

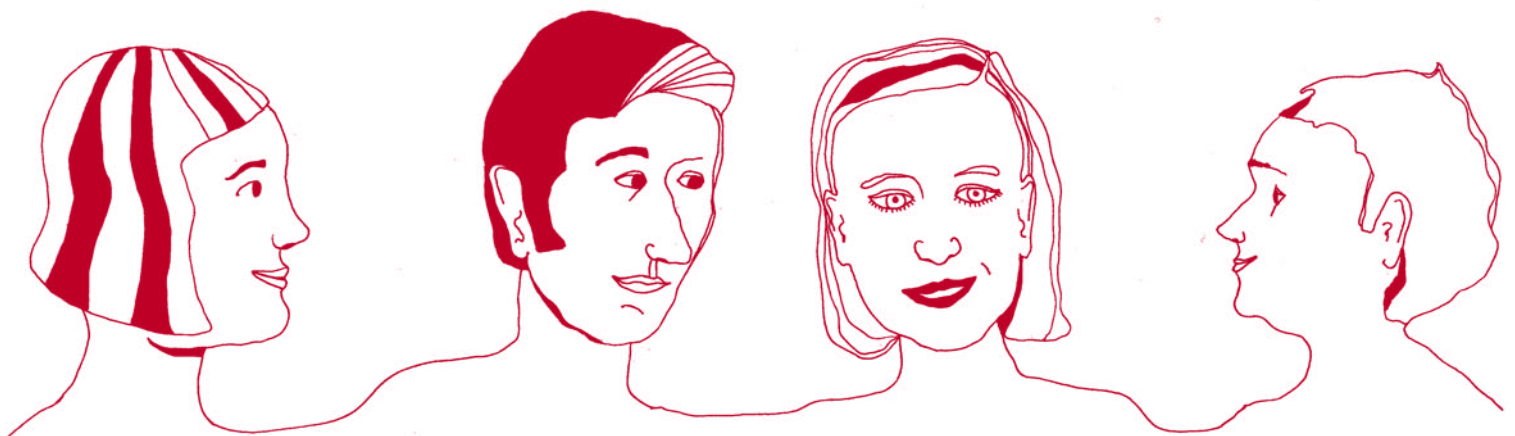
Hjälper det att samtala med blivande föräldrar
om alkohol? - Barnmorskans dialogsamtal om
alkoholvanor och psykosocialt stöd för
alkoholfri graviditet

Hjördis Högberg

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:25





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Hjälper det att samtala med blivande föräldrar om alkohol? - Barnmorskans dialogsamtal om alkoholvanor och psykosocialt stöd för alkoholfri graviditet.				
Författare Hjördis Högberg				
Författarens befattning och adress Barnmorska. Enheten för Mödravård, Gyn- och Ungdomsmottagningar, primärvården Södra Bohuslän. hjordis.hogberg@vgregion.se Hemadress: Nymilsgatan 9, S-421 37 Västra Frölunda, Sverige. hjordis@livstecken.se				
Datum då uppsatsen godkändes 29 september, 2005		Handledare NHV Helena Willén, PhD, universitetslektor Bo Eriksson, Professor, forskningsledare		
Antal sidor 60	Språk – uppsats svenska	Språk – sammanfattning svenska/engelska	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-113-X

Sammanfattning

Introduktion: Barnmorskan uppmanar rutinmässigt gravida kvinnor att avstå från alkohol men diskuterar inte den blivande pappans alkoholvanor. Inskrivningen på MVC ger en unik möjlighet både för den gravida kvinnan och den blivande pappan att reflektera kring alkoholvanor under graviditeten, inför föräldraskapet och alkoholproblem inom släkten.

Syfte: Att undersöka om samtal med båda de blivande föräldrarna leder till reducerad alkoholkonsumtion under graviditet och om psykosocialt stöd från främst blivande pappan har betydelse för valet av alkoholfri graviditet och om han får motsvarande stöd av henne till minskat drickande.

Metod: Kvasiexperimentell studie inom ordinarie MVC-verksamhet. I interventionsgruppen deltog 238 par. I två olika kontrollgrupper deltog tillsammans 413 par. Muntlig och skriftlig information i interventionsgruppen gavs före inskrivning på MVC och båda parterna fyllde i frågeformulär vid inskrivningen. Paret fick vidare tillfälle att reflektera kring sina alkoholvanor, attityder till alkohol inför föräldraskapet samt hur det i vissa fall varit att växa upp med alkoholism. I kontrollgrupperna fortsatte barnmorskan med ordinarie alkoholinformation. Interventionsgruppen och första kontrollgruppen fyllde i förmåtningsinstrument efter inskrivningen och eftermätningsinstrument i graviditetsvecka 33. Andra kontrollgruppen deltog enbart med eftermätningsinstrument.

Resultat och slutsatser: De flesta blivande föräldrarna använde alkohol året före graviditeten men de flesta kvinnor slutade att dricka alkohol vid graviditetsbeskedet. De flesta blivande pappor fortsatte dricka under graviditet men många minskade sin konsumtion. Ungefär 25% av männen drack för avstressning och lika många berusningsdrack. Få män (2-3%) hade någon gång oroat sig för kvinnans drickande men 12% kvinnor hade någon gång oroat sig för mannens drickande. Blivande pappor får mindre stöd än gravida kvinnor till minskat drickande. I 6-13% av svaren uppgavs en alkoholiserad förälder och i 64-68% av svaren uppgavs frånvaro av alkoholism i familjen/släkten. Skillnaderna mellan grupperna var genomgående små. Dock ansåg man i interventionsgruppen i högre grad att MVC givit den viktigaste informationen om alkohol samt upplevde i högre grad stöd från varandra än i kontrollgrupperna.

Nyckelord

alkohol, graviditet, föräldrar, frågeformulär, samtal, intervention, psykosocialt stöd, socialt stöd



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Will it be of any help to discuss alcohol with parents-to-be? - The midwife's dialogue conversation about alcohol habits and psychosocial support for non-alcoholic pregnancy.				
Author Hjördis Högberg				
Author's position and address Midwife. Department of Antenatal Care, Primary Health Care South Bohuslän, Sweden. hjordis.hogberg@vgregion.se , Homeaddress: Nymilsgatan 9, S-421 37 Västra Frölunda, Sweden. hjordis@livstecken.se				
Date of approval September 29, 2005		Supervisor NHV Helena Willén, PhD, senior lecturer Bo Eriksson, Professor, researchleader		
No of pages 60	Language – essay Swedish	Language – abstract Swedish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-113-X

Abstract

Introduction: In Sweden, midwives as a routine encourage pregnant women to refrain from alcohol use but they do not discuss the habits of the father. The registration at the ACC provides a unique opportunity for both the mother and the father to reflect over alcohol habits during pregnancy and parenthood and possible alcohol problems among relatives.

Purpose: The objective was to study if conversations with both parents-to-be leads to reduced consumption of alcohol during the pregnancy and if psychosocial support primarily from the father is of importance for the mother's choice of pregnancy without alcohol and if the father receives corresponding support to decrease drinking. *Method:* The study was quasi-experimental within regular ACC-activities. The intervention group comprised of 238 couples. Two control groups with together 413 couples participated. The intervention group received written and oral information before registration and the couple filled questionnaires at registration. The couples were given opportunity to reflect about their habits and attitudes concerning alcohol in pregnancy and parenthood. They were also encouraged to think about how it in some cases was to be brought up with alcoholism. In the control groups, the midwife conducted a routine alcoholinformation. The intervention group and the first control group filled premeasuring after registration and filled postmeasuring in pregnancy week 33. The second control group only filled postmeasuring in pregnancy week 33.

Results and conclusions: Most parents-to-be, used alcohol the year before the pregnancy but the majority of the women stopped when they got to know they were pregnant. Most fathers-to-be continued drinking but many of them reduced their consumption. One quarter drank for relaxation and about as many drank to become drunk. Few men (2-3%) did ever worry about the alcohol consumption of the women but 12% of the women did ever worry about the alcohol consumption of the men. Fathers-to-be receive less support for reduced drinking than the pregnant women. In 6-13% of all answers there is a notion of alcohol problems among own father or mother and 64-68% of all answers stated absence of alcoholism among relatives. The differences between groups were generally small. However, the persons in the intervention group reported that they thought ACC to give the most important information about alcohol. They also perceived that they to a higher extent got support from each other more often than in the control groups.

Key words

alcohol, pregnancy, parents, questionnaire, dialogue, intervention, psychosocial support, social support

Innehållsförteckning	sidan
INTRODUKTION	3
Hälsa, alkohol och folkhälsa	3
Alkohol och graviditet	8
MVC och BVC:s alkoholförebyggande arbete bland blivande föräldrar i Sverige	12
Teorianknytning	15
Syfte	16
METOD	17
Design	17
Urvalsprocessen	17
Studiens uppläggning	18
Demografiska data	18
Deltagande och bortfall	20
Mätinstrument	20
Intervention	23
Genomförande	25
Analysprocessen	26
Etiska överväganden	27
RESULTAT	28
Alkoholkonsumtion vid olika tidpunkter	28
”Bingedrinking” samt alkohol för berusning och avstressning	30
Alkoholism i familjen/släkten	31
Oro för eget drickande och för partners drickande	31
Stöd inom parrelationen	31
Stöd från övrigt nätverk	35
Hur får man sin information?	37
DISKUSSION	38
SLUTSATSER	44
REKOMMENDATIONER	45
OMNÄMNANDE – TACK!	45
REFERENSER	46
BILAGOR	54
Bilaga 1 Underlag för samtal om alkohol och föräldraskap	54
Bilaga 2 Alla frågor i förmättnings - och/eller eftermättningsinstrument	55
Bilaga 3 Tabeller, vilka inte redovisats i resultatdelen	58

Under mitt första tjänstgöringsår 1972, som sjuksköterska på Barnsjukhuset i Göteborg, upplevde jag följande: En ettårig flicka är inlagd och bland annat har röntgen visat både gammal och ny skallfraktur samt gammal armfraktur. Hon sitter i spjälängan. Plötsligt ser hon skräckslagen ut och backar bakåt i sängen tills spjälarna tar emot. Jag befinner mig i rummet och tittar åt det håll där hon har blicken "fastnaglad" och upptäcker styvpappan genom fönstret på dörren in till rummet som flickan och jag befinner oss i. En alldeles vanlig man i 25-30 års åldern. Mamman fick välja mellan vårdnad om dottern eller fortsatt relation med mannen.

Vad kommer detta barns tidiga upplevelser att innebära under hennes uppväxt och under eget föräldraskap?

INTRODUKTION

Barnmorskans arbete med gravida kvinnor och blivande pappor har förändrats mycket under senare år och idag efterfrågas både medicinskt- och hälsofrämjande arbete (SOU 2000). Dock saknas tillräcklig handledning, material, metod och utbildning om alkohol för barnmorskor (Santesson 2001, Göransson et al. 2004). Under åren 1994-96 initierade och stödde Folkhälsoinstitutet (FHI) utvecklingsarbete angående alkohol inom Mödrahälsovården (MHV) och Barnhälsovården (BHV). Då utvecklades och prövades en arbetsmetod för barnmorskan, att i tidig graviditet samtala om alkohol med blivande föräldrar (Högberg et al. 1998). I denna studie avser jag pröva följande hypotes. Har socialt- och psykosocialt stöd betydelse för alkoholfri graviditet, påverkar barnmorskans dialogsamtal om alkohol socialt- och psykosocialt stöd, påverkar barnmorskans alkoholsamtal till alkoholfri graviditet samt påverkar alkoholsamtalet blivande pappan till ansvarsfull alkoholkonsumtion under graviditetstiden och inför föräldraskapet.

Hälsa, alkohol och folkhälsa

Världshälsoorganisationen (WHO)

WHO:s medlemsländer antog vid den femtioförsta världshälsoförsamlingen, maj 1998, Världshälsoodeklaration I-V. Två av deklARATIONERNA betonar vårt gemensamma ansvar samt vårt beroende av varandra i arbetet för hälsa och därmed även i arbetet för att minska skadlig alkoholkonsumtion. De lyder enligt följande: *Världshälsoodeklaration I*: Vi, medlemsländer i WHO, bekräftar på nytt att vi stöder den princip i organisationens stadgar som innebär varje människas grundläggande rättighet till bästa möjliga hälsa; härigenom erkänner vi varje människas värdighet och värde, lika rättigheter, lika skyldigheter och allas gemensamma ansvar för hälsan. *Världshälsoodeklaration IV*: Vi bekräftar att alla länder, organisationer, familjer och enskilda är beroende av varandra i arbetet för "Hälsa för alla". Som en sammanslutning av nationer skall vi gemensamt arbeta för att möta hoten mot hälsan och främja det allmänna välbefinnandet.

I WHO (1998) *Hälsa 21- hälsa för alla på 2000-talet*, Europa står i mål 12 att skadorna av alkohol, narkotika och tobak ska minska. Till år 2015 skall skadeverkningarna från

beroendeframkallande substanser som tobak, alkohol och andra psykoaktiva droger ha minskat påtagligt i alla medlemsstater. I särskilda delmål 12.2. står att i alla länder skall alkoholkonsumtionen per capita inte öka eller överskrida sex liter ren alkohol per år och den skall vara nära noll för dem under 18 år.

Hälsa inom filosofin

Vad är hälsa? Det finns många olika sätt att se på detta inom den hälsofilosofiska litteraturen enligt Klockars och Österman (2000). Pörn (2000) menar att betydande enighet föreligger om, att en individ är vid god hälsa om individen har förmågan att fungera i överensstämmelse med planen för det släkte han/hon tillhör (handlingsteoretiska hälsobegreppet). Egenskapen att vara hel, som termen hälsa etymologiskt syftar på, är just överensstämmelse mellan förmåga och plan. Med holism avses ett helhetsperspektiv. Ett holistiskt hälsobegrepp tar fasta på människan som helhet och beaktar den omgivning hon finner sig i. Det handlingsteoretiska hälsobegreppet betonar att människan är ett handlande subjekt. Holismen i detta består i att samtidigt ta hänsyn till personen, dennes mål och omständigheterna i vilka hon handlar. Nordenfeldt (2000) uppfattar hälsa som "förverkligandet av vitala mål i standardomständigheter". Häyry (2000) granskar hälsofostran ur ett moralfilosofiskt perspektiv och menar att respekten för människors självbestämmanderätt förutsätter, att hälsofostran inte i första hand är fostran till hälsa, utan snarare består i att man *gör människor medvetna om villkoren för deras egen hälsa*. Gustafsson (2000) betonar att bekräftande interaktion kan förbättra patientens hälsa genom att förbättra individens självinsikt.

Psykosocial hälsa

Hälsa består av en fysisk, psykisk och social grunddimension samt en växelverkan mellan dessa (Wärnå 2002). Begreppet "psykosocial" är enligt Hessle (1985) en samlande beteckning för ett hänsynstagande till människans personlighet och behov samt den sociala miljö med vilken hon samspelar. Psykosocial hälsa innebär således att individen har hälsa och förmåga att samspela med andra i sociala miljöer.

Alkohol och folkhälsa

Alkohol påverkar den psykosociala hälsan och har därmed betydelse för folkhälsan. Alkoholsjukdom medför personligt lidande, ekonomiskt bortfall för individen, samhällsekonomiska kostnader, påverkar sociala relationer och kan öka barns utsatthet. Alkoholintag som veckointag omräknat till "glas" medför att om kvinnor dricker 0-6 glas och män 0-8 glas anses det knappast medföra någon fara för vanebildning och andra skadliga verkningar på sikt. Kvinnor upp till 10 glas, män upp till 15 glas anses som lågriskkonsumtion. Dricker man alla 40 eller 60 centilitrarna på en gång kan man däremot få andra problem. Riskerna ökar ju mer man dricker. Exempelvis kan man se ökad risk för vissa cancersjukdomar när kvinnor dricker från 20 cl vin om dagen (9-10 glas/vecka). Vissa människor är mer sårbara än andra. Om man konstant, varje vecka, dricker mer än det som kallas "låg nivå" riskerar man både beroende, hälsoproblem och sociala konsekvenser (SOU 2000, Alkoholkommittén 2004).

- Ett "glas" motsvarar: 0,4 dl 40%-ig sprit, 1,5 dl 10,5%-igt vin, 3,3 dl 5,0%-ig starköl eller 5,0 dl 3,2%-ig folköl.
- *Bingedrinking* = intag av alkohol som motsvarar fem "glas" eller mer.

Kvinnors och mäns alkoholvanor i Norden

Kvinnors alkoholkonsumtion har ökat kraftigt både i Sverige och övriga Norden, därmed ökar fertila kvinnors missbruk och risken ökar att barn föds med alkoholskador (SOU 2000). En svensk studie visar att kvinnor med risk- eller skadlig konsumtion av alkohol ökat från 11% till 15% under åren 1997-2001 och företrädesvis i åldrarna 28-38 år. De kvinnliga nykteristerna minskade under samma period från 18% till 13% (Bergman & Kallmen 2003). I Socialmedicinsk tidskrifts temanummer Med genusperspektiv i alkoholforskningen rapporteras att sexuella övergrepp och andra barndomsfaktorer är riskfaktorer för alkoholproblem bland kvinnor (Spak L. 2003) och om oroande konsumtionsökning för alla samt att ungdomar och kvinnor i åldrarna 55-65 år ökat sin alkoholkonsumtion mest (Spak F. 2003). Det är 15 gånger vanligare att kvinnor risk-konsumerar alkohol om hon misshandlas i hemmet av sin man (Morgan 2003, 2004). Våld mot gravida kvinnor förblir oupptäckt tills direkta frågor ställs (Edin & Högberg 2002). Detta manliga våld är ofta förknippat med alkohol. Forskning visar på faderskap som orsak till förändrade alkoholvanor (Hyssälä et al. 1992b, Hyssälä et al. 1995, Högberg et al. 1998, Hensing 2003).

