tecken på depression och oro. Ytterligare ett syfte var att få en bild av arabisktalande nyblivna mödrars sociokulturella bakgrund, upplevelse av sin situation, grad av oro och vad de oroar sig för. Valet av den arabiska gruppen baserades dels på att EPDS är validerad på arabiska (Ghubash, Abou-Saleh, Daradkeh, 1997) och dels på att den arabisktalande gruppen utgör en stor andel av familjerna i nordöstra Göteborg.

Vad är en post partum depression?

Post partum depression, PPD, är inte en egen diagnos utan är underordnad diagnosen depression i de diagnostiska klassifikationssystemen. Enligt diagnosmanualen DSM-IV måste den uppträda inom de fyra första veckorna efter förlossningen för att få benämningen depression post partum. Flera studier har dock redovisat varierande tidpunkt för uppkomst av tecken på depression under de första tre månaderna efter förlossningen. Post partum depression spänner över mildare till svårare former av depression, medan klassifikationssystemen saknar kategorier för mildare former av depression trots den höga prevalensen efter barnets födelse (Wickberg & Hwang, 2001). En depression post partum

skiljer sig inte från depressioner under andra perioder i livet, vare sig när det gäller symtombild eller prevalens. Det som gör depressionen unik är att den inträffar när kvinnan nyligen fött barn. Kvinnans upplevelse av moderskapet, relationen till maken och inte minst till barnet, riskerar att påverkas negativt under en period då påverkan på barnets utveckling sannolikt är större än under andra perioder av barnets liv (Wickberg & Hwang, 2003). Wickberg och Hwang konstaterar att det tycks finnas ökad risk att reagera med PPD för kvinnor som har en ökad sårbarhet, oavsett om denna är biologisk, psykologisk eller socialt betingad, om de utsätts för stress, har fysiska krämpor eller saknar psykologiskt stöd.

I en svensk, kvalitativ studie fann man att de svenska kvinnorna beskrev fenomenet depression postpartum på samma sätt som kvinnor i andra länder (Birbrajer & Glas Kullbratt, 2003). Kvinnorna upplevde sig bl.a. lida stora förluster i omställningen till moderskapet när deras förväntningar inte infriades. Författarna drog slutsatsen att den framtida kunskapsutvecklingen inom området är beroende av att kvinnorna själva får komma till tals.

I en översiktsartikel redovisar Brockington (2004) en genomgång av drygt 2000 artiklar, som publicerats under åren 1995-2004, inom området "postpartum psykiatri". Där ingår bland annat "postpartum depression", "mother-infant relationship disorders", "postpartum post-traumatic stress disorder" och "postpartum obsessive compulsive disorder". Brockington beskriver en mängd varierande symtom. Han betonar vikten av att upptäcka nyblivna mödrar som visar tecken på oro och nedstämdhet utifrån de ödesdigra långtidseffekter som symtomen kan ge för anknytningen mellan mor och barn. Kvinnor med svårigheter under postpartum perioden svarar oftast positivt på behandling. Post partum perioden är en period där medicinering bör användas med försiktighet. Kontrollerade studier har visat att det kan vara värdefullt att ta in fadern i behandlingen för att stödja interaktionen mellan mor och barn. På grund av områdets komplexitet förespråkar Brockington multidisciplinära specialistteam inom "postpartum psykiatri". Författaren beskriver post partum depression som ett mindre användbart medicinskt koncept och vill mer betrakta begreppet som en rubrik eller ett spektrum med olika symtom. Brockington betonar värdet av att använda EPDS inom hälsovården och påtalar att skalan också fångar upp ångesttillstånd. Han menar dessutom att EPDS kan användas som ett generellt screeninginstrument för hela området postpartum psykiatri och poängterar att specialistkunskap bör erbjudas varje kvinna som riskerar lida av allvarliga psykologiska besvär under postpartum perioden. Vikten av att EPDS-screening bör kopplas till erbjudande om stödjande samtal vid utfall och hur screening ska användas finns väl beskrivet av Cox och Holden (2003) och av Wickberg och Hwang (2003).

Post partum depression och migration

I Australien har flera studier genomförts inom ämnesområdet migration och post partum depression (Matthey & Barnett, 2003; Matthey, Barnett & Elliot, 1997; Small, Lumley & Yelland, 2003; Stuchbery, Matthey & Barnett, 1998). Användandet av begreppet depression i samband med de svårigheter som många av nyanlända immigrerade nyblivna mödrar upplever har diskuterats och Barclay och Kent (1998) ifrågasätter screening för depression med EPDS för kvinnor med "non-english-speaking-background" (NESB). Immigrerade kvinnors återhämtning efter förlossningen kännetecknas ofta av avsaknad av stöd och brist på praktisk hjälp. I västerländska samhällen där moderskap ofta förknippas med romantiserad lycka är det inte förvånande om kvinnor med NESB upplever

svårigheter i samband med moderskapet. Svårigheterna intensifieras då kvinnorna många gånger kommer från kulturer där den nyblivna modern värderas högt och av tradition ges ett mycket omfattande stöd. Dessa kvinnor känner sig ofta socialt isolerade och främmande för det nya landet och dess hälsosystem. Kvinnornas lidande kan endast anas och är ofta dolt och uthärdat i ensamhet. Att ge diagnosen depression till kvinnor som är olyckliga, men ej deprimerade i klinisk mening, innebär enligt Barclay och Kent ett större lidande än för en inhemsk kvinna. Enligt författarna indikerar begreppet postnatal depression medicinska orsaker och därför riskerar man att misslyckas med att identifiera de sociokulturella aspekter som är kännetecknande för kvinnor med NESB. Barclay och Kent menar att diagnostiseringen befriar samhället från att ta sitt ansvar för att lindra isoleringen hos de nyblivna mödrarna och istället stämplar kvinnorna som sjuka och definierar svårigheterna som ett individuellt problem. Barnett, Matthey, och Boyce (1999) argumenterar emot Barclay och Kents resonemang och hävdar att EPDS -screening inte "missar målet" utan istället bidrar till att behoven hos fler kvinnor med NESB identifieras och att fler erbjuds stöd, än om screening ej sker. De håller inte med om åsikten att begreppet postnatal depression behöver indikera medicinska orsaksfaktorer. De hävdar att deras och många andras erfarenhet och forskning visar att de psykosociala och kulturella aspekter som är relaterade till svårigheter under post partum perioden är väl kända och beaktade. Barnetts och medarbetares viktigaste argument för screening med EPDS är att instrumentet underlättar identifiering av kvinnor som behöver stöd. Studier har dessutom enligt Barnett m.fl. påvisat att skalan ofta accepteras bättre av NESB kvinnor, än direkta frågor kring hur kvinnan mår. EPDS ger ingen diagnos; men olycka, stress, lidande, ångest, oro och depressiva symtom hos nyblivna föräldrar innebär en svår början för familjen. Det bör enligt Barnett m.fl. ses som ett ansvar för hela samhället, för professionella och andra berörda att förebygga, lindra och försöka förhindra att sådana problem uppstår.

Att föda barn i ett nytt land

Värdet av socialt stöd hos västerländska kvinnor som lider av depression post partum är tidigare väl dokumenterat. Stuchbery, Matthey och Barnett (1998) har studerat sambandet mellan upplevelsen av socialt stöd och postnatal sinnestämning hos icke engelsktalande kvinnor, NESB, i en australiensisk studie. I undersökningen ingick 105 Anglo-keltiska, 113 vietnamesiska och 98 arabiska kvinnor. Sex veckor postpartum undersöktes kvinnornas upplevelse av socialt stöd samt tecken på depressiva symtom med hjälp av bl. a EPDS. I studien framkom att kvinnornas upplevelse av socialt stöd var avgörande för utfallet på EPDS -skalan och för kvinnans sinnestämning postpartum.

Vikten av ritualer

Tvärkulturella studier ger inte entydigt stöd för en universell förekomst av post partum depression. Snarare är det enligt Stuchbery och medarbetare (1998) förekomsten av kulturella ritualer som mobiliserar stöd för den nyblivna modern och som ger värde och respekt för hennes roll som kan relateras till förbättrad mental hälsa post partum. Stuchbery m.fl. beskriver tre tydliga steg i ritualerna kring barnafödande. Ett stadium som innefattar individens separation från den tidigare rollen, följs av en period där individen befinner sig i övergången mellan den gamla och den nya rollen. Slutligen kommer ett stadium av integrering som innefattar välkomnande och firande av individens nya status. Dessa ritualer tjänar syftet att skapa ordning och mening till de nya erfarenheterna och till att säkerställa att individen blir bekräftad och bistådd under övergången och får möjlighet att känna sig värderad och respekterad i sin nya roll som mor.

Vietnamesisk kultur innebär enligt Stuchbery m.fl. traditionellt en hög grad av praktiskt stöd till den nyblivna modern. Vietnamesiska kvinnor tillbringar traditionellt de första 40 dagarna efter förlossningen fullständigt sängliggande. Moderns näringsmässiga behov och hennes hälsotillstånd uppmärksammas både när det gäller diet och andra restriktioner. Emotionellt stöd är ovanligt och det är förbjudet att gråta under den första månaden efter förlossningen. Förbudet att visa vrede eller ilska under graviditeten speglar den restriktiva attityden gentemot emotionella uttryck i vietnamesisk kultur. I vietnamesisk kultur betraktas emotionella uttryck enligt författarna som en svaghet och beklaganden är ovanliga, vilket lett till en underrapportering av psykiatriska symtom och psykologiskt lidande. Ritualerna runt barnafödandet ger den nyblivna modern praktiskt stöd men däremot tycks den vietnamesiska kulturen undertrycka kvinnans emotionella behov. När barnet är en månad gammal hålls en festdag då släkt och vänner ger presenter till barnet och mat till modern. Kvinnans status ökar speciellt om hon fött en pojke.

Även om kvinnan i den arabiska kulturen är underordnad sina manliga släktingar, så innebär moderskapet erhållandet av stor vördnad och ära (Stuchbery m.fl. 1998). Arabisk kultur föreskriver en hög grad av stöd till modern under den postnatala perioden, stöd som ges från kvinnans mor och andra familjemedlemmar. Det utvidgade familjesystemet erbjuder stöd som möjliggör för kvinnan att iakttä de traditionella 40 dagarna av vila efter förlossningen. Under denna tid är kvinnan befriad från de vanliga plikterna, som tas över av de kvinnliga släktingarna. Det utvidgade familjesystemet innebär ett kraftigt stöd i det arabiska samhället och det är en plikt för dess medlemmar att hjälpa varandra så mycket de kan. Förutom det praktiska stöd som är förenat med denna tradition är den ett uttryck för de starka banden mellan arabiska kvinnor och det nära förhållandet mellan den nyblivna modern och hennes släktingar som svarar för omsorgen om hennes emotionella behov.

Vikten av socialt stöd

Stuchbery m.fl. (1998) visar i sina studier av NESB kvinnor i Australien, att avsaknad av socialt stöd och av praktisk hjälp är en riskfaktor för depression post partum. Situationen för den immigrerade kvinnan innebär ofta att hennes kulturella förväntningar i samband med barnafödande inte uppfylls. Många NESB kvinnor är nyanlända och vittnesmålen om hur migration är förknippad med ökad psykisk ohälsa, speciellt depression är många. I Stuchberys studie framkom olikheter i förväntningar kring stödet från omgivningen. För Anglo-keltiska kvinnor var låg sinnestämning kopplad till önskan om större emotionellt stöd från partnern och från den egna modern. För vietnamesiska kvinnor var låg sinnestämning kopplad till dålig kvalitet på relationen till partnern och till önskan om mer praktisk hjälp från honom. För arabiska kvinnor var låg sinnestämning kopplad till upplevd önskan om större emotionellt stöd från partnern. En större andel av de vietnamesiska kvinnorna levde i Australien utan sina mödrar. Det var också vanligare att de inte levde ihop med barnets far och de hade varit signifikant kortare tid i Australien än de arabiska och Anglo-keltiska kvinnorna. Trots dessa omständigheter så uttryckte de vietnamesiska kvinnorna behov av hjälp i betydligt lägre omfattning än de två andra grupperna. Man skulle kunna dra slutsatsen att de vietnamesiska kvinnornas var nöjda med det stöd de fick om vi inte samtidigt visste att vietnamesisk kultur präglas av undertryckande av olika uttryck för personliga svårigheter. I kontrast till de vietnamesiska kvinnorna så uttryckte de arabiska kvinnorna konsekvent en önskan om att få mer hjälp och stöd. Man kan tolka detta som att de arabiska kvinnorna var mer missnöjda eller att de var mer benägna att tillstå otillfredsställelse än vietnamesiska och Anglo-keltiska kvinnor.

De arabiska kvinnornas uttryckliga otillfredsställelse kan bero på att de får lågt stöd eller på att de har högre ställda förväntningar när det gäller socialt och emotionellt stöd under postpartumperioden.

Stuchbery m.fl. påpekar att personal inom hälsovård bör vara uppmärksamma på att arabiska kvinnors behov av stöd under post partum perioden kan vara högre än hos andra etniska grupper. De arabiska kvinnorna beskrev relationen till den egna modern som mer positiv än vad både de Anglo-keltiska och de vietnamesiska kvinnorna gjorde, något som kan vare en avspeglning av intensiteten av banden mellan arabiska kvinnor och deras mödrar speciellt under post partum perioden. Detta antagande stöds av resultatet att arabiska kvinnor vars mödrar var frånvarande uttryckte större behov av sina mödrars stöd än de två andra etniska grupperna i studien. Studien visade att frånvaron av den egna modern oftare upplevs som en stor emotionell förlust av arabiska kvinnor. De arabiska kvinnorna uttryckte också en önskan om mer emotionellt stöd från andra släktingar och vänner. Denna önskan kan enligt Stuchbery m.fl. vara en avspeglning av den känsla av förlust som är förknippad med migration. Stuchbery m.fl. drar slutsatsen att kulturella faktorer påverkar relationen mellan socialt stöd och postnatal depression.

I ytterligare en australiensisk och tvärkulturell studie, The mothers in a New Country (MINC), har Small, Lumley och Yelland (2003) studerat depression under post partum perioden och bidragande orsaker hos en grupp vietnamesiska, turkiska och filippinska kvinnor som immigrerat till Australien. Studien genomfördes 6-9 månader efter barnets födelse och 149 vietnamesiska, 148 Filippinska och 138 turkiska, totalt 320 kvinnor ingick i studien där tre olika undersökningsinstrument användes. EPDS översattes till kvinnans hemspråk och ett tröskelvärde på ≥ 13 tillämpades. I studien ingick också en självskattningsskala, SF-36 Mental Health Sub-scale. Skalan mäter fysisk, psykisk och social funktion och hälsa och är väl beprövad i många delar av världen. Skalan översattes till respektive språk. Slutligen genomfördes en strukturerad hemintervju där kvinnans egna upplevelser och tankar kring orsaksfaktorer undersöktes. Viktiga skillnader fanns när det gällde kvinnornas bakgrund. De vietnamesiska kvinnorna var i större omfattning nyanlända, många hade kommit som flyktingar samt hade färre släktingar i Australien. En stor andel av de turkiska kvinnorna hade immigrerat på grund av giftermål (50 %) och hade varit i landet längre tid än 5 år. En stor andel av de turkiska kvinnorna hade släktingar i det nya landet. Många av de filippinska kvinnorna hade immigrerat på grund av giftermål, hade högre utbildning än de andra två grupperna, samt hade i större omfattning genomgått kejsarsnitt (33 %). Endast 18 % av kvinnorna i studien behärskade engelskan väl. 44 % talade dålig eller ingen engelska. På EPDS var utfallet följande: 9.7 % av de vietnamesiska, 28.8 % av de turkiska och 7.6 % av de filippinska kvinnorna hade ett utfall på ≥ 13 poäng.

Enligt självskattningsskalan visade 15.4 % av de vietnamesiska, 49.1 % av de turkiska och 11.2 % av filippinska kvinnorna tecken på sämre fysisk och psykisk hälsa. I intervjun rapporterade 115 (27.8 %) av totalt 320 kvinnor att de känt sig deprimerade mer än några dagar under de 6-9 månader efter förlossningen. 89 kvinnor (28.2 %) rapporterade att de känt sig deprimerade två veckor eller längre tid sedan förlossningen. Fördelningen mellan grupperna var följande; 20 vietnamesiska (19.4 %), 46 turkiska (44.2 %) och 23 filippinska (21.7 %) kvinnor har känt sig deprimerade under två veckor eller längre tid. Signifikanta samband kunde påvisas mellan depression postpartum och följande faktorer; kvinnans ålder under 25 år, kort tid i Australien, dålig eller ingen kunskap i engelska språket, migration på grund av giftermål, inga släktingar i området, avsaknad av nära vänner, tre

eller fler hälsoproblem eller "svårmatad" baby. Starkast samband konstaterades mellan variablerna; upplevda fysiska ohälsa och avsaknad av socialt stöd och olika aspekter av kvinnans migrationshistoria.

Studiens syfte

Denna studie har som första syfte att undersöka i vilken omfattning arabisktalande nyblivna mödrar inom två primärvårdsområden i Göteborg visar tecken på depression och oro, mätt med poäng på EPDS. Ytterligare ett syfte är att få en bild av arabisktalande nyblivna mödrars sociokulturella bakgrund, upplevelse av sin situation, grad av oro och vad de oroar sig för.

Metod

Tillvägagångssätt

Kontakt togs med Forskningsetikkommittén vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset för ställningstagande kring eventuella etiska hinder för den planerade studien. När undersökningen presenterats blev svaret att då deltagarna i undersökningen var helt avidentifierade krävdes ingen etisk granskning. Flera planeringsträffar ordnades med de åtta sjuksköterskorna vid de två barnvårdcentralerna som ingick i studien. Information lämnades om bakgrunden och syftet med studien. Ett informationsbrev för sjuksköterskan delades ut där hennes roll i de olika momenten i kartläggningen framgick. Det fastslogs att undersökningen skulle omfatta de arabisktalande kvinnor som födde barn under perioden 1 juli – 31 december, 2003. Ett informationsbrev utarbetades som undertecknades av mig och arbetsgivaren. Brevet översattes till arabiska (bilaga 1 och 2). I samband med sjuksköterskans första hembesök efter barnets födelse, eller vid första besöket vid BVC, delades det arabiska informationsbrevet ut till samtliga arabisktalande nyförlösta kvinnor. Kvinnorna informerades om att de när deras barn blivit 8 ± 2 veckor skulle tillfrågas om de ville delta i studien. Kvinnan informerades också om att deltagarna i undersökningen skulle vara anonyma. I samband med besöket på barnvårdscentralen då barnet blivit ca två månader tillfrågades kvinnorna om de ville fylla i EPDS samt ett formulär med frågor om bakgrund och nuvarande situation. De kvinnor som tackade ja erbjöds en avskild plats där de kunde fylla i formulären. Formulären lades därefter i ett kuvert som förslöts och lämnades till sjuksköterskan för vidarebefordran till mig.

Instrument

Ett frågeformulär (bilaga 5) utarbetades där uppgifter om kvinnans socio-demografiska förhållanden, upplevd oro och relation till partnern, tidigare och nuvarande situation efterfrågades. Vid formuleringen av frågeformuläret användes KUB- projektets (Kvinnors upplevelse av barnafödande) frågeformulär som inspirationskälla (Rubertsson m.fl. 2003), samt egna erfarenheter av frågor som bedömdes som relevanta för kvinnor som föder barn i annat land än födelselandet. Frågeformuläret översattes till arabiska (bilaga 6). Samtliga översättningar gjordes av auktoriserade tolkar vid Tolcentralen, Göteborgs stad.

Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, är ett självskattningsformulär som utarbetats i England under 80-talet (Cox, Holden & Sagovsky, 1987), för att upptäcka depression hos nyblivna mödrar. EPDS (bilaga 3) består av 10 olika påståenden, där vart och ett har fyra svarsalternativ. Kvinnan markerar det påstående som bäst stämmer överens med hur hon känt sig under den senaste veckan. Totalsumman kan uppgå till maximalt 30 poäng, då

varje svar ger 0-3 poäng. I den svenska valideringen (Wickberg & Hwang 1996) har en totalpoäng på 12 poäng eller högre ansetts indikera depressiva symtom och att en mer noggrann bedömning behöver göras. EPDS finns översatt till 23 olika språk och är validerad på ett stort antal av dessa (Cox & Holden, 2003). Någon generell kartläggning med EPDS på andra språk än svenska är inte gjord i Sverige. Skalan kan underlätta internationella tvärkulturella studier när det gäller att screena förekomsten av depressiva symtom post partum. Viktigt är enligt Cox och Holden att vid användandet av översatta skalor beakta att EPDS inte är en checklista över symtom och därför inte kan användas för tvärkulturella jämförelser av symtom eller syndrom. Författarna hänvisar till Flaherty, Gaviria och Pathak (refererad till i Cox & Holden, 2003) och till deras 5 kriterier för ekvivalering. Kriterierna berör innehållsliga, semantiska, begreppsmässiga och tekniska skillnader mellan olika kulturer som är viktiga att beakta i valideringsstudier. Av vikt är bland annat att varje del av instrumentet är relevant för fenomenet i den kultur som studeras och att innebörden i varje del är densamma i respektive kultur efter översättning. Med teknisk ekvivalens avses att metoden för undersökningen är jämförbar mellan olika kulturer, som om t ex penna och papper eller intervju skall användas. Dessa kulturella skillnader kan vara en del i bakgrunden till varför olika tröskelvärden förespråkas i olika valideringar för att begränsa antalet falskt positiva eller falskt negativa utfall.

En arabisk version av EPDS (bilaga 4) har validerats i en studie i Dubai (Ghubash, Abou-Saleh & Daradkeh, 1997) med goda psykometriska egenskaper. I denna studie har ett rekommenderat tröskelvärde på 12/13 poäng använts för den arabiska skalan. För att själv bilda mig en uppfattning om hur EPDS-skalan språkligt var formulerad lät jag också en tolk muntligt översätta den arabiska EPDS-skalan till svenska.

Undersökningsgrupp

Under perioden 1 juli – 31 december, 2003, hade barnavårdscentralerna i Hammarkullen och Hjällbo kontakt med sammanlagt 36 arabisktalande nyblivna mammor. Antalet nyfödda barn var betydligt lägre än vad sköterskorna tidigare uppgett som förväntat antal födselar i den arabiska gruppen under en halvårsperiod. Av de 36 kvinnorna deltog 25 i studien. Två kvinnor avböjde att delta. Båda dessa kvinnor hade en pågående psykologkontakt med mig och en av dem hade misshandlats under graviditeten av barnets far och hade genomgått skilsmässa strax innan förlossningen. Tre kvinnor erbjöds inte att delta på grund av att de befann sig i svår kris och sköterskorna hade gjort bedömningen att det inte var lämpligt att tillfråga dem. En av dessa kvinnor hade förlorat en av sina nyfödda tvillingar. Ytterligare en av kvinnorna hade tvingats operera bort sin livmoder i samband med komplikationer efter förlossningen. Den tredje kvinnan hade allvarliga svårigheter att trösta sitt mycket skrikiga barn som fötts efter en IVF-befruktning. Tre kvinnor hade av misstag fått med sig materialet hem och frågeformulären kom trots påstötningar inte tillbaka till sköterskan. Två kvinnor erbjöds inte att delta på grund av att de glömdes bort av sköterskan. Ytterligare en kvinna erbjöds inte att delta på grund av att sköterskan inte uppmärksammat att arabiska var hennes hemspråk.

Av de 25 kvinnor som deltog i undersökningen var det endast 14 kvinnor som fyllde i de båda formulären fullständigt. Elva kvinnor hade inte alls fyllt i EPDS eller fyllt i det ofullständigt, men svarat på frågorna om sin bakgrund. Flertalet av de kvinnor som inte alls/ofullständigt fyllt i EPDS kom från den ena av de två barnavårdscentralerna. Således kom undersökningsgruppen för studiens första syfte, utfall på EPDS, att uppgå till 14

kvinnor medan undersökningsgruppen för studiens andra syfte kom att uppgå till 25 kvinnor.

Resultat

Kvinnornas bakgrund och nuvarande situation

Tjugofem kvinnor svarade på frågorna om sin bakgrund och nuvarande situation. Majoriteten av kvinnorna (24 kvinnor) var mellan 20 och 35 år. Endast en kvinna var yngre än 20 år och 6 kvinnor var under 25 år. Ingen av kvinnorna var över 35 år. Tjugo av kvinnorna kom från Irak och fyra kvinnor kom från andra länder som Marocko, Syrien och Libanon. Nio av de nyblivna mödrarna hade varit i Sverige mellan ett halvår och två år, nio kvinnor hade varit här 3-5 år och de övriga 7 kvinnorna hade varit här längre tid än sex år.

Kvinnorna var förhållandevis välutbildade. Åtta kvinnor hade högskoleutbildning, tretton kvinnor uppgav att de hade motsvarande gymnasieutbildning, och fyra av kvinnorna hade motsvarande grundskoleutbildning. Majoriteten av kvinnorna hade ett eller två barn. Nio kvinnor var förstföderskor och ytterligare åtta kvinnor hade nyss fött sitt andra barn. Sju kvinnor hade tre eller fyra barn.

Flertalet hade genomgått en vaginal förlossning (20 kvinnor). Två kvinnor hade förlösts med akut kejsarsnitt och tre med planerat kejsarsnitt. Ingen av kvinnorna upplevde sin baby som svårskött. Nio kvinnor beskrev barnet som lättskött och 16 kvinnor beskrev sitt barn som varken lätt- eller svårskött. Samtliga kvinnor var gifta och levde med sina män. Tre kvinnor hade svenskt medborgarskap och 18 kvinnor hade permanent uppehållstillstånd. Fyra kvinnor var asylsökande vilket innebar att de var inneboende hos en annan familj, vilket ofta innebar att de bodde i familjens vardagsrum. Efter föräldraledighetens slut var det endast fyra kvinnor som hade en anställning att gå tillbaka till. För majoriteten väntade studier, oftast svenskstudier, (14 kvinnor) eller arbetssökande (2 kvinnor). Fyra kvinnor uppgav att de skulle vara hemarbetande och en kvinna som var asylsökande visste inte vad som väntade efter föräldraledigheten. Kvinnorna var friska och ingen uppgav att hon varit allvarligt sjuk eller drabbad av olyckshändelse. Fem kvinnor uppgav att någon närstående hade drabbats av allvarlig sjukdom tidigare medan elva kvinnor uppgav att någon närstående dött det senaste året eller tidigare. Majoriteten av kvinnorna (21 kvinnor) uppgav att de hade upplevt krig.

Uttryckt stöd

Majoriteten upplevde att de fick "allt stöd" (16 kvinnor) eller "nästan allt stöd" (5 kvinnor) de behövde från barnets far. Två kvinnor uppgav att de fick "lite stöd" från mannen. Ingen av kvinnorna uppgav att de inte fick "något helst stöd" från mannen. Två kvinnor hade inte svarat på frågan om stöd från mannen. När det gällde stöd från annan än barnets far så uppgav majoriteten (22 kvinnor) att de saknade annat stöd. Tre kvinnor uppgav att de fick "annat stöd". Två kvinnor hade sin mor/sina släktingar i samma bostadsområde. Den tredje kvinnans uppgav att hon fick stöd från sin mor som fanns i hemlandet Libanon.

Uttryckt oro

När det gällde frågorna kring i vilken grad kvinnorna oroade sig för olika saker uttryckte flertalet av kvinnorna inte mycket oro. Många av kvinnorna uttryckte låg eller ingen som

helst oro kring flertalet av de områden som efterfrågades. Fem av kvinnorna svarade konsekvent att de kände "ingen som helst oro" över något av de aktuella områdena. En asylsökande kvinna svarade inte alls på frågorna kring oro, fastän hon svarat på de övriga frågorna. Denna kvinna hade 18 poäng på EPDS.

Tabell 1

Grad av oro, skattad på en skala 0-5 (n=25)

	stor oro (4-5 p)		viss oro (2-3 p)		låg/ingen (0-1 p)		ej fyllt i	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Bostad	8	(32)	3	(12)	13	(52)	1	(4)
Ekonomi	7	(28)	6	(24)	11	(44)	1	(4)
Juridiska problem	0	(0)	2	(8)	20	(80)	3	(12)
Förhållande t partner	0	(0)	1	(4)	22	(88)	2	(8)
Förh.t fam/vänner	0	(0)	2	(8)	21	(84)	2	(8)
Egen hälsa	3	(12)	3	(12)	17	(68)	2	(8)
Närståendes hälsa	5	(20)	2	(8)	16	(64)	2	(8)
Arbete/arbetslöshet	9	(36)	5	(20)	9	(36)	2	(8)
Barnets hälsa	6	(24)	2	(8)	15	(60)	2	(8)
Ta hand om barnet	3	(12)	4	(16)	17	(68)	1	(4)

Trettiosex procent kände stor oro för frågor som rörde arbete/arbetslöshet och 32 % uttryckte stor oro för bostadsfrågor och 28 % för ekonomiska frågor. Tjugofyra procent av kvinnorna kände stor oro när det gällde barnets hälsa och 20 % kände stor oro för närståendes hälsa. Tolv procent av mödrarna kände stor oro för egen hälsa samt för att kunna ta hand om barnet. Ingen av kvinnorna kände stor oro för frågor som rörde juridiska problem eller förhållandet till partnern/familj/vänner.

Utfall på EPDS-skalan

Tabell.2

Fördelning av kvinnornas olika EPDS-värden(n=14)

Poäng på EPDS	Antal	Poäng på EPDS	Antal
0	0	13	1
1	1	14	0
2	0	15	0
3	1	16	0
4	1	17	0
5	1	18	1
6	0	19	1
7	0	20	0
8	3	21	0
9	0	22	0
10	0	23	1
11	2	24	1
12	0		

Drygt en tredjedel av kvinnorna (35.7 %) hade 13 poäng eller mer, dvs. visade tecken på depression. Av dessa hade fyra kvinnor 18 poäng och däröver. Fem kvinnor hade 8-11 poäng och fyra kvinnor hade 1-5 poäng på EPDS. Medlevärdet på EPDS var 11.1 poäng.

Kvinnor med höga poäng på EPDS (13 och över)

Jag studerade närmare hur de 5 kvinnorna med utfall på EPDS skalan svarat på frågorna om sin bakgrund och nuvarande situation och om det gick att se några skillnader i jämförelse med de övriga 9 kvinnor som fyllt i EPDS skalan. EPDS -poäng för kvinnorna med höga poäng var 13, 18, 19, 23 respektive 24 poäng. Två av kvinnorna var förstföderskor och de övriga tre kvinnorna hade två eller fyra barn. Två av kvinnor var asylsökande. Två kvinnor hade förlöst med kejsarsnitt. Tre av kvinnorna var under 25 år. De 5 kvinnorna hade varit i Sverige fem år eller kortare tid och två var förhållandevis nyanlända och hade varit här ca ett halvår. Fyra av de fem kvinnorna hade svarat fullständigt på frågorna kring oro. De kände "stor oro" över sina bostadsförhållanden, ekonomin, egen och närståendes hälsa, samt för arbete/arbetslöshet. När det gäller andra områden var svaren; "ingen som helst oro" eller "liten oro". En av kvinnorna svarade inte alls på frågorna om oro. Denna kvinna hade 18 poäng på EPDS, var asylsökande och förstföderska. Hon hade upplevt krig på nära håll. Hon hade förlöst med akut kejsarsnitt och upplevde sitt barn varken som lätt- eller svårskött. Hon hade inte svarat på huruvida hon fick stöd från maken och uppgav att hon saknade annat stöd. Hon hade inte svarat på hur hon upplever kontakten med BVC. De övriga fyra kvinnorna med utfall uppgav att de fick allt stöd de behövde från barnets far. Ingen av de fem kvinnorna uppgav att de hade stöd från någon annan än från maken. Fyra av kvinnorna kom från Irak och en från Syrien. De beskrev sina barn som varken lätt- eller svårskötta. De fem kvinnorna med höga poäng på EPDS uppvisade följande riskfaktorer för depression post partum; kort tid i Sverige (2 kv.), var asylsökande, (2 kv.), upplevt sina fäders död (2 kv.), fött sitt barn med kejsarsnitt (2 kv.) samt erfarenhet av krigsupplevelser (4 kv.).

Kvinnor med medelhöga poäng på EPDS (8 – 12)

Fem kvinnor fick mellan 8-11 poäng på EPDS. De var mellan 29-34 år. Fyra kvinnor kom från Irak och en kvinna från Libanon. Två kvinnor hade varit 1 år i Sverige och 3 kvinnor hade varit här 10-11 år. Samtliga kvinnor var omföderskor. Fyra kvinnor hade fött vaginalt och en kvinna hade förlöst med planerat kejsarsnitt. Endast en kvinna beskrev sitt barn som lättskött, de övriga 4 beskrev barnet som varken lätt eller svårskött. En kvinna hade svenskt medborgarskap och de övriga hade permanent uppehållstillstånd. För två kvinnor väntade en anställning efter föräldraledigheten, för två väntade svenskstudier och för en kvinna väntade arbetssökande. Ingen av kvinnorna hade haft problem med sin egen hälsa. Tre av kvinnorna hade tidigare erfarenhet av närståendes sjukdom och två kvinnor av närståendes dödsfall. En av kvinnorna hade tidigare fött ett handikappat barn. Tre kvinnor kände stor oro för sin bostadssituation. En kvinna kände stor oro för ekonomin. En av kvinnorna kände stor oro för både sin egen och närståendes hälsa och en kvinna kände stor oro för närståendes hälsa. Slutligen kände två kvinnor stor oro för barnets hälsa. Tre kvinnor upplevde att de fick allt stöd från maken och två kvinnor att de fick nästan allt stöd. Två kvinnor uppgav att de fick annat stöd från släkt i Sverige respektive från modern i hemlandet. Tre kvinnor var mycket nöjda med BVC-kontakten och två kvinnor uppgav att de var ganska nöjda med kontakten.

Kvinnor med låga poäng på EPDS (0-7)

Fyra kvinnor hade mycket låga poäng på EPDS. De hade 1, 3, 4, respektive 5 poäng. Deras ålder var mellan 25- 32 år. Tre av dem kom från Irak och en från Marocko. En kvinna hade varit kortare tid än ett år i Sverige, de övriga hade varit här längre tid än fem år. Alla fyra var omföderskor och hade 2-4 barn. De hade alla fött vaginalt och beskrev sina barn som lättskötta. Samtliga hade permanent uppehållstillstånd. För tre av dem väntade studier efter föräldraledigheten och en av kvinnorna hade en anställning. Ingen av kvinnorna uttryckte oro för egen eller närståendes hälsa. En av kvinnorna hade upplevt närståendes död tidigare. Två av kvinnorna svarade att de fick allt stöd de behövde från barnets far. En kvinna hade inte svarat på frågan om upplevt stöd från maken och en kvinna uppgav att hon endast fick lite stöd från barnets far. Inte heller dessa kvinnor hade "annat stöd". Tre svarade att de saknade annat stöd än från maken och en av kvinnorna svarade inte på frågan. Två av de totalt fyra kvinnor som inte upplevt krig återfanns bland dem som fått låga poäng på EPDS. Ingen av dessa kvinnor hade skrivit några egna kommentarer. När det gällde frågorna kring oro så utmärkte de fyra kvinnorna sig genom att de konsekvent svarat att de kände "ingen som helst oro" kring något av de områden som efterfrågas på frågorna kring oro. Ingen av de övriga 10 kvinnorna hade konsekvent svarat att de inte kände någon som helst oro på samtliga av frågorna kring oro.

Kvinnor som ej fyllt i EPDS

Bland de elva kvinnor som inte alls (7 kvinnor) eller ofullständigt (4 kvinnor) fyllt i EPDS fanns flera som enligt tidigare redovisad forskning löpte ökad risk att känna nedstämdhet eller oro under post partum perioden. Riskfaktorer som kunde konstateras i denna grupp var följande: asylsökande (2 kv.), krigsupplevelser (10 kv.), förstföderska (7 kv.), avsaknad av stöd från annan än maken (10 kv.), hög oro för barnets hälsa (5 kv.), hög oro över att inte kunna ta hand om barnet (3 kv.), tidigare dött barn (1 kv.) samt närståendes död under senaste året (6 kv.).

Kontakten med BVC

Nitton av 25 kvinnor var mycket nöjda med kontakten med barnavårdscentralen. Fyra kvinnor svarade att de var ganska nöjda och två kvinnor hade inte svarat på denna fråga. Fler än hälften av de 25 kvinnorna (14 kvinnor) skrev egna kommentarer kring vad som var bra respektive dåligt när det gällde kontakten med barnavårdscentralen. Kommentarererna var skrivna på arabiska och översattes till svenska av tolk (bilaga 7). Genomgående uttryckte kvinnorna positiva känslor och flera uttryckte tacksamhet över hur väl sköterskorna behandlade barnen och hur mammorna blev respekterade, lyssnade till och väl bemötta. Flera nämnde det positiva med att barnen vaccinerades och att vaccinationerna var gratis. Det missnöje som två mammor också uttryckte handlade om att det var för lång tid mellan besöken och att det var för få läkarbesök.

En kvinna som varit 1 år i Sverige skrev följande om BVC-sköterskorna:

De utför med allvar alla sina uppgifter och har tillräckligt med erfarenhet. När vi inte vet något om den nyföddes hälsa eller om hur man ska uppföstra barnet så frågar vi dem och vi får stöd och övertygande svar. Därför är vi glada över att få hjälp från dem.

En annan kvinna som varit ca ett halvår i Sverige och som fått höga poäng (19 p) på EPDS skrev:

Jag är mycket nöjd för här tar man hand om barnen, också när det gäller mödravården. För i vårt land tar man inte hand om barnen. Här är också så att vi blir mycket väl bemötta, särskilt av fru X, hon är mycket snäll och har hög moral. Vi saknar den moralen i vårt hemland. Och så besvarar de alla våra frågor och lyssnar bra på oss. Jag är mycket tacksam för deras ansträngning och arbete, mycket tacksam.

Diskussion

Undersökningen var en pilotundersökning med syfte att få en uppfattning om hur nyblivna immigrerade mödrar inom den arabiska språkgruppen upplevde sin situation samt att få en bild av mödrarnas bakgrund i relation till kända riskfaktorer för depression under post partum perioden. På grund av undersökningsgruppens låga antal har resultaten redovisats i deskriptiv form.

Studiens första syfte var att undersöka i vilken omfattning arabisktalande nyblivna mödrar visade tecken på depression. Av de fjorton kvinnor som fullständigt fyllt i EPDS var det fem kvinnor (35.7 %) som visade tecken på depression, vilket är tre gånger så högt som i tidigare studier av svensktalande kvinnor (Wickberg & Hwang, 1996). Då undersökningsgruppen var liten kan man inte dra några generella slutsatser. Med kunskap om kvinnornas bakgrund och utifrån den forskning som tidigare redovisats (Small m.fl. 2003), stämmer resultatet med tidigare forskning. Det stämmer också väl med olika studier i migrationsgrupper och med mina egna erfarenheter från arbete inom mödra- och barnhälsovården i nordöstra Göteborg. Medelvärdet på EPDS i denna undersökning var 11.1 poäng, vilket är mycket högre än 6.9 poäng som redovisats i en tidigare studie i Göteborg på svensktalande nyblivna mammor (Wickberg & Hwang, 1996).

Studiens andra syfte var att få en uppfattning om hur nyblivna immigrerade mödrar i två invandrartäta områden besvarade frågor om sin bakgrund, nuvarande situation och i vilken omfattning de kände oro och vad de oroade sig för. Resultaten visade att flera kända riskfaktorer för nedstämdhet och oro under post partumperioden uppfylldes för en majoritet av undersökningsgruppen. De riskfaktorer för depression post partum som återkommer i ett flertal studier (O'Hara & Swain, 1996) är avsaknad av socialt och praktiskt stöd, kulturella förväntningar kring stöd och upplevd status som nybliven mamma som ej uppfylls, emotionell förlust genom avsaknad av nära kontakt med den egna modern och kvinnliga släktingar. Andra kända riskfaktorer är avsaknad av socialt nätverk och sammanhang, att inte kunna landets språk, att inte känna till landets hälsosystem, kort tid i landet, ålder för den nyblivna mamman under 25 år, erfarenhet av flera stressfyllda händelser som krig och traumatiska upplevelser och dödsfall hos anhörig under det senaste året. Flera av ovan nämnda faktorer är enligt denna undersökning vanligt förekommande erfarenheter för kvinnorna i undersökningsgruppen. Tio kvinnor uppgav att någon närstående dött under det senaste året eller tidigare. Det finns inget jämförelsematerial men det kan synas som en hög andel i en så liten grupp av unga nyblivna mammor. Majoriteten av kvinnorna hade erfarenhet av krig, något som inte är förvånande utifrån att flertalet av kvinnorna kom från krigsdrabbade Irak.

Enligt min kliniska erfarenhet och i likhet med hur Nyberg (1998) beskriver immigrerade nyblivna mödrars situation, är det vanligt med fördröjda reaktioner på trauma och svåra upplevelser i hemlandet. Svåra obearbetade minnen aktualiseras ofta i samband med graviditet och barnafödande och kan ta sig uttryck i stark oro inför förlossningen eller mer konkret över att barnet ska vara skadat eller dö i samband med förlossningen. Många kvinnor har beskrivit starka känslor av nedstämdhet i samband med barnets födelse efter ankomsten till Sverige. Jag har mött kvinnor som beskrivit en oro och osäkerhet inför omhändertagandet av barnet som de själva har svårt att förstå eller hantera. Kvinnor som tidigare fött flera friska barn under yttre svåra omständigheter i hemlandet, har berättat om tryggheten när föräldrar och släktingar fanns omkring dem som stöd i en miljö som var bekant och där ansvaret för ett nytt litet barn inte upplevdes som så betungande. Min erfarenhet är att familjernas tidigare erfarenheter i hemlandet och upplevelsen av förlusten av nätverket, påverkar dem i allra högsta grad när det gäller att hantera den psykologiska processen vid graviditet och barnafödande och det senare omhändertagandet av barnen i det nya landet Sverige.

Begränsningar i undersökningen

Skattningsskalan är inte validerad på arabiska nyblivna mödrar i Sverige utan på arabisktalande kvinnor i Förenade arabemiraten Dubai. Den arabiska skalan har bland annat använts vid screeningar i ett flertal australiensiska studier (Stuchbery m.fl.1998).

Flertalet av de ofullständigt/inte alls ifyllda EPDS formulären tillhörde mödrar vid den ena av de två barnavårdscentralerna. Fem av de totalt 11 kvinnor som inte alls deltog i undersökningen tillhörde samma barnavårdscentral. Enligt min bedömning så fanns det troligen till viss del metodiska orsaken till att formulären inte fylldes i som avsett. Undersökningsperioden började mitt i semesterperioden vilket var olyckligt både utifrån att alla sköterskor inte var i tjänst samt utifrån att jag själv, som undersökningsledare, hade semester under undersökningen allra första fas. Vidare upptäcktes inte direkt att flera EPDS formulär var ofullständigt/inte alls ifyllda. Att avgöra varför rutinerna trots dessa omständigheter fungerade vid den ena barnavårdscentralen kan vara svårt att ge en entydig förklaring till. Ytterligare en brist var att EPDS-formuläret och formuläret med frågor om kvinnans bakgrund och nuvarande situation inte var hophäftade, något som kan ha gjort att kvinnorna glömt att fylla i eller valt bort ett av formulären.

En analys av bortfallet med de elva kvinnor som inte alls ingick i undersökningen visade att ytterligare fem av de kvinnor som födde barn under undersökningsperioden kan antas ha varit nedstämda under post partum perioden. Två av dessa var kvinnor som avböjde att delta hade en pågående psykologkontakt med mig. Tre kvinnor tillfrågades inte om deltagande då sköterskorna bedömde att de befann sig i svår kris.

En möjlig förklaring till att antalet födslar var betydligt lägre än vad sköterskorna hade förväntat (35 i stället för förväntat ca 60 födslar) kan ha varit att undersökningen genomfördes ett år efter att Irakkriget inletts i mars år 2002 och att oroligheterna i Irak fortfarande pågick under undersökningsperioden. Det är enligt min mening rimligt att anta att kvinnornas oro för närstående i hemlandet kan ha påverkat antalet påbörjade eller fullgångna graviditeter. En annan tänkbar förklaring kom från en sköterska som konstaterade att muslimernas fastemånad Ramadan inföll under den tid på året då graviditeten för ett antal förväntade födslar skulle ha påbörjats. Åsikterna kring huruvida fastemånaden innebar total avhållsamhet eller ej gick dock isär bland sköterskorna.

I efterhand kan konstateras att det saknades en del relevanta frågor i formuläret med frågor om kvinnornas bakgrund och nuvarande situation. Frågor kring orsak till migrationen, tidigare missfall/abort och kvinnornas upplevelse av förlossningen samt nuvarande svenskkunskaper kan vara av intresse vid en framtida studie, då dessa aspekter har visat sig ha samband med nedstämdhet under post partum perioden. (Barclay & Kent 1998; Barnett m.fl. 1999; Matthey m.fl. 1997; Small m.fl. 2003; Stuchbery m.fl. 1998)

Varför samtliga deltagande kvinnor svarat på frågorna om sin bakgrund medan så många som sju kvinnor lämnat EPDS formuläret helt obesvarat kan jag endast spekulera kring. En möjlig förklaring kan vara att frågorna på EPDS skalan upplevdes som mer laddade än frågorna om kvinnornas bakgrund. Det kan vara värt att nämna den kvinnliga tolkens kommentar; *"Jag vet att väldigt många är deprimerade och därför vill dom inte fylla i formuläret, jag tror att det är för känsligt"*.

Slutsatser

Depression, nedstämdhet och oro under post partum period är enligt flera olika studier mer vanligt förekommande i migrationsgrupper än bland normalpopulationen av nyblivna mödrar. Denna pilotundersökning visade att 35.7 % av de arabisktalande kvinnorna som fick barn under en halvårsperiod visade tecken på nedstämdhet, depression eller oro. Att uppmärksamma hur nyblivna mödrar i migrationsgrupper mår är en väsentlig och utmanande uppgift för den förebyggande mödra- och barnhälsovården. För att adekvata stödinsatser ska kunna erbjudas, krävs ökade kunskaper och erfarenhet av screeningsmetoder på andra språk än svenska. Dessutom krävs erforderliga resurser för att kunna erbjuda adekvata stödinsatser för de kvinnor som lider av nedstämdhet och depression. Inte minst är det viktigt med en generös inställning till användande av tolk för att kunna erbjuda stödjande samtal till dem som är i behov av sådana och att tolkkostnaderna inte belastar den enskilda barnavårdscentralen. Erfarenhet har visat att de flesta kvinnor accepterar EPDS screening. Flera forskare hävdar att skalan accepteras bättre än direkta frågor av kvinnor i migrationsgrupper (Barnett m.fl. 1999).

För att EPDS ska kunna introduceras som ett allmänt screeninginstrument, krävs enligt Wickberg och Hwang (2003) att skalan används som en del i ett väl genomtänkt och lokalt förankrat program för psykiskt hälsovård i samband med barnafödande. Utvärdering av rutinmässig screening med EPDS i Storbritannien visade bland annat att man inte nådde etniska minoriteter (Wickberg & Hwang, 2003). Utvärderingen väckte frågan om screening för PPD är realistiskt, särskilt i grupper med stor arbetsbörda och visade att sättet att presentera EPDS påverkade kvinnornas beredvillighet att besvara de tio frågorna.

I Sverige har Medicinska forskningsrådet föreslagit att aktiviteter som innebär screening och behandling av PPD ska utökas inom landstingen (MFR, 1999). En förutsättning för att genomföra metoden är enligt Medicinska forskningsrådet att barnhälsovårdens personal får fortbildning och kontinuerlig konsultation av BVC -psykolog, samt att vårdkedjan till allmänläkare och psykiater etableras. Dessa förutsättningar bör enligt min bedömning i allra högsta grad gälla vid införande av screening och behandling i invandratäta områden.

Att använda EPDS på svenska för kvinnor som har bristfälliga svenskkunskaper bör rimligtvis innebära att validiteten sjunker då de tidigare nämnda innehållsmässiga, semantiska, begreppsliga och kulturella skillnaderna enligt Cox och Holden (2003) kan

påverka skalans validitet. Som tidigare påtalats har flera forskare uppfattningen att invandrarkvinnor accepterar skalan bättre än direkta frågor (Barnett m.fl. 1999). Följaktligen bör de runt 23 översättningar som nu finns tillgängliga kunna användas för screening bland icke svensktalande mödrar. Ett stort antal av dessa översättningar finns återgivna i Cox och Holdens bok (2003) och det bör vara en uppgift för den centrala barnhälsovårdsenheten att tillhandahålla dessa. Vidare bör den centrala barnhälsovårdsenheten kunna hjälpa till när det gäller att få fram rekommenderade tröskelvärden på respektive skala, för de barnvårdscentraler som så önskar.

I samtal med de sjuksköterskor som ingått i min pilotundersökning har framförallt framhållits behovet av utbildning kring de samtal som de förväntas genomföra med nedstämda mödrar. Sjuksköterskorna har vidare uttryckt oro över hur de tidsmässigt ska kunna erbjuda stöd och samtal, ofta med tolk, till de kvinnor som får utfall vid en generell screening. Det finns en påtaglig oro över att antalet kvinnor som skulle få höga poäng på EPDS är högre i nordöstra Göteborg än i övriga primärvårdområden, en farhåga som kan anses få stöd av denna undersökning och av redovisad forskning. Oro uttrycks också över hur psykologresursen ska räcka till, eftersom psykologresursen redan nu upplevs som underdimensionerad.

Jag anser att det primära problemet vid screening i invandrargruppen inte är att kvinnorna inte kan svenska eller att de kommer från andra kulturer. Det största problemet är snarare att vi generellt behöver öka vår kunskap och förbättra omhändertagandet av nyblivna mödrar som lever i exil. Jag tror att sköterskorna i invandratäta områden behöver få bekräftelse från den centrala barnhälsovårdsenheten och från hälsovårdens ledning att man inser att det finns problem och svårigheter som det behövs ökad kunskap och vägledning kring samt ökade resurser för. Jag tror vidare att personalen i invandratäta områden behöver riktlinjer kring hur de ska förhålla sig till begreppet vårdtyngd. I nuläget är vårdtyngd inte ett begrepp som det tas tillräcklig hänsyn till vid resursfördelning inom hälsovården i Västra Götaland. En förutsättning för införande av screening med EPDS i migrationsgrupper är att sjuksköterskorna anser sig ha möjlighet att erbjuda samtalsstöd, samt att det finns erforderliga psykologresurser och vid behov specialishjälp från vuxenpsykiatri/allmänläkare. Om inte relevanta stödinsatser kan erbjudas bör man enligt min bedömning avvakta med att införa allmän screening med EPDS, något som också stöds av WHO:s rekommendationer (Wilson & Jungner 1968).

Referenser

Arvidsson, T., Holmberg, L., Reuter, A., & Strömbom, A. (2004) *Barnhälsovårdsrapport för år 2003 Göteborg*. Barnhälsovården i Göteborg

Barclay, L., & Kent, D. (1998) Recent immigration and misery of motherhood: a discussion of pertinent issues. *Midwifery*, 14, 4-9.

Barnett, B., Matthey, S., & Boyce, P. (1999) Migration and motherhood: a response to Barclay and Kent. *Midwifery*, 15, 203-207

Birbrajer, A., & Glas Kullbratt, M. (2003) Moderskap i motvind. Kvinnors upplevelser av post partum depression. En Fenomenologisk studie. *Psykisk Hälsa*, 3, 187-204

Brockington, I. (2004) Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, Is 9405, jan. 303-310

- Cox, J.L. (1986) *Postnatal Depression. A Guide for Health Professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cox, J.L., & Holden, J.M. (2003) *Perinatal Mental Health; A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Royal Collage of psychiatrists. Bell & Bain Limited, Glasgow, UK
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Ghubash, R., Abou-Saleh, M.T., & Daradkeh, T.K. (1997) The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 474-476
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. & Almqvist, F. (2001) Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-1374.
- Matthey, S., Barnett, B.E.W., & Elliot, A. (1997) Validity of the Diagnostic Interview schedule (depression) for Vietnamese and Arabic women in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 31, 360-369.
- MFR (1999) *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa*. A state of the Art Dokument. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet.
- Nyberg, E. (1998) *Spädbarn och deras mödrar i ett mångkulturellt område*. Stockholm läns landsting: Omsorgsnämnden, FoU-enheten, Barn och Ungdomspsykiatri.
- O'Hara, M.W. & Swain, A.M. (1996) Rates and risk of postpartum depression - a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I. (2005) *Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample*. Received January 2004; accepted November 2004. Published online May 11, 2005, Springer-Verlag 2005
- Small, R., Lumley, J., & Yelland, J. (2003) Cross-cultural Experiences of Maternal Depression: Associations and Contributing Factors for Vietnamese, Turkish and Filipino Immigrant Women in Victoria, Australia. *Ethnicity & Health*, 8, 189-206.
- Stuchbery, M., Matthey, S., & Barnett, B. (1998) Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabac and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 483-490
- Wickberg, B. & Hwang, P.(1996) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 181-216

Wickberg, B., & Hwang, P. (2001) Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken. *Läkartidningen*, 98,1534-1538.

Wickberg, B., & Hwang, P. (2003) *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Statens folkhälsoinstitut, 59

Wilson, J. & Jungner, G. (1968) *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO.

Till Dig som nyligen fått barn!

Den första tiden efter att man fått barn innebär ofta en stor omställning för den nyblivna mamman. Glädjen kan blandas med känslor av oro och nedstämdhet. Jag som genomför denna undersökning är intresserad av hur nyblivna mammor från andra länder upplever sin situation. Min förhoppning är att undersökningen skall öka kunskapen om hur nyblivna föräldrar från andra kulturer har det och därmed också bidra till att Barnhälsovården kan erbjuda ett förbättrat stöd till dem som är i behov av det.

Undersökningen vänder sig till alla kvinnor som kan läsa arabiska och som fått barn under perioden 1/7 - 31/12 2003 och vars barn är inskrivet vid barnavårdcentralen i Hjällbo eller Hammarkullen.

Deltagandet i undersökningen är naturligtvis helt frivilligt. Om Du väljer att delta eller ej kommer inte att påverka Dina övriga kontakter med barnavårdcentralen.

När Ditt barn är ca 8 veckor kommer sköterskan att fråga om Du vill delta i undersökningen genom att fylla i två frågeformulär. Eftersom Du inte svarar med Ditt namn så garanteras du fullständig anonymitet. När Du fyllt i formuläret lägger Du det i ett slutet kuvert och lämnar det till BVC-sköterskan. Hon lämnar det sedan till mig.

Jag som utför undersökningen är legitimerad psykolog och gör denna undersökning inom ramen för en påbyggnadsutbildning i barn- och ungdomspsykoterapi vid Psykologiska Institutionen vid Göteborgs Universitet.

Om det finns någonting som Du undrar över, är Du välkommen att kontakta mig per telefon vid min arbetsplats inom Mödra- och barnhälsovården i Hjällbo.

Maria Sjölund
Leg psykolog
Tfn 031/43 62 76

Eva Bengtsson
Verksamhetschef

إلى اللواتي أنجبن أطفالهن حديثاً !

إنّ الفترة الأولى بعد ولادة الطفل تكون في أكثر الأوقات فترة تكيفات كبيرة للتي أصبحت أما على التو. يمكن أن تمتزج الفرحة مع مشاعر القلق والأحباط.

أنا التي أقوم بانجاز هذه الدراسة، معنية بمسألة كيفية معايشة النساء من بلدان مختلفة، اللواتي أصبحن أمهات على التو باوضاعهن. إنّ توقعاتي هي أن تستطيع هذه الدراسة من رفع مستوى المعلومات لدى أولئك الذين أصبحوا أولياء أمور على التو ومن مختلف البلدان، إضافة إلى أن تحسين الرعاية الصحية للأطفال يمكن أن تقدم دعماً إلى أولئك الذين يحتاجونها.

الدراسة تتوجه إلى النساء اللواتي يتقن اللغة العربية قراءة وكتابة واللواتي أنجبن أطفالهن ما بين الفترة من 1 / 7 لغاية 31 / 12 / 2003 وأن أطفالهن مسجلون لدى مركز الرعاية الصحية للأطفال في Hjällbo أو Hammarkullen . المشاركة في الدراسة إختيارية. إذا رغبت في المشاركة أو عدمها، فإن ذلك سوف لن يؤثر في مسألة إتصالاتك مع مركز الرعاية الصحية للأطفال.

عندما يبلغ طفلك حوالي 8 أسابيع من العمر، فإن الممرضة سوف تسألك فيما إذا كنت راغبة بالمشاركة في الدراسة وذلك من خلال ملأك إستمارتين للأسئلة. بما أنك ستجيبين على الأسئلة دون أن تذكري إسمك، فأنت تضمنين بذلك وبشكل تام مجهولية هويتك. بعد أن تكوني قد ملأت إستمارة الأسئلة، ضعيتها في المظروف وسلميها إلى الممرضة في مركز الرعاية الصحية للأطفال BVC . بعدها تقوم الممرضة بتسليم إستمارة الأسئلة إليّ.

أنا التي أقوم بانجاز الدراسة، أعتبر معالجة نفسانية مرخصة وأقوم بهذه الدراسة ضمن إطار تعليم إضافي للعلاج النفسي للأطفال والأحداث لدى معهد الدراسات النفسية في جامعة يوتوبوري.

إذا كنت غير متيقنة من أي شيء كان، يمكنك الأتصال بيّ على رقم هاتفي في مكان عملي في الرعاية الصحية للأطفال والأمهات في Hjällbo .

Maria Sjölund
معالجة نفسانية مرخصة
هاتف: 031-436276

Eva Bengtsson
مسؤولة النشاط

Eftersom Du nyligen fått barn, skulle vi vilja veta hur Du mår. Var snäll och stryk under det svar, som bäst stämmer överens med hur Du känt Dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur Du mår idag.

Här är ett exempel, som redan är ifyllt:

Jag har känt mig lycklig:

Ja, hela tiden

Ja, för det mesta

Nej, inte särskilt ofta

Nej, inte alls

Detta betyder: Jag har känt mig lycklig mest hela tiden under veckan som har gått. Var snäll och fyll i de andra frågorna på samma sätt:

UNDER DE SENASTE 7 DAGARNA

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan:

Lika bra som vanligt

Nästan lika bra som vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:

Lika mycket som vanligt

Något mindre än vanligt

Mycket mindre än vanligt

Inte alls

3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett:

Ja, för det mesta

Ja, ibland

Nej, inte så ofta

Nej, aldrig

4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning:

Nej, inte alls

Nej, knappast alls

Ja, ibland

Ja, mycket ofta

5. Jag har känt mig strämd eller panikslagen utan speciell anledning:
Ja, mycket ofta
Ja, ibland
Nej, ganska sällan
Nej, inte alls
6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket:
Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls
Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
Nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt
7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova:
Ja, mesta tiden
Ja, ibland
Nej, sällan
Nej, aldrig
8. Jag har känt mig ledsen och nere:
Ja, för det mesta
Ja, rätt ofta
Nej, sällan
Nej, aldrig
9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit:
Ja, nästan jämt
Ja, ganska ofta
Bara någon gång
Aldrig
10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:
Ja, rätt så ofta
Ja, ganska ofta
Ja, då och då
Aldrig

سيدتي،

الرجاء أن تضفي خطأً تحت الجواب الذي يعبر بطريقة أدق عن كيفية شعورك في الأيام السبعة الماضية، وليس عن شعورك اليوم فحسب.

اليك مثل وقد أكمل

لقد شعرت بأنني سعيدة
نعم كل الأوقات
نعم معظم الأوقات
كلا ليس في أحوال كثيرة
كلا أبداً

وهذا يعني: لقد شعرت بأنني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي. الرجاء أن تكلمي الأسئلة الأخرى بالطريقة ذاتها.

نرجو أن تضفي خطأً تحت أحد الأجوبة التالية

خلال الأيام السبعة الماضية

- ١- لقد استطعت الشعور بالفرح والسعادة
 - بالمقدار نفسه الذي استطعت قبلاً
 - ليس تماماً بالمقدار نفسه الآن
 - قطعاً ليس بالمقدار نفسه الآن
 - كلا مطلقاً
- ٢- لقد تطلعت الى الأمور بتمتع
 - بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى
 - أقل نوعاً ما مما اعتدت
 - قطعاً أقل مما اعتدت
 - نادراً. أبداً
- ٣- لقد لمت نفسي بدون لزوم عندما سارت الأمور على غير ما يرام
 - نعم في معظم الأحيان
 - نعم في بعض الأحيان
 - ليس في أحوال كثيرة
 - كلا أبداً

- ٤- لقد كنت قلقة ومشغولة البال بدون سبب وجيه
- كلا أبداً
 - نادراً
 - نعم في بعض الأحيان
 - نعم في أحوال كثيرة
- ٥- لقد شعرت بالخوف والذعر بدون سبب وجيه
- نعم أكثر الأحيان
 - نعم في بعض الأحيان
 - كلا ليس كثيراً
 - كلا مطلقاً
- ٦- تراكمت الأعمال عليّ فلم استطع القيام بها كلها
- نعم في معظم الأحيان لم استطع أبداً القيام بها
 - نعم في بعض الأحيان لم استطع القيام بها كالمعتاد
 - كلا لقد استطعت القيام بها في بعض الأحيان
 - كلا لقد استطعت القيام بها كالمعتاد
- ٧- لقد كنت غير سعيدة لدرجة انه كانت لدي صعوبة في النوم
- نعم في معظم الأحيان
 - نعم في بعض الأحيان
 - ليس كثيراً
 - كلا أبداً
- ٨- لقد شعرت بانني لست سعيدة وبانسة
- نعم في معظم الأحيان
 - نعم أكثر الأحيان
 - كلا ليس أكثر الأحيان
 - كلا مطلقاً
- ٩- لقد كنت غير سعيدة وأشعر بالمرير لدرجة كنت أبكي
- نعم في معظم الأحيان
 - نعم أكثر الأحيان
 - فقط من وقت إلى آخر
 - كلا أبداً
- ١٠- لقد خطرت لي فكرة الحاق الأذى بنفسي
- نعم في أحوال كثيرة
 - نعم في بعض الأحيان
 - نادراً
 - كلا مطلقاً

Frågor om din bakgrund och nuvarande situation

Ibland finns olika svarsalternativ, sätt då kryss i det alternativ som gäller dig.

1) Hur gammal är du? år

2) I vilket land är du född?

.....

3) Vilket år kom du till Sverige?

År:

4) Vilken utbildning har du?

Grundskola eller motsvarande
Gymnasium eller motsvarande
Högskole- eller Universitetsutbildning

5) Förstföderska eller omföderska

Jag har nyss fått mitt första barn
Jag har fött barn tidigare

6) Om du tidigare fött barn;

Hur många barn har du (inklusive babyn)
.....barn

7) Med vilket förlossningssätt föddes ditt nyligen födda barn

Vaginal förlossning (via slidan)
Planerat kejsarsnitt
Akut kejsarsnitt

8) Hur upplever du för det mesta din baby:

Som lättskött
Som svårskött
Varken som lätt- eller svårskött

9) Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

Gift/sammanboende

Har en partner men vi bor inte ihop

Ensamstående

10) Vilket alternativ gäller dig

Jag har permanent uppehållstillstånd

Jag är asylsökande

Annat.....

11) Vilket/vilka av följande alternativ gäller för dig när föräldraledigheten är slut?

Anställd

Egen företagare

Hemarbetande

Studerande

Arbetslös/arbetssökande

Sjukskriven

Annat

Nu kommer frågor om sådant du varit med om:

12) Har du själv varit allvarligt sjuk eller drabbats av allvarlig olyckshändelse?

Ja, senaste året

Ja, tidigare

Nej

13) Har någon av dina närmaste varit allvarligt sjuk eller drabbats av allvarlig olyckshändelse?

Ja, senaste året

Ja, tidigare

Nej

Om ja, vem?

14) Har det inträffat något dödsfall bland dina närmaste?

Ja, senaste året

Ja, tidigare

Nej

Om ja, vem?.....

15) Har du i hemlandet levt i eller nära en krigssituation?

Ja

Nej

16) Följande frågor handlar om oro. De flesta oroar sig för något. Vad oroar just dig?

Ringa in den siffra som visar hur mycket du oroar dig just nu, från 0 som betyder ingen som helst oro och 5 som betyder mycket stor oro.

	Ingen som helst oro					Mycket stor oro
a) Mina bostads- förhållanden	0	1	2	3	4	5
b) Min ekonomi	0	1	2	3	4	5
c) Juridiska problem	0	1	2	3	4	5
d) Förhållandet till min partner	0	1	2	3	4	5
e) Förhållande till min familj och vänner	0	1	2	3	4	5
f) Min egen hälsa	0	1	2	3	4	5
g) Hälsan hos någon närstående	0	1	2	3	4	5

Tack för att du svarat på alla dessa frågor. Lägg de ifyllda formulären i svarskuvertet och klistra igen det! Lämna sedan kuvertet till sköterskan! Endast undersökningsledaren kommer att kunna läsa dina svar.

أسئلة عن خلفية المرأة ووضعها العائلي

هناك أحيانا عدة خيارات للأجابة، ضع علامة X على الاحتمال الذي تعتقدن إنه الأنسب إليك.

1- كم هو عمرك؟ سنة

2 - في أي بلد ولدت؟

.....

3- متى جنت إلى السويد؟

سنة

4- ما هو تحصيلك الدراسي؟

المرحلة الأساسية أو ما يعادلها

المرحلة الثانوية أو ما يعادلها

تحصيل دراسي على مستوى كلية أو جامعة

5- الولادة الأولى أو الولادة الثانية

حديثا ولدت طفلي الأول

- لقد ولدت اطفال آخرين سابقا

6- إذا كنت في السابق قد ولدت أطفال؛

كم طفل لديك (بالإضافة إلى الرضيع الجديد)

..... أطفال

7- بأية طريقة تمت ولادة طفلك الحالي

طريقة الوضع المهبلي

العملية القيصرية المخطط لها

العملية القيصرية الطارئة

8- في الغالب كيف تشعرين بطفلك:

سهل التعامل

صعب التعامل

لا سهل ولا صعب التعامل

9- ما هي حالتك الاجتماعية حاليا؟

متزوجة/ متعايشة مع شخص آخر

لي شريك لكننا لا نعيش سوياً

عانسة لوحيد

10- ما هو الخيار الذي يناسبك

لدي إقامة دائمية

إنا لاجنة

أخرى.....

11- أي/ أية من الخيارات التالية يلامك حينما تنتهي فترة إجازة الوالدين؟

التوظيف

مشروع خاص

العمل البيتي

الدراسة

عاطلة عن العمل/ باحثة عن العمل

مجازة مرضيا

أخرى.....

الأسئلة التالية تتعلق بالأشياء التي سبق لك وأن واجهتها:

12- هل سبق لك أن كنت مريضة بمرض خطير أو تعرضت إلى حادثة خطيرة؟

كلا

نعم، سابقا

نعم، في السنة الأخيرة

13- هل أن أحدا من أقاربك كان مصابا بمرض خطير أو كان قد تعرض لحادثة خطيرة؟

كلا

نعم، سابقا

نعم، في السنة الأخيرة

إذا كان الجواب بنعم، من؟.....

14- هل حصلت حالة وفاة بين أقاربك؟

كلا

نعم، سابقا

نعم، في السنة الأخيرة

إذا كان الجواب بنعم، من؟.....

15- هل عايشة في بلدك وضع حرب، أو كنت قريبة من ذلك؟

كلا

نعم

16- الأسئلة التالية تتعلق بالقلق. أغلب الناس يقلقون لشئ ما. ما الذي يقلقك الآن بالذات؟
 ضعي الرقم، الذي من خلاله توضحين مدى قلقك أنت بالذات، في حلقة الرقم 0 يعني إنه
 لا يعني شئ والرقم 5 يعني إنك قلقة جدا.

مقلق كثيرا	5	4	3	2	1	0	لا شئ مقلق
	5	4	3	2	1	0	أ- مسألة السكن
	5	4	3	2	1	0	ب- الجانب الاقتصادي
	5	4	3	2	1	0	ج- المشاكل القانونية
	5	4	3	2	1	0	د- العلاقة مع شريكي
	5	4	3	2	1	0	هـ- العلاقة مع عالتي وأصدقائي
	5	4	3	2	1	0	و- صحتي الخاصة
	5	4	3	2	1	0	ز- صحة أحد الأقارب
	5	4	3	2	1	0	ح- الأسئلة المتعلقة بالعمل والبطالة
	5	4	3	2	1	0	ط- صحة الطفل الرضيع
	5	4	3	2	1	0	ك- المقدرة على الأعتناء بالطفل الرضيع

17- ما الذي تريئه (تعقديه) حول مسألة الدعم من قبل والد الطفل؟

- أنا أحصل على كل الدعم الذي أحتاجه
 أنا أحصل تقريبا على كل الدعم الذي أحتاجه
 أنا أحصل على دعم قليل
 أنا لا أحصل على الدعم إطلاقا

18- هل هناك شخص آخر، عدى والد الطفل المتوقع، والذي تشعرين باتك تستطيعين الحصول منه على الدعم الحقيقي في كونك أصبحت أمًا على التو؟

- نعم كلا

إذا كان الجواب بنعم، من؟.....

19- كيف تقيمين موضوع الصلة مع مركز رعاية الأطفال؟

- أنا راضية جدا
 أنا راضية إلى حد ما
 أنا مستاءة إلى حد ما
 أنا مستاءة جدا

أعطي مثلا لما هو جيد وعلى التوالي لما هو سئ كما تعتقدين انت؟
إستعملي الصفحة الأخرى إذا إحتجت إلى ذلك.

شكرا على إجابتك على الأسئلة كلها. ضعي الأستمارة المملوءة بالأجوبة في مظروف الأجابة ثم إصقي المظروف ثانية! بعد ذلك سلمى المظروف إلى الممرضة!
فقط المسؤول عن الدراسة هو المخول بقراءة أجوبتك.

7a

Kvinnornas egna kommentarer:

Kvinna 5 (8 p)

Bra: Ni tar mycket väl hand om barnen och vi får veta om våra barns hälsa genom er, och ni lugnar oss vad gäller barnen.

Dåligt: det är för lång tid mellan besöken.

Kvinna 6 (8 p)

Bra: vi får all nyttig information vag gäller mitt barn också bra att vi får vaccinationerna gratis.

Kvinna 7 (8 p)

Bra: kontinuerlig kontakt med BVC genom de bokade besöken. Obligatoriska vaccinationer och att de följer barnets utveckling.

Dåligt: Att man inte kan ta kontakt med barnläkare vid behov och att det är lång väntetid tills man träffar barnläkaren. De akuta besöken blir väldigt korta och det blir svårt att få den nödvändiga hjälpen. Vi behöver fler barnläkartider.

Kvinna 9 (11 p)

De utför med allvar alla sina uppgifter och de har tillräckligt med erfarenhet. När vi inte vet något om den nyföddes hälsa eller hur man ska uppfostra barnet, frågar vi dem och vi får stöd och övertygande svar. Därför är vi glada över att få hjälp från dem.

Kvinna 12 (19 p)

Jag är mycket nöjd för här tar man hand om barnen, också när det gäller mödravården. För i vårt land tar man inte hand om barnen. Här är också så att vi blir mycket väl bemötta, särskilt av fru X, hon är mycket snäll och har hög moral. Vi saknar den moralen i vårt hemland. Och så besvarar de alla våra frågor och lyssnar bra på oss. Jag är mycket tacksam för deras ansträngning och arbete, mycket tacksam!

Kvinna 15 (ej fyllt i EPDS)

Jag tycker att alla som arbetar på BVC är mycket bra och jag har fått hjälp av dem och är mycket tacksam för det.

Kvinna 16 (ej fyllt i EPDS)

Min dotter och jag mår bra och vi har inga som helst problem eller svårigheter vare sig med pengar, ekonomi eller uppfostran.

Kvinna 18 (ofullständigt EPDS)

De är bra, de undersöker den nyfödde varje vecka och behandlar barnet mjukt och fint. De respekterar din åsikt och lyssnar på dig när gäller det barnet gör. Jag ber om ursäkt för

att jag inte behärskar arabiskan så bra, men tack i alla fall!

Kvinna 20 (ofullständigt EPDS)

Det som är bra är läkarbesöken och att få information som man behöver vad gäller mitt barn och hur man ska handskas med barnet och vad som är bra för honom.

Bilaga

7b

Kvinna 21 (ej fyllt i EPDS)

Jag tror den är bra och jag är nöjd för att de följer upp mitt barns hälsa på ett bra sätt och följer deras utveckling och alltid på ett bra sätt. Vi är mycket tacksamma!

Kvinna 22 (ej fyllt i EPDS)

Sköterskan är mycket bra och behandlar oss väl.

Kvinna 23 (ej fyllt i EPDS)

De bryr sig om mitt barn mer än de behöver, det är positivt!

Kvinna 24 (ej fyllt i EPDS)

Dom tar hand om barnen på ett bra sätt och varje gång jag kommer till BVC är dom väldigt snälla.

Kvinna 25 (ofullständigt EPDS)

Tiderna fungerar mycket bra. Förhållandet till sköterskorna är väldigt bra. De har stor erfarenhet när det gäller barn. Jag har inte upplevt något som varit negativt. Viss utrustning behöver dock bytas ut; som vågen och där man mäter barnens längd.