

1. Indledning

Danskerne er verdens lykkeligste folk! Dette konkluderes endnu engang i en ny rapport, der har taget temperaturen på lykkefølelsen verden over (FN 2012). Omverdenen kender altså Danmark som det lille, lykkelige land, men for ca. 200.000 danskere klinger rapportens resultat nok lidt hult. De lider nemlig af depression (Psykiatrifonden ? år). WHO beskriver depression som en almindeligt forekommende psykisk lidelse, hvis primære symptomer blandt andet er nedtrykthed, dårligt selvværd og lavt energiniveau (WHO 2012). Sygdommen kan bl.a. udløses af stress og store livsændringer (Stressforeningen ? år). Depressioner gradsinddeles i let, moderat og svær, kan variere i længde fra få måneder til adskillige år og kan være tilbagevendende (Psykiatrifonden ? år).

For den danske samfundsøkonomi har depressioner væsentlige konsekvenser, bl.a. i form af "[...] tabt arbejdsevne, sygemeldinger, pensionering [...]" (Dansk Psykiatrisk Selskab 2001:17), og den samlede, årlige udgift for lette til moderate depressioner anslås til 5-7 milliarder kr. (ibid.).

Depression er en lidelse, der kan ramme alle uanset køn og alder (WHO 2012). Dog er nogle grupper mere udsatte end andre – f.eks. de gravide.

At være gravid beskrives ofte som "at være i lykkelige omstændigheder". Alligevel lider 10% af alle gravide af en depression (Psykisk Sårbar 2011) - over dobbelt så mange som i baggrunds-befolkningen, hvor de 200.000 depressionsramte omregnet udgør 3-4%.

Udover at sygdommen er en ubehagelig tilstand for den enkelte, er en gravid med tidligere eller nuværende depression i øget risiko for at udvikle en fødselsdepression efter fødslen (Milgrom et al. 2007). En fødselsdepression belaster familielivet og kan medføre, at tilknytningen imellem mor og barn efter fødslen forringes. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi beskriver, hvordan de grundlæggende symptomer på en psykisk lidelse altid medfører vanskeligheder i forholdet mellem mor og barn og at "Forstyrrelser i mor-barn bindings- og tilknytningsprocessen kan have negativ betydning for barnets emotionelle og kognitive udvikling." (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 2006).

Ydermere viser en amerikansk undersøgelse, at depressionsramte gravide er i dobbelt så høj risiko for at føde for tidligt i forhold til andre gravide (Li et al. 2008). For tidlig

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

fødsel, altså før gestationsalder 37 uger, kan give barnet livsvarige fysiske og psykiske mén såsom cerebral parese, blindhed, forsinket udvikling, adfærdsproblemer samt øget perinatal mortalitet. Risikoen forøges jo lavere gestationsalderen er (Falck Larsen, Skajaa & Westergaard 2007:343).

Således kan en depression i graviditeten få alvorlige konsekvenser for både kvinden og det ufødte barn.

For at sikre, at den enkelte gravide får den nødvendige støtte, har Sundhedsstyrelsen inddelt svangreomsorgen i 4 forskellige niveauer. Hvor Niveau 1 er basistilbuddet til gravide uden øget risiko, er de følgende niveauer tilpasset gravide med tiltagende svære problemstillinger.

”Niveau 3” giver de gravide et udvidet tilbud, der involverer tværfagligt samarbejde mellem forskellige grupper i sundhedssektoren. Tilbuddet i ”Niveau 3” er rettet mod gravide med komplekse medicinske, psykologiske og sociale problemer, herunder også depressionsramte kvinder (Sundhedsstyrelsen 2009:28).

På vores respektive kliniksteder betyder det konkret, at disse kvinder bliver visiteret til en specialjordemoderkonsultation og modtager tilbud som eksempelvis udvidet konsultationstid hos jordemoderen, længere barselsophold på hospitalet samt sundhedsplejerskebesøg allerede i graviditeten. Retningslinjerne for ”særligt udsatte gravide” fra Roskilde Sygehus er vedlagt som Bilag 1, som eksempel på hvilke tilbud det kan dreje sig om.

Disse tilbud er af største vigtighed, fordi depressionsramte gravide, som tidligere nævnt, er i øget risiko diverse komplikationer og derfor bør vises ekstra opmærksomhed (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 2006).

Vores erfaring fra de nævnte specialkonsultationer i vores tid som jordemoderstuderende er, at kvinderne, selv om de har diagnosen *depression*, ofte ikke ser sig selv som så syge, at de skulle være berettigede til et udvidet tilbud. Det er vores opfattelse, at de ofte anser disse tilbud som uforståelig og uønsket særbehandling og indimellem fravælger dem. Modsat har vi også oplevet forløb, hvor depressionsramte gravide har set positivt på tilbuddene og opfattet dem som velmenende støtte.

Det undrer os, at kvinderne har så forskellige opfattelser af disse tilbud, og det er denne undren, der ligger til grund for tilblivelsen af dette projekt.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Vi går ind til projektet med den forforståelse, at Sundhedsstyrelsens tilbud på niveau 3 rent faktisk hjælper depressionsramte kvinder, og at de har til formål at mindske de komplikationer, der kan følge med en depression under graviditeten.

Vi ønsker at undersøge dette emne nærmere, da vi mener, at jordemoderen, som den fagperson kvinderne hyppigst er i kontakt med i graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2009:30), må spille en afgørende rolle i kvindernes opfattelse af det udvidede tilbud. Vi ønsker derfor at undersøge, hvordan jordemoderen kan medvirke til at give alle depressionsramte gravide den bedst muligt støtte, så depressionsrelaterede komplikationer mindskes.

Vi håber altså at kunne finde redskaber til, hvordan konsultationsjordemoderen kan "[...] bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt." (ibid:17).

2. Problemformulering

Hvad synes depressionsramte gravide om at være visiteret til det udvidede tilbud? Og hvordan kan jordemoderen i specialkonsultationen bedst muligt støtte den depressionsramte gravide?

2.1 Problemafgrænsning

I dette afsnit vil vi redegøre for de til- og fravalg, vi har truffet i forbindelse med opgaven.

Først og fremmest har vi valgt at afgrænse os til, hvordan jordemoderen bedst muligt støtter de depressionsramte kvinder i jordemoderkonsultationen, da vi mener, at det er her jordemoderen har de bedste forudsætninger for at lave et sundhedsfremmende og støttende arbejde grundet kontinuiteten i de gentagende møder med kvinderne. Dette selvom vi er klar over, at hun også har en opgave i at støtte den depressive kvinde i andre svangresammenhænge, under fødslen og i barselsperioden.

Velvidende at en depression inddeles i flere grader, har vi valgt ikke at tage hensyn til det, da vi ikke finder det relevant i forhold til besvarelsen af vores problemformulering. Yderligere har vi valgt at se bort fra de depressionsramte gravides alder, paritet, socioøkonomiske status, geografiske forhold m.m. Det havde været relevant at sikre demografisk spredning ved strategisk at udvælge deltagerne, men grundet praktiske og

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

tidsmæssige årsager lod dette sig ikke gøre.

Ligeledes har vi valgt ikke at inddrage, om det gør en forskel for kvindernes opfattelse af det udvidede tilbud, hvorvidt de er i medicinsk, terapeutisk eller psykiatrisk behandling for deres depression. Vi ved, at det stigende antal depressive gravide i medicinsk behandling med SSRI-præparater, antidepressiv medicin – også kaldet ”lykkepiller” (Min.medicin ? år), er et højaktuelt emne, ligeledes er spørgsmålet om hvorvidt dette kan tillægges en given samfundsudvikling. Vi finder dog emnet alt for bredt for rammerne om dette projekt og har derfor afgrænset os fra det.

Desuden er vi klar over, at det at ét familiemedlem har en depression påvirker hele familien. Dette aspekt har vi valgt ikke at inddrage, da vi udelukkende fokuserer på den depressive gravide og hendes oplevelse og tanker.

2.2 Begrebsdefinition

I det følgende vil vi, listet i alfabetisk rækkefølge, gøre rede for de begreber vi anvender i projektet.

2.2.1 *Det udvidede tilbud*

”Det udvidede tilbud” forstås i herværende projekt som det tilbud, depressive gravide, modtager på mange af landets fødesteder. Indholdet af det udvidede tilbud kan variere fra sygehus til sygehus, og kan som tidligere nævnt f.eks. bestå af længere konsultationstid, forlænget barselsophold og sundhedsplejerskebesøg allerede i graviditeten.

2.2.2 *Forforståelse*

Forforståelsen er det enkelte individs forståelseshorisont, som er dannet af vores fordomme (Birkler 2007:96). Fordomme er i dette tilfælde, modsat i dagligdagssproget, ikke et negativt ladet ord, men derimod et udtryk for vores ubevidste forventninger til en given ting eller et givet fænomen. Vi vil med vores forståelseshorisont altid tolke omverdenen. Da forståelseshorisonten er forskellig for hvert individ betyder dette, at vi således vil tolke verden og fænomener forskelligt (ibid.).

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

2.2.3 Fødselsdepression

En fødselsdepression karakteriseres som en depression, der udvikles umiddelbart efter en fødsel. Selvom de fleste kender til ordet ”fødselsdepression” eksisterer det faktisk ifølge ICD-10, den officielle diagnoseliste, ikke som en selvstændig diagnose (Videbech 2011).

Udover de almindelige symptomer på en depression, som er nævnt i indledningen, oplever mange med fødselsdepression angst og tvangstanker. Det er netop hyppigheden af disse symptomer, der adskiller fødselsdepressionen fra andre depressioner (ibid.).

2.2.4 Specialkonsultation

Når der herværende projekt står ”specialkonsultation”, menes der en jordemoderkonsultation, der tager sig af særligt udsatte og sårbare gravide, herunder de depressionsramte. I en specialkonsultation gives ofte ekstra tilbud til de gravide – se afsnit 2.2.1 *Det udvidede tilbud*.

2.2.5 Sundhedsfremme

Sundhedsfremme fjerner fokus fra hvad der gør folk syge (forebyggelse) ved i stedet at beskæftige sig med, *hvad der holder folk sunde*. Den sundhedsprofessionelle må ikke agere ekspert, men skal derimod være en *reflekterende praktiker*, der sammen med den enkelte patient afdækker vedkommendes muligheder (Jensen & Johnsen 2006:13). I dette projekt forstås sundhedsfremme som ”følelsen af sammenhæng” – en teori udarbejdet af professor i medicinsk sociologi, Aron Antonovsky.

3. Metodeafsnit

For at skabe et større overblik vil vi i det følgende redegøre for hvilken metode, vi vil anvende til at besvare vores problemformulering.

3.1 Tilblivelsen af projektet

Da vi jævnfør vores problemformulering ønskede at beskæftige os med depressionsramte gravides *oplevelse* af specialkonsultationen, fandt vi det oplagt at benytte en kvalitativ tilgang til projektet. Dette fordi det er den bedste metode at anvende, hvis man vil *forstå* et givet fænomen (Malterud 2003:32).

Derfor fandt vi det relevant først at søge efter kvalitativ litteratur, som behandlede den

valgte problemstilling, og som dermed kunne udgøre projektets empiriske grundlag. Da det, som det vil fremgå af søgestrategien, ikke lykkedes os at finde brugbare kvalitative studier, besluttede vi at genere ny empiri og lave vores egen undersøgelse på området ved hjælp af en kvalitativ spørgeskemaundersøgelse.

For at give projektet større bredde fandt vi ydermere 2 debatindlæg på internettet omhandlende gravides oplevelser med det udvidede tilbud. Det er vores opfattelse, at vi ved at benytte uopfordrede udtalelser fra debatindlæg og kombinere dem med adspurgte holdninger fra vores kvalitative undersøgelse, både vil få indsigt i de gravides *umiddelbare* ytringer samt mere *reflekterede* tanker.

Dette betragtes i den kvalitative metode som kildetriangulering, og det er en styrke for projektet (ibid:189).

Vi har valgt at benytte Aron Antonovskys teori om *følelse af sammenhæng* og uddrag af *Magt og afmagt*, kapitel 3 i bogen ”Sociologi og Socialantropologi. Mellem mennesker og samfund” (Brodtkorb, Norvoll & Rugkåsa 2008). Dette vil forme projektets teoretiske fundament.

Antonovsky valgte vi, da vi mener hans teori om følelse af sammenhæng kan give jordemoderen gode forudsætninger for at støtte den depressionramte gravide i konsultationen.

Magtkapitlet valgte vi, da magt er et relationelt fænomen ”[...] som forudsætter, at nogen forholder sig til andre og kan påvirke deres handlinger.” (Brodtkorb, Norvoll & Rugkåsa 2008:78). Vi fandt det således relevant at belyse hvilke magtforhold, der kan spille ind i mødet mellem kvinden og jordemoderen, og hvordan sidstnævnte bedst muligt kan forholde sig til denne faktor.

For at give projektet videnskabelig tyngde er det centralt at inddrage videnskabs-teoretiske overvejelser. Dette særligt fordi vi har genereret egen empiri. Vi finder det derfor yderst relevant at opnå forståelse for, hvordan det videnskabsteori, der knytter sig til kvalitativ forskning, kan benyttes.

Vi vil i forlængelse af de videnskabsteoretiske overvejelser gøre rede for udvalgte dele af kvalitativ metode og de principper, der ligger til grund for validering af kvalitativ forskning.

Efter dette vil vi fremstille den valgte empiri, herunder validere spørgeskemaundersøgelsen. Herefter vil vi fremstille de teorier, vi vil benytte.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

I analysen vil vi redegøre for, hvordan vi analyserede vores empiri op imod problemformuleringen med henblik på at meningskondensere essensen af kvindernes udtalelser og holdninger, for herefter at kategorisere det.

Derefter vil vi analysere meningskategorierne op imod teorien.

Efterfølgende vil vi diskutere relevante elementer fra analysen og dernæst reflektere kritisk over egen undersøgelsesmetode.

Afslutningsvis vil vi i konklusionen besvare problemformuleringen på baggrund af analysen og diskussionen for herefter at perspektivere. (*Olivia*)

3.2 Søgestrategi

Vi forsøgte indledningsvist at finde et relevant kvalitativt studie som skulle udgøre en del af projektets empiri, da vi mener, at kvalitativ forskning vil være det mest oplagte til at bidrage til besvarelsen af vores problemformulering. Dette fordi kvalitativ metode kan benyttes til belysning af menneskers *oplevelser* af et givent fænomen – dette vil vi vende tilbage til i afsnit 5. *Kvalitativ metode*.

Grundet ovenstående valgte vi at starte en systematisk søgning efter studier i databaserne Cinahl og PsychInfo, da disse overvejende indeholder kvalitativ data. I vores søgen efter et brugbart studie, kombinerede vi i begge databaserne en række søgeord¹. Vi opstillede ingen begrænsninger i søgningen, da vi hen ad vejen indså, at der ikke findes megen litteratur omhandlende netop den vinkel, vi ønskede at belyse. Derfor valgte vi også at benytte samme søgekombinationer i Pubmed og Cochrane velvidende, at disse databaser primært indeholder kvantitativ data.

Efter endt søgning i de nævnte databaser havde vi dog fundet en del studier omhandlende depressioner under graviditet. Adskillige af dem belyste komplikationer ved brug af antidepressiv medicin, og dette har vi i herværende projekt afgrænset os fra. Andre studier belyste også meget specifikke grupper oplevelser af depression under graviditet, f.eks. bestemte etniske grupper eller meget unge gravide. Vi fandt, at disse resultater havde ringe overførbarhed. Vi overvejede at benytte det amerikanske studie: ”*Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: A qualitative study*”, der efter vores mening til dels havde fokus på vores

¹ Da vi benyttede et stort antal forskellige søgningskombinationer er disse vedlagt som Bilag 2

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

ønskede problemstilling. Vi fravalgte det dog, da man almindeligvis ikke benytter jordemødre i USA, og som sådan mener vi ikke resultaterne kan benyttes i herværende projekt, da vi bl.a. ønsker at belyse, hvordan jordemoderen bedst kan støtte de depressionsramte gravide. Studiet ”*Creating a 'safetynet': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy*” er et kvalitativt studie med fokus på socialt dårligt stillede kvinders oplevelse af depression under graviditet og som sådan interessant for vores ønskede fokus i projektet. Dog mente vi, at den undersøgte gruppe, socialt dårligt stillede kvinder, var for specifik og resultaterne dermed ikke overførbare nok. Ydermere blev jordemoderens rolle ikke tilstrækkeligt belyst, og vi fravalgte også dette studie.

Da vi som nævnt ønskede at undersøge depressionsramte gravides *holdninger* til det udvidede tilbud, samt hvordan jordemoderen bedst muligt kan støtte disse kvinder i specialkonsultationen, valgte vi i stedet selv at udforme en kvalitativ spørgeskemaundersøgelse. Vi benyttede internetsiden www.min-mave.dk til at etablere en kontakt til potentielle deltagere. Fra et tidligere projekt kendte vi siden som et forum, hvor gravide beretter om og deler oplevelser fra deres graviditeter, og vi vidste, at siden har mange brugere.

Ved at klikke på ”Debat og grupper” og herefter ”Terminsgrupper” fandt vi debatfora for gravide med termin de næste 9 måneder. Vi startede en debattråd i hver terminsgruppe med et følgebrev, der introducerede de gravide til vores undersøgelse og opfordrede dem til at kontakte os pr. mail, hvis de ønskede at deltage.

Til at supplere vores spørgeskemaundersøgelse, og for at give projektet yderligere bredde, benyttede vi søgefeltet på www.min-mave.dk, og ved hjælp af søgningerne ”*depression sårbar team*”, ”*depression jordemoder*” og ”*sårbar gravid*” udvalgte vi 2 debatindlæg, nemlig ”*overvægt/depression/medicin-jordmor...*” og ”*sårbar gravid*”. Disse vil sammen med spørgeskemabesvarelserne udgøre opgavens empiriske grundlag.
(June)

4. Videnskabsteoretiske overvejelser

I dette afsnit vil vi redegøre for de videnskabsteoretiske overvejelser, der ligger til grund for vores tilgang til projektet.

Da vi med vores problemformulering ønsker at undersøge, hvad de depressive gravide

føler og oplever, har vi valgt at anskue projektet ud fra en fænomenologisk og en hermeneutisk vinkel.

Fænomenologien beskæftiger sig netop med "[...] at indfange menneskelig erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden" (Birkler 2007:108). Den interesserer sig således ikke for den objektive verden, i herværende projekt diagnosen depression og det udvidede tilbud, der finder sted. Det spændende er derimod *livsverdenen*, den subjektivt oplevede verden, som er særlig for hvert enkelt individ (ibid:103 & 105), i dette projekt den enkeltes *oplevelse* af depression og tilbuddet.

Hermeneutik er læren om forståelse (ibid:95). Forståelsen for et andet individ vil blive formet ved at få be- eller afkræftet vores egen *forforståelse* (ibid:96). Denne forforståelse - det være sig i dette projekt vores hypotese om, at de depressionsramte gravide ofte ser negativt på det udvidede tilbud – skal betragtes som vores *horisont*. Altså det sæt briller, hvormed vi ser verden, hvilket er forskelligt for hvert individ. Da vi aldrig vil kunne møde f.eks. de depressionsramte gravide frigjort fra vores forståelses-horisont, og dermed fordomsfrit, må vi prøve at sætte vores fordomme i parentes, og i første omgang anerkende, at vi *ikke* forstår det kvinden forstår (ibid:99). Efterfølgende vil der gennem dialog opstå nye delforståelser, og der vil hermed kunne ske en revidering af helhedsforståelsen (ibid:100). Der er således opstået en horisont-sammensmeltning mellem jordemoderen og den depressionsramte gravide. Det er ikke det samme som at nå til enighed, men derimod at dele en forståelse.

Dialogen mellem jordemoderen og kvinden i konsultationen er altså selve nøglen til at opnå forståelse for hinanden, og denne kommunikation må anses som yderst betydningsfuld.

Vi er således klar over, at forforståelse spiller en særdeles vigtig rolle i herværende projekt. For det første i form af anerkendelsen af, at jordemoderen og kvinden går ind til konsultationen med forskellig forforståelse. For det andet i forhold til vores egen kvalitative spørgeskemaundersøgelse, hvor forskerens forforståelse spiller en væsentlig rolle. Dette uddybes i det næste afsnit 5. *Kvalitativ Metode. (June)*

5. Kvalitativ metode

I det følgende redegøres for grundlæggende principper i den kvalitative forskningsmetode. Ydermere opridses nogle væsentlige forskelle fra den kvantitative forskningsmetode. Slutteligt i afsnittet redegøres for kriterier for vurdering af kvalitative undersøgelser samt konkrete redskaber hertil.

Den kvalitative forskningsmetode bygger på teorierne fænomenologi og hermeneutik (Malterud 2003:kapitel 2), som er beskrevet nærmere i ovenstående afsnit.

Kvalitativ metode står overfor den kvantitative metode, og der er en række grundlæggende forskelle. Hvor kvantitativ metode søger at *forklare* et givet fænomen, vil den kvalitative metode have til formål at *forstå* fænomenet (Thisted 2011:98). Kvantitativ forskning vil ofte søge svar på generelle spørgsmål, f.eks. udbredelsen af et givet fænomen, hvor den kvalitative forskning vil være mere dybdegående, fordi formålet er at forstå fænomenet i dets sammenhæng (ibid:99).

Her tydeliggøres det, hvordan fænomenologien kommer til udtryk i den kvalitative forskning, da fænomenologi som tidligere nævnt har til formål at indfange menneskers erfaring i den konkrete livsverden (Birkler 2007:108), altså at forstå et fænomen i dets sammenhæng. Den kvalitative metode søger således at afdække specielle forhold ved det undersøgte og kan derfor i sin udformning undersøge repræsentative træk ved det valgte fænomen (Thisted 2011:99).

Et eksempel på en kvantitativ dataindsamlingsmetode kan være en spørgeskemaundersøgelse, hvorimod en kvalitativ undersøgelse f.eks. kan udformes som et casestudie bygget på forskningsinterview (ibid:98). Et kvalitativ forskningsinterview kan opbygges på 3 måder: Det *ustrukturerede interview* - har ingen fastlagte spørgsmål, men blot temaer, som forskeren tager udgangspunkt i. Det *semi-strukturerede interview* - har på forhånd fastlagte spørgsmål og temaer, dog kan nogle udelades og nye tilføjes undervejs, hvis det synes relevant. Det *strukturerede interview* - har på forhånd fastlagte spørgsmål og rækkefølge, og kan pga. den faste struktur udformes som et spørgeskema. Som sådan kan det benyttes både i kvalitativ og kvantitativ metode. Det afgørende er udformningen af spørgsmålene og den efterfølgende databehandling (Malterud 2003:190).

Forskerens forforståelse spiller altid en rolle i udformningen af et studie, dog på forskellig vis. I kvantitativ metode er forskeren "tilskuer" og tilstræber neutralitet

(Thisted 2011:102), mens forforståelsen i kvalitativ metode tydeligt skal fremgå, således at forskeren undervej kan vurdere, om den overskygger den nye viden (Malterud 2003:47-48).

I herværende projekt benyttes den kvalitative metode, da vi for at besvare problemformuleringen har valgt at udforme et kvalitativt spørgeskema, altså et *struktureret interview* med åbne spørgsmål uden på forhånd fastsatte svarmuligheder. Dette skal give de adspurgte mulighed for bl.a. at sætte ord på deres *oplevelse* af specialkonsultationen og det udvidede tilbud.

Ved at analysere spørgeskemabesvarelsenerne ved hjælp af kvalitativ databearbejdning håber vi således at opnå en forståelse for kvindernes oplevelser og derigennem kunne besvare problemformuleringen. (*Olivia*)

5.1 Vurdering af kvalitative undersøgelser

Enhver videnskabelig undersøgelse bør valideres således at det klarlægges hvilke muligheder og begrænsninger, der ligger i brugen af den skabte viden (Malterud 2003:178).

Vurdering af videnskabelighed i en undersøgelse kan sammenfattes i 3 kriterier: *Relevans*, *validitet*, herunder intern og ekstern validitet, samt *refleksivitet*. Disse begreber har til formål at stille spørgsmål ved bl.a. undersøgelsens rækkevidde og mening, og på den måde kan det vurderes, hvorvidt undersøgelsen er videnskabelig (ibid:22).

Relevans: En videnskabelig undersøgelse bør altid lære læseren noget nyt enten i form af nye resultater eller nye metoder til at indhente viden. Undersøgelsen skal altså have en form for relevans! Forskeren må derfor orientere sig grundigt på det ønskede undersøgte område for at sikre sig, at hendes resultater vil bidrage med noget nyt (ibid:22-23).

Intern validitet: Der bør ses på den anvendte metode og teori med henblik på, hvorvidt disse er optimale til at besvare de stillede spørgsmål. Ved at stille spørgsmål til gyldigheden af undersøgelsen, kan man forebygge systematiske fejl i forskningsprocessen, således at fokus hele tiden holdes på det man ønsker at undersøge (ibid:24-25).

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Ekstern validitet: Kan også kaldes *overførbarhed*. Ved at se på den gruppe der indhentes data fra, og den type viden der ønskes udviklet, kan man udlede hvilken rækkevidde undersøgelsen har – altså overførbarheden. Den eksterne validitet er lav, hvis en undersøgelse udelukkende beskæftiger sig med den undersøgte gruppe og ikke overvejer betingelserne for at overføre den nye viden til andre grupper, som resultatet kan være gyldigt for (ibid:25-26).

Refleksivitet: Forskeren bør sætte fokus på sine egne ”spor” gennem undersøgelsen, f.eks. ved at være bevidst om sin forforståelse, beskrive den og aktivt stille spørgsmål til egen metode undervejs i undersøgelsen. Dette viser, at forskeren er sin egen rolle i processen bevidst og kan stille sig kritisk overfor dennes betydning for forskningen (ibid:26-27).

I det følgende ønsker vi at skitsere, hvordan ovenstående kriterier kan komme til udtryk i konkrete spørgsmål og hvilke overvejelser man bør gøre sig i vurderingen af en videnskabelig undersøgelse. Velvidende at der er utallige spørgsmål brugbare for validering af en kvalitativ undersøgelse, har vi grundet dette projekts begrænsede omfang udvalgt de, i vores øjne, mest relevante spørgsmål. Med udgangspunkt i disse spørgsmål vil vi senere i projektet validere vores spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgsmålene kan ses i skemaet nedenfor.

Baggrund:	Hvad er undersøgelsens formål? Hvilken viden har forskeren allerede på området? Hvad er det ønskede belyste problems størrelse?
Forskningsspørgsmål	Er det formuleret på baggrund af et klart beskrevet behov? Er den kvalitative forskningsmetode velegnet til besvarelse af spørgsmålet? Er det klart formuleret? Er der redegjort for forskerens

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

	forforståelse?
Materiale	Er kriterier for udvælgelse beskrevet og begrundet? Præsenteres deltagerne overskueligt?
Metode	Hvem har indsamlet data? Hvor blev det indsamlet? Hvilken metode er benyttet til indsamling og bearbejdning af data?
Resultater	Bliver der redegjort for de vigtigste fund i analysen?

(Lindahl & Juhl, "Vurdering af kvalitative artikler" 2002)

(June)

6. Empirifremstilling

I det følgende vil vi fremstille opgavens empiriske grundlag.

6.1 Overvejelser i forbindelse med generering af empiri

Som tidligere nævnt er et forskningsinterview en kvalitativ metode. Det udmærker sig ved at give forskeren mulighed for at opnå viden om deltagernes *oplevelse* af et givet fænomen. Vi vurderede, at det at lave et mundtligt forskningsinterview indebærende at finde deltagere, bearbejde data mm. var for omfattende i forhold til dette projekts rammer.

Velvidende at en spørgeskemaundersøgelse ikke giver mulighed for at stille uddybende spørgsmål til deltagerne, valgte vi således af praktiske årsager alligevel at benytte os af et spørgeskema med åbne spørgsmål og kvalitativ databearbejdning. I det følgende afsnit redegøres for tilblivelsen af dette spørgeskema. (*Olivia*)

6.2 Tilblivelsen af spørgeskemaundersøgelsen

Inden arbejdet med konstruktionen af spørgeskemaet kunne begynde, kontaktede vi Videnskabsetisk Komité Region Syddanmark. Dette gjorde vi, da vi er opmærksomme på, at en sundhedsvidenskabelig undersøgelse, der involverer mennesker, skal godkendes inden undersøgelsen begyndes (Den Nationale Videnskabsetiske Komité ? år). Dog erfarede vi, at en undersøgelse på bachelorniveau ikke kræver godkendelse.

Vi orienterede os i forskellig litteratur for at finde viden omkring korrekt opbygning af et spørgeskema og besluttede at benytte *Spørgeskemaer i Virkeligheden* af Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen (2008).

Syge mennesker kan have svært ved at udfylde et spørgeskema med mange spørgsmål (Hansen, Marckmann & Nørregård-Nielsen 2008:61). Da vores undersøgelse henvender sig til kvinder med nuværende eller tidligere depression i graviditeten, var vi opmærksomme på, at denne gruppe muligvis ikke har det store overskud i hverdagen. Derfor lagde vi vægt på, at antallet af spørgsmål var begrænsede, og vi tilstræbte, at de var præcise og velovervejede.

For at fatte tillid til undersøgelsen er det vigtigt for deltageren, at de første spørgsmål vedrører emnet, som spørgeskemaet skal belyse (ibid:65). Dog valgte vi i vores undersøgelse at starte med to baggrundsspørgsmål, henholdsvis *alder* og *paritet*. Vi var bevidste om disse faktorerers relevans i forhold til at sikre deltagernes demografiske spredning. Dog har vi som tidligere beskrevet valgt ikke at tage hensyn til dette i undersøgelsen af tids- og pladsmæssige årsager.

De to baggrundsspørgsmål har derimod til hensigt at starte undersøgelsen ”blødt”. Dette fordi vi mener, at en depression for den enkelte deltager kan være et privat og følsomt emne. Vi forestiller os, at det at lægge ud med at stille spørgsmål vedrørende depressionen muligvis ville kunne virke lidt for direkte og anmassende og dermed måske afholde nogle kvinder fra at udfylde spørgeskemaet. Det kan altså være en fordel *ikke* at placere følsomme spørgsmål først i spørgeskemaet (ibid:66-67).

Vi gjorde os mange overvejelser omkring formuleringen af spørgsmålene, da vi ved, at generelle spørgsmål fører til en bred og mere overordnet indsigt i det undersøgte felt, hvorimod mere specifikke spørgsmål fordrer mere uddybende og nuancerede svar (ibid:78-79). (*Olivia*)

Vi havde før tilblivelsen af spørgeskemaet en formodning om, at mange af kvinderne ville udtrykke negative holdninger til det udvidede tilbud. Bevidste om denne forforståelse tilstræbte vi således at stille åbne og brede spørgsmål, i forsøget på at undgå at lede kvindernes svar i en bestemt retning. Således var vi opmærksomme på, at besvarelserne sandsynligvis ville blive mere overordnede end intenderet.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

I konstruktionen af et spørgeskema er det vigtigt at sikre sig, at spørgsmålene er fokuserede på det, der ønskes belyst. Dermed undgår man overflødige spørgsmål (ibid:92). Undervejs i processen gennemgik vi løbende spørgsmålene og holdt dem op imod problemstillingen. Flere spørgsmål, såsom: *Hvornår fik du konstateret din depression?* og *Er du i medicinsk behandling for din depression?* blev således frasorteret.

Da vi havde konstrueret spørgeskemaet udformede vi det følgebrev, der skulle informere kvinderne om undersøgelsen. I et følgebrev præsenteres bl.a. undersøgelsens formål, og hvem der står bag den (ibid:25).

Med overskriften *Har du oplevet depression i din graviditet?* fremgik det, at det var lige netop depressionsramte gravide vi søgte til at besvare spørgeskemaet.

Udover ovennævnte punkter lagde vi i vores brev også vægt på, at besvarelsene ville blive håndteret aldeles anonymt. Desuden blev hver enkelt deltager tilbudt at modtage vores færdige projekt som tak for deres bidrag. Vi håbede, at vi på denne måde ville kunne vække deltagernes tillid og dermed øge antallet af besvarelser.

Vi diskuterede indbyrdes mulighederne for dataindsamling, bl.a. overvejede vi at placere papiрудgaver af spørgeskemaet i flere specialjordemoderkonsultationer i nærheden. Denne løsning var dog forbundet med mange praktiske udfordringer i forbindelse med indsamlingen af besvarelsene, f.eks. portoudgifter samt spørgsmålet om, hvor og hvordan skemaerne skulle returneres. Desuden fandt vi dette unødvendigt tidskrævende.

Årsagen til at vi valgte internettet til dataindsamling var således dels opgavens tidsramme og dels internettets tilgængelighed. Vi mener, at vi på denne måde hurtigt og nemt ville kunne nå ud til mange kvinder. (June)

Følgebrevet er vedlagt som Bilag 3

Spørgeskemaet er vedlagt som Bilag 4²

² Vejleder og censor kan efter ønske få udleveret de udfyldte spørgeskemaer. Ydermere linkes der i bilagsfortegnelsen til de benyttede debatindlæg fra hjemmesiden www.min-mave.dk.

6.2.1 Spørgeskemabesvarelser

Vi lagde følgebrevet ud på www.min-mave.dk d. 20. april 2012 i de 9 terminsgrupper. Vi fik i en periode på 2 uger 19 henvendelser, hvoraf 11 kvinder returnerede et besvaret spørgeskema. Heraf frasorterede vi 1 spørgeskema fra en kvinde, som endnu ikke havde været til første jordemoderkonsultation i nuværende graviditet, og derfor faldt uden for målgruppen.

Da besvarelserne er anonyme har vi i den rækkefølge, vi modtog dem, givet kvindernes besvarelse et nummer fra 1-10. Således vil besvarelse 1 i projektet blive refereret til som *Kvinde 1*, besvarelse 2 som *Kvinde 2* osv. (*June*)

6.2.2 Validering af spørgeskemaundersøgelse

Hvis vi havde benyttet et i forvejen eksisterende kvantitativt eller kvalitativt studie som vores empiri, skulle vi, før vi kunne anvende studiet, validere det. Da undersøgelsen udgør en stor del af projektets empiri, fandt vi det derfor nødvendigt at validere vores spørgeskemaer før de blev lagt ud samt validere undersøgelsens berettigelse. Det vil der blive redegjort for i det efterfølgende.

Baggrund: I indledningen redegøres for, at problemstillingen er relevant, da hver 10. gravid lider af depression. Efter grundig litteratursøgning indså vi, at der findes talrige studier omhandlende fødselsdepressioner samt depressionsramte gravide i medicinsk behandling og konsekvenserne heraf. Derimod findes der ikke megen viden om depressionsramte gravides oplevelser med det udvidede tilbud. Da vi, som tidligere beskrevet i projektet, har oplevet, at der er et problem på dette område, finder vi det relevant at belyse det. Dermed har undersøgelsen og altså dette projekt *relevans*.

Forskningsspørgsmål/problemformulering: Det fremgår tydeligt, hvad undersøgelsen skal belyse, og som der netop er redegjort for, er der et klart beskrevet behov for at belyse netop dette problem.

Der er i indledningen redegjort for den forforståelse, der ligger til grund for ønsket om at undersøge problemstillingen, nemlig at nogle af de depressionsramte gravide opfatter det udvidede tilbud som negativ særbehandling. At der indledningsvist er redegjort for forskerens forforståelse styrker undersøgelsens *refleksivitet*.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Hvis forskeren ønsker at forstå en given gruppes oplevelse af et fænomen, som tilfældet er i vores undersøgelse, er det oplagt at benytte den kvalitative forskningsmetode. Vi har altså valgt en relevant metode til at besvare forskningsspørgsmålet, og dette er en styrke for undersøgelsens *interne validitet*.

Materiale: I kvalitativ forskning stræbes der gerne efter en demografisk spredning, men det eneste kriterium for deltagelse i herværende undersøgelse er, at man har eller har haft depression under en graviditet. Dette er altså den eneste beskrivelse af deltagerne. Principielt kan vi således ikke vide, om det er en meget varieret eller homogen gruppe, der har returneret spørgeskemabesvarelsene, og dette svækker den *interne validitet*. Da vi ikke, jævnfør ovenstående, er bekendte med den enkelte deltagers karakteristika, er det altså ikke muligt at præsentere deltagerne yderligere. Dette kan svække den *eksterne validitet*, da det således kan være svært at vurdere studiets overførbare til andre grupper. (*June*)

Metode: Vi har selv stået for dataindsamling.

Vi har i projektet redegjort for den benyttede dataindsamlingsmetode, altså spørgeskemaundersøgelsen. Dog har vi på denne måde frataget os selv muligheden for at stille uddybende og opklarende spørgsmål til deltagerne. Reelt set kan vi heller ikke være sikre på, at deltagerne i studiet rent faktisk opfylder kravene for medvirken, altså har erfaring med depression under graviditeten, da vi ikke fysisk har haft kontakt med dem. Havde vi i stedet udformet et semistruktureret eller ustruktureret interview, altså et mundtligt forskningsinterview, ville vi have haft større sikkerhed for deltagernes berettigelse i undersøgelsen, samt mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Spørgeskemaundersøgelsen må altså siges ikke at være den mest optimale metode til at besvare kvalitative problemstillinger, og dette svækker den *interne validitet*. Ved udformningen af spørgsmålene i undersøgelsen søgte vi at sætte vores forforståelse i spil. Dette gjorde vi ved at være os den bevidst og stille åbne spørgsmål. Således lagde vi op til, at kvindernes besvarelser ikke blot skulle verificere vores forforståelse, og dette styrker *refleksiviteten*. Dog har vi tidligere i projektet vist, at vi er bevidste om, at besvarelsene som følge af dette valg kan blive mindre relevante i forhold til problemstillingen. Det tillader nemlig kvinderne at tolke spørgsmålene anderledes end de er ment og de kan derfor svare i en helt anden retning. Dette kan svække *relevansen*.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Da deltagerne aktivt skulle tage kontakt til os på mail for at modtage spørgeskemaet, forestiller vi os, at de der ”besværer” sig med at henvende sig til os og dermed hjælper to jordemoderstuderende med at besvare spørgeskemaet, sandsynligvis har haft en god oplevelse i mødet med det sundhedsvæsen, vi repræsenterer. Vi formoder derfor, at kvinder med dårlige erfaringer fra dette møde ikke selv opsøger kontakten. Dermed kan vi have en forventning om, at besvarelsene måske overvejende vil være af positiv karakter. Dette kan svække undersøgelsens gyldighed, altså den *interne validitet*.

Efter kritisk gennemgang af spørgeskemaundersøgelsen, finder vi, at der i projektet er redegjort fyldestgørende for de steder, hvor validiteten er svækket. Overordnet vurderer vi, at undersøgelsen er brugbar. (*Olivia*)

6.3 Debatindlæg

De 2 debatindlæg, der alle angiveligt er skrevet af gravide med nuværende eller tidligere depression, har vi udvalgt fra hjemmesiden www.min-mave.dk. Siden blev oprettet i 2002 af Birgit Larsen, der selv er mor til 6, og den henvender sig til kvinder, der er eller ønsker at være gravide og mødre. Siden giver bl.a. kvinderne mulighed for at debattere tanker og problemstillinger samt at stille spørgsmål til et panel af fagfolk, f.eks. psykologer, jordemødre og sundhedsplejersker. Disse kan dog ikke stilles juridisk ansvarlige for konsekvenserne ved et evt. forkert svar eller et dårligt råd (Min-mave 2010).

Oprettelse af en bruger på www.min-mave.dk er gratis, dog skal et sæt retningslinjer for god opførsel på siden overholdes (ibid.). I februar 2012 var der registreret 141.022 brugere på www.min-mave.dk (Foreningen af Danske Interaktive Medier 2012). De valgte debatindlæg, mener vi, giver et repræsentativt indblik i tanker og bekymringer hos kvinder med nuværende eller tidligere depression.

For overskuelighedens skyld har vi valgt at benævne debatindlæggene henholdsvis Kvinde A og Kvinde B. Dette er gjort alfabetisk ud fra debatindlæggenes overskrift. (*Olivia*)

7. Teorifremstilling

I det følgende præsenteres opgavens teoretiske fundament.

7.1 Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng

Der kan ikke sættes lighedstegn mellem fravær af *sygdom* og *sundhed*, da helbred og sundhed er to vidt forskellige begreber. Sundhed omhandler, uafhængigt af individets øvrige helbred, dets evne til at føle livsglæde, livsmod og mestring af livets mange udfordringer (Jensen & Johnsen 2006:5). Dette mener Aaron Antonovsky, der leder fokus væk fra sygdom, for i stedet, med *den salutogenetiske idé*, at tage udgangspunkt i det sundhedsfremmende spørgsmål: ”Hvorfor bliver/forbliver mennesker sunde?”

Grundlæggende i Antonovskys teori er, at vi alle uundgåeligt udsættes for *stressorer* såsom sygdom, kriser og konflikter. Ifølge Antonovsky er det der karakteriserer sunde, robuste mennesker, at de har ”[...] været udsat for traumatiske begivenheder og været i stand til at overvinde vanskelighederne og fortsat være ved godt psykisk og fysisk helbred.” (Jensen & Johnsen 2006:94). De har således formået at handle på stressorerne, før de har udviklet sig til farligt stress, kunnet finde løsninger på de problemer, de har oplevet samt håndteret svære følelser. Det kan disse mennesker, fordi de har en stærk følelse af sammenhæng (ibid:87-88 & 91).

Sundhed er altså, ifølge Antonovsky, defineret som det at have en stærk følelse af sammenhæng (ibid:94).

Der er tre hovedkomponenter i følelsen af sammenhæng: *Begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. For at være sund må et individ således opleve, at livet og de udfordringer der er forbundet hermed, er begribelige, håndterbare og meningsfulde (ibid:88).

At opnå følelsen af sammenhæng sker gennem en række læringsprocesser – særligt tre, der hver især knytter sig til de tre følelseselementer (se skema nedenfor).

Læreprocesser		Følelsen af sammenhæng
<u>Forudsigelighed</u> - Information er ordnet og	→	Begribelighed

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

<i>sammenhængende, og fremtidige stimuli er forklarlige samt forudsigelige.</i>		
<u>Belastningsbalance</u> <i>- De krav, der stilles et individ, må ikke konstant overstige vedkommendes ressourcer.</i>	→	Håndterbarhed
<u>Delagtighed/deltagelse</u> <i>- De valg et individ træffer påvirker udfaldet. Opgaver accepteres, og der kan tages ansvar for egne handlinger.</i>	→	Meningsfuldhed

(Jensen & Johnsen 2006:89)

Sundhedsfremmearbejdet består således for sundhedsarbejderen i at *styrke* følelsen af sammenhæng hos det enkelte menneske ved at bidrage til at skabe forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed/deltagelse (ibid:90). (*June*)

7.2 Magt og Afmagt

I det følgende fremstilles uddrag af kapitel 3 *Magt og Afmagt* i ”Sociologi og Socialantropologi. Mellem mennesker og samfund” af Brodtkorb, Norvoll & Rugkåsa (2008).

Magt findes, ifølge den tyske sociolog Max Weber, i sociale situationer, hvor der er modstridende interesser. Således er relationen en forudsætning for eksistensen af magt (Brodtkorb, Norvoll & Rugkåsa 2008:78). Ofte behøver magt ikke at udøves aktivt for at være tilstede i et forhold, men den blotte viden om, at én har magten er nok til at modparten vil indordne sig, så magten ikke behøver at komme i spil (ibid.). Ved magtforhold i sociale relationer er grundlaget kommunikation (ibid.).

Magt kan forstås på mange måder. Bl.a. kan anvendelse af magt være både *synlig* og *usynlig*. I sundhedssektoren ser man f.eks. lovreguleret brug af tvang i nogle tilfælde (ibid:79). Magtanvendelsen kan dog også forekomme usynligt i dagligdagsforhold, f.eks. ved udsagn, der ikke nødvendigvis er ment krænkende, men som opfattes således

(ibid:80). Der kan altså skelnes mellem hensigten med en handling og den faktiske konsekvens af den. Selvom man ikke bevidst ønsker at anvende magt, kan det alligevel blive tilfældet pga. de konsekvenser en handling kan få for andre (ibid.).

For at forstå magtudøvelse bedre, kan man jævnfør den norske universitetslektor, Grete Marie Skau, opstille det på 2 niveauer: *Magt på personniveau* og *magt på systemniveau* (ibid:84).

Magt på personniveau kommer til udtryk, når en person, trods modstand, har magt til at sætte viljen igennem. De roller man udfylder i et socialt system kan give en person mere magt, f.eks. kan en læge få mere magt pga. sin titel, i forhold til hvis han/hun blot var privatperson (ibid.).

Forholdet mellem 2 personer kan også påvirkes af *magt på systemniveau*, da dette danner ramme for mødet mellem f.eks. en læge og en patient (ibid.). Magt på systemniveau kan få meget negativ indvirkning på magten på personniveau, da et for stærkt pres fra systemet, som eksempelvis tidspres på en arbejdsplads, kan tvinge personalet til at opføre sig bevidst uetisk uden at kunne gøre noget ved det (ibid:84-85). Det er vigtigt at kunne skelne mellem personlig og systemisk magtanvendelse. I praksis kan man opleve, at der bliver rettet kritik mod den systemiske magt, men at dette opfattes som en kritik af personen, der udfører den. Der skal altså atter skelnes mellem personens intention og systemets konsekvenser. Dette har betydning for at forstå tilbagemeldinger fra patienter (ibid:85).

Den norske sociolog Thomas Mathiesen beskriver *afmagt* som den tilstand man er i, når man *ikke* får det, som man vil have det. Det er "[...] at være i en situation, hvor man ikke ser nogen udvej, midler til eller muligheder for at ændre sin situation eller til at modsætte sig andres viljesudøvelse overfor en." (Brodtkorb, Norvoll & Rugkåsa 2008:89). Dog kan følelsen af afmagt også opstå i situationer, der ikke stemmer overens med de faktiske forhold, og hvor den afmægtige reelt *har* mulighed for at ændre sin situation, men ikke evner dette grundet f.eks. svage personlige ressourcer (ibid.).

Mennesker ønsker generelt at undgå afmagt, da en sådan position kan opleves nedværdigende. Afmagt hænger også sammen med følelsen af frygt og aggression. I sundhedssektoren har patienter en svag magtposition, da de er underordnet personalet (ibid.).

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Er man afmægtig, er det ikke muligt at komme ud af ubehagelige situationer. I modsætning dertil kan man som magtfuld selv kontrollere, hvilke situationer man vil være i (ibid:91).

En form for magt er, ifølge den franske sociolog Pierre Bourdieu, *symbolsk magt*. Den viser os, at magt er baseret på sprog og kommunikation. Sproget kan benyttes både til løfter og rådgivning, men også til at sætte ord på virkeligheden. Det er ikke et neutralt fænomen, men et bidrag til at skabe magtforhold på baggrund af *måden* vi bruger det på (ibid:95). Således vil man i sundhedssektoren kunne styrke et magt/afmagt-forhold, hvis personalet eksempelvis taler et fagsprog, som patienterne ikke forstår (ibid.). Den symbolske magt indeholder, ifølge den norske sociolog Stein Leif Bråten, også aspektet *modelmagt*. Det bygger på, at der i interaktioner altid vil være forskellige forforståelser og virkelighedsopfattelser, som vil stå imod hinanden (ibid:95-96). Man bør altså i vurdering af magtforhold altid undersøge hvilke virkelighedsopfattelser, der ligger bag interaktionen (ibid:96). Modelmagt er når en person eller gruppe får godtaget sin virkelighedsopfattelse som fundament for det der sker. Således har en model fået magt over andre modeller (ibid.).

Magt kommer altså til udtryk på forskellig vis, og der er adskillige måder at udnytte den på. (*Olivia*)

8. Præsentation af materiale til brug i diskussion

8.1 Udvalgte dele af Goffmans teori om Stigma

Vi er opmærksomme på, at den amerikanske sociolog Erving Goffman ikke var teoretiker, hvis man dermed mener en "[...] systembygger af avanceret og abstrakt teoretisk karakter [...]" (Hviid Jacobsen & Kristiansen i: Goffman 2009:11). Vi vil i vores projekt alligevel benytte ham som teoretiker, da vi mener, at hans begrebssamling kan sidestilles med en teori.

Goffmans teori kan bruges til at undersøge samspillet mellem såkaldt "normale" og stigmatiserede mennesker (ibid:19-20).

Goffman beskriver bl.a. hvordan "karaktermæssige fejl", f.eks. afvigende karaktertræk, er forbundet med stigma. I herværende projekt anses depression som et afvigende

karaktertræk.

De ”normale” er ifølge Goffman mennesker, der i en given sammenhæng ikke skiller sig ud, altså ikke bærer et stigma (Goffman 2009:46).

Goffmans interesse ligger i den komplicerede interaktion mellem ”normale” og stigmatiserede individer. I hans begreber skelnes mellem den ”miskrediterede”, der bærer et stigma, der ikke kan skjules, og den ”potentielt miskrediterede”, hvor omgivelserne endnu ikke kender til afvigelsen eller har bemærket den (ibid:46).

Ifølge Goffman er der stor forskel på, hvordan den ”potentielt miskrediterede” og den ”miskrediterede” vil interagere. Hvor den ”potentielt miskrediterede” kan skjule sit stigma, kan den ”miskrediterede” ofte ikke undgå et spændingsfyldt møde med ”normale”, fordi begge parter tvinges til en konfrontation med stigmaet (ibid:55).

Den miskrediterede vil kunne føle sig usikker på, hvad den ”normale” tænker om hende (ibid:55), og vil i et sådant møde ligefrem kunne reagere med fjendtlighed over for den ”normale” (ibid:59). (*June*)

8.2 Udvalgte dele af kapitel 5 i ”Anbefalinger for Svangreomsorgen”: *Gravide med særlige behov*

Anbefalinger for Svangreomsorgen er udformet af Sundhedsstyrelsen der, som den øverste sundhedsfaglige myndighed i landet, fastsætter rammerne om sundheden i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2009).

Anbefalingerne har til formål ”[...] at sikre medinddragelse af den gravide og kvalitet i sundhedsvæsenets indsats samt mulighed for at differentiere ydelsen i forhold til den enkelte.” (Sundhedsstyrelsen 2009:17). I kapitel 5. *Gravide med særlige behov* gøres bl.a. rede for de tiltag, der bør foranstalles i omsorgen for kvinder med svære psykiske sygdomme, herunder svær depression. Dette være sig f.eks. etablering af et tværfagligt team, inklusiv kontinuerlig kontakt med en jordemoder gennem graviditeten, samt udvidelse af de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, således at det dækker de gravides individuelle behov (ibid:62 & 68). (*Olivia*)

8.3 Udvalgte dele af retningslinjer fra Roskilde Sygehus: *Særligt udsatte gravide/Sårbar Team/Underretning* (Bilag 1)

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Retningslinjernes formål er at beskrive, hvorledes svangreomsorgen for særligt udsatte gravide og nybagte mødre på Roskilde Sygehus er udformet. De bygger bl.a. på Anbefalinger for Svangreomsorgen samt Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis guideline om ”Sårbare Gravide”.

En gravid betegnes som ”særligt udsat” ”[...] når det vurderes, at der er behov for ekstra støtte i svangreomsorgen [...], for at hun kan varetage sufficient omsorg for det nyfødte barn.” (Bilag 1).

Der differentieres imellem tilbud til gravide med ”svære psykiske lidelser” og gravide, der er ”psykisk skrøbelige”. Sidstnævnte gruppe tæller bl.a. gravide med aktuel eller tidligere depression.

Forløbet for sårbare gravide tilrettelægges, ifølge retningslinjerne, i tæt samarbejde mellem den gravide, jordemoderen og en obstetriker. De psykisk skrøbelige gravide tilbydes bl.a.:

- Evt. ekstra ultralydsscanning med henblik på tilknytning til barnet.
- Evt. henvisning til sociale myndigheder med henblik på ekstra støtte.
- Specialjordemoderkonsultation med ekstra afsat tid, hvor jordemoderen udover de vanlige opgaver vil fungere som professionel støtteperson for den gravide (ibid.).

(Olivia)

8.4 Udvalgt lovgivning for jordemodervirksomhed

I forbindelse med udøvelse af jordemodervirksomhed findes der en række lovgivninger, som jordemoderen arbejder under.

Jordemoderens virksomhedsområde er overordnet fastsat i *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed* (herefter benævnt Autorisationsloven). *Cirkulære om jordemodervirksomhed* fastsætter jordemoderens selvstændige virksomheds- og kompetence område mere præcist, mens *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt m.v.* uddyber cirkulæret. Disse redegør således tilsammen for hvilke arbejdsopgaver, jordemoderen har kompetencer til at udføre (Jordemoderforeningen ? år).

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Både Autorisationsloven samt cirkulæret påpeger, at jordemoderen i alle aspekter af sit arbejde skal udvise ”omhu og samvittighedsfuldhed” (LOV nr. 451 af 22/05/2006 § 17 & CIR nr. 149 af 08/08/2001 § 6). Dette uddybes i vejledningen, hvor det bl.a. er beskrevet, at det er en ”[...] forudsætning, at jordemoderen har de faglige kvalifikationer til at udføre virksomheden.” (VEJ nr. 151 af 08/08/2001 stk. 4). Pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed indebærer ligeledes, at hun holder sin uddannelse ved lige, følger den faglige udvikling i faget samt *ikke* påtager sig arbejdsopgaver, hun ikke behersker. (*June*)

8.5 Udvalgte dele af kapitel 2 i ”Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner”: *Kommunikation som humanistisk fag og professionel sundhedsfaglig praksis*

Kommunikation mellem sundhedsarbejder og patient vil altid foregå i en bestemt sammenhæng. Kommunikationens etablering og forløb vil influeres af forskellige faktorer. Disse faktorerers betydning varierer alt efter hvem der tager del i kommunikationen, da det er den enkelte deltager, der tildeler faktorerne betydning ud fra vedkommendes egen forforståelse (Nielsen & Rom 2006:27).

I det følgende vil udvalgte faktorer kort blive beskrevet.

Forholdsniveau

Grundlaget for en vellykket kommunikation mellem sundhedsarbejder og patient er *relationen*, altså forholdet imellem dem. Dette er kommunikationens *forholdsniveau* (ibid:29), og begge parter må arbejde for at skabe dette forhold. Samtidig vil faktorer, såsom den enkeltes sociale og kulturelle baggrund samt forforståelse, have indflydelse på mulighederne for at indlede forholdet (ibid.). Forholdsniveauets kvalitet er afhængigt af overensstemmelsen mellem samtaleparternes krav og forventninger til hinanden. I den professionelle samtale mellem sundhedsarbejder og patient bør førstnævnte være opmærksom på, at patienten er i en svækket situation, og deres forhold vil således være præget af magt. Sundhedsarbejderen må forholde sig til denne magt og spiller således en særlig rolle i etableringen af forholdet (ibid:30).

Indholds niveau

En velskabt relation mellem sundhedsarbejder og patient er ikke nok til at garantere en vellykket kommunikation. Samtalen må også være meningsfuld og målrettet, altså have

et højt *indholdsniveau* (ibid.). Sundhedsarbejderen skal kunne identificere patientens problemer og behov ved at tage udgangspunkt i vedkommendes oplevelser. Dette kan kun lade sig gøre, hvis de to parter allerede har etableret en tillidsfuld relation, altså har et højt *forholdsniveau*. Selvom indholdet i den professionelle samtale er personligt for patienten, er det professionsspecifikt for sundhedsarbejderen, og dette danner rammen om indholdsniveauet i samtalen (ibid:31). (*Olivia*)

9. Analyse

I det følgende afsnit vil vi først kort redegøre for, hvordan vi analyserede empirien op imod problemformuleringen og dermed dannede 4 meningskategorier.

Herefter vil vi holde meningskategorierne op imod den valgte teori med henblik på at udlede konkrete handleforslag til brug for jordemoderen i hendes arbejde med at støtte de depressionsramte gravide bedst muligt.

9.1 Meningskategorisering

Vi sad hver for sig og gennemlæste først debatindlæggene og siden spørgeskema-besvarelsene. Vi indså begge hurtigt, at kvindernes oplevelser af det udvidede tilbud var meget forskellige. Meningskategorierne afspejler de faktorer, vi fandt, påvirkede kvindernes oplevelse af det udvidede tilbud.

Forud for meningskategoriseringen meningskondenserede vi empirien. Meningskondensering vil sige, at man ”koger” deltagernes udsagn og oplevelser ned til kortere formuleringer ved at sammenholde dem med problemstillingen (Thisted 2010:191).

Vi placerede formuleringerne i kategorier alt efter hvilke udtalelser, der gik igen. Herefter sammenlignede vi hver vores kategorisering og fandt 4 gennemgående temaer. Hvor debatindlæggene overvejende omhandlede negative følelser og oplevelser fra kvindernes møde med specialkonsultationen, jordemoderen og det udvidede tilbud, havde kvinderne, der besvarede spørgeskemaerne, til en vis grad en mere positiv opfattelse af samme. Det er dog vigtigt at nævne, at halvdelen af kvinderne i undersøgelsen *ikke* var visiteret til det udvidede tilbud i forbindelse med deres depression i graviditeten. Derfor kan disse besvarelser ikke bidrage til belysningen af første del af problemformuleringen omhandlende oplevelsen af det udvidede tilbud. Dog mener vi, at det kan forsvares at benytte deres besvarelser, da de kan bidrage med

værdifuld information om mødet med jordemoderen, og dermed hvordan de oplever jordemoderen bedst kan støtte depressionsramte gravide. (*June*)

9.2 Præsentation af meningskategorier samt analyse af disse op imod den valgte teori

Vi vil i det følgende præsentere indholdet af de 4 meningskategorier. Derefter vil vi analysere dem hver især op imod projektets teoretiske fundament og på denne måde undersøge, hvilken andel jordemoderen har i kvindernes positive og negative oplevelser af det udvidede tilbud og mødet med jordemoderen. Analysen skal afdække, hvad jordemoderen har gjort godt og dårligt i de forskellige situationer. Formålet er således at finde redskaber til, hvordan hun bedst muligt kan støtte depressionsramte gravide med henblik på forhåbentligt at mindske de risici, der er forbundet med depression i graviditeten, såsom for tidlig fødsel, fødselsdepression og tilknytningsproblemer mellem mor og barn.

Vi vil afslutningsvist i hver analysedel anwise nogle handleforslag, der kan være jordemoderens redskaber til at give kvinden den bedst mulige støtte i specialkonsultationen. (*Olivia*)

9.2.1 Kvindernes forforståelse for specialkonsultationen

I processen med meningskategoriseringen fik vi bekræftet vores egne oplevelser fra klinisk praksis, nemlig at nogle kvinder finder det trygt og meningsfyldt at være visiteret til specialkonsultationen. Kvinde 6 beskriver det som ”dejligt”, og en anden kvinde mener, at ”Det har givet os en ekstra tryghed.” (Kvinde 4).

Modsat er der, som vi forventede, også kvinder, der ikke bryder sig om visiteringen: ”Min første reaktion var, at det ville jeg ikke, da jeg troede at det ville få mig til at føle mig mere syg.” (Kvinde 3). Ligeledes fortæller en kvinde, at hun ”kan ikke forstå at jeg skal behandles som om jeg har specielle behov når jeg aldrig har bedt om det!” (Kvinde A).

Selvom alle undersøgelsens kvinder har en sygdom, *depression*, har de, som vist ovenfor, forskellige reaktioner på de ekstra tilbud, de modtager som følge af depressionen. Disse forskellige oplevelser kan, jævnfør Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng, bl.a. bunde i, hvorvidt kvinderne kan håndtere de stressorer, de

udsættes for.

Kvinde 7 er glad for sin visitering til det udvidede tilbud. Hun er opmærksom på *årsagen* til tilbuddet, nemlig at det forlængede ophold på barselsgangen skal give hende mulighed for at lære barnets behov at kende, og besøget i hjemmet af sundhedsplejersken har til formål at opspore efterfødselsreaktioner. Tilbuddene er gjort *forudsigelige* for hende, og derfor kan hun *begribe* dem og se dem som noget positivt. Kvinde A og Kvinde B virker begge utilfredse med deres visitering til det udvidede tilbud. De udtrykker ”dyb skuffelse”, og synes at det er ”lidt ubehageligt”. De oplever altså det udvidede tilbud som en stressor, som de hverken kan *håndtere* eller se *meningen* med. Det ses tydeligt hos Kvinde B, hvordan hun i første omgang accepterer 2 dages indlæggelse efter fødslen, fordi årsagen er, at barnet skal observeres for abstinenser som følge af hendes indtag af antidepressiv medicin. Dette giver *mening* for hende, fordi det gælder barnets fysiske ve og vel, så den beslutning ville hun sandsynligvis selv have truffet under alle omstændigheder. Hun føler sig således *delagtiggjort*, og hendes følelse af sammenhæng er stadig intakt. Først da hun efterfølgende informeres om en længere indlæggelsestid, der har til formål at personalet kan observere hende, eller ”kigge hende over skulderen”, som selv hun udtrykker det, reagerer hun negativt. Hun frygter, at hun bliver stemplet som en dårlig mor. Her ser hun altså ikke længere *meningen* med indlæggelsen og siger, at ”Min sygdom har jo absolut intet med bebs at gøre [...]” (Kvinde B). Hun anerkender altså, at hun er syg, men udover observationen af barnet efter fødslen, mener hun ikke, at depressionen har sammenhæng med graviditeten. Hun føler sig fulgt for nøje af systemet og dette afføder følelsen af afmægtighed.

Jordemoderen kunne i dette tilfælde have spillet en vigtig rolle som formidler af tilbuddet, således at kvinden kunne se *meningen* og sammenhængen med sin sygdom. Kvinden ser dog ikke koblingen mellem sin sygdom og graviditeten, og hun forstår ikke, at jordemoderen gør. Jordemoderen kunne have afhjulpet dette ved at være opmærksom på sin egen forforståelse samt være bevidst om, at kvinden har en anden forforståelse. Gennem dialog ville hun og kvinden således kunne skabe nye delforståelser og horisontsammensmeltning vil kunne opstå.

Flere af kvinderne reagerer, trods erkendelse af deres depression, negativt på at blive

visiteret til det udvidede tilbud. Kvinde 3 har opfattelsen af, at tilbuddet vil have for stor fokus på hendes sygdom. Det udvidede tilbud er altså ikke gjort *forudsigeligt* for hende, så hun *begriber* ikke, at det kunne være til nytte for hende. En anden kvinde føler derimod ikke, at hendes depression har nok fokus i konsultationen og udtaler: ”Synes det er ofte kun handler om baby og ikke mig.” (Kvinde 7). I dette tilfælde mangler kvinden at blive *delagtiggjort* i forløbet. Hun kan ikke præge konsultationen med det fokus, hun ønsker, og derfor er det ikke *meningsfuldt* for hende.

Ovenstående tilfælde viser, at jordemoderen har en vigtig opgave i at opspore, hvor stort et fokus den enkelt kvinde ønsker på sin depression for at sikre kvinden en følelse af sammenhæng. Samtidig arbejder jordemoderen under det enkelte sygehus’ retningslinjer, der er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dette kan tvinge hende til at holde fokus på depressionen, selvom nogle kvinder ikke bryder sig om det. Således optræder retningslinjerne som systemmagt, men de kvinder, der oplever et fokus negativt, vil muligvis rette vreden mod jordemoderen som udøveren af systemmagten.

”[...] jeg synes ikke nogen skal sætte mig i en bestemt gruppe fordi de synes det, det mener jeg at jeg selv skal have lov til at bestemme.” (Kvinde A). Denne kvinde har ikke oplevet specialkonsultationen som et tilbud, men som et krav fra systemet. Således mangler hun ikke blot mere information for at skabe *forudsigelighed*, men hun mangler også følelsen af at blive *delagtiggjort* i sit eget forløb. Hun føler sig afmægtig, og det afføder aggression, der skader hendes forhold og tiltro til jordemoderen.

Jordemoderen kan således:

- Fra forløbets start adspørge kvinden, hvor meget fokus hun ønsker på depressionen i konsultationen med henblik på at give hende så *meningsfuldt* et forløb som muligt.
- Sikre sig kvindens forståelse for, at depressionen har en effekt på graviditeten og derfor er nødt til også at have et vist fokus.

(Olivia)

9.2.2 Tid

En faktor, der synes at have stor indflydelse på de depressionsramte gravides oplevelse

af mødet med jordemoderen, er *tiden*. Således beskriver en af kvinderne, hvordan det for hende er tryghed, at jordemoderen har "[...] tid til at høre hvordan det går mig." (Kvinde 1). Og det er ikke kun det faktum, at der *er* tid. Det er også vigtigt, at jordemoderen *tager* sig tid. F.eks. udtaler en kvinde, at det var "Godt hun [jordemoderen] tog sig ekstra tid til mig da jeg kom og fortalte at jeg havde det svært på min arbejdsplads [...]" (Kvinde 8). Til gengæld ytrer Kvinde 9, at hun trods "stor taknemmelighed" over, at jordemoderen *tog sig tid* til at spørge ind til hendes velbefindende, følte, at det var på bekostning af "[...] de øvrige rutine ting og jeg ville ønske at der havde været tid til det også." (Kvinde 9). Det kan således være problematisk, hvis jordemoderen ikke *har* tid, og må prioritere mellem de af retningslinjerne på fødestedet fastlagte rutinetjek og fokus på kvindernes psykiske velbefindende.

Derudover udtrykker Kvinde 2 frustration over ikke at "kunne tale naturligt om tingene" og at måtte sortere i, hvad der skal tales om i konsultationen, da der simpelthen ikke er *tid* til det hele.

Adspurgt til, hvad de føler kunne have været gjort anderledes i konsultationen, svarede 3 af kvinderne, hvoraf én går i en specialkonsultation, at der burde have været *mere tid*, f.eks. mulighed for dobbeltbooking eller generelt længere konsultationstid.

Nogle af kvinderne synes altså at opfatte tiden i konsultationen som sparsom, og dette kan, ifølge Antonovskys teori, betragtes som en *stressor*. Stressorerne kan udvikle sig til helbredstruende stress, hvis det individ, der udsættes for dem, har en svag følelse af sammenhæng og ikke formår at handle på stressorerne (Jensen og Johnsen 2006:87). Det ville altså virke mindre *stressende* for kvinderne, hvis der var mere tid i konsultationen.

Dog er det sjældent, at jordemoderen kan fastlægge, *hvor meget tid* hver enkelt kvinde har hos hende. Jordemoderen arbejder, som tidligere nævnt, under retningslinjer på det enkelte fødested, "systemet", som grundlæggende bestemmer, hvor meget tid hun kan afsætte til den enkelte kvinde, hvad enten hun er i en special- eller almindelig konsultation. Set ud fra et magtperspektiv er der altså tale om *systemmagt*, hvor systemet lægger et pres på jordemoderen, ved at give hende en tidsramme, der ikke nødvendigvis stemmer overens med mængden af opgaver. En af kvinderne beretter, at

”Den jordemoder jeg har nu virker ikke som om hun gider høre på mig og jeg føler hver gang at tiden er knap og at det skal gå hurtigt hvis jeg har nogle spørgsmål.” (Kvinde 3). Kvinden i eksemplet her har den opfattelse, at jordemoderen ikke ”gider høre” på hende, og synes således at have svært ved at skelne mellem jordemoderens *intention* og systemets *konsekvenser*, altså den sparsomme konsultationstid. Ifølge Skau kan en kritik af den systemiske magt på denne måde komme til udtryk som kritik af *personen*, der repræsenterer systemet (Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa 2008:84-85), da patienter kan have svært ved at adskille systemmagten fra personmagten. Dette vil måske skabe gnidninger mellem jordemoderen og kvinden, og tillidsforholdet, og dermed jordemoderens mulighed for at støtte kvinden, kan lide skade.

Jordemoderen kunne i stedet i løbet af den første konsultation have informeret kvinden om tidsrammen. På denne måde ville kvinden opnå viden om, at tiden er sparsom, og det ville således være *forudsigeligt* for kvinden og bidrage til, at hun bedre vil kunne *begribe* forløbet. Samtidig kan jordemoderen lade kvinden forstå, at det er systemet, der fastlægger tidsrammen i konsultationen, og altså har magten, og ikke jordemoderen.

Som allerede nævnt kan jordemoderen ikke ændre på den afsatte tid til konsultationen. I stedet kan hun forsøge at tilrettelægge tiden efter hver kvindes individuelle behov, for på denne måde bedst at kunne bidrage til at styrke den enkelte kvindes følelse af sammenhæng. Det er dog forskelligt, hvor kvinderne ønsker fokus skal være. Ifølge Kvinde 9 var det, som tidligere nævnt, problematisk, at der ikke var tid til helbredsundersøgelserne, da snakken om hendes psykiske helbred fyldte det meste af konsultationstiden. På den anden siden udtrykker Kvinde 3 kritik af, at hendes nuværende jordemoder bruger ”næsten al tiden på de fysiske tjek”.

Jordemoderen bør altså søge at gøre konsultationen *meningsfuld* for den enkelte kvinde. Dette eksempelvis ved at spørge ind til hende og bede hende sætte ord på, hvilke forventninger hun har til konsultationen. På denne måde *delagtiggøres* kvinden i dagsordenen, og tiden bruges på det, som netop hun har brug for, og dette styrker, ifølge Antonovskys teori, kvindens følelse af sammenhæng.

For at kvinden støttes optimalt, bør jordemoderen ikke bare *have* tid, men også *signalere* at hun har tid, ved at lytte, snakke og spørge ind til kvindens velbefindende. Samtidig skal hun nå at udføre de obligatoriske helbredsundersøgelser.

Jordemoderen kan således:

- Tage sig god tid til at lytte med henblik på at give kvinderne oplevelsen af, at der er fokus på deres psykiske velbefindende.
- *Delagtiggøre* de depressionsramte gravide i de emner, der skal drøftes, således at kvinderne får et så *meningsfyldt* forløb som muligt.
- Lade kvinderne vide, at det er *systemmagten*, der spiller ind på konsultationens tidsramme, ved at fortælle dem, at jordemoderen desværre ikke kan øge konsultations-længden og at de sammen må få det bedste ud af den afsatte tid.

(June)

9.2.3 Faglighed og indlevelse

Flere af de depressionsramte gravide hentyder til, at både jordemoderens faglighed og hendes evne til at sætte sig ind i deres situation spiller en væsentlig rolle i forhold til, hvorvidt kvinden føler sig tilpas i konsultationen og støttet af jordemoderen. Eksempelvis svarer Kvinde 5, at det bl.a. fik hende til at føle sig tryk, at jordemoderen var ”dygtig”. En anden kvinde beskriver derimod, hvordan jordemoderen svarede (forkert) på et vigtigt spørgsmål angående antidepressiv medicin og dennes eventuelle indvirkning på amning, uden at have undersøgt det ordentligt. Denne ”ufaglighed” gjorde, at kvinden, adspurgt om hun føler sig tryk ved sin jordemoder, svarede ”både ja og nej” (Kvinde 6). Hun beskriver senere, hvordan hun følte, at jordemoderen burde have undersøgt hendes forespørgsel ”mere seriøst”.

Det, at jordemoderen er fagligt dygtig indgyder altså tryghed og tillid, og omvendt er det utrygt for kvinderne, hvis jordemoderen udviser ringe faglighed – i sidstnævnte tilfælde ved at besvare et spørgsmål, hun ikke har belæg for at svare på. Ufagligheden består altså ikke nødvendigvis i ikke at have den nødvendige viden til at bevare spørgsmålet, men i det faktum, at hun *alligevel* vælger at svare.

Samtidig giver Kvinde 3 udtryk for, at hun ikke har følt nogen forskel ved at gå i specialkonsultationen i forhold til at gå i den ”almindelige” konsultation, som hun gjorde i sidste graviditet. Hun opfatter altså ikke sin nuværende jordemoder som specielt kompetent indenfor netop depression og beskriver det, at hun skal gå i

specialkonsultationen, som ”spild af tid”. Det synes altså vigtigt, at kvinderne kan se et *formål* og en *forskel* ved at deltage i et specialtilbud, hvis det skal accepteres og være *meningsfyldt*.

Jordemoderen kan ved at vise sig fagligt kompetent, f.eks. ved at være i stand til at besvare spørgsmål angående depression og de særlige problematikker, der medfølger, afhjælpe kvindernes bekymring, og på den måde sørge for, at de ikke belastes unødigt. Dette styrker kvindernes følelse af *håndterbarhed*.

Udover at jordemoderens bør besidde god faglighed, er det ifølge kvinderne væsentligt, at hun *lever sig ind* i deres situation. Jordemoderen beskrives af de kvinder, der har positive oplevelser, med ord som ”forstående”, ”min fortrolige” og som en, der ikke dømmes dem på, at de har en psykisk lidelse. Desuden beskriver en af kvinderne det som meget positivt, at jordemoderen ”[...] altid husker mit navn, situation og hvad vi talte om sidst.” (Kvinde 1).

Omvendt har nogle kvinder oplevelsen af, at jordemoderen slet ikke forstår dem. F.eks. udtaler Kvinde A, at hun føler jordemoderen taler til hende, som om hun er en ”type menneske helt for sig selv”, og ytrer ønske om at skifte jordemoder – helst til en ”helt almindelig en”. Kvinden bliver her udsat for en usynlig magtanvendelse, for selvom jordemoderen måske ikke ifølge hendes egen forforståelse har sagt noget krænkende, opfattes det alligevel sådan af kvinden, der har en anden forforståelse. Dette bevirker, at kvinden føler sig så afmægtig, at hun i sin søgen efter bedre *forståelse* ønsker at skifte jordemoder. Der er altså en grundlæggende forskel på kvindens og jordemoderens *modelmagt*, men da jordemoderen repræsenterer det sundhedssystem, der danner ramme om mødet, ”vinder” hendes modelmagt, og dette gør kvinden yderligere afmægtig.

Det synes altså nødvendigt, at jordemoderen kan sætte sig ind i kvindens situation, være forstående og møde hende som en ligemand. Det kan hun bl.a. ved at være klar over, at hendes egen forforståelse er anderledes end forforståelsen hos den kvinde, hun står overfor. Derefter kan hun, via dialog, forsøge at opnå horisontsammensmeltning og dermed dele en *forståelse* med den enkelte depressionsramte kvinde.

Jordemoderen kan således:

- Være fagligt dygtig og undersøge forespørgsler grundigt, hvis hun ikke er sikker på svaret, således at hun gør forløbet så *håndterbart* for kvinderne som muligt.
- Have særlige kompetencer indenfor arbejdet med kvinder med depression, så visiteringen til specialkonsultationen opleves som *meningsfuld* for kvinderne.
- Erkende egen forforståelse og søge horisontsammensmeltning med kvinderne med henblik på at opnå indlevelse i og forståelse for den enkelte kvinde og hendes situation.

(June)

9.2.4 Kommunikation

Flere af kvinderne udtrykker glæde over, hvordan jordemoderen har kommunikeret med dem i forløbet. En kvinde fortæller, at hun føler sig tryk, "[...] fordi hun [jordemoderen] taler stille og roligt [...]" (Kvinde 1). Kvinde 7 har oplevet, at jordemoderen, ligesom hun selv, siger tingene ligeud og "er meget ligetil", og dette har givet kvinden en følelse af tryghed.

En anden gravid, Kvinde A, har dog oplevelsen af, at snakken hos jordemoderen mest handler om, hvorvidt kvinden har brug for ekstra hjælp, og om de sociale myndigheder skal kontaktes. Hun udtrykker stor frustration, da hun ikke selv har bedt om denne særbehandling og ikke føler, at den er berettiget. Ligeledes beskrives en problematisk kommunikation af en kvinde, der ikke føler, at jordemoderen tager hendes bekymringer seriøst (Kvinde 2).

Hvordan jordemoderen kommunikerer har altså indflydelse på kvindernes oplevelse i konsultationen, både positivt og negativt.

Kvinderne med positive erfaringer har følt, at klar og rolig tale fra jordemoderens side har givet dem et trykt forløb. Jordemoderen har altså, i deres tilfælde, mønstret at videregive forståelig information til kvinderne. Hermed er deres forløb i konsultationen gjort *forudsigeligt*, således at de har kunne *begribe* det. Dette har medvirket til at skabe en følelse af sammenhæng. Det viser også, at jordemoderen er bevidst om den *symbolmagt*, der ligger i sproget, og sørger for ikke at udnytte den. Hun taler altså et sprog, som kvinderne forstår, og dette skaber tryghed og modvirker følelsen af

afmægtighed hos dem.

Kvinde 5 havde ønsket, at der var en klarlagt plan over konsultationerne, så hun vidste, hvilke emner der skulle berøres hvornår. Det er et specifikt behov, der skulle gøre oplevelsen *begribelig* for kvinden. I dette tilfælde kunne jordemoderen, for at imødekomme behovet, have spurgt om kvindens ønske til konsultationsforløbet ved deres første møde og altså ved hjælp af kommunikation have styrket kvindens følelse af sammenhæng.

Andre kvinder har følt, at samtalen ikke har drejet sig om det de ønskede, og at de, når de prøvede at påpege det, ikke er blevet taget alvorligt.

Kvinde A og Kvinde 2, der har haft negative oplevelser med kommunikationen, har altså manglet følelsen af at *deltage* i eget forløb. De oplever at have forsøgt at præge dagsordenen for konsultationen, men uden held. Når kvinderne på den måde ikke *delagtiggøres* i den givne situation, kan den ikke give mening.

Magtforholdet mellem kvinden og jordemoderen spiller ind på, hvordan kvinden oplever mødet.

Kvinde B er tidligere blevet informeret om forlænget indlæggelse efter fødslen på grund af hendes depression, men hun reagerer, da en jordemoder pludselig ændrer det fra 2 til 5 dage. Selvom hun således er opmærksom på, at anbefalingen om længere indlæggelse er et tilbud, og ”magten” altså ikke engang i aktivt spil, føler hun sig krænket af den og siger, at hun ikke vil ”[...] stemples som en dårlig mor [...]” (Kvinde B). Hvor lidt jordemoderen end måtte intendere det, føler Kvinde B sig afmægtig og overvejer, hvordan hun bør opføre sig, for ikke at virke usikker i en situation hvor hun skal vælge, om hun ønsker det udvidede tilbud eller ej. Det fremgår her, at det i virkeligheden er systemmagten, i dette tilfælde sygehusets retningslinjer, der anbefaler lang indlæggelse efter fødslen, som giver kvinden en afmægtig følelse. Således træffes hendes beslutninger på baggrund af, hvordan hun tror systemet vil have det, og ikke ud fra hvad hun selv ønsker.

I mødet med kvinden vil jordemoderen have *modelmagten*, da hun er ”på hjemmebane” på sin arbejdsplads og i fagsproget. Kvinden derimod er uden for sit eget miljø og må tilpasse sig de normer, der gælder i sundhedsvæsenet. Dog kan en jordemoder forvalte den magt på en måde, der bidrager til at mindske kvindens følelse af afmægtighed, f.eks. ved at videregive forståelig information på en tillidsvækkende måde, som

beskrevet i afsnittets begyndelse hos Kvinde 1 og Kvinde 7.

Jordemoderen kan således:

- Sørge for, at den enkelte kvindes behov for information er dækket ved f.eks. at indlede et konsultationsforløb med at bede om kvindens holdninger og ønsker for forløbet og så tilrettelægge herefter. Dette vil øge kvindernes *begribelighed*.
- Være sig bevidst om den magt, der ligger i sproget og søge at mindske den ved at tale forståeligt til kvinden.

(Olivia)

10. Diskussion

I det følgende afsnit ønsker vi med afsæt i de 4 meningskategorier at diskutere, hvordan jordemoderen bedst muligt kan støtte den depressionsramte gravide og hvilke muligheder og udfordringer, der kan være forbundet hermed.

10.1 Kvindernes forforståelse for specialkonsultationen

Kvindernes holdninger til det at være visiteret til det udvidede tilbud og skulle gå i en specialkonsultation, er som gennemgået i analysen meget blandede. Nogle af kvinderne ser det som en nødvendig og velmenende hjælp, mens andre nærmest oplever det som en sygeliggørelse og ikke accepterer, at depressionen og graviditeten kan have indflydelse på hinanden. Flere af disse kvinder ytrer ønske om at ville behandles som alle andre ”normale” gravide.

Som det fremgår i analysen er det umiddelbart muligt for jordemoderen, ved hjælp af de anviste handleforslag, at støtte de kvinder, der i forvejen anser tilbuddet positivt, så de styrkes i deres følelse af sammenhæng. Omvendt kan det synes vanskeligt for jordemoderen at støtte de kvinder, der i forvejen har en negativ holdning til det faktum, at de er visiteret til noget andet end basistilbuddet, da man således kan forestille sig, at de vil gå ind til mødet med jordemoderen med paraderne oppe. Måske vil det være muligt for hende at støtte disse kvinder, hvis hun forstår hvilke mekanismer, der kan ligge bag kvindernes vrede og mangel på accept af at være visiteret til noget andet end basistilbuddet?

En rapport udarbejdet for Danske Regioner i oktober 2010 viser, at psykisk lidelse,

herunder depression, er tæt forbundet med *stigmatisering* (Dansk Sundhedsinstitut & Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 2010). Vi mener, at netop stigmatisering kan være en del af svaret på, hvorfor nogle af de depressionsramte kvinder udtrykker vrede i forbindelse med visiteringen. Ifølge Goffmans teori om stigma kan de depressionsramte gravide, efter vores mening, betegnes ”potentielt miskrediterede”, da deres sygdom, og altså stigmaet, i udgangspunktet ikke er synlig. En depressionsramt kan således langt hen ad vejen kontrollere, hvorvidt omgivelserne skal indvies i sygdommen.

Dog fratages kvinderne denne kontrol i det øjeblik, de visiteres til det udvidede tilbud. Deres stigma bliver synligt, altså er de nu decideret ”miskrediterede”. Dermed befinder de sig i en situation, de ikke nødvendigvis frivilligt har indvilliget i og ikke har kontrol over, altså en afmagtssituation, og det kan afføde vrede, frustration og spændinger i mødet med jordemoderen.

Hvis selve visiteringen til det udvidede tilbud stigmatiserer kvinderne, kan det overvejes, om de overhovedet har gavn af at være i en specialkonsultation. Kunne en løsning være at visitere dem til basistilbuddet i stedet? På denne måde vil deres stigma muligvis kunne forblive skjult, fordi de dermed vil modtage samme behandling som ”normale”. Dilemmaet består dog i, at kvinderne således ikke vil modtage de ekstra tilbud, som har til hensigt at nedbringe deres risici for depressionsrelaterede komplikationer, såsom for tidlig fødsel og fødselsdepression. På den anden side synes det paradoksalt, at det, trods ihærdig søgen, ikke er lykkedes os at finde evidens for, at det udvidede tilbud rent faktisk nedsætter de førnævnte risici. Dette vil dog også, efter vores vurdering, være problematisk at undersøge, da det formentlig ville indebære, at en kontrolgruppe af depressionsramte gravide *ikke* skulle visiteres til det udvidede tilbud. Således ville man være i stand til at sammenligne depressionsramte gravide i henholdsvis basistilbuddet og det udvidede tilbud, for på denne måde at bestemme, hvilket tilbud der bedst forebygger komplikationerne. Da systemet må antages at være indrettet som det er, fordi det udvidede tilbud har en formodet positiv effekt, vil det efter vores mening være uetisk *bevidst* at undlade at visitere nogle af de depressionsramte kvinder til dette tilbud og således potentielt øge deres risiko for følgevirkninger af depressionen.

At forsøge helt at undgå en synliggørelse af kvindernes stigma, ved at de visiteres til

basistilbuddet, kan altså ske på bekostning af kvindernes og børnenes trivsel, og det er, efter vores vurdering, derfor ikke et optimalt løsningsforslag. Samtidig har vi i analysen set, at mange kvinder faktisk er glade for det udvidede tilbud, så det ville være svært at differentiere kvinderne til de 2 tilbud, hvis man ønsker at undgå stigmatisering. Vi forestiller os nemlig, at man ved at adspørge kvinderne, om de ønsker tilbuddet, vil gøre dem opmærksom på deres depression, og således allerede der synliggøre deres stigma.

På den anden side kan man også argumentere for, at stigmatisering kan opfattes som et uundgåelig aspekt ved ethvert samfund (Hviid og Kristiansen i: Goffman 2009:31), og det kan diskuteres, om en reducere i det hele taget er mulig. Vi forestiller os, at jordemoderen, selvom hun prøver at erkende og tilsidesætte sin egen forforståelse, som stigmatisering er en del af, er ude af stand til at fraryste sig de generelle holdninger og fordomme vedrørende psykiske lidelser, der hersker i samfundet. (*June*)

10.2 Tid

Som vist i analysen er *tiden* en afgørende faktor for kvindernes oplevelse af det udvidede tilbud. I herværende projekts empiriske grundlag påpeger adskillige deltagere, at jordemoderen ikke har taget sig tid nok til at lytte til dem.

Det kunne derfor synes indlysende, at jordemoderen blot skal tage sig mere tid til at lytte til kvinderne og dermed styrke deres følelse af sammenhæng. I Roskilde Sygehus' Retningslinjer for særligt udsatte gravide står der, at der er afsat ekstra tid til jordemoderkonsultationen (Bilag 1). En mulighed som denne må ses som et vigtigt redskab for jordemoderen, så hun kan skabe en rolig og tryk ramme om konsultationen. Vores erfaring fra klinisk praksis, også i specialkonsultationen, har dog givet et billede af, at det langt fra altid er muligt at forlænge tiden, og at jordemoderen derfor ofte må afholde en konsultation på 20-30 min. uanset kvindens behov og ønsker. Det skaber et pres på jordemoderen at skulle nå at komme omkring de forskellige bestanddele af en specialkonsultation, når der ikke er mere tid end dette. I et forsøg på at tilgodese kvindens behov for at fortælle om sin situation, kunne jordemoderen spørge ind til denne under f.eks. den udvendige undersøgelse, og mens hun stixer kvindens urin. På den ene side ville en dygtig jordemoder, efter vores mening, være i stand til at multitask og notere sig de fund, hun gør i undersøgelse, samtidig med at hun lytter opmærksomt til kvinden. På den anden side ville der for det første være risiko for, at

jordemoderen overser noget i sine undersøgelser, fordi hun samtaler om et andet emne, og for det andet går kvinden glip af den information, jordemoderen kan give hende omkring urinprøvesvar, fosterskøn og fosterstilling. Da depressionsramte gravide, som nævnt i projektets indledning, er i øget risiko for mor-barn tilknytningsproblemer (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 2006), må det anses som yderst vigtigt at rette kvindens fokus mod graviditeten, barnet og dets vækst med henblik på at styrke kvindens bånd til sit ufødte barn. Dette kan jordemoderen bl.a. gøre ved at fortælle kvinden om de undersøgelser og fund, hun gør i konsultationen. Det er efter vores mening således ikke anbefalelsesværdigt, at hun samtaler om ét, mens hun undersøger noget andet.

I praksis har vi oplevet, at jordemoderen ofte har kalenderen fuldt booket og ikke kan skjule travlheden for kvinden. Men da stress kan være en udløsende faktor for depression (Stressforeningen ? år), kunne det tænkes, at de depressionsramte kvinder i nogen udstrækning havde en svag følelse af sammenhæng allerede *før* deres depression og dermed er særligt følsomme overfor stressorer. På trods af travlhed mener vi det må være muligt og i øvrigt vigtigt for jordemoderen, at give kvinden *indtryk af*, at hun har god tid. Ved at udstråle ro og stoppe journalføring og blodtryksmåling for en kort stund, kan hun give kvinden oplevelsen af at blive hørt og taget alvorligt. Således mener vi, at jordemoderen, ved at give kvinderne *følelsen af*, at der er tid til dem, muligvis vil kunne mindske stressorerne og dermed lindre deres frustration. (*Olivia*)

10.3 Faglighed og indlevelse

Som vist i analysen udtrykker kvinderne et ønske om, at jordemoderen i specialkonsultationen både skal være god til at *forstå* dem og sætte sig i deres sted, samt være *fagligt dygtig* og have særlige kompetencer indenfor netop depressionsramte gravide, hvis de skal føle sig trygge og støttede.

At jordemoderen besidder grundlæggende kendskab til hermeneutik, og dermed hvordan dialog kan lede til horisontsammensmeltning, synes ifølge vores analyse at være nyttigt, hvis hun skal opnå forståelse for samt dele en forståelse med kvinderne. Da jordemoderstuderende i dag introduceres for hermeneutikken allerede tidligt i uddannelsen, er det, efter vores mening, realistisk, at enhver nyuddannet jordemoder, i hvert fald teoretisk set, besidder de rette kompetencer til dette.

Det kan, efter vores mening, diskuteres, om evnen til at føle empati og indlevelse er en

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

egenskab, som jordemoderen kan tillære sig, eller derimod et karaktertræk hun i forvejen må besidde. Hvis denne egenskab ikke kan tillæres, må vi formode, at enhver der arbejder i jordemoderfaget i forvejen besidder den, da denne egenskab, set fra vores synspunkt, er en dybt integreret del af *det at være jordemoder*. Således håber vi, at alle jordemødre er i stand til at indleve sig i kvindernes situation

Ligeledes finder vi det overførbart til praksis, at jordemoderen, for at vække tillid hos kvinderne samt bidrage til at de opnår en følelse af sammenhæng, skal være fagligt dygtig. Som jordemoder er man lovmæssigt forpligtet til at holde sig ajour med sit fag og opdatere sig på ny viden af betydning (VEJ nr. 151 af 08/08/2001 stk. 4). Således bør enhver jordemoder være i stand til at besidde den nødvendige og relevante faglighed. Dette kan synes selvfølgelig, men det rejser samtidig spørgsmålet: Hvad er ”god faglighed”?

Svaret findes bl.a. i *Cirkulære om Jordemodervirksomhed*, der beskriver, hvad enhver jordemoder med autorisation må udføre selvstændigt. Samtidig redegør *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt m.v.* for, hvordan jordemoderen har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder at hun ikke må påtage sig arbejdsopgaver, hun ikke behersker eller har de nødvendige kompetencer til. Jordemoderen bør således have kendskab til lovgivningen og være bevidst om sin rolle og sit eget kompetenceområde og dermed erkende, at hendes faglighed har grænser. Netop denne erkendelse, mener vi, er et udtryk for høj faglighed. At fagligheden har grænser, betyder i herværende projekt bl.a., at jordemoderen ikke er ekspert i psykiske lidelser, og derfor hverken *kan* eller *må* agere terapeut for kvinderne. Det kan imidlertid sætte hende i et dilemma, at kvinderne på den ene side ønsker, at jordemoderen er forstående, kvindens fortrolige, der kan bistå og være med hende, og søge at afhjælpe de problematikker, hun må have. På den anden side kan jordemoderen *ikke* gøre det ud for en psykolog eller psykiater og kan som sådan ikke behandle en depression eller anbefale og udskrive anti-depressiv medicin. Dårlig faglighed kan således komme til udtryk ved, at jordemoderen ikke kan skelne imellem en god, støttende samtale, og hvad der er et forsøg på decideret terapi. Vi mener, at grænsen mellem disse er hårfin, og det stiller store krav til jordemoderen at navigere i dette felt.

(June)

10.4 Kommunikation

Flere af kvinderne i undersøgelsen har oplevet dårlig kommunikation med jordemoderen, og dette har medvirket til at give dem en dårlig oplevelse af det udvidede tilbud. De opstillede handleforslag i afsnit 9.2.4 *Kommunikation*, kan synes simple og enkle at implementere, men på baggrund af vores spørgeskemaundersøgelse kan vi dog udlede, at dette ikke altid er tilfældet. Når kvindernes oplevelser beror meget på jordemoderens kommunikation, kunne man forestille sig, at det kunne gavne jordemoderen at have kendskab til relevante kommunikationsteorier. Disse ville kunne give hende redskaber til at tackle samtalen i konsultationen bedst muligt og således indgyde tryghed og styrke kvindernes følelse af sammenhæng. De præsenterede dele af *Kommunikation som humanistisk fag og professionel sundhedsfaglig praksis* mener vi kunne være et bud på en sådan teori.

Kommunikationen er som nævnt en vigtig faktor for kvindernes oplevelse af det udvidede tilbud, og et godt forholds niveau er en betingelse for en vellykket samtale. En jordemoder bør, efter vores mening, altid bestræbe sig på at imødekomme den enkelte kvindes behov med forståelse for hendes situation. Dette, samt diverse kommunikationsteorier, undervises der i på jordemoderuddannelsen, hvilket vi anser som en tilkendegivelse af, at emnet er vigtigt og relevant. Vi mener derfor, at jordemoderen, på trods af den begrænsede tid i konsultationen, bør kunne skabe en tryk og god relation, altså et godt forholds niveau, til kvinden. Men hvorfor har nogle af undersøgelsens kvinder så haft en dårlig oplevelse med kommunikationen? Svaret kan bl.a. findes i, at jordemoderen ikke er alene om at kunne skabe relationen – kvinden spiller også en rolle. Hvis jordemoderen optræder tillidsvækkende og sætter sin forforståelse i spil, vil det forhåbentlig gøre indtryk på kvinden, og give hende et ønske om at indtræde i relation med jordemoderen. Ved hjælp af horisontsammensmeltning vil der således blive skabt forståelse for begge parter tanker og behov. Har kvinden derimod en negativ holdning til jordemoderen, f.eks. grundet utilfredshed med visitationen til det udvidede tilbud, har jordemoderen en så meget desto større udfordring i at skabe et godt forholds niveau. Denne udfordring består i, at jordemoderen også må være opmærksom på skævheden, altså magtforholdet mellem den gravide og hende selv, der i skikkelse af visiteringen til det udvidede tilbud, kan give kvinden indtrykket af at være tvunget til noget, hun ikke har lyst til.

Indholdsniveauet, altså de emner der behandles i en specialkonsultation, er for jordemoderen, qua hendes uddannelse og erfaring, helt naturlige og relevante. For kvinden derimod, kan det dreje sig om emner, der kan virke grænseoverskridende at tale med en fremmed om, og ydermere kan kvinden have svært ved at se relevansen af de berørte emner. Når jordemoderen f.eks. stiller direkte spørgsmål til en depressionsramt gravid om hendes sygdom, er det efter vores mening sandsynligt, at kvinden føler sine grænser overtrådt, selvom jordemoderen har en faglig årsag til at stille spørgsmålet. Her stilles jordemoderen i et dilemma. På den ene side kunne hun vælge at føje kvindens ønske om ikke at tale om depressionen. På den måde kan hun måske vinde kvindens tillid, dog velvidende, at hendes manglende fokus på sygdommen kan få konsekvenser i form af øget risiko for for tidlig fødsel, tilknytningsproblemer og efterfødselsdepression. På den anden side kan hun, ved at holde fokus på sygdommen og stille de relevante spørgsmål, risikere fuldstændig at miste kvindens tillid og dermed mulighed for at skabe en vellykket relation, altså grundlaget for god kommunikation. Jordemoderen kan altså have de bedste intentioner om at støtte kvinden, men det er ganske enkelt ikke muligt for jordemoderen alene at sikre en god kommunikation, hvis kvinden ikke ønsker at gå ind i en relation med hende. Det er dog heller ikke utænkeligt, at nogle jordemødre simpelthen ikke er i stand til at indgå i den tætte relation med kvinden, eksempelvis pga. manglende lyst til det eller en ringe teoretisk viden om relationer, og derfor ikke kan skabe grundlaget for en givende samtale. Det at kommunikationen er et relationelt begreb kan altså ende med at spænde ben for det arbejde, jordemoderen skal udføre. (*Olivia*)

10.5 Faktorernes indflydelse på hinanden

Under arbejdet med diskussionen blev det klart for os, at de forskellige faktorer, som vi i analysen fandt hver især påvirkede kvindernes oplevelse af det udvidede tilbud, altså *kvindernes holdning til specialkonsultationen, tid, faglighed og indlevelse* samt *kommunikation*, også har indflydelse på hinanden. Dog er det vores opfattelse, at den væsentligste faktor er *tiden*. Således mener vi, at den begrænsede tid i specialkonsultationen kan påvirke jordemoderens mulighed for at have en god kommunikation med kvinden. Samtidig vil en stram tidsramme, som vi ser det, forringe jordemoderens mulighed for at sætte sig ind i kvindens situation, samt gøre det svært for hende at

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

skulle forklare det udvidede tilbuds fordele til de af kvinderne, der i forvejen har en negativ indstilling til visiteringen. (*June*)

Vi forestiller os altså, at en udvidelse af konsultationens tidsramme også vil have en positiv effekt på de andre faktorer. Dette vil kunne medvirke til at give kvinderne en god oplevelse af specialkonsultationen samt styrke jordemoderens muligheder for bedst muligt at støtte den enkelte depressionsramte gravide. (*Olivia*)

11. Kritisk refleksion over projektet

I det følgende afsnit ønsker vi at redegøre for, hvilke kritiske overvejelser vi har gjort os i forbindelse med tilblivelsen af herværende projekt.

Vi har tidligere i projektet redegjort for de kritiske overvejelser vi gjorde os i forbindelse med valget af en spørgeskemaundersøgelse samt refleksioner over udformningen af selve skemaet.

I arbejdet med spørgeskemabesvarelsene indså vi, at kun 5 ud af 10 deltagere rent faktisk var blevet visiteret til det udvidede tilbud. Dette kunne vi have undgået ved at have opstillet det som en betingelse for deltagelse i undersøgelsen, at kvinderne havde erfaring med det udvidede tilbud og ikke blot med depression under graviditeten. Vi mener dog, at alle kvindernes udsagn om, hvad jordemoderen bør og ikke bør gøre, i sit arbejde med de depressionsramte gravide, kan bruges. (*Olivia*)

Vores beslutning om at bruge 2 debatindlæg sammen med vores kvalitative undersøgelse som det empiriske grundlag for projektet, og dermed benytte kilde-triangulering, har givet projektet et mere nuanceret analysegrundlag.

Debatindlæggene kan dog være behæftede med det samme problem som spørgeskemabesvarelsene, nemlig at vi ikke kan være sikre på, at kvinderne rent faktisk er inden for projektets målgruppe, nemlig at de har erfaring med depression under graviditet. Vi har dog valgt at gå ud fra, at både debatindlæg og spørgeskemabesvarelses er sandfærdige. I og med at vi selv har stået for selektionen af indlæggene, og at der i projektet kun er medtaget 2 debatindlæg, er der risiko for, at vi ubevidst har søgt efter indlæg, der understøtter vores egen forforståelse om, at nogle af kvinderne er utilfredse med visiteringen til det udvidede tilbud. Alternativt kunne vi have fået en udenforstående til at udvælge debatindlæggene og således mindske denne risiko.

I løbet af arbejdet med projektet, har vi måtte konstatere, at et mundtligt forskningsinterview muligvis havde været bedre til at belyse problemstillingen. Som vi tidligere har reflekteret over i projektet, ville den personlige kontakt med deltagerne, f.eks. muligheden for at stille uddybende spørgsmål, have været en fordel.

På trods af dette mener vi, at vi ved hjælp af den valgte metode har skabt gode forudsætninger for at kunne konkludere på vores problemformulering. (*June*)

12. Konklusion

På baggrund af vores erfaringer fra klinikken formodede vi, at ikke alle depressionsramte gravide følte sig tilpasse med visiteringen til det udvidede tilbud. Herværende projekt har undersøgt, hvorvidt denne formodning var korrekt, og hvordan jordemoderen i det hele taget bedst muligt støtter depressionsramte gravide i specialkonsultation. Det blev bekræftet, at nogle kvinder anser tilbuddet som en god og velmenende støtte, mens andre derimod oplever tilbuddet som en ubehagelig overvågning, en sygeliggørelse eller en stempling.

På baggrund af analysen fremkom en række handleforslag. Ifølge forslagene kan jordemoderen bedst muligt støtte den depressionsramte gravide ved:

- fra forløbets start at adspørge den enkelte kvinde, hvor meget fokus hun ønsker på depressionen. Jordemoderen må dog sikre sig, at kvinden forstår, at depressionen kan have en indflydelse på graviditeten og derfor uanset hvad vil få et vist fokus.
- tage sig god tid til at lytte. Ydermere bør hun delagtiggøre kvinderne i de emner, der skal drøftes i konsultationen, samt fra starten gøre kvinden opmærksom på konsultationens tidsramme.
- at være fagligt dygtig samt have særlige kompetencer indenfor arbejdet med depressionsramte gravide. Derudover kan hun, ved at erkende sin egen forforståelse, forsøge at opnå horisontsammensmeltning og dermed dele forståelse med kvinderne.
- at tale forståeligt til kvinderne.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Der er dog nogle forhold i praksis, som jordemoderen ikke har indflydelse på, der kan besværliggøre implementeringen af nogle af handleforslagene. Dette blandt andet konsultationens rammer, f.eks. tiden - eller mangel på samme - samt et sygehus' retningslinjer for indholdet i en specialkonsultation.

Til gengæld synes det praktisk muligt for jordemoderen at have eller tilegne sig relevant teoretisk viden omkring horisontsammensmeltning og kommunikationsstrategier, at holde sig fagligt opdateret, udvise empati og indlevelse samt udstråle ro, på trods af eventuel travlhed. Således støttes de depressionsramte kvinder bedst muligt i specialkonsultationen.

13. Perspektivering

Vi har i ovenstående konkluderet, hvordan jordemoderen bedst muligt kan støtte den depressionsramte gravide i specialkonsultationen. Som nævnt mener vi dog ikke, at jordemoderens vilkår og rammer for denne støtte er optimale. Derfor vil vi i dette afsnit komme med bud på, hvilke tiltag i samfundssammenhæng eller på organisatorisk plan, der vil kunne forbedre vilkårene.

En stor del af kvinderne efterspurgte mere tid i konsultationen. Vi er opmærksomme på, at det udvidede tilbud, i hvert fald ifølge retningslinjerne på Roskilde Sygehus (Bilag 1), i forvejen indebærer en udvidet tidsramme i specialkonsultationen, og vi forestiller os, at noget lignende gør sig gældende på andre danske sygehuse. Dog mener vi, at vi i herværende projekt har belyst, at en yderligere udvidelse af tidsrammen vil være fordelagtig.

Et andet tiltag, som vi mener vil gavne jordemoderens arbejde med at støtte de depressionsramte gravide, er at sikre jordemoderen de bedst muligt faglige forudsætninger for dette. Det være sig f.eks. efteruddannelse målrettet jordemødre, der arbejder med netop dette felt.

I vores søgning efter kvalitative studier til brug i dette projekt fandt vi, at der eksisterer meget lidt litteratur vedrørende netop kvindernes *oplevelse* af det udvidede tilbud. I og med vi i herværende projekt har påvist, at der er et problem på området, og da en depression er en stor belastning for både den enkelte kvinde, hendes familie og samfundet, bør der efter vores vurdering forskes yderligere på området. Eksempelvis kunne det være interessant at undersøge, om det rent faktisk nedsætter kvindernes risici

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

for depressionsrelaterede komplikationer, at de visiteres til et specialtilbud. Ydermere kunne man overveje at undersøge, hvordan stigmatisering af psykiske lidelser eventuelt vil kunne forebygges eller reduceres.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Bachelorprojekt 2012 udarbejdet af:

June Lund Graagaard

Olivia Svane-Christiansen

Litteraturliste

(I alfabetisk rækkefølge)

Bøger

Birkler, Jacob (2007): *Videnskabsteori. En grundbog*. København, Munksgaard Danmark.

Brodtkorb, Elisabeth; Norvoll, Reidun; Rugkåsa, Marianne (2008): *Sociologi og socialantropologi. Mellem mennesker og samfund*. København, Munksgaard Danmark.

Falck Larsen, Jørgen; Skajaa, Kristjar Westergaard, Jes. G (2. udgave, 2007): *Obstetrik*. København, Munksgaard Danmark.

Goffman, Erving (2009): *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg, Forlaget Samfundslitteratur.

Hansen, Niels Henrik M; Marckmann, Bella; Nørregård-Nielsen, Esther (2008): *Spørgeskemaer i Virkeligheden*. Frederiksberg, Forlaget Samfundslitteratur.

Jensen, Torben K; Johnsen, Tommy J (2. udgave, 2006): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus, Forlaget Philosophia.

Juul, Svend (2004) *Epidemiologi og evidens*. København, Munksgaard Danmark.

Malterud, Kirsti (2. udgave, 2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo, Universitetsforlaget.

Nielsen, Mette S; Rom, Gitte (2006): *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. København, Munksgaard Danmark.

Sundhedsstyrelsen (2009): *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København, Komiteen for Sundhedsoplysning.

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Thisted, Jens (2011) *Forskningsmetode i praksis. Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København, Munksgaard Danmark.

Artikler

Milgrom, J et al. (2007): Antenatal risk factors for a postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2008 s. 147-157

Li et al. (2008): Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: A prospective cohort study. *Human Reproduction*. 2009 s. 146 – 153 Kan findes på: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/1/146.full.pdf>

Lindahl, Marianne & Juhl, Carsten Bøgh (2002): Vurdering af kvalitative artikler. *Nyt om Forskning*. 2002 (1), s.17-21

Internetsider:

Dansk Psykiatrisk Selskab (2001): *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*. Lokaliseret [290312] på http://www.dpsnet.dk/fileadmin/user_upload/menu/publikationer/rapporter/ikkepsykose_010102.pdf

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2006): *Sårbare gravide*. Lokaliseret [020412] på http://www.dsog.dk/sandbjerg/saarbaregravide_06.pdf

Dansk Sundhedsinstitut & Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2010): *Stigma og psykiske lidelser. Som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgene i Danmark*. Lokaliseret [190512] på http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/FFDEA681-CC0F-472B-8A32-1CB73C61F70A/0/Stigmaogpsykiskelidelser_rapport.pdf

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Den Nationale Videnskabetiske Komité (? år): *Forsker*. Lokaliseret [290312] på <http://www.dnvk.dk/>

FN (2012): *World Happiness Rapport*. Lokaliseret [300312] på <http://issuu.com/earthinstitute/docs/world-happiness-report>

Foreningen af Danske Interaktive Medier (2012): *Statistik*. Lokaliseret [080412] på <http://www.fdim.dk/statistik>

Human reproduction:

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/1/146.full.pdf+html>

Jordemoderforeningen (? år): *Lovstof*. Lokaliseret [09052012] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/lovstof/>

Min-mave (2010): *Betingelser og retningslinjer for brugen af Min-mave.dk*. Lokaliseret [050412] på <http://www.min-mave.dk/betingelser-og-retningslinjer.htm>

Min.medicin (? år): *SSRI-præparater*. Lokaliseret [020412] på <http://min.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/315650>

Psykiatrifonden (? år): *Psykiske sygdomme*. Lokaliseret [230312] på <http://www.psykiatrifonden.dk/forside/Psykiske+sygdomme>

Psykisk Sårbar (2011): *Hver 10. Gravid rammes af en depression*. Lokaliseret [250312] på <http://www.psykisksaarbar.dk/ps/altnewspage688.aspx>

Stressforeningen (? år): *Depression og stress*. Lokaliseret [270312] på http://www.stressforeningen.dk/index.php?option=com_k2&view=item&id=36:depression-stress&Itemid=43

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Sundhedsstyrelsen (? år): *Sundhedsstyrelsens mål og opgaver* Lokaliseret [200512] på http://www.sst.dk/Om%20styrelsen/Maal_og_opgaver.aspx.

Videbech (2011): *Forskelle på fødselsdepression og andre depressioner*. Lokaliseret [060412] på <http://www.videbech.com/fdep/page1/index.html>

WHO (2012): *What is depression?* Lokaliseret [230312] på http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Love, bekendtgørelser mv.

Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LOV nr. 451 af 22/05/2006.

Cirkulære om jordemodermodervirksomhed. CIR nr. 149 af 08/08/2001

Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt m.v. VEJ nr 151 af 08/08/2001

Lykkelige omstændigheder?

- En jordemoderfaglig indsats for depressionsramte gravide i specialkonsultationen

Bilagsfortegnelse

Bilag 1

Retningslinjer fra Roskilde Sygehus: *Særligt udsatte gravide*

Bilag 2

Søgekombinationer

Bilag 3

Følgrebrev til spørgeskema

Bilag 4

Spørgeskema

Link til debatindlæg fra www.min-mave.dk:

Kvinde A: *Overvægt/depression/medicin-jordmor...* Lokaliseret på <http://www.min-mave.dk/debat/thread-2015337.htm>

Kvinde B: *sårbar gravid.* Lokaliseret på <http://www.min-mave.dk/foraeldregupper/thread-2152620.htm>