När är man beroende av alkohol? (alkoholberoende = alkoholism)

I denna studie har alla deltagare fått möjlighet att besvara frågan "Finns det alkoholism inom familjen/släkten?". Alkoholism är ett folkligt känt begrepp men man övergår successivt att använda uttrycket alkoholberoende. I ICD-10, som är ett internationellt system för att diagnosticera alla sjukdomar, har för första gången klara kriterier satts upp för vad som menas med alkoholberoende (SOU 1994). Det beskrivs nu som "de sju beroendekriterierna". För att en läkare ska ställa diagnosen "alkoholberoende" ska man svara ja på tre, men vilka tre som helst, av följande frågor (Alkoholkommitten 2004):

1. Har du under de senaste 12 månaderna ibland kommit att dricka mycket mer alkohol än du egentligen hade tänkt dig, eller under en längre tidsperiod än du tänkt dig?
2. Har du under de senaste 12 månaderna gjort något försök att begränsa ditt drickande men misslyckats?
3. Har du under de senaste 12 månaderna ägnat mycket tid åt att dricka alkohol, vara berusad eller återhämta dig från berusning?
4. Har du under de senaste 12 månaderna avstått från att arbeta, ägna dig åt din familj, dina vänner eller viktiga fritidsintressen för att istället dricka alkohol?
5. Har du under de senaste 12 månaderna fortsatt att dricka, trots vetskap om att det orsakar problem med andra människor eller att det orsakar psykiska besvär eller sjukdom?
6. Har du under de senaste 12 månaderna märkt att du behöver dricka mycket mer för att bli påverkad än vad du behövde tidigare?
7. Har du under de senaste 12 månaderna nån gång drabbats av fysiska eller psykiska besvär när du avbröt ditt drickande av alkohol (exempelvis skakningar, illamående eller ångest)?

Barn växer upp i alkoholmissbruk

Några av de blivande föräldrar som barnmorskan möter inom Barnmorskemottagning/mödravårdcentral (MVC) är själva barn till alkoholmissbrukare. Vissa har klarat sig bra men andra har haft svårigheter under uppväxten och behöver extra stöd inför föräldraskapet. Det som benämns och bearbetas behöver inte upprepas och upplevas i nästa generation. Barnmorskor och övriga professionella kan bidra med kunskap, psykosocialt stöd och vid behov medvetandegöra föräldrar om barns behov. Föräldrar som söker bearbetning av egna barndomsupplevelser i missbruksmiljö kan hänvisas till anhörigstödet vid kommunernas Rådgivningsbyråer.

Det är känt att 10-15% av alla barn växer upp i familjer där en eller båda föräldrarna missbrukar alkohol, både i Sverige och internationellt (SOU 1994, Weitzman & Wechsler 2000). Det innebär att 75-85.000 barn mellan 0-6 år i Sverige får sina utvecklingsmässigt viktigaste år präglade av en miljö med hög alkoholkonsumtion eller missbruk av alkohol. I Barn föräldrar alkohol (SOU 1994) påtalas att en av de allvarligaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil miljö, vilket kan leda till störningar i barnets identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund. Alkoholmissbrukarnas barn löper också större risk för eget missbruk än barn i vanliga familjer.

Metoder som kan användas av vårdkedjan under barns uppväxt

Barnmorskor på Barnmorskemottagning/MVC och sjuksköterskor på Barnavårdscentral (BVC) kan genom generella strukturerade alkoholsamtal med föräldrarna starta eller medverka i processen att reflektera angående alkoholkonsumtion, alkoholmönster, alkoholism i släkten och barns behov under uppväxten (Barns tankar om alkohol 1998, Högberg et al. 1998, Lundén et al. 1998). Barnomsorg och skola kan ta upp temat och skolhälsovården har en viktig funktion (Nilsson & Thorpert-Tidell 1998). Ungdomsmottagningens (UM) personal möter dessa barn som tonåringar. Läkare på vårdcentral har patienter med alkoholproblematik. Vårdcentralspersonal uppmanas att via screening upptäcka alkoholproblem (Eriksson et al. 2000) och personalen kan därmed samtala med föräldrar om barnens situation. Intentionen att upptäcka missbrukarnas barn/tonåringar syftar till att ge dem möjlighet att delta i strukturerad gruppverksamhet för barn och ungdomar som lever med missbrukande förälder/föräldrar, benämns BIM (barn i missbruk)-grupp. Barnen ges då ökad tillgång till sina potentiella resurser under uppväxten (hälsofrämjande) vilket minskar risken för missbruk under tonårstiden (sjukdomsförebyggande). BIM-gruppen, med två gruppleddare, pågår två timmar/vecka under en termin. Genom övingar och samtal stärks barnens/tonåringarnas självkänsla och medvetenhet om familjesituationen.

Befintlig forskning

Personal kan alltså genom strukturerat arbete med befintliga evidensbaserade metoder medverka till att barn i missbruksmiljöer lättare identifieras och ges möjlighet till BIM-grupp. Uppväxten påverkas av förälders alkoholmissbruk, BIM-gruppen bidrar som skyddsfaktor

för dessa barn som sedan fungerar bättre i den totala skolsituationen (Berle 1997). Även föräldrarnas behov bör uppmärksammas (Carlsson & Lagerstedt 1994) eftersom parrelationen i alkoholistfamiljer visar på lägre tillfredsställelse än kontrollfamiljer (Adriano et al. 1998). Många barn far illa av förälders missbruk, hamnar oftare i eget missbruk, men klarar framtiden bättre om de tidigt får hjälp för sitt eget alkoholmissbruk (Weitzman & Wechsler 2000). Ungdomar till alkoholmissbrukare som studerar på universitet är inte en riskpopulation i jämförelse med andra universitetsstudenter som varit med om andra stressorer i familjen eller uppger frånvaro av stressorer i familjen (Menees & Segrin 2000). Joursökande ungdomar med missbruksproblem har kartlagts i Göteborg. Forskarna menar att det är viktigt att försöka etablera samarbete runt dessa unga patienter med andra professioner, något som enligt utvärderingen behöver förbättras (Bona et al. 1999). Detta medför att preventivt arbete alltid bör vara allas angelägenhet och ingå i långsiktiga, strukturerade program.

Preventivt arbete ger bättre folkhälsa

Hälsopersonal behöver prioriterad tid och arbetsmetoder för folkhälsoarbete. Allebäck (2002) efterfrågar pragmatiska studier och implementeringsforskning. Forskningsresultaten ska kunna användas som beslutsunderlag för kommuner och landsting när de ska välja behandlingsmetoder och preventionstrategier. Andréasson (2002) som är alkoholläkare frågar: "kan vi hitta något sätt att ta vara på alkoholens positiva effekter utan att behöva dras med alla de negativa?" Och svarar själv: "om man skulle lyckas genomföra alla lyckade förebyggande projekt som rapporteras i facklitteraturen i stor skala skulle alkoholproblemen inte behöva öka; de skulle till och med kunna minska. Det handlar om insatser i familjer, på arbetsplatser, på mödravårdscentraler, hos distriktsläkare, i skolor och förskolor, på restauranger och barer, ungdomars fritid, och mycket annat. För allt detta krävs en ordentlig satsning på metodutveckling och utbildning men det krävs också politiska beslut från kommuner och landsting. Politiker måste kräva att detta ska genomföras och skjuta till de pengar som krävs". I Individuella skydds- och skadeeffekter av alkohol (1997) konstateras att alkoholberoende är nästan dubbelt så vanligt bland individer med psykiatriska diagnoser som i den allmänna befolkningen. Av vuxna med psykisk sjukdom har 20-30% underåriga barn (Sädås-Bergsten & Udin 2000). Det finns gruppverksamhet på några orter i Sverige för dessa barn och ungdomar.

Alkohol som sjukdomsorsak

Följderna av alkohol under graviditet har fungerat som en väckarklocka inom sjukvården. Trots detta arbetar inte personal med alkoholsjukdomen på ett aktivt sätt. Beror detta på att man inte velat ta åt sig kunskaper med konsekvenser för en själv? I många kulturer förekommer alkohol i sociala sammanhang. Epidemiologiska undersökningar har återkommit till den U-formade kurvan, men tills vidare måste erkännas att det inte går att svara på frågan om vad som är en optimal alkoholkonsumtion. Utan tvekan är det viktigt att få veta svaret eftersom alkohol ingår i vår normala livsföring. Det är angeläget att understryka att för mer än 80% av befolkningen är alkohol inte något hot, men för mellan 10 och 20% är alkohol definitivt ett hot. Jämförs detta med förekomsten av andra sjukdomar – diabetes 3-5%, hypertoni 10-12%, allergi omkring 15% - är det uppenbart att det här rör sig om en av de allra största sjukdomsgrupperna, särskilt allvarligt därför att konsekvenserna inte bara är medicinska utan även sociala (Nordén 1996).

Alkohol och graviditet

Internationellt återupptäckt kunskap om alkohol och graviditet

Kvinnor har i alla tider vetat att det är skadligt med alkohol under graviditet. Detta nämns redan i Bibeln, Gamla Testamentet, Domarboken kap. 13:7 (Graviditet och alkohol). I vår europeiska litteratur har Aristoteles talat om att alkohol försämrar kvalitén på spermier och potensen samt att det ammade barnet kan få kramper om mamman dricker vin (Graviditet & alkohol 1999). Denna kunskap försvann emellertid i den västerländska kulturen. I slutet av 1960-talet började man i Frankrike uppmärksamma sambandet mellan alkohol och fosterskador och i början av 70-talet beskrevs i USA ett fetalt alkoholsyndrom (Jones & Smith, 1973) och dess förekomst i Sverige bekräftades av Olegård et al. (1979). Watersson et al. (1990) visade på betydande kunskapsluckor i forskningen om betydelsen av alkoholens påverkan på mannens spermier och mannens alkoholkonsumtion under graviditet och hur mannen därmed indirekt kanske orsakar alkoholskador på foster och barn.

Fetal Alcohol Syndrom (FAS) och Alcohol Related Birth Defects (ARBD)

Man vet att det ofödda barnet skadas på olika sätt av alkohol (Jacobson et al. 1994), vilket kan leda till livslånga handikapp. Den fullt utvecklade skadebilden vid FAS består av tre delkomponenter; pre- och postnatal (före och efter födelsen) tillväxthämning, påverkan på centrala nervsystemets funktion samt en konstellation av yttre avvikelser framför allt lokaliserade till ansikte och huvud. Därutöver finns en ökad frekvens missbildningar framförallt i hjärtat, centrala nervsystemet och uro-genital-organen. ARBD innebär att en eller två delkomponenter drabbat barnet. Prevalensen när det gäller alkoholskador på barn är oklar på grund av underdiagnostisering (Connheim & Rydberg 2000, Strömmland 2000). Uppskattningar har gjorts att prevalensen av barn med FAS-diagnos i Sverige borde vara cirka 50-100 per årskull och dubbelt så många med ARBD (Nyberg & Allebäck 1998). Barn som utsätts för alkoholexponering under stora delar av fosterstadiet riskerar att få svåra skador som kvarstår upp genom åren. Stöd bör därför sättas in tidigt under graviditeten för att ge god prognos för barnet (Aronsson & Hagberg 1998).

Studier om alkohol och graviditet

En nordisk studie (Alm et al. 2000) visade att nio procent svenska, tre procent norska och 28% danska gravida använde någon form av alkohol mer än en gång per månad under graviditeten. Författarna påpekar dock att det finns risk för underrapportering. Dejin-Karlsson et al. (1997) visade att 33% fortsätter att använda alkohol under graviditeten om än måttligt. En annan undersökning visar att 30% gravida kvinnor fortsätter använda alkohol regelbundet under graviditet och att ett enkelt screeninginstrument upptäcker riskkonsumtion av alkohol under graviditet (Göransson et al. 2003). Watersson et al. (1990) visade att unga blivande pappor med hög konsumtion är mer förändringsbenägna till minskad alkoholkonsumtion än äldre blivande pappor med högre status.

Internationellt ställs frågan om det finns någon riskfri alkoholkonsumtion under graviditeten. En sammanställning av det internationella kunskapsläget kring alkohol och narkotika under graviditet gjordes på Socialstyrelsens uppdrag (Allebäck & Nyberg 1993). Slutsatsen av den

samlade forskningen var att det inte fanns något tröskelvärde för riskfri alkoholkonsumtion under graviditeten. Socialstyrelsen i Sverige råder gravida till alkoholfrihet då forskningen inte kan fastlägga riskfri alkoholkonsumtion (Mödrahälsovårdsutredningen 1996) och samma gäller i Finland, Island och Norge.

Danska gravida kvinnor har liksom gravida kvinnor i övriga Norden uppmanats till alkoholfrihet, men en vetenskaplig översikt medförde år 1999 att rekommendationerna ändrades till att gravida kvinnor skulle avstå eller inte dricka mer än ett "glas" per dygn och inte varje dag i veckan. Det fanns enligt expertgruppen inte längre, med bakgrund av den vetenskapliga litteraturen, belägg för att upprätthålla en noll-gräns. Hälsoministeriet bifogade dock följande rekommendation "undvik om möjligt alkohol under graviditet" (Graviditet & alkohol 1999). Dansk forskning har därefter visat att interaktioner mellan alkohol och mediciner/droger är inte tillräckligt utforskade och rekommendationerna gäller förmodligen inte om den gravida kvinnan använder mediciner/droger som samverkar metaboliskt med alkohol (Kesmodel 1999). Ingen signifikant ändring av alkoholintag bland danska gravida kvinnor visades ett år efter att rekommendationerna ändrats (Andersen et al. 2001). I kommande forskning bör frågor ställas i början av graviditeten om antal tillfällen, samt när under graviditeten "bingedrinkning" förekommit. Detta för att undvika tidigare metodologiska problem (Kesmodel 2001). Screening om alkohol under graviditet kan göras med enkla frågor via intervju eller frågeformulär. Om det finns risk för ogynnsam utgång av graviditeten på grund av bingedrinkning bör även senaste veckans konsumtion efterfrågas (Kesmodel & Olsen 2001). Därefter har dansk forskning (n=24.679 kvinnor) visat att alkoholanvändning under graviditetstiden medför ökad risk för missfall (Kesmodel et al. 2002a) och ökad risk för intrauterin fosterdöd (n=24.768 kvinnor) (Kesmodel et al. 2002b). Dansktalande gravida kvinnor intervjuades (n=439) om sina attityder till och kunskap om drickande under graviditet. De flesta kvinnorna hade fått sin information via massmedia och närstående, men trodde att det var bäst att samtala med hälsopersonal om alkohol under graviditet (Kesmodel & Schioler Kesmodel 2002). Barnmorskor och läkare ska speciellt uppmärksamma "bingedrinkning" när man frågar om alkohol och de uppmanas ge alkoholinformation till gravida kvinnor (Kesmodel et al. 2003). Gravida kvinnor, som får både information och intervention minskar sin konsumtion mer än de som får enbart information (Kesmodel & Frydenberg 2004).

Chang et al. (1999) genomförde en undersökning (n=250) där 247 gravida kvinnor erhöll formulär med uttömmande frågor om tidigare alkohol- och droganvändning. I studien fick en av grupperna dessutom en kortfattad intervention och de minskade sin konsumtion mer än övriga som enbart fick frågeformulär. Båda grupperna minskade dock sin alkoholkonsumtion.

Kunskap om alkohol och graviditet är viktig före graviditet, samt i början av graviditeten, innan den gravida kvinnan fått graviditetsbesked och hälsopersonal uppmanas att informera om detta före graviditeten (Floyd et al. 1999).

En review-studie om screeninginstrument uppmanar till användning av instrumentet "Time Followback-method" och visar på att detta instrument bäst avslöjar om barn varit exponerade för alkohol under graviditetstiden, då småbarnsmammor använder alkohol, men inte är alkoholberoende (Savage et al. 2003).

Studier i nordiska länder om blivande föräldrapars alkoholvanor

Enbart ett fåtal undersökningar som efterfrågat både den gravida kvinnans och den blivande pappans alkoholkonsumtion finns. En dansk studie (Rubin et al. 1988) beskriver hög samstämmighet mellan kvinnans och mannens alkoholkonsumtion. Personliga intervjuer gjordes med 500 nyblivna mödrar tre till fyra dagar efter förlossningen (n= 548). I 487 av hushållen bodde två föräldrar, 13 kvinnor var ensamstående men levde med andra familjemedlemmar. De hade fött friska barn efter graviditetsvecka 35, vilka vägde mer än 2000 gram. Denna studie är del av en prospektiv studie som undersöker samband mellan spädbarnsuppfödning och spädbarns sjuklighet orsakad av infektioner. Syftet i denna delstudie var att undersöka samband mellan tobak och alkohol på fosterutvecklingen från både mor och far. Resultat visar att bland dessa 500 kvinnor som 1985 födde fullgångna normala barn, rökte 40% och 70% använde alkohol. Barnvikten minskade med 9,2 gram per rökt cigarett dagligen. Av deras män rökte 46% och 80% drack alkohol. Det var vanligare att äldre kvinnor rökte. Analysen visade att de kvinnor som avstod alkohol eller drack sällan, till större del var yngre och tillhörde lägre socialklasser. Ett svagt samband fanns mellan kvinnors alkoholkonsumtion och rökning. Inget samband fanns mellan männens alkoholkonsumtion och rökning. Denna studie fokuserade på pappors roll och effekten på barnets vikt. Denna forskning visade en signifikant minskning av födelsevikt relaterad till pappans indirekta rökning och hans alkoholkonsumtion. Forskaren menar att detta medför att inte bara mammans utan även pappans rökning och drickande ska varnas för under graviditeten.

En finsk studie visade hur viktig samverkan är mellan hälsovårdens olika aktörer och föräldrar. I studien ingick 1443 gravida, av vilka 29 var ensamstående. Kvinnan erhöll, i samband med första besöket på MVC, mannens frågeformulär i slutet kuvert. Av 1414 möjliga män inkluderades 1279 pappor från starten. I projektets begynnelse väntade paren sitt första barn. Denna artikels syfte var strävan att se samband mellan alkoholanvändning och rökning, samt mäns föräldraskap, manlighet och deras attityder gentemot sina barn. Resultaten visade att MVC och BVC:s hälsoundervisning har möjlighet att påverka fäders alkohol- och rökvanor. När den fungerar optimalt får det också positiva effekter för barnen. Av deltagarna använde 94,4% alkohol. Det visade sig att blivande pappor med hög inkomst, eller som var offentligt anställda använde alkohol oftare, men drack små mängder vid varje tillfälle. Industrierbetare eller män med låg inkomst drack inte alkohol så ofta, men de drack större mängder vid varje tillfälle. Efter graviditetens början minskade 32% av männen som använde alkohol sin konsumtion. De som var yngst och som tidigare druckit mest minskade mest. De män som drack mest alkohol och var storrökare hade också en mer negativ attityd till sina barn. Dessutom, menar artikelförfattarna, bör föräldrastöd erbjudas, vilken tar i beaktande fäders livshistorier, erfarenheter av lärande och familjens aktuella livssituation. MVC och BVC skall utveckla arbetssätt och metoder som främjar mäns hälsa. Personalen ska inte tveka att samtala om svåra ämnen (Hyssälä et al. 1995).

Interventioner finns beskrivna för riskgrupper, såsom tonårsgravida med riskbeteende (Olds et al. 1998) och för kvinnor vilka fött alkoholskadade barn (Astley et al. 2000). Jämförande studier visar att frågeformulär om alkoholkonsumtion under graviditet minskar alkoholintaget, men interventioner påverkar den gravida kvinnan till ytterligare minskning av alkoholintaget (Chang 1999, Kesmodel & Frydenberg 2004). I databaserna som genomförts (Cinahl, Kvinnsam, PsycINFO, PubMed och SweMed+), redovisas inga interventioner med både den gravida kvinnan och den blivande pappan avseende alkohol. Enbart vår tidigare studie (Högberg et al. 1998) finns.

Studier om psykosocialt- och socialt stöd för alkoholfri graviditet

Få studier har utrett förhållande mellan socialt stöd och alkoholkonsumtion under graviditet (Pierce et al. 1996). De studier som gjorts ser oftast kvinnan som en isolerad individ snarare än infogad i ett kulturellt och socialt sammanhang. Socialt stöd under graviditet har inflytande på kvinnans hälsa, livsstil, kunskap och graviditetsutfall. Störst betydelse har partners stöd, men detta sociala stöd kan få motsatt effekt på bådaskickande under graviditet om alkoholism och alkoholkonsumtion inte synliggörs och samtalas om (Dunkel-Schetter et al. 1996). Det finska perspektivet (Hyssälä et al. 1992b, Hyssälä et al. 1995), med medvetenhet om pappans påverkan på familjens hälsa, är till stor del densamma i övriga nordiska länder. Alm et al. (2000) visade att 95% av de svenska paren fick stöd i föräldraskapet från den andra föräldern, medan 83% norska och 89% danska par upplevde sådant stöd. Socialt- och psykosocialt stöd under graviditet till paret är således ett viktigt område för hälsopersonal att arbeta med. Richman et al. (1995) visar att det är bristen i känslomässigt stöd till de nyblivna papporna som gav alkoholproblem, inte överbelastning inom arbetet eller hemma liksom upplevelse av otillräcklighet i rollen som pappa, precis som hos mammorna. Abela (2000) visar på jämförbart sätt att det känslomässiga stödet för minskat drickande underlättar för gravida att avstå alkohol.

Hyssälä et al. (1995) utvecklar resonemanget omkring MVC och BVC:s roll, ansvar och möjligheter gentemot föräldrarna. Forskarna påtalar att samspelet i blivande föräldrars relation förändras i samband med att de blir föräldrar, att föräldrarna har upplevelser som påverkar deras eget föräldraskap och att föräldrautbildning enskilt eller i grupp möjliggör samtal vilket underlättar fortsatt reflektion. De påtalar vidare att MVC och BVC:s personal bör anstränga sig att nå männen direkt för papporna blir tillsammans med mammorna förebilder för sina uppväxande barn och överför sina vanor till barnen. Högberg et al. (1998) visade att samtalet även ska innehålla frågan om alkoholism/alkoholberoende finns i någon eller flera av släkterna.

Ett första nödvändigt steg för att upptäcka högkonsumtion är en omfattande alkoholanamnes med samtliga gravida (Plant 2000). Högberg et al. (1998) menade att det även skulle gälla den blivande pappan och visade att 52% av kvinnorna använt alkohol i tidig graviditet, men bara tio procent gjorde det fortfarande vid inskrivningen när tidig information givits till paret/kvinnan (om ensamstående). Andra studier (Aaronson 1989, Hyssälä et al. 1992a, Abela 2000) visar att gravida dricker mindre när de har kunskap om alkoholskador på barnet, samt lättare avstår alkohol om omgivningen gör det. Detta är exempel på hur socialt stöd kan påverka alkoholkonsumtionen.

I den tidigare interventionsstudien (n=110 kvinnor och 109 män, varav en kvinna var ensamstående) deltog 108 kvinnor och 106 män i generella dialogsamtal om alkohol. Interventionen innebar att barnmorskan frågade vad kvinnan/paret visste om alkohol och graviditet när kvinnan/paret kom till MVC för graviditetstest, eller när paret vid telefonkontakt bokade tid för inskrivning. Tydlig muntlig och skriftlig information om alkohol och graviditet gavs därefter utifrån parets kunskap. De fick då även möjlighet att ställa egna frågor till barnmorskan om oro angående alkoholintag under tidig graviditet. Vid inskrivningssamtalet fick paret ifylla var sitt formulär med åtta frågor om alkoholkonsumtion året före graviditeten samt nu, vilka man dricker tillsammans med och om alkoholism finns i familjen/släkten. Därefter genomfördes dialogsamtal med paret utifrån hur de fyllt i sina frågeformulär. Efter samtalet ställde barnmorskan ytterligare muntliga frågor när de muntliga

frågorna som ingick i interventionen inte blev besvarade under samtalet. Barnmorskan frågade alltid om de provat andra droger. I samtalet med barnmorskan fick de möjlighet att samtala om eventuella barndomsupplevelser av alkoholmissbruk, vilket forskarna menar hade en medvetandegörande funktion. 62% av paren uppgav att alkoholism fanns i familjen eller släkten och bland tio procent av dessa par fanns det i bådas familjer/släkter. Studien utvärderade inte hur många blivande mammor som använde alkohol under graviditeten efter inskrivningen, men i utvärderingen uppgav 30% gravida och 14% män att de minskat sin alkoholkonsumtion under graviditeten på grund av interventionen. Utvärdering genomfördes efter besöket i graviditetsvecka 33. Paret lämnades ensamma i rummet och uppmanades att var för sig fylla i enkäten, samt återlämna den i slutet kuvert till barnmorskan. Studien visade att under året före graviditeten eller i början av graviditeten, alltså före inskrivningssamtalet, minskade 45% blivande pappor sin alkoholkonsumtion vid intervention (Högberg et al. 1998).

Att dricka öl, vin och sprit kombinerat med rökning är en livsstil som nu ifrågasätts internationellt. En studie (Ockene et al. 2002) rapporterade om ökat spontant rökstopp och alkoholfrihet under graviditet hos unga gravida med låg inkomst i USA, 28% slutade röka och 80% slutade dricka alkohol. Ökat socialt stöd för rökstopp var relaterat till spontan alkoholfri graviditet.

Generella samtal om alkohol och graviditet med både blivande mammor och blivande pappor är ett instrument för att sprida kunskap om alkoholens medicinska och psykosociala effekter. Detta medför att par/individer i riskzonen identifieras. Exempel på riskgrupper är de som är alkoholberoende, högkonsumenter, de som saknar kunskap om påverkan på det ofödda barnet och de som har alkoholism i familjen (Abela 2000). För att upptäcka högkonsumenter är en omfattande alkoholanamnes nödvändig med samtliga gravida (Högberg et al. 1998, Plant 2000, Göransson et al. 2003). För att upptäcka riskgrupper krävs dessutom dialogsamtal om alkohol inför föräldraskap med samtliga gravida kvinnor och blivande pappor.

MVC:s och BVC:s alkoholförebyggande arbete bland blivande föräldrar i Sverige

Erfarenheter under 1980- och 1990-talet

Mot bakgrund av erfarenheter från de svenska studierna angående FAS (Olegård et al. 1979, Larsson et al. 1983) och projektet "Föräldrar och alkohol" i Jämtlands- och södra Älvsborgs län genomfördes under 1980-talet ett aktivt arbete inom MVC och BVC i Sverige för att minska bruk och missbruk av alkohol hos blivande och nyblivna föräldrar (Johansson & Mägi 1985). Massmedia skrev under 1980-talet liksom idag mycket om graviditet och alkohol, medan intresset i media under 1990-talet var svagt. Under början av 1980-talet startade en behandlingsenhet för gravida missbrukare vid Familjesociala mottagningen vid Huddinge sjukhus (Harland 1996). Malmö har också en enhet, Ambulatoriet, för missbrukande gravida. Göteborg startar under våren 2005 motsvarande enhet i liten skala där två barnmorskor från Primärvården i Göteborg/Södra Bohuslän arbetar tio timmar vardera.

Folkhälsoinstitutet (FHI) prioriterade under åren 1994-96 utvecklingsarbete kring alkohol och förebyggande hälsovård inom mödra- och barnhälsovård. Lyckade projekt hade kunniga engagerade nyfikna yrkesmänniskor, vilka samverkade, utvecklade metoder och professionellt förhållningssätt, samt erhöll stöd från ledningen inom organisationen. Ekonomiskt stöd från

FHI möjliggjorde att pröva genomtänkta ideer, vilka skulle spridas och därmed fortsätta inom ordinarie MVC- och BVC verksamhet. Projekten redovisades i Ingen tid att förlora – om alkoholprevention under graviditeten (FHI 1999). Flera projekt visade på utveckling av samverkan mellan socialtjänsten, MVC och BVC för drogfri graviditet. Projekt visade på metodutveckling av alkoholsamtal med både blivande mammor och pappor i tidig graviditet. Inom flera projekt blev utbildning i samtalsmetodik, människokänedom och ämneskunskap en nyckel till framgång för att bli bättre på att tala om alkohol och tobak. Utbildningspärm samt video producerades (Strömblad & Aronsson 1996).

Folkhälsoarbete idag

I Mål för folkhälsan (2003) framhålls att det övergripande målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Ambitionen är att den totala alkoholkonsumtionen i landet skall ha minskat till år 2005. FHI anser att det förebyggande arbetet ska präglas av social helhetssyn. Ett hälsofrämjande perspektiv har förutsättningar att ge en bättre balans mellan "kropp och själ" och därmed öka den sammanlagda hälsovinsten. Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården genomgått en dramatisk utveckling vad gäller biomedicinskt kunnande. Däremot har framsteg varit mer blygsamma beträffande dess förmåga att förmedla mänsklig värme, empati och psykosocialt stöd.

Öquist (1995) menar utifrån befintlig vetenskap och forskning att "den moderna holistiska medicinen som inte bara ser sjukdomar som biologiska fenomen utan också räknar med dess psykologiska, sociala och kulturella aspekter inger förhoppningar inför framtiden. Hemligheten med visheten som ingår i all verklig professionell kunskap är att den tar med dessa vidare kretslopp i kalkylerna, att den tysta kunskapen tas till vara utan att den alltid behöver förstås och redas ut" (sid. 11). Han visar dock på Paulo Freire's pedagogik som innebär att medvetandegöra genom ordet. Förtryckta sydamerikanska bönder lämnade "tystnadens kultur" och växte i politisk makt när de lärde sig läsa och skriva (Freire 1972). Öquist skriver dessutom angående alkoholvanor "trots att spriten bedövar de allra finaste funktionerna i vårt nervsystem har den blivit allt viktigare för att bevara det genuint mänskliga. Vi super skallen av oss för att få känna oss som människa. Detta är en djupt tragisk paradox. Att ständigt vistas i dagens hyperrationella och syntetiska arbetsmiljöer får många att känna mänsklig uttorkning. Ett sätt att slå sig fri från denna dehumaniserande process är att mjuka upp pansaret med litet sprit. När berusningen glider in över våra sinnen som en våt dimbank träder en ny och annorlunda värld fram och nya tankar och känslor strömmar till" (sid. 66).

Hälsoupplýsning inom Primärvård (öppenvård) och MVC

Santesson (2001) påtalar att personal i öppenvård internationellt och nationellt anser att upplýsning om tobak och alkohol är en väsentlig del av arbetet. Man har dock inte inlemmat samtal om det som en naturlig rutin i diskussionerna med patienter, man känner överlag osäkerhet inför uppgiften och behovet av utbildning uttrycks av både personal och forskare. I denna studie (n=231 barnmorskor som arbetade vid 124 MVC) deltog 171 MVC-barnmorskor som arbetade vid 104 MVC. Barnmorskorna menade att minst hälften av arbetstiden bör avsättas för hälsoupplýsning. Tobak och alkohol betonades särskilt. Många av barnmorskorna hade bara fått utbildning en eller två eftermiddagar om alkohol. En tredjedel

av barnmorskorna diskuterade alkohol mindre än de önskade och angav glömska och känslig fråga som vanliga orsaker. Endast ett par enstaka MVC hade mycket goda erfarenheter av speciella "journaler" för rökning eller alkohol och Santesson betonar att det säkert skulle vara bra att införa detta som underlag för diskussioner med patienterna liksom för framtida forskning. Resultaten visade att det finns ett klart utbildningsbehov om alkohol, metodfrågor och problemsituationer, där många barnmorskor har mindre kunskap än de behöver för att kunna fullgöra sitt arbete väl (Santesson 2001). Göransson et al. (2004) bekräftar att detta fortfarande gäller.

Utifrån vår samhällssituation i Norden med ökande alkoholkonsumtion och fortsatt berusningsdrickande kan följande fråga ställas: hur ska hälsouppllysning genomföras med blivande föräldrar?

Alkoholsamtal i folkhälsoperspektiv med blivande föräldrar är en del av barnmorskans psykosociala arbete

Den tidigare studien (Högberg et al. 1998) visade att alkoholsamtal med blivande föräldrar i början av graviditeten uppskattades generellt av de blivande föräldrarna vid utvärderingen i graviditetsvecka 33. Ungefär lika många kvinnor (15%) som män (19%) tyckte att samtalet tog för lite tid i anspråk. De allra flesta var nöjda med samtalets längd. Kvinnor och män tyckte i lika stor utsträckning (19%) att samtalet tagit för lång tid i anspråk. Resultaten visade att samtalen kring alkohol på MVC gav "ringar-på-vattnet" effekt genom att 57% av kvinnorna och 28% av männen hade samtalat med andra än sin partner om frågor kring alkohol och graviditet, därmed medverkar föräldrarna till att sprida kunskap om alkohol under graviditet i samhället. Alkoholsamtalet på MVC var den viktigaste informationskällan för 38% av kvinnorna och 39% av männen, 76% gravida kvinnor och 66% blivande papporna uppgav att de fått sin viktigaste information om alkohol och graviditet från MVC denna eller tidigare graviditet. Åtta procent av kvinnorna och 20% av männen uppgav att en eller båda egna föräldrarna var alkoholberoende. Alkoholism förekom inom minst en av släkterna hos 62% av paren och tio procent av dessa par uppgav alkoholism i bådas släkter. Alla tre MVC-mottagningarna i kommunen hade sedan lång tid tillbaka samarbete med kommunens alkoholrådgivningsbyrå och socialtjänst i de fall då man upptäckte missbruk hos en gravid kvinna eller hos en blivande pappa (Högberg et al. 1998).

Arbetsgruppen Fortbildning för mödrahälsovården om samband mellan alkoholkonsumtion och skador under graviditet (2002), inom Socialstyrelsen, påtalade att utbildningssatsning måste utgå från ett mödrahälsovårdsperspektiv, det vill säga omfatta frågor om kvinnors alkoholkonsumtion i förhållande till såväl graviditet, barnafödande och amning som till frågor om kvinnans egen hälsa och effekter för familjen i framtiden.

Nyproducerade häftet "Ett glas kan väl inte skada?" (2004) om graviditet och alkohol distribuerades under våren år 2004 till alla Barnmorskemottagningar/MVC i Sverige tillsammans med videon Livsviktigt - om alkohol och graviditet (2004). Häftet och videon nämner inget om den blivande pappan. Vit Zon (1996) och Systembolagets broschyr "På Vems Sida Står Du?" som tidigare använts påtalade både pappans roll och antyder att alkohol kan påverka på hans spermier. En vetenskaplig broschyr om alkohol och föräldraskap vilken riktar till män som planerar att bli pappa, samt till blivande- och nyblivna pappor bör produceras ur medicinskt-, genus- och jämställdhetsperspektiv. Faderlighet och moderlighet utvecklas parallellt (Havnesköld & Risholm Mothander 2002). Pappor/partners förväntas vara

delaktiga både under och efter graviditetstiden (Clinton & Kelber 1993, Diemer 1997). Hensing (2003) påtalar behovet av preventionsforskning ur ett genusperspektiv och visar på forskning om faderskap som orsak till förändrade alkoholvanor. Den blivande föräldern med alkoholproblem, liksom partnern utan alkoholproblem, måste erhålla psykosocialt stöd från MVC, BVC, förskola och grundskola när alkoholproblematik finns i familjen eller annars hänvisas vidare, eftersom barnens uppväxtmiljö är en viktig bestämningsfaktor för barnets framtida hälsa (Ågren 2003).

Teorianknytning

I denna uppsats prövas hypotesen att socialt- och psykosocialt stöd påverkar alkoholkonsumtion i samband med föräldrablivande. Denna hypotes prövas genom frågor om stress och alkoholanvändning samt om och i så fall vilka strategier för stöd från partnern till minskad alkoholkonsumtion som underlättar minskning av alkohol under graviditetstiden. Därför har jag valt stress och coping (bemästring) som teoretisk referensram.

Stress och livshändelsen ”graviditet” gäller båda blivande föräldrarna

Att bli förälder är en tid av omställning och nyorientering i livet. Barn är för många en självklar fortsättning på kärleksrelationen och en fördjupning av relationen, som medför möjlighet till reflektion och mognad för både kvinna och man, bakåt avseende egen kulturell tillhörighet och framåt avseende gemensamt föräldraskap och sammanfogning av individernas kulturella tillhörighet (Dunkel-Schetter et al. 1996). För vissa blivande föräldrar är omställningen inte enbart en glädjefull och naturlig process, utan utmanar kapacitetsgränser, aktiverar inre konflikter (medvetet eller omedvetet) eller påminner om sårbarhet från egen uppväxt som kan leda till olika svårigheter, vilket inte alla blivande föräldrar klarar av att hantera utan stressreaktioner. Life Event Theory om livshändelser och stress finns beskriven inom stressforskningen (Ogden 2000). Stress uppkommer vid traumatiska händelser, okontrollerbara händelser, oförutsägbara händelser, händelser som utmanar kapacitetsgränser samt vid inre konflikter. Föräldrablivande är en stor livshändelse. Graviditet kan förorsaka stress som vissa par har svårt att hantera. Blivande föräldrar som stödjer varandra känslomässigt och praktiskt, samt får psykosocialt stöd av släkt eller vänner har bättre förutsättningar att bevara hälsa. Pörns (2000) teori om hälsa som handlingsförmåga innebär att par som stödjer varandras handlingsförmåga gemensamt underlättar livssituationen, vilket därmed skyddar mot skadlig stress.

Man klarar sig bättre om tillvaron är begriplig, hanterlig och meningsfull menar Antonovsky (1985). Det ger hög känsla av sammanhang (KASAM) och detta är viktigt för att minska stress. Hans teori om hälsa, stress och coping gav ökad kunskap om människors reaktioner vid stress och om människors egna inneboende möjligheter vid svårigheter. Näsman (1998) har beskrivit Antonovsky's KASAM-begrepp och visar på familjeperspektivet. Familjen kan på olika sätt vara en källa till psykosocialt stöd men även till stress. Brister i det sociala stödet eller psykosociala stödet under graviditet och tiden efter förlossningen medverkar till att nyblivna mammor blir deprimerade (Wickberg & Hwang 2003), liksom de nyblivna papporna. Egen klinisk barnmorskeerfarenhet är att när blivande föräldrar med personlighetsstörningar får psykosocialt stöd utifrån sina svårigheter minskar stressen. Richman et al. (1995) visade på alkoholproblem hos nyblivna föräldrar. Både nyblivna

mammor och pappor använde alkohol som självmedicinering vid utmattning och oro. Alkohol användningen beskrivs här som en strategi för att känslomässigt bemästra situationen.

Copingstrategier under graviditet avseende hälsa, socialt stöd och stress

Lazarus (1993a) beskriver följande copingstrategier (bemästringsstrategier): konfrontation, distansering, självkontroll, söka socialt stöd, ta ansvar, flykt-undvikande, planerad problemlösning och positiv omtolkning. Thernlund (1995) påtalar att cirka 30% av de barn som upplever traumatiska händelser utvecklar inte symtom utan hittar istället, på ett kreativt sätt, metoder att handskas med dem. Enligt Lazarus (1993b) kan copingstrategier kan vara problem- eller känslorocuserade. Folkman (1997) har utvecklat hans forskning och för in begreppet positiv coping. Egen klinisk erfarenhet är att den ena partnern inser att problemet finns hos den andra och detta är på grund av personlighet inte förändringsbart i pågående situation. Då barnmorskan har förmåga, kunskap och arbetstid för att ge adekvat socialt- och psykosocialt stöd bör stressen kunna minska hos paret/i familjen. Föräldrautbildningsgrupper inom MVC och BVC samt familjecentraler är hälsofrämjande miljöer där människor i samma livssituationer möts och lär av varandra. Dessa mänskliga möten underlättar för föräldrarna att bemästra småbarnstiden och medverkar därmed till bättre folkhälsa.

Barnmorskans lärande och hennes copingstrategier för fortsatt lärande inom yrket

Blåka (2004) visar på barnmorskans komplexa lärande in i yrket. Förmodligen kan detta medföra att barnmorskan på jämförbart sätt kommunicerar och ger hälsoupplýsning till blivande mammor och pappor. Edwards (2004) visade att barnmorskans egen rökning hade negativ inverkan på gravida. Nyutexaminerade och erfarna barnmorskor har olika ideologier om hur man ska bemöta gravida kvinnor (Hunter 2004).

Psykosocial processinriktad grupphandledning för barnmorskor

Psykosocial processinriktad grupphandledning för barnmorskor medför stöd i utveckling av yrkesrollen både bland nya och erfarna barnmorskor. Denna handledning kan därmed användas vid metodutveckling av barnmorskans samtal om alkohol med blivande föräldrar.

Syfte

Syftet är att studera och utvärdera en intervention som består i att använda en ny, utvidgad modell för alkoholsamtal med gravida kvinnor och deras partner. Interventionen syftar till alkoholfri graviditet för kvinnan och för mannen alkoholkonsumtion som är anpassad till kvinnan under graviditeten samt ansvarsfull alkoholkonsumtion i aktivt föräldraskap.

METOD

Design

Undersökningen gjordes på blivande föräldrar, inom ordinarie verksamhet vid Barnmorskemottagningar/MVC i tre län i Sverige. Alla svensktalande gravida med partner vid inskrivningstillfället erbjöds delta. Partner erbjöds ej deltagande om en gravid kvinna exkluderades på grund av språksvårigheter. I studien deltog en interventionsgrupp och två kontrollgrupper. All data insamlades från 2002-12-01 till 2004-05-31.

Urvalsprocessen

Interventionsgruppen valdes i en kommun där det fanns mångårig erfarenhet av förebyggande arbete bland barnfamiljer och samverkan mellan Barnmorskemottagning/MVC, BVC, Spädbarnsgrupp, socialtjänst och Rådgivningsbyrå. Alla barnmorskor som var anställda inom Barnmorskemottagning/MVC inom kommunen deltog i studien. Vid studiens start arbetade sex barnmorskor. Två barnmorskor slutade under året. Nya kollegor samt vikarier medförde totalt tio involverade barnmorskor.

Kontrollgrupper söktes via författarens professionella nätverk. Fyra barnmorskor från tre MVC i södra Sverige tillfrågades och planerade att delta i kontrollgrupp 1. Två barnmorskor deltog i kontrollgrupp 1, dessa barnmorskor arbetade vid studiens start utan kollegor och på två olika MVC. Före studien startade avstod de två övriga barnmorskorna deltagande i kontrollgrupp 1 på grund av tung arbetssituation. Kontakt togs då med en Barnmorskemottagning/MVC i mellersta Sverige för att få tillräckligt underlag för kontrollgrupp 1 och alla tio tillfrågade barnmorskorna deltog. Alla tio barnmorskor från denna Barnmorskemottagning/MVC i mellersta Sverige samt barnmorskorna från den tredje MVC:n i södra Sverige tillfrågades därefter att delta i kontrollgrupp 2, alla utom en barnmorska från södra Sverige deltog i kontrollgrupp 2.

Studiens uppläggning

Interventionsgrupp: Muntlig information om studien lämnades till alla svensktalande par i samband med första kontakt med Barnmorskemottagning/MVC. Skriftlig information om alkohol och graviditet samt studien skickades hem till paret före inskrivningssamtalet på Barnmorskemottagning/MVC. Paren ifyllde alkoholformulär och erhöll dialogsamtal om alkohol med barnmorskan i samband med inskrivningssamtalet. Förmätningssinstrumentet utlämnades efter inskrivningssamtalet. Eftermätningssinstrumentet utlämnades efter besöket i graviditetsvecka 33.

Kontrollgrupp 1: Muntlig information om studien lämnades till alla svensktalande par i samband med första kontakt med Barnmorskemottagning/MVC. Paren fick skriftlig information om studien i samband med inskrivningssamtalet på Barnmorskemottagning/MVC. Förmätningssinstrumentet utlämnades efter inskrivningssamtalet. Eftermätningssinstrumentet utlämnades efter besöket i graviditetsvecka 33.

Kontrollgrupp 2: Muntlig och skriftlig information om studien lämnades till alla svensktalande par i samband med det besök som var före besöket i graviditetsvecka 33. Eftermätningssinstrumentet utlämnades efter besöket i graviditetsvecka 33.

Demografiska data

Interventionsgruppens kommun har cirka 31.000 invånare, medelinkomst: män 289 tkr och kvinnor 190 tkr, (medelinkomst 240 tkr, median 219 tkr), nio procent är utlandsfödda, 81% barn finns inom förskolan och tre procent av befolkningen är arbetslös. Kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2 i mellersta Sverige är inom en kommun, vilken har cirka 90.000 invånare, medelinkomst: män 218 tkr och kvinnor 161 tkr, (medelinkomst 190 tkr, median 189 tkr), 16% är utlandsfödda, 88% barn finns inom förskolan och åtta procent av befolkningen är arbetslös. Kontrollgrupp 1: En kommun i södra Sverige har cirka 25.000 invånare, medelinkomst män 271 tkr och kvinnor 177 tkr, (medelinkomst 224 tkr, median 206 tkr), sju procent är utlandsfödda, 86% barn finns inom förskolan, fyra procent av befolkningen är arbetslös. Den andra kommunen för kontrollgrupp 1 i södra Sverige har cirka 18.000 invånare, medelinkomst män 320 tkr och kvinnor 192 tkr. (medelinkomst 254 tkr, median: uppgift saknas), sex procent är utlandsfödda, 92% barn finns inom förskolan, två procent av befolkningen är arbetslös. Kontrollgrupp 2 i södra Sverige är inom en tredje kommun. En barnmorska deltog som arbetade deltid vid denna MVC vilket medförde att 22 par tillfrågades.

Förkortningar i tabellerna: I-gr. = interventionsgrupp
K-gr1. = kontrollgrupp 1
K-gr2. = kontrollgrupp 2

Tabell 1. *Medelålder kvinnor och män samt andel förstagångsföräldrar*

<u>Grupp:</u>	<u>I-gr.</u>	<u>K-gr1.</u>	<u>K-gr2.</u>	<u>alla grupper</u>
Medelålder kvinnor	30,8	30,4	29,0	30,3
Förstföderskor %	39,6	41,1	56,1	
Medelålder män	33,3	32,5	31,3	32,6
Förstagångspappor %	36,3	41,7	50,4	

Medelåldern för gravida kvinnor var 30,3 år och för blivande pappor 32,6 år. Viss skillnad i medelålder mellan grupperna. Det är skillnad mellan grupperna avseende andel förstagångsföräldrar.

I inskrivningssamtalet deltog 64,6% av papporna i interventionsgruppen, 48,3% av papporna i kontrollgrupp 1 samt 64,0% av papporna i kontrollgrupp 2.

Före graviditeten rökte 17,9% av kvinnorna i interventionsgruppen, 17,7% i kontrollgrupp 1 samt 23,1% i kontrollgrupp 2. I graviditetsvecka 33 rökte 4,3% av de gravida kvinnorna i interventionsgruppen, 4,3% i kontrollgrupp 1 och 6,5% i kontrollgrupp 2. Före graviditeten snusade 3,8% gravida kvinnor i interventionsgruppen, 3,2% i kontrollgrupp 1 samt 6,6% i kontrollgrupp 2. I graviditetsvecka 33 snusade 2,4% av de gravida kvinnorna i interventionsgruppen, 1,5% i kontrollgrupp 1 samt 5,1% i kontrollgrupp 2.

Tabell 2. *Beskrivning avseende arbete vid förmätning (F) och eftermätning (E). Anges i %.*

<i>Grupp: kvinnor</i>	<u>I-gr. F</u>	<u>I-gr. E</u>	<u>K-gr1. F</u>	<u>K-gr1. E</u>	<u>K-gr2. F</u>	<u>K-gr2. E</u>
Arbetar mer än heltid	4,4	1,6	5,0	1,9	4,4	0,7
Arbetar heltid (heltid = H)	45,2	23,5	52,5	36,0	55,9	32,4
Arbetar deltid (deltid = D)	31,6	15,8	20,9	11,4	16,2	7,4
A-kassa: H / D	0,4 / 0,8	2,7 / 2,1	4,3 / 2,2	5,7 / 1,4	8,1 / 1,5	9,6 / 0
Föräldraledighet: H / D	8,8 / 0	8,7 / 2,7	6,5 / 1,1	0 / 0,5	3,7 / 0	2,9 / 0,7
Havandeskapspenning: H / D		22,4 / 1,5		18,0 / 0,5		26,5 / 2,9
Sjukskrivning: H / D	2,0 / 0	3,3 / 1,6	2,5 / 0	13,7 / 0	1,5 / 0	10,3 / 0,7
Studerar: H / D	2,8 / 0	3,3 / 1,1	3,6 / 0	2,4 / 0	5,1 / 0	2,9 / 0
Besvarade frågan, N=	250 kv	183 kv	278 kv	211 kv	136 kv	136 kv
<i>Grupp: män</i>	<u>I-gr. F</u>	<u>I-gr. E</u>	<u>K-gr1. F</u>	<u>K-gr1. E</u>	<u>K-gr2. F</u>	<u>K-gr2. E</u>
Arbetar mer än heltid	17,3	17,3	19,6	17,6	28,5	29,5
Arbetar heltid (heltid = H)	74,7	73,7	67,6	71,4	60,6	56,8
Arbetar deltid (deltid = D)	1,2	0	2,2	1,4	2,2	3,0
A-kassa: H / D	2,0 / 0	1,7 / 0	2,5 / 0	2,4 / 0,5	3,6 / 0	6,1 / 0
Föräldraledighet: H / D	1,2 / 0	1,7 / 2,2	0,4 / 0	0 / 1,0	0 / 0	0 / 0
Sjukskrivning: H / D	0,4 / 0,4	0,6 / 0	1,1 / 0	1,4 / 0	0,7 / 0	0,8 / 0
Studerar: H / D	2,0 / 0	1,7 / 0	2,9 / 0,4	2,9 / 0,5	4,4 / 0	3,8 / 0
Besvarade frågan, N=	249 män	179 män	266 män	210 män	137 män	132 män

Vid eftermätning var färre gravida kvinnor i interventionsgruppen sjukskrivna än i övriga grupper. I graviditetsvecka 33 arbetar fortfarande 17% av interventionsgruppens och kontrollgrupp 1's blivande pappor mer än heltid samt 29% av de blivande papporna i kontrollgrupp 2.

Tabell 3. *Beskrivning av undersökningsgrupperna avseende utbildning. Anges i %.*

<i>Grupp: kvinnor</i>	<u>I-gr.</u>	<u>K-gr1.</u>	<u>K-gr2.</u>
Ej avslutad grundskola	0	0	0
Grundskola	4,8	5,8	3,7
Gymnasium, yrkesinriktad	25,4	25,2	32,4
Gymnasium, teoretiskt	19,8	18,0	21,3
Högskoleutbildning, 3 år.	21,0	17,6	22,1
Högskoleutbildning mer än 3 år.	29,0	33,5	20,6
Besvarade frågan, N=	248 kv	278 kv	136 kv
<i>Grupp: män</i>	<u>I-gr.</u>	<u>K-gr1.</u>	<u>K-gr2.</u>
Ej avslutad grundskola	0	0	0,7
Grundskola	5,0	4,5	7,4
Gymnasium, yrkesinriktad	34,4	35,3	41,2
Gymnasium, teoretiskt	21,6	19,2	22,8
Högskoleutbildning, 3 år.	10,8	13,2	14,7
Högskoleutbildning mer än 3 år.	28,2	27,8	13,2
Besvarade frågan, N=	241 män	266 män	136 män

Kontrollgrupp 2 har, i jämförelse med övriga grupper, fler både kvinnor och män med utbildning inom yrkesinriktat gymnasium och färre med högskoleutbildning längre än 3 år. Fler kvinnor än män har högskoleutbildning, gäller alla grupperna.

Deltagande och bortfall

Interventionsgruppen (I-gr.)

I interventionsgruppen deltog 238 gravida kvinnor och 229 blivande pappor (N = 297 par). 15 par avböjde deltagande och 17 par återlämnade ej förmätning på grund av abort, missfall eller utflyttning. 228 gravida kvinnor och 219 blivande pappor återlämnade förmätningsskall, 37 gravida kvinnor och 46 blivande pappor återlämnade ej. Eftermätningsskall återlämnades av 184 gravida kvinnor och 184 blivande pappor, varav 10 par enbart besvarade eftermätningen. 173 par återlämnade både för- och eftermätningsskall.

Kontrollgrupp 1 (K-gr1.)

I kontrollgrupp 1 deltog 307 gravida kvinnor och 307 blivande pappor (N = 383 par). 39 par avböjde deltagande och 37 par återlämnade ej förmätning på grund av abort, missfall eller utflyttning. 271 gravida kvinnor och 266 blivande pappor återlämnade förmätningsskall, 36 gravida kvinnor och 41 blivande pappor återlämnade ej detta. Eftermätningsskall återlämnades av 214 gravida kvinnor och 211 blivande pappor, varav 5 par enbart besvarade eftermätningen. 202 par återlämnade både för- och eftermätningsskall.

Kontrollgrupp 2 (K-gr2.)

I kontrollgrupp 2 deltog 163 gravida kvinnor och 163 blivande pappor (N = 164 par). Gruppen deltog ej i förmätningen. Ett par avböjde deltagande, 26 gravida kvinnor och 30 blivande pappor återlämnade ej eftermätningsskall. Eftermätningsskall återlämnades av 137 gravida kvinnor och 133 blivande pappor. 133 par återlämnade eftermätningsskall.

Mätinstrument

Informationsblad utdelades till alla som erbjöds deltagande i studien. Information gavs om undersökningen, syfte, frivillighet och att enkäten beräknades ta cirka 15 minuter att fylla i. Namn, adresser samt telefonnummer till lokalt ansvariga för studien, projektansvarig samt handledare fanns med på bladet. Namnlistor gavs till barnmorskan att ifylla deltagande patienter/par samt bortfall och barnmorskan erhöll även bortfallsinstrument som hon ifyllde med bakgrundsdata gällande för gravida samt partner som avstod deltagande. Både förmätningsskall och eftermätningsskall hade mindre blad upptill med förklarande text att detta blad kommer att tas bort från formuläret efter kodning samt att namn och födelsedatum behövdes till alla data var insamlade. Dessutom påtalades att parternas namn och födelsedatum behövdes för att identifiera paret. Där fanns även utrymme att ifylla eget namn och födelsedata (6 siffror) + partners namn och födelsedata. Förmätningsskall bestod av nio delar. Figur 1 fanns på framsidan (se sidan 22). Eftermätningsskall bestod av nio delar. Figur 2 fanns på framsidan (se sidan 22). Eftermätningsskall för kontrollgrupp 2 innehöll dessutom förmätningens bakgrundsfrågor och formulär 1 gällande året före graviditeten.

Utgångspunkten vid mätinstrumentets utarbetande var att de allra flesta nyttjade alkohol året före graviditeten. Foster och ofödda barn liksom småbarn och förskolebarn påverkas av mängden alkohol oberoende av vilken koncentration alkoholdrycken har. Formulären var avsedda att kunna besvaras av nykterister, normalkonsumenter, högkonsumenter, de som

förnekade-, tidigare haft- eller nu var alkoholberoende. Studien hade för avsikt att även inkludera par där en av parterna var nykterist. Partner som använde alkohol var intressant att inkludera i studien, detta hade varit omöjligt om helnykteristerna skulle avstå att besvara frågorna angående partnern, eftersom båda i paret undantagsvis var nykterister.

Formulärens innehåll

För att kartlägga alkoholkonsumtion användes *Formulär 1 (Bilaga 1)*, som var ett reviderat frågeformulär från tidigare studien (Högberg et al. 1998). Revideringen innebar att frågorna om alkoholkonsumtion året före hade ändrats till AUDIT-frågor (Sauders et al. 1993) efter samråd med annan forskare, för att kunna jämföra med andra studier. Detta formulär använde barnmorskan i interventionen och efter inskrivningssamtalet fick den som önskade delta i studien tillbaka sitt formulär 1, vilket därmed bifogades till förmätningssinstrumentet.

Det finns många frågeformulär för att mäta socialt stöd, men inget som var direkt anpassat till den aktuella situationen. Spouse Enabling Inventory (Thomas et al. 1994a) och Spouse Sobriety Influence Inventory (Thomas et al. 1994b) användes i modifierad form till formulär två och tre. *Formulär 2* gavs enbart till gravida kvinnor. Fråga 9 gav utrymme för egna kommentarer. Fråga 10 – 13: tvågradig skala ja/nej. Fråga 14: femgradig skala mellan mycket lätt och mycket svårt. Fråga 15-18 samt fråga 20-25: femgradig skala mellan alltid och aldrig, vid fråga 19 och 26 fanns utrymme för egna kommentarer. Fråga 27-32: tvågradig skala med instämmer/instämmer ej, vid fråga 33 fanns utrymme för egna kommentarer. *Formulär 3* till mannen motsvarade formulär 2 till kvinnan. Vid fråga 34 fanns utrymme för egna kommentarer. Fråga 35 – 38: tvågradig skala ja/nej. Fråga 39 femgradig skala. Fråga 40-43 samt fråga 45-51: femgradig skala mellan alltid och aldrig, vid fråga 44 samt fråga 52 fanns utrymme för egna kommentarer. Fråga 53-58: tvågradig skala med instämmer/ instämmer ej, vid fråga 59 fanns utrymme för egna kommentarer.

Olika studier har frågat på olika sätt om alkoholkonsumtion, attityder och om erhållen information och skadeverkningar av alkohol på foster/barn under graviditet. Formulär fyra till sju utformades utifrån egna erfarenheter och utifrån litteratur och artiklar som lästs. Frågorna har prövats i pilotstudie, förändrats och sammanställts i dialog med andra forskare samt kollegor. *Formulär 4* var gemensamt för båda, fråga 60-64, 66-73, 75-77: tvågradig skala med ja/nej. Vid fråga 65 och fråga 73 fanns utrymme för egna kommentarer. *Formulär 5* var en uppföljning för den gravida kvinnan av formulär 1. Fråga 78 med tregradig skala: ja/nej/vet ej, fråga 79-80 med tvågradig skala: ja/nej. *Formulär 6* gällde både gravida och partner, fråga 82-84: tregradig skala med instämmer helt, instämmer delvis, instämmer ej. *Formulär 7* var tvågradig skala med ja/nej. Eftermätningssinstrumentet innehöll dessutom tre utvärderingsfrågor vilka även använts i tidigare studien (Högberg et al. 1998), fråga 86 var svar med rangordning 1 till 5, där 1 = viktigast och 5 = haft minst betydelse. Fråga 87 och fråga 88 var med femgradig skala från ”ingen alls” till ”våldigt mycket”.

Formulär 8 gav tomt utrymme på en hel sida med uppmaning att skriva egna kommentarer och/eller berättelser. Längst ner på sidan står: *Tack för din medverkan!* Kommentarererna och berättelserna i formulär 8 planeras att analyseras senare och publiceras i separat artikel.



Figur 1. Bilden var kopierad i svart/vit på förmättningsinstrumentets framsida



Varsågod, **tag loss** och behåll **detta släktträd**, fyll i namnen om du önskar – se kopian bakom kortet !

Figur 2. Bilden var ett löst kort tejpat på eftermätningsinstrumentets framsida.

Alla frågor i förmättningsinstrument och eftermätningsinstrument visas i Bilaga 2.

Utveckling av instrument för att mäta socialt – och psykosocialt stöd angående alkohol och graviditet

Studiens inomvetenskapliga relevans låg huvudsakligen i att utveckla instrument för att mäta socialt- och psykosocialt stöd i den specifika situation vi här studerade. De instrument som fanns mätte antingen socialt stöd generellt, eller närståendes stöd i syfte att påverka en alkoholmissbrukares drickande. Inget av dessa instrument var adekvata här. Vid litteraturgenomgång hittade vi ej mätinstrument angående parsamtal om vanor och attityder till alkohol under graviditet. Vi lyckades inte finna några interventioner som byggde på samtal

med båda föräldrarna under graviditet och fann ej heller något instrument som mätte socialt stöd eller mätinstrument om betydelsen av socialt stöd för alkoholfri graviditet. Det saknades även instrument som mätte om, och i så fall på vilket sätt, blivande föräldrar inom parrelationen påverkade varandras alkoholkonsumtion inför föräldraskapet. Studien kan således bidra till att utveckla teori om socialt- och psykosocialt stöd, liksom den praktiska tillämpbarheten av sådan teori.

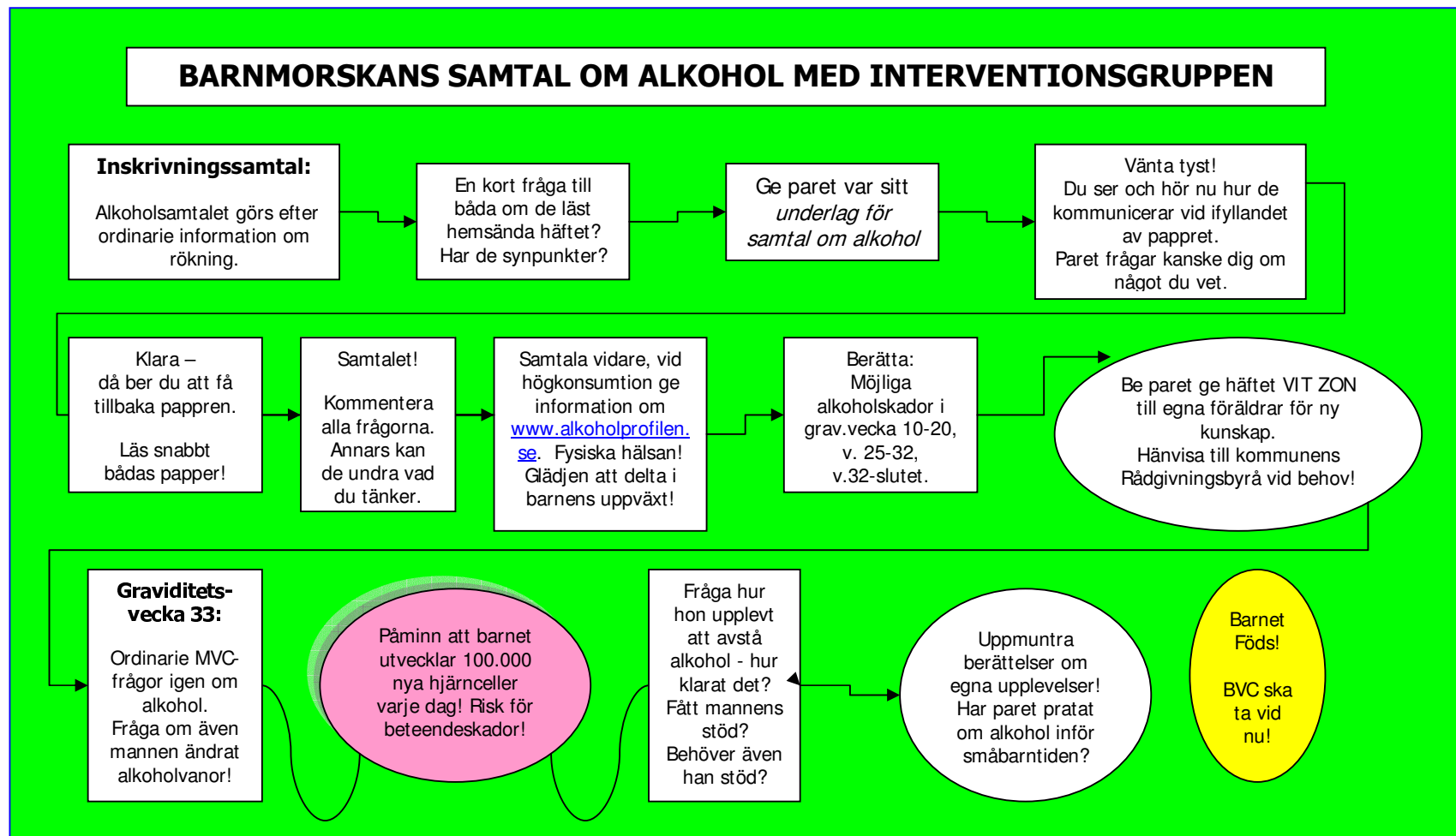
Intervention

Innan studien planerades tillfrågades interventionsgruppens barnmorskor samt barnmorskorna i södra Sverige om de var villiga att delta i en kommande studie. Före utdelning av enkäter gavs skriftlig information om studien till deltagande barnmorskor i interventionsgrupp och kontrollgrupper. Deltagande barnmorskor tog del av formulärens frågor innan studien startade. Alla deltagande barnmorskor tillfrågades före studiens början att delta med personliga erfarenheter av studien. Alla barnmorskor accepterade detta. Enkäten utdelades under september 2004 till alla barnmorskor. Då hade alla mätinstrument inkommit. Resultat av barnmorskeenkäten planeras att redovisas i egen artikel.

Muntlig och skriftlig information om studien gavs till interventionsgrupp vid graviditetsbesked på barnmorskemottagningen eller när paret per telefon bokade tid för inskrivningssamtal. De gravida kvinnor som gjorde graviditetstest vid Barnmorskemottagning/MVC eller ringde barnmorskan och beställde tid för inskrivning tillfrågades om vad hon visste om graviditet och alkohol. Hon uppmanades att ej dricka alkohol och paret uppmanades läsa häftet "Vit Zon" före inskrivningen. Barnmorskan gav muntlig information om att alkoholsamtal alltid förekommer och att de skulle tillfrågas om deltagande i studien. Information om studien sändes hem med ordinarie MVC-information.

Barnmorskan började inskrivningssamtalet rutinmässigt. Efter en halvtimme frågade barnmorskan angående rökning och därefter om paret läst häftet "Vit Zon". Sedan gav barnmorskan den gravida kvinnan och hennes man var sitt alkoholsamtalsunderlag (Bilaga 1). Paret ombads fylla i frågeformulären. Barnmorskan var närvarande. Alkoholsamtalet genomfördes som dialogsamtal om alla frågorna i formuläret. Paret själva berättade egna erfarenheter och attityder om alkoholvanor under denna och tidigare graviditeter samt inför föräldraskapet. Under alkoholsamtalet frågade barnmorskan om paret visste hur fosterhjärnan utvecklas under olika perioder av graviditeten. Annars berättades om detta och att alkohol kan skada fosterhjärnans utveckling under hela graviditeten. Paret gavs möjlighet till samtal och reflektion omkring alkohol och föräldraskap. Tillräcklig tid skulle finnas om paret önskade prata om egna erfarenheter, samt om svåra känslor eller minnen aktiverades. Barnmorskan förtydligade att blivande föräldrar nu fortfarande kunde skydda sitt växande foster mot eventuella alkoholskador. Figur 3 på sidan 24 visar hur alkoholsamtalet genomfördes. Barnmorskorna hade skriven mall för hur alkoholsamtalet kunde genomföras (Högberg 2000). Alkoholsamtalet finns publicerat i Jordemodern (Högberg 2003).

Alla blivande föräldrar i den populationen deltog i interventionen. De tillfrågades efter inskrivningssamtalet om deltagande i studien. Alkoholsamtal med alkoholsamtalsunderlag blev ordinarie arbetssätt från studiens början för alla barnmorskor i kommunen.



Figur 3. Visar struktur i dialogsamtal om alkohol samt struktur vid uppföljning i graviditetsvecka 33 med interventionsgruppens par.

Genomförande

Pilotstudien

Deltagande barnmorskor hade innan pilotstudien startades lämnat synpunkter på förmätning. Även andra barnmorskekollegor och forskare delgavs förmätning. En pilotstudie skulle genomföras med tio par vid Barnmorskemottagning/MVC för att pröva förmätningssinstrumentet.

Förmätningssinstrumentet skickades hem till paren tillsammans med ordinarie information före inskrivningssamtalet. Efter alkoholsamtalet tillfrågades paren om synpunkter på förmätningen. Några av de män som hade en regelbunden veckokonsumtion av alkohol hade reagerat på vissa delar av förmätningssinstrumentet. En spontan kommentar från en man när han överlämnade kuvertet var: ”man är väl ingen djävla alkoholist”. Ett annat par hade glömt ta med formulären, vid telefonkontakt av annan anledning efter inskrivningssamtalet medgav mannen att han slängt formulären men inte hans fru (detta par var högkonsumerter). Denne man hade även synpunkter på efterföljelse av personuppgiftsdatalagen, erhöll förklaring och blev nöjd. En tredje man ifrågasatte hela förmätningssinstrumentet vid inskrivningssamtalet men hade inte läst informationsbladet. Han läste och kommenterade spontant ”nu är frågorna ok”. Efter ett annat alkoholsamtal dokumenterades att en fjärde man reflekterat följande angående en sommarfest där parets och andra små barn var med ”hade jag inte varit nykter hade jag kanske inte reagerat på min pojkes beteende?”. Hans ett och ett halvt-årige pojke hade varit påtagligt reserverad mot salongsberusade vänner som den lille pojken i vanliga fall gärna gick till.

Kvinnorna upplevde att alkohol var självklart att avstå under graviditeten, därmed ansåg de att många frågor inte berörde dem. De accepterade att delta när barnmorskan hänvisade till att generell kunskap saknas om hur blivande föräldrar idag använder alkohol, hur konsumtionen förändras under graviditet och inför föräldraskapet samt att barnmorskans alkoholsamtal vanligtvis inte genomförs med utgångspunkt omkring bådats alkoholkonsumtion. Inga negativa synpunkter på alkoholsamtalsunderlaget (Bilaga 1) förekom bland paren.

Studien

Alla svensktalande gravida kvinnor som hade partner vid inskrivningstillfället erbjöds deltagande. Män erbjöds ej deltagande när kvinnan exkluderades på grund av språksvårigheter. Barnmorskemottagningarna i södra Sverige skickade ej hem information utan blivande föräldrar fick all skriftlig information vid inskrivningen. Detta medförde att förmätningssinstrumentet fick lämnas ut till alla deltagande grupper efter inskrivningssamtalet. Förmätningssinstrumentet ifylldes efter besöket och återlämnades till barnmorskan eller återlämnades vid nästa besök. Även interventionsgruppens barnmorskor uppskattade personlig kontakt vid inskrivningssamtalet innan förmätningssinstrumentet lämnades ut och paret skulle besvara känsliga frågor omkring alkohol och graviditet.

Interventionsgruppen

Interventionsgruppen erhöll muntlig och skriftlig information om studien vid graviditetsbesked på Barnmorskemottagning/MVC eller när paret per telefon bokade tid för inskrivningssamtal. Paren uppmanades läsa i Häftet Graviditet och Alkohol (FHI) hur

alkoholen påverkar fostret och hur fostrets hjärna utvecklas (sidorna 6-9). Två månader efter studiens start byttes informationshäfte till det då enda tillgängliga Vit Zon (FHI). Paren uppmanades nu att läsa hela häftet om alkohol under graviditet och inför föräldraskap. Interventionen genomfördes under inskrivningssamtalet. Efter inskrivningssamtalet tillfrågades paret om deltagande i studien av barnmorskan. Förmätningssinstrumentet gavs till kvinna och man. Paren ombads att återlämna formulären i slutna kuvert efter besöket eller vid nästa besök. Eftermätningssinstrumentet utlämnades efter besöket i graviditetsvecka 33, se figur 3 sidan 24.

Kontrollgrupp 1 i mellersta Sverige och i södra Sverige

Barnmorskan gav alkoholinformation på samma sätt som tidigare. Kontrollgrupp 1 erhöll muntlig information om studien vid graviditetsbesked på Barnmorskemottagning/MVC eller när paret per telefon bokade tid för inskrivningssamtal. Skriftlig information om studien gavs när kvinnan/paret kom för inskrivningssamtal eftersom ingen skriftlig information skickades hem. Förmätningssinstrumentet gavs till paret efter inskrivningssamtalet hos barnmorskan. Deltagarna ombads att återlämna formulären i slutna kuvert efter besöket eller vid nästa besök. Eftermätningssinstrumentet gavs till paret efter besöket i graviditetsvecka 33. Deltagarna ombads att återlämna formulären i slutna kuvert efter besöket eller vid nästa besök.

Kontrollgrupp 2 i mellersta Sverige och i södra Sverige

Barnmorskan gav vid inskrivningssamtalet alkoholinformation på samma sätt som tidigare. Muntlig och skriftlig information om studien gavs till kontrollgrupp 2 vid barnmorskebesöket före graviditetsvecka 33. Eftermätningssinstrumentet gavs till paret efter besöket i graviditetsvecka 33. Deltagarna ombads att återlämna formulären i slutna kuvert efter besöket eller vid nästa besök.

Rutinfrågor i MVC-journalen om alkohol

I Sverige ifyller barnmorskor MVC-journalen med kvinnans uppgivna alkoholkonsumtion tre månader före graviditeten och vid inskrivningen (☐ sällan/aldrig, ☐ högst 1 gång/vecka, ☐ mer än 1 gång/vecka). Rutinen påverkades inte av studien. Vid besöket på Barnmorskemottagning/MVC i graviditetsvecka 33 tillfrågas kvinnan om aktuell alkoholkonsumtion vilket journalförs på samma sätt. Därför utlämnades eftermätningssinstrumentet vid detta besök.

Analysprocessen

SPSS 11.0 och WindowsXP användes. Analys: Descriptive Statistics med Crosstabulation. Analysen syftade till att mäta fördelning av svar i procent på gruppnivå inom interventionsgruppen och kontrollgrupp 1 vid för- och eftermätning samt inom kontrollgrupp 2 enbart vid eftermätning. Därefter jämfördes mellan interventionsgrupp, kontrollgrupp 1 och kontrollgrupp 2. Alla frågor analyserades, även separat för k-gr1. och k-gr2. i båda länen.

Etiska överväganden

Studien godkändes av medicinsk forskningsetisk kommitté i Göteborg och Lund/Malmö. Personer inom interventionsgruppen som hade fortsatt samtalsbehov efter alkoholsamtalet följdes upp av barnmorskan eller erbjöds samtalskontakt med ordinarie kurator/psykolog eller kontakt med alkoholrådgivningsbyråns anhörigstöd. Pappor med alkoholproblematik erbjöds kontakt med alkoholrådgivningsbyrå, gravida kvinnor samverkan med missbruksteam eller med kommunens socialtjänst. Rådgivningsbyrån i kommunen var informerad om studien och försåg MVC med sina broschyrer. Barnmorskorna deltog i ordinarie handledning av mödrahälsovårdpsykolog. I södra Sverige följdes ordinarie rutiner, lokalt ansvarig barnmorska önskade själv kontakta Rådgivningsbyrån vid behov. I mellersta Sverige tog projektansvarig kontakt med Rådgivningsbyrån, alla barnmorskorna fick därmed namn och telefonnummer till kontaktperson vid Rådgivningsbyrån.

Deltagare i studien registrerades ej i MVC-journalen för att barnmorskorna skulle slippa mer samtal med deltagare om formalia gällande studien. Projektledaren ville undvika att blivande föräldrar avböjde deltagande på grund av eventuell rädsla för journalregistrering. Tiden för inskrivningsamtalet är begränsad och tid för blivande föräldrars egna viktiga frågor minskas ändå på grund av studien. "Alkoholsamtal i folkhälsoperspektiv" skrevs in i journalen för interventionsgruppen, lika för deltagare i studien och de par som avstod deltagande i studien.

Enkäterna förvarades i låst skåp.

Förfrågan gjordes till ansvarig för personuppgiftsdatalagen inom Bohuslandstinget av Västra Götalands Regionen (VGR), Margareta Jönsson, som gav besked att det ej behövdes vid denna undersökning då kodning utfördes och inga personnummer dataregistrerades. Dataregistrering med registrering av personnummer bortvaldes för att garantera sekretess även inför framtiden till deltagarna i studien. Persondataregistrering bortvaldes för att även omöjliggöra samkörning med andra register i framtiden eftersom alkoholism i familj/släkt efterfrågats.

RESULTAT

I uppsatsen redovisas resultat på gruppnivå, främst angående förändrade alkoholvanor och parets inbördes påverkan av varandra angående alkohol under graviditet. Urvalet visar dessutom hur komplext barnmorskans alkoholsamtal är vilket medför att kunskap, metod, psykosocial handledning, struktur inom organisation och politiska beslut krävs för att genomföra folkhälsoarbete i praktiken. Frågeformulärens alla frågor, se Bilaga 2. Tabeller som inte redovisas i resultatdelen, se Bilaga 3. Tabelltitlarna återger motsvarande frågor i formulären.

Förkortningar i resultatdelen samt i Bilaga 2 och Bilaga 3:

Interventionsgrupp = I-gr.
Kontrollgrupp 1 = K-gr1.
Kontrollgrupp 2 = K-gr2.

Alkoholkonsumtion vid olika tidpunkter

Tabell 4. *Har din alkoholkonsumtion ändrats något under det senaste året före graviditeten? Anges i %.*

<u>Förmätning:</u>	<u>ökat</u>	<u>oförändrad</u>	<u>minskat</u>	<u>nykterist</u>
I-gr. kvinnor	1,4	64,4	32,4	1,4
I-gr. män	0,5	74,1	24,1	1,4
N= 222 kvinnor och 212 män				
K-gr1. kvinnor	1,1	67,2	27,1	4,6
K-gr1. män	0,4	71,5	24,2	3,9
N= 262 kvinnor och 256 män				
K-gr2. kvinnor	0,8	59,4	35,3	4,6
K-gr2. män	1,5	74,0	22,9	1,5
N= 133 kvinnor och 131 män. Frågan besvarades vid eftermätningen				

Förmätningen visade att de flesta inte ändrar sina alkoholvanor året före graviditeten. Dock uppgav mer än en fjärdedel av kvinnorna och cirka en fjärdedel av männen i interventionsgrupp och kontrollgrupp 1 att de minskat sin alkoholkonsumtion senaste året före denna graviditet. Kvinnorna och männen i kontrollgrupp 2, som besvarade frågan vid eftermätningen, uppgav samma minskning av alkoholkonsumtionen. Mindre än 5% av både kvinnorna och männen i alla grupperna uppgav att de är nykterister.

Eftermätningen i vecka 33 visade att de flesta gravida kvinnorna inte drack under graviditeten. Dock uppgav cirka sex procent av de gravida kvinnorna att de drack alkohol. De drack oftast en gång i månaden, enbart enstaka gravida kvinnor uppgav två till fyra tillfällen per månad. Ungefär tre av fem män i I-gr. och K-gr1. drack alkohol varje vecka eller oftare och hälften av männen i K-gr2. Fem procent av männen i I-gr. och K-gr1. samt åtta procent av

männen i K-gr2. uppgav att de aldrig drack alkohol under graviditeten. Övriga män, alla grupper, uppgav att de drack en gång i månaden.

Tabell 5. *Din alkoholkonsumtion efter graviditetsbeskedet. Anges i %.*

<u>Förmätning</u>	<u>ökat</u>	<u>oförändrad</u>	<u>minskat</u>	<u>dricker inte alls nu</u>
I-gr. kvinnor	0	1,8	4,9	93,3
I-gr. män	0	58,2	37,1	4,7
N= 223 kvinnor och 213 män				
K-gr1. kvinnor	0	2,7	6,9	90,4
K-gr1. män	0	58,7	37,8	3,5
N= 260 kvinnor och 254 män				
K-gr2. kvinnor	0	3,0	5,9	91,1
K-gr2. män	0,8	43,8	49,2	6,2
N= 135 kvinnor och 130 män. Frågan besvarades vid eftermätningen.				

Förmätningen visade att de flesta gravida kvinnorna drack inte alkohol efter graviditetsbeskedet, ett fåtal drack som tidigare och övriga hade minskat vid inskrivningssamtalet. Inga män uppgav att de hade ökat sin alkoholkonsumtion efter graviditetsbeskedet och drygt hälften av männen i I-gr. och K-gr1. uppgav att de drack samma mängd vid tiden för inskrivningssamtalet som före graviditeten. Dock uppgav 37% av männen i I-gr. och K-gr1. att de hade minskat sitt alkoholintag efter graviditetsbeskedet. I i K-gr2. uppgav 49% av männen att de hade minskat sitt alkoholintag efter graviditetsbeskedet men de besvarade frågan retrospektivt, vid eftermätningen.

Tabell 6. *Dina alkoholvanor UNDER graviditeten? Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>ökat</u>	<u>oförändrad</u>	<u>minskat</u>	<u>nykterist</u>
I-gr. män	0,6	62,0	35,2	2,2
N= 179 män				
K-gr1. män	0	57,1	39,5	3,3
N= 210 män				
K-gr2. män	0,8	47,0	47,7	4,5
N= 132 män				

Inga män uppgav i graviditetsvecka 33 att de ökat sin alkoholkonsumtion under graviditeten. Drygt hälften av männen i I-gr. och K-gr1. samt nästan hälften av männen i K-gr2. uppgav att de drack samma mängd som före graviditeten. Dock uppgav 35% av männen i I-gr., 39% av männen i K-gr1. samt 48% av männen i K-gr2. att de minskat alkoholkonsumtionen under graviditeten.

Tabell 7. *Din alkoholkonsumtion nu? (Vid eftermätning, i graviditetsvecka 33). Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>ökat</u>	<u>oförändrad</u>	<u>minskat</u>	<u>dricker inte alls nu</u>
I-gr. kvinnor	0	3,3	4,9	91,8
I-gr. män	2,2	52,2	41,0	4,5
N= 184 kvinnor och 178 män besvarade frågan				
K-gr1. kvinnor	0	3,8	7,1	89,2
K-gr1. män	0,5	50,2	42,2	7,1
N= 212 kvinnor och 211 män besvarade frågan				
K-gr2. kvinnor	0	3,7	3,0	93,3
K-gr2. män	0,8	43,8	50,0	5,4
N= 134 kvinnor och 130 män				

Enbart enstaka män uppgav att de hade ökat sin alkoholkonsumtion nu i kvinnans graviditetsvecka 33 och ungefär hälften av männen uppgav att de drack samma mängd som tidigare men viss skillnad uppstod mellan grupperna. Dock uppgav nu fler än två av fem män att de hade minskat sin alkoholkonsumtion samt att ungefär var tjugonde man inte alls använde alkohol nu i slutet av graviditetstiden.

”Bingedrinking” samt alkohol för berusning och avstressning

Förmätningen visade att 56% av I-gr., 46% av K-gr1. samt 48% av K-gr2.:s kvinnor aldrig drack 6 glas eller mer vid ett och samma tillfälle året före graviditeten. Dock medgav de flesta männen, alla grupper, bingedrinking men oftast mer sällan än varje månad. Av männen uppgav 22% i I-gr., 17% i K-gr1. samt 15% i K-gr2. att de avstod bingedrinking. Eftermätningen visade att endast någon enstaka gravid kvinna uppgav bingedrinking under graviditeten, ingen skillnad mellan grupperna. Cirka tre av fyra män uppgav bingedrinking under graviditetstiden, viss skillnad mellan grupperna. Cirka var tionde man uppgav bingedrinking under graviditeten varje månad eller oftare. Fler män i K-gr2. än övriga gruppers män avstod bingedrinking under graviditetstiden.

Förmätningen visade att mer än var fjärde kvinna och att mer än var tredje man använde alkohol som berusning före graviditeten. Eftermätningen visade att någon enstaka gravid kvinna berusningsdrack under graviditeten. Av de blivande papporna fortsatte 27% i I-gr., 29% i K-gr1. samt 35% i K-gr2. med berusningsdrickande.

Förmätningen visade att få kvinnor uppgav bingedrinking som ”normalkonsumtion” året före graviditeten, cirka åtta procent i I-gr. och tio procent i K-gr1. samt 17% i K-gr2. Dock uppgav 25% av de blivande papporna i I-gr., 29% i K-gr1. samt 43% i K-gr2. bingedrinking som ”normalkonsumtion”. Eftermätningen visade att 17 % av I-gr., 21% av K-gr1. samt 33% av K-gr2. blivande pappor uppgav bingedrinking som ”normalkonsumtion” under graviditeten.

Förmätningen visade att cirka var femte kvinna och mer än var fjärde man använde alkohol som avstressning före graviditeten. Eftermätningen visade att någon enstaka gravid kvinna samt mer än var fjärde blivande pappa även drack för avstressning under graviditeten.

Alkoholism i familjen/släkten

Cirka två tredjedelar av både kvinnorna och männen uppgav att det ej fanns alkoholism i familjen/släkten. Cirka sju procent av de gravida kvinnorna och cirka tio procent av de blivande papporna uppgav ”vet ej” angående alkoholism inom familjen/släkten. Lite skillnad mellan grupperna. Detta medför att ungefär var tredje hade erfarenhet av alkoholism. Mellan sex och tolv procent av de blivande föräldrarna uppgav egen alkoholberoende förälder.

Oro för eget drickande och för partners drickande

Vid förmätningen uppgav fyra procent av de gravida kvinnorna i I-gr. och 12,3% i K-gr1. samt 11% av de blivande papporna i I-gr. och 12,3% i K-gr1. att de någon gång oroat sig för sin egen alkoholkonsumtion. K-gr2. besvarade enbart frågan vid eftermätningen, då uppgav 5,7% av de gravida kvinnorna samt 12,3% av de blivande papporna att de någon gång oroat sig för sin egen alkoholkonsumtion.

Cirka 12% av de gravida kvinnorna hade någon gång oroat sig för sin partners alkoholkonsumtion. Färre än tre procent blivande pappor hade någon gång oroat sig för hennes drickande.

Stöd inom parrelationen

Tabell 8. *När Du försöker avstå alkohol, hur ofta stödjer din partner Dig? (Fråga till den gravida kvinnan). Anges i %.*
När Du försöker minska/avstå alkohol inför föräldrskapet, hur ofta stödjer din partner Dig? (Fråga till partnern). Anges i %.

<u>Eftermätning</u>	<u>alltid</u>	<u>ofta</u>	<u>ibland</u>	<u>sällan</u>	<u>aldrig</u>
I-gr. kv.	90,5	0	0,6	1,2	7,7
I-gr. män	53,2	5,7	7,8	5,7	27,7
N= 168 kvinnor och 141 män					
K-gr1. kv.	89,9	3,2	0,5	1,1	5,3
K-gr1. män	52,3	6,9	12,6	4,6	23,6
N= 189 kvinnor och 174 män					
K-gr2. kv.	91,9	0	2,4	0	5,6
K-gr2. män	56,0	3,4	7,8	3,4	29,3
N= 124 kvinnor och 116 män					

Både vid för- och eftermätning erhöll de flesta gravida kvinnorna alltid stöd av sin partner till alkoholfrihet men enbart drygt hälften av männen upplevde alltid stöd för minskad alkoholkonsumtion av den gravida kvinnan. Fyra till sju procent av de gravida kvinnorna och 23-29 % av de blivande papporna erhöll aldrig detta stöd från sin partner.

Förmätningen visade att de flesta gravida kvinnor upplever att det är lättare att avstå alkohol när hon tänkte på deras foster/barn i livmodern (I-gr. 90,5%, K-gr1. 88,6%). Dock uppgav ungefär var tionde gravid kvinna att det inte hade någon betydelse. Ungefär hälften av männen upplevde att det underlättade att minska sitt drickande om han tänkte på deras foster/barn i hennes livmoder (I-gr. 51,9%, K-gr1. 54,7%). Eftermätningen visade att det underlättade för de flesta gravida kvinnorna att avstå alkohol när hon tänkte på barnet (I-gr. 86,9%, K-gr1. 83,6%, K-gr2. 88,1%) och cirka hälften av männen uppgav att det underlättade att minska alkoholdrickande när han tänkte på barnet i hennes livmoder (I-gr. 39,8%, K-gr1. 50,5%, K-gr2. 50,8%) .

Förmätningen visade att ett fåtal gravida kvinnor i början av graviditeten *bad* mannen att minska alkoholkonsumtionen för att vara solidarisk (I-gr. 14,2%, K-gr1. 12,0%). Drygt hälften av männen minskade vid något tillfälle i början av graviditeten sitt drickande för att vara solidarisk med sin gravida kvinna. Eftermätningen visade att fler gravida kvinnor i slutet av graviditeten ur I-gr. (14,0%) och K-gr2. (16,9%) än K-gr1. (9,0%) bett sina män att minska alkoholkonsumtionen. Ungefär hälften av de blivande papporna hade någon gång minskat sitt drickande under graviditeten för att vara solidarisk med sin gravida kvinna.

På frågan vad det betyder som gravid kvinna att få stöd från partnern att avstå alkohol under graviditet respektive vad det betyder som blivande pappa att få stöd från partnern för minskad alkohol inför föräldraskapet svarade cirka fyra av fem gravida kvinnor och cirka tre av fyra blivande pappor att detta stöd från partnern innebar känsla att de tillsammans förberedde föräldraskapet och tog gemensamt ansvar. Dock uppgav både vid för- och eftermätningen de flesta gravida kvinnorna att mannens stöd inte hade någon som helst betydelse för att avstå alkohol. Men vid eftermätningen uppgav 10,4% av de gravida kvinnorna i I-gr., 5,7% i K-gr1. och 9,3% i K-gr2. att mannens stöd var betydelsefullt för att kunna avstå alkohol. Vid eftermätningen uppgav 17,6% av de blivande papporna i I-gr. och K-gr1. samt 22,5% i K-gr2. att de fortfarande hade eget behov att minska sin alkoholkonsumtion inför föräldraskapet.

Tabell 9. *Han erbjuder mig alkoholfria alternativ. (Fråga till den gravida kvinnan).
Du erbjuder henne alkoholfria alternativ. (Fråga till partnern). Anges i %.*

<i>Eftermätning</i>	<u>alltid</u>	<u>ofta</u>	<u>ibland</u>	<u>sällan</u>	<u>aldrig</u>
I-gr. kvinnor	77,1	8,4	8,4	0	6,0
I-gr. män	63,4	11,8	9,8	3,3	11,8
N= 166 kvinnor och 153 män					
K-gr1. kv.	63,4	14,7	11,5	2,6	7,9
K-gr1. män	55,3	14,7	15,3	2,1	12,6
N= 191 kvinnor och 190 män					
K-gr2. kv.	59,2	15,4	10,0	3,1	12,3
K-gr2. män	46,3	17,1	13,0	4,1	19,5
N= 130 kvinnor och 123 män					

Vid eftermätningen upplevde de gravida kvinnorna i högre grad stöd till alkoholfrihet genom att mannen alltid erbjöd henne alkoholfria alternativ än männen själva uppgav. Interventionsgruppens kvinnor upplevde att mannen i högre grad alltid gav stöd till alkoholfri graviditet än kontrollgruppens kvinnor. Det är nästan 20%-ig skillnad mellan både männen

och kvinnorna som uppgav alternativet "alltid" i I-gr. och K-gr2., dock lite mindre skillnad mellan I-gr. och K-gr1. Det var fler gravida kvinnor i K-gr2. än i I-gr. och K-gr1. som uppgav att de aldrig erhöll detta stöd till alkoholfrihet, liksom att fler män i K-gr2. än i I-gr. och K-gr1. aldrig gav detta stöd.

Tabell 10. *Jag blir nöjd när min partner avstår alkohol. Anges i %.*

<u>Förmätning</u>	<u>instämmer</u>	<u>instämmer delvis</u>	<u>instämmer inte alls</u>	<u>dricker ej *</u>
I-gr. kv.	16,7	37,5	44,9	0,9
I-gr. män	80,5	9,3	7,8	2,4
N= 216 kvinnor och 205 män.				
K-gr1. kv.%	16,6	34,0	49,4	0
K-gr1. män%	72,3	11,6	10,3	5,8
N= 253 kvinnor och 242 män.				
<u>Eftermätning</u>	<u>instämmer</u>	<u>instämmer delvis</u>	<u>instämmer inte alls</u>	<u>dricker ej*</u>
I-gr. kv.	17,1	32,6	50,3	0
I-gr. män	77,8	6,8	4,3	11,1
N= 175 kvinnor och 162 män.				
K-gr1. kv.	15,0	34,8	49,3	1,0
K-gr1. män	74,9	8,9	6,4	9,9
N= 207 kvinnor och 203 män.				
K-gr2. kv.	20,1	36,6	43,3	0
K-gr2. män	84,4	4,9	4,9	5,7
N= 134 kvinnor och 122 män.				

*= besvarade inte frågan men skrev att partnern dricker ej

Både för- och eftermätning visade att drygt hälften av kvinnorna blev nöjda om mannen avstod alkohol. De flesta partner blev nöjda om hon avstod alkohol.

Interventionsgruppens män uppgav vid eftermätning oftare än övriga gruppers män aktivt stöd genom egen alkoholfrihet (alltid, ofta eller ibland) tillsammans med henne. Detta uppgav 74,5% av männen i I-gr., 67,2% av männen i K-gr1. samt 61,8% av männen i K-gr2.

Vid eftermätningen upplevde de allra flesta gravida kvinnorna (I-gr. 97,1%, K-gr1. 95,8%, K-gr2. 97,7%) att mannen uppmuntrade och hade förståelse för hennes beslut att inte dricka/dricka mindre. Ungefär fem av sex blivande pappor (I-gr 82,5%, K-gr1. 87,9%, K-gr2. 83,0%) ansåg själva att de gav detta stöd (alltid, ofta eller ibland).

Eftermätningen visade att enbart ett fåtal gravida kvinnor inte erhöll något stöd från sin partner till alkoholfri graviditet (I-gr. 4,1%, K-gr1. 3,7%, K-gr2. 4,0%). På motsvarande sätt upplevde 21,7% av I-gr. samt 22,2% av K-gr1. och K-gr2.:s blivande pappor att de inte fick något stöd för minskad alkoholkonsumtion inför föräldraskapet från sin gravida kvinna. Vid förmätningen bejakade något färre blivande pappor påståendet "Jag får inget stöd till minskat drickande inför föräldraskapet." (I-gr. 13,7% , K-gr1. 16,9%, K-gr2. deltog ej i förmätningen)

Här visas hur olika kommentarer gravida kvinnor spontant skrev om vad partners stöd betyder för alkoholfri graviditet:

- *Jag skulle inte dricka något även om han tyckte något annat. Skulle inte påverka mitt beslut.*
- *Jag känner att han är bekymrad och vill ta ansvar om barnet också. Han bryr sig om barnet.*
- *Folk som behöver stöd för att avstå från alkohol och har svårt med detta när de är gravida måste ha alkoholproblem och vara väldigt omogna/egoistiska i sin inställning till föräldraskap.*
- *Jag och min man, vi har en öppen relation i allting pratar, frågar i allting. Men jag skulle aldrig hindra honom att dricka, fast det gör han väldigt sällan.*
- *Ingen skulle kunna påverka mig att dricka alkohol under graviditeten och emot min vilja. (förf. anm: finns angivet att hon dricker lite, 1 folköl eller lättöl en gång i månaden)*
- *Jag skulle inte dricka alkohol nu även om han inte gav mig stöd, men självklart underlättar det med stöd. Tror att stödet också är viktigt vid tillfällen då andra eventuellt inte har förståelse.*
- *Jag blir direkt förstådd och inte ifrågasatt men det blir min man.*
- *Kan inte svara på frågorna då jag varken får något stöd eller behöver stöd.*
- *Behöver inget stöd, får inget aktivt/uttalat stöd men jag känner och vet att alla tycker jag gör rätt.*
- *Han har minskat sin alkoholkonsumtion och avstår från att dricka vin, t.ex., som han vet att jag tycker är "svårast" att inte få dricka.*
- *Det tas för givet att man ska avstå alkohol, kanske är det anledningen till att man får dåligt stöd. Stöd kan kännas skönt, trots att det inte är jobbigt att avstå alkohol.*

Här visas hur olika kommentarer blivande pappor spontant skrev angående vad partners stöd betyder för minskad alkohol inför föräldraskapet:

- *Jag behöver inget stöd för att minska min konsumtion. Om min partner vill kan jag gärna avstå från alkohol, i mitt föräldraskap kommer jag självklart inte att vara berusad.*
- *Jag tycker vatten är godare att dricka än alkohol!!*
- *Jag har koll på mitt drickande.*
- *Jag dricker sällan, har aldrig druckit mycket.*
- *Kan ej svara på alla frågor då jag inte behöver något stöd, dumma frågor!*
- *Kan ej svara då detta ej har varit aktuellt. Det känns självklart för henne att ej dricka och självklart för både henne och mig att fortsätta mitt liv som vanligt.*
- *Jag anser mig vara en "normalkonsument", om nu något sådant finns och anpassar mig efter födseln snarare än före.*
- *Naturligstvis vore det önskvärt med en rök/alkoholfri miljö men jag konsumerar mer för smak än påverkan, även om sistnämnda inte alltid undviks, dock ej i barnens närhet.*
- *Ber min sambo att jag inte skall dricka på en fest av någon anledning gör jag självklart inte det.*
- *Inga problem. Alkohol är ej "laddat" i vår familj. Vi dricker normalt ytterst lite.*
- *Ingen av oss tycker det är jobbigt och vi behöver inget stöd, det går utmärkt ändå.*
- *Hon skulle kunna säga åt mig att dricka mindre, oftare.*

Utrymme gavs för kommentarer vid sju ställen i mätinstrumenten. Mellan 14% och 82% av kvinnorna samt mellan 15% och 65% av männen skrev kommentar där möjlighet gavs.

Stöd från övrigt nätverk

Tabell 11. När Du försöker avstå alkohol, hur ofta stödjer din mor Dig? (Fråga till den gravida kvinnan). När Du försöker minska/avstå alkohol inför föräldraskapet, hur ofta stödjer din mor Dig? (Fråga till partnern). Anges i %.

<i>Eftermätning</i>	<u>alltid</u>	<u>ofta</u>	<u>ibland</u>	<u>sällan</u>	<u>aldrig</u>
I-gr. kv.	87,3	0,6	0	1,3	10,8
I-gr. män	43,3	5,2	5,2	3,0	43,3
N= 158 kvinnor och 134 män					
K-gr1. kv.	91,4	2,2	0	0,5	5,9
K-gr1. män	43,7	4,8	9,0	6,0	36,5
N= 185 kvinnor och 167 män					
K-gr2. kv.	91,1	0,8	0,8	0	7,3
K-gr2. män	46,4	5,5	6,4	4,5	37,3
N= 124 kvinnor och 110 män					

Både vid för- och eftermätning erhöll de flesta gravida kvinnorna alltid stöd av sin egen mor till alkoholfrihet. Vid eftermätningen erhöll enbart cirka 45% av männen alltid stöd för minskad alkoholkonsumtion av sin mor. Vid eftermätningen erhöll aldrig cirka fem till tio procent av de gravida kvinnorna och 36-43% av de blivande papporna detta stöd av sin mor.

Tabell 12. När Du försöker avstå alkohol, hur ofta stödjer din far Dig? (Fråga till den gravida kvinnan). När Du försöker minska/avstå alkohol inför föräldraskapet, hur ofta stödjer din far Dig? (Fråga till partnern). Anges i %.

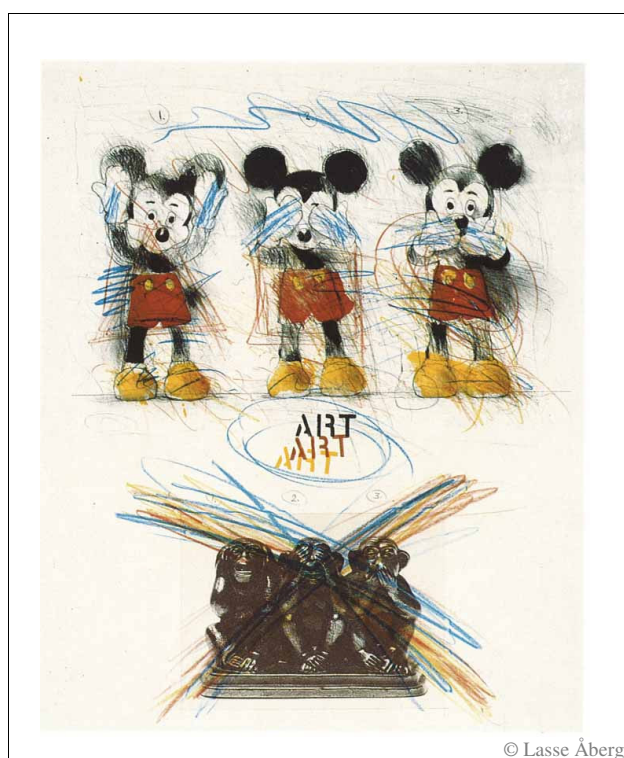
<i>Eftermätning</i>	<u>alltid</u>	<u>ofta</u>	<u>ibland</u>	<u>sällan</u>	<u>aldrig</u>
I-gr. kv.	86,8	1,3	0,7	0,7	10,5
I-gr. män	41,9	4,7	4,7	2,3	46,5
N= 152 kvinnor och 129 män					
K-gr1. kv.	91,2	1,6	0	0,5	6,6
K-gr1. män	41,0	5,6	8,1	6,2	39,1
N= 182 kvinnor och 161 män					
K-gr2. kv.	89,7	0,9	1,7	0	7,7
K-gr2. män	43,4	4,7	6,6	4,7	40,6
N= 117 kvinnor och 106 män					

Vid förmätning erhöll de flesta gravida kvinnorna i I-gr. alltid stöd och K-gr1. ofta stöd av sin egen far till alkoholfrihet. Vid eftermätning erhöll de flesta gravida kvinnorna i I-gr., K-gr1. och K-gr2. alltid stöd av sin egen far till alkoholfrihet. Enbart cirka 45% av männen upplevde alltid stöd för minskad alkoholkonsumtion vid både för- och eftermätning. Vid för- och eftermätning uppgav fem till tio procent av de gravida kvinnorna och 38-46% av de blivande papporna att de aldrig erhöll detta stöd.

Tabell 13. När Du försöker avstå alkohol, hur ofta stödjer andra Dig? (Fråga till den gravida kvinnan). När Du försöker minska/avstå alkohol inför föräldraskapet, hur ofta stödjer andra Dig? (Fråga till partnern). Anges i %.

<u>Eftermätning</u>	<u>alltid</u>	<u>ofta</u>	<u>ibland</u>	<u>sällan</u>	<u>aldrig</u>
I-gr. kv.	81,1	7,9	0,6	0,6	9,8
I-gr. män	35,3	6,0	6,0	4,5	48,1
N= 164 kvinnor och 133 män					
K-gr1. kv.	78,3	13,8	1,1	0,5	6,3
K-gr1. män	35,3	7,8	13,2	7,2	36,5
N= 189 kvinnor och 167 män					
K-gr2. kv.	80,6	11,3	0,8	0,8	6,5
K-gr2. män	39,5	7,9	9,6	6,1	38,6
N= 124 kvinnor och 114 män					

Både vid för- och eftermätning erhöll 75-81% gravida kvinnor alltid stöd av andra till alkoholfrihet men enbart 28-39% av männen upplevde alltid stöd för minskad alkoholkonsumtion. Fem till tio procent av de gravida kvinnorna och 34-48% av de blivande papporna erhöll aldrig detta stöd.



”Den stora tragedin är inte de onda människornas brutalitet utan de goda människornas tystnad” *Martin Luther King*

Hur får man sin information?

Tabell 14. Jag har fått min viktigaste information om graviditet och alkohol från:

- *Muntlig information / alkoholsamtal med barnmorskan denna graviditet. Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>
I-gr. kvinnor	21,8	K-gr1. kvinnor	13,7	K-gr2. kvinnor	13,4
I-gr. män	20,3	K-gr1. män	15,5	K-gr2. män	21,0
N= 156 kv. och 133 män		N= 161 kv. och 155 män		N= 112 kv. och 105 män	

- *Skriftlig information från Barnmorskemottagning / MVC denna graviditet. Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>
I-gr. kvinnor	20,2	K-gr1. kvinnor	17,8	K-gr2. kvinnor	12,8
I-gr. män	11,3	K-gr1. män	9,7	K-gr2. män	8,8
N= 163 kv. och 141 män		N= 161 kv. och 155 män		N= 109 kv. och 102 män	

- *Media (exempel: radio, TV, video, internet, tidningar, litteratur) Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>
I-gr. kvinnor	20,6	K-gr1. kvinnor	42,0	K-gr2. kvinnor	45,1
I-gr. män	42,1	K-gr1. män	44,1	K-gr2. män	51,3
N= 165 kv. och 145 män		N= 181 kv. och 177 män		N= 122 kv. och 113 män	

- *Släkt/vänner. Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>
I-gr. kvinnor	8,7	K-gr1. kvinnor	7,7	K-gr2. kvinnor	9,8
I-gr. män	5,4	K-gr1. män	11,7	K-gr2. män	12,8
N= 150 kv. och 129 män		N= 155 kv. och 163 män		N= 112 kv. och 109 män	

- *Barnmorskemottagning / MVC tidigare graviditet. Anges i %.*

<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>
I-gr. kvinnor	26,0	K-gr1. kvinnor	21,1	K-gr2. kvinnor	19,4
I-gr. män	22,5	K-gr1. män	23,8	K-gr2. män	15,3
N= 146 kv. och 129 män		N= 147 kv. och 143 män		N= 103 kv. och 98 män	

- *SAMMANLAGD procent som visar MVC – muntligt, skriftligt eller tidigare graviditet.*

<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>viktigast</u>
I-gr. kvinnor	68,0	K-gr1. kvinnor	52,6	K-gr2. kvinnor	45,6
I-gr. män	54,1	K-gr1. män	49,0	K-gr2. män	45,1

Eftermätningen visade att både gravida kvinnor och blivande pappor i I-gr. och K-gr1. ansåg att MVC givit den viktigaste informationen om alkohol och graviditet (68% av de gravida kvinnorna och 54% blivande papporna i I-gr. samt 52% av de gravida kvinnorna och 49% av blivande papporna i K-gr1.). Lika många gravida kvinnor i K-gr2. ansåg att MVC (45%) och media (45%) givit viktigaste informationen om alkohol och graviditet. Männerna i K-gr2. ansåg att media i lite högre grad (51,3%) än MVC (45,1%) givit viktigaste informationen om alkohol och graviditet. Cirka sju procent av paren i I-gr., tio procent av paren i K-gr1. och 11% av paren i K-gr2. ansåg att de erhållit sin viktigaste information från släkt/vänner.

DISKUSSION

De flesta gravida kvinnorna i studien drack inte alkohol efter graviditetsbeskedet. Kvinnorna uppgav att det var mycket lätt att avstå alkohol. Detta kan betyda att dagens gravida kvinnor har en god kunskap om alkohol och graviditet på grund av att olika arenor samverkar med information. Gravida kvinnor ansåg att MVC under denna eller tidigare graviditet sammantaget givit den viktigaste informationen om alkohol och graviditet. Tankar på barnet i livmodern underlättade för gravida kvinnor att avstå alkohol. Ultraljudsbilden vid läkarbesöket i graviditetsvecka tio till tolv på fostret som rör sig i livmodern, fosterljud som kan avlyssnas av de blivande föräldrarna vid andra inskrivningssamtalet i graviditetsvecka 14-16 samt rutinultraljudet i graviditetsvecka 17-18 medför att olika sinnen aktiverar tankar på fostret/barnet i livmodern hos båda blivande föräldrarna. Dessutom kan det vara så att många blivande föräldrapar gör dessa erfarenheter tillsammans, vilket stöds av klinisk erfarenhet. Detta underlättar förmodligen kommunikation mellan föräldrarna om alkoholpåverkan hos fostret/barnet. Annars blir barnet ibland verkligt först när mamman känner fosterrörelser och pappan ännu senare, när han kan känna barnets sparkar med sina händer.

Det behov av stöd som kvinnor upplever sig behöva för att avstå från alkohol varierar. De flesta fick stöd från partner, mor och far. Något färre fick stöd av andra vilket kan bero på att färre andra har kunskap om alkoholskador under graviditet eller inte efterfrågar den gravida kvinnans behov av stöd utan önskade att hon fortsatt skulle dela gemenskapen och vara "som vanligt". Många gravida kvinnor upplevde att de inte behövde stöd för att avstå alkohol men en grupp hade detta behov. En liten grupp gravida kvinnor rapporterade att de inget stöd fick, vilket både kan betyda att de inte behöver stöd eller inte får det stöd de behöver. Få kvinnor bad sin partner att vara solidarisk, men hälften blev nöjda om partnern alltid eller ibland avstod från alkohol. Det är också tänkbart att kvinnorna svarade på ett visst sätt av olika skäl. Ett större antal män ansåg sig ge stöd än antalet kvinnor som ansåg att hon erhöll stöd. Möjligtvis sker visst stöd omedvetet, alltså automatiskt. Annars kan det vara så att han medvetet avstod eller minskade sitt alkoholintag men påtalade inte det för sin gravida kvinna. Detta kan således handla om brister i kommunikation inom paret eller olika tolkning av situationen utifrån tidigare erfarenheter eller över/underrapportering.

Det är möjligt att alkoholsamtalet underlättar för kvinnan att uttrycka sitt behov av stöd och att partnern därmed lättare kan ge aktivt stöd. Hemsänd alkoholinformation och alkoholsamtal medförde att fler ansåg att de erhållit sin viktigaste information från MVC. Detta borde underlätta stöd till alkoholfrihet för gravid kvinna och ansvarsfull alkoholkonsumtion för båda i föräldraskapet. Ibland kommer alkoholsamtalet före eget begründande, vilket medvetandegör paret, ibland bara en av dem. Därmed är det viktigt att paret blir professionellt bemötta av barnmorskan. Barnmorskan utgick i alkoholsamtalet från de uppgifter paret lämnat samt använde motiverande samtalsmetodik vilket, vid behov, bör kunna underlätta förändringsprocessen inför kommande föräldraskap. Klinisk erfarenhet är att vissa kvinnor tidigt i graviditeten inte vill avslöja att de är gravida. Detta kan bli ett dilemma när den gravida kvinnan bjuds på eller förväntas dricka alkohol på samma sätt som hon gjort tidigare. Alkoholinformation vid första kontakt med MVC och alkoholsamtal vid inskrivningssamtalet kan underlätta för henne att reflektera omkring acceptabla ursäkter respektive "nödlögner" tills hon väljer att berätta för omgivningen om sin graviditet. Kvinnor uppger olika skäl som till exempel ambivalens inför föräldraskap, amniocentes med abortrisk, integritet, lönesamtal eller missfallsrisk för att inte offentliggöra graviditet trots behov att få stöd till alkoholfrihet.

Hemsänd alkoholinformation, strukturerat alkoholsamtal och frågeformulär medförde att fler blivande pappor förändrade sina alkoholvanor tidigare under graviditeten och upplevde mer

stöd för detta från sin gravida kvinna än när enbart frågeformulär ifylldes. Förmodligen underlättade något av detta hans egen reflektion omkring alkoholvanor och upplevelse av att barnet i livmodern också är hans ansvar. Eller att han hade haft medvetna tankar, känslor eller ord för detta sedan tidigare och därmed i högre grad bejakade påståendet. Han minskade även sitt eget alkoholintag i högre grad tillsammans med sin gravida kvinna tidigare under graviditeten än de män som enbart ifyllde frågeformulär efter inskrivningssamtalet. Fler män uppgav dock lägre alkoholintag under graviditeten vid frågeformulär i början av graviditeten än då frågeformulär enbart ifylldes i slutet av graviditeten. Intressant är att frågeformulär i både början och slutet av graviditeten faktiskt medför skillnad mot enbart frågeformulär i slutet av graviditeten.

De blivande papporna erhöll svagare stöd än de gravida kvinnorna för ändrade alkoholvanor. Ungefär hälften av de blivande papporna uppgav alltid stöd från mor, far och andra att minska alkoholkonsumtionen. Fler fick stöd av sin gravida kvinna vilket är naturligt eftersom hon ser den blivande pappans behov av stöd, liksom de flesta par ansåg att de på detta sätt tillsammans tog gemensamt ansvar inför föräldraskapet. Många blivande pappor upplevde att de inte behövde stöd från henne för att minska alkohol men en mindre grupp hade detta behov. Vissa blivande pappor bekräftade dock att de inget stöd fick, vilket både kan betyda att de inte behövde stöd eller inte fick det stöd de behövde. Var femte blivande pappa medgav i slutet av graviditeten fortfarande behov att minska sin egen alkoholkonsumtion. I denna situation kan möjligen blivande mammor och omgivning påverka blivande pappor ytterligare. Vissa blivande pappor kan på detta sätt förmodligen uppleva psykosocialt- och socialt stöd inför föräldraskapet och därmed stärkas i att han är viktig samt duger som pappa (positiv förstärkning). Det kan bli lättare för honom att minska alkoholkonsumtionen när detta uttrycks tydligt. Det kan vara viktigt att mannen redan i tidig graviditet tillfrågas angående alkoholvanor och samtalas med utifrån hans kunskap. Föräldraskap motiverar mannen att ändra egen konsumtion, vilket även andra forskare påtalat (Hensing 2003). Faderlighet och moderlighet utvecklas parallellt (Havnesköld & Risholm Mothander 2002). Resultaten i denna studie visade att mellan 27-35% av de blivande papporna berusningsdrack under graviditetstiden. Omställningen till föräldraskap innebär stress på olika sätt vilket kan medföra att andra blivande pappor än de som drack för avstressning före graviditeten dricker för avstressning under graviditeten.

Barnmorskans alkoholsamtal vid inskrivningssamtalet sker ibland innan paret tillsammans reflekterat kring förändring av alkoholvanor inför föräldraskapet. Det kan vara mest angeläget att nå denna grupp även om de inte alltid omedelbart uppskattar alkoholsamtalet. Om de blir respektfullt bemötta i samtalet underlättas förmodligen förändrade alkoholvanor. Vissa kvinnor använde alkohol som berusning och för avstressning innan graviditeten. Kvinnorna oroade sig själva oftare för sitt drickande än partnern gjorde och ett antal kvinnor får möjligtvis varken adekvat psykosocialt stöd före eller under graviditeten. Vilket kan innebära att vissa kvinnor inte orkar nutidens livsbörda (krav) utan ”alkohol-stöd”. Detta inser för få partners. En annan förklaring är att kvinnors och mäns alkoholvanor blir mer lika. De kvinnor som erhöll hemsänd information, alkoholsamtal och frågeformulär hade oroat sig för sin alkoholkonsumtion i lägre grad än övriga kvinnor. Vissa av dessa gravida kvinnor hade även erhållit strukturella alkoholsamtal vid tidigare graviditet respektive information om alkohol och graviditet vid preventivmedelsbesök.

Livssituationen ”graviditet” innebär hos förstagångsföräldrar gemensamma psykosociala förändringar mot föräldraskap. Egen klinisk erfarenhet är att då en eller båda parterna redan har egna barn pågår olika förändringsprocesser mellan parterna som inkluderar olika

erfarenheter på grund av tidigare graviditeter. Barnmorskans alkoholsamtal underlättar tydlig och rak kommunikation inför gemensamt föräldraskap. Alkoholsamtalet kan innebära medveten reflektion för båda. Vissa blivande pappor ansåg troligen att detta var hennes ensak tills han i samtalet eller frågeformuläret insåg att han enbart kan skydda sitt ofödda barn genom att stödja sin gravida kvinna på sätt hon behövde just då. Barnmorskans delaktighet i samtalet kan underlätta den processen. Gravida kvinnor kan vara ovana att klargöra sina behov i en ny utsatt livssituation och blivande pappors omedvetenhet kan medföra att fler gravida kvinnor fortsätter dricka om partnern inte tydligt stöder henne till alkoholfrihet. I min kliniska verksamhet möter jag par där en eller båda i alkoholsamtalet klargör behov av den andres stöd för att motstå alkohol. Barnmorskans dialog med alla par om alkohol kanske är viktigare än att gravida kvinnor och blivande pappor ärligt uppger sitt exakta drickande, vilket är min egen iakttagelse. Samtalet ger i sig kunskap, den blivande pappan ser med egna ögon vad hon uppger, därmed kan han påverka till gemensam och fortsatt reflektion inför föräldraskapet. Liksom att den gravida kvinnan såg vad partnern uppgav. I min kliniska verksamhet har jag mött gravida kvinnor som vid senare tillfälle påpekat att partnern talade osanning om sitt alkoholintag. Om det är den gravida kvinnan som har ett dolt alkoholberoende kan förmodligen den blivande pappan från och med alkoholsamtalet bli medveten och själv besluta att han ska vara delaktig i att barnet om möjligt inte utsätts för alkohol i livmodern. Alkoholberoende kan visserligen brytas utan professionellt stöd men omgivningens psykosociala stöd för alkoholfri graviditet är förmodligen en förutsättning för att vissa ofödda barn ska slippa att ”bada” i alkohol.

De flesta som har alkoholism i släkten har partner som inte har det. När alkoholism inom familj/släkt inte berättas vidare till nästa generation finns risk att kunskapen försvinner. Den U-formade kurvan diskuteras utifrån risk med mycket hög konsumtion alternativt nykterhet. Det förefaller som man antar att nykterhet enbart finns inom den grupp som tidigare haft missbruk eller alkoholproblem. Detta kan vara sant. Klinisk erfarenhet är att blivande föräldrar som uppger avsaknad av positiv förstärkning ofta avstår alkohol. Samt att generationer som kommer efter att familjen/släkten drabbats av svåra negativa konsekvenser på grund av alkoholmissbruk ibland väljer nykterhet eller låg alkoholkonsumtion av erfarenhetsmässiga skäl alternativt fortsätter högkonsumtion med risk för framtida missbruk. Familjer i Sverige lever ibland med långa avstånd till släkt samt liten kontakt inom släkten och därmed enbart lite synliga rötter bakåt. Medicinsk- och psykosocial kunskap riskerar försvinna bland många familjer inom ett par generationer eftersom man flyttar från nära släktrelationer och därmed blir inte tidigare generationers erfarenhet av alkoholism självklar. Samband som förmodligen även gäller professionella och forskare. Dock visade resultaten i studien att många fortfarande har kunskap om alkoholism. En finsk författare har visat att man behöver samtala om både alkoholproblem i hemmiljö och på arbetsplatser (Hellsten 1999).

Tidigare forskning (SOU 1994) stöder resultaten i denna studien att det är vanligt med alkoholism inom släkter men tyvärr är det fortfarande ibland känsligt eller skamligt att berätta när det är egen förälder som varit eller är alkoholberoende. Samtidigt är det betydelsefullt att barnmorskan och MVC-läkaren vet om detta, för blivande föräldrars psykosociala- och sociala liv påverkas. Det kan innebära sårbarhet under graviditetstiden att egen förälder varit alkoholberoende under uppväxt eller är det nu. Liksom att det stöd som normalt erhålls från föräldrar kan utebli eller i värsta fall innebära extra bördor (krav). Klinisk erfarenhet är att umgänget inom familjen/släkten försvåras ibland trots att den blivande förälderns alkoholberoende förälder fortfarande har ett ansvarsfullt arbete. Normala förebilder inför föräldraskapet kan delvis saknas och därmed blir ibland barnmorskan en praktiskt fungerande

förebild som ger psykosocialt stöd. Barnmorskan kan bli ”vikarierande hopp” vilket innebär att barnmorskan under en period av graviditetstiden ger extra stöd inför föräldraskapet. Barnmorskan blir en person som betror paret att bli ”good enough”, tillräckligt bra som föräldrar trots att inre goda förebilder till viss del saknas. Psykosocialt stöd av barnmorska eller andra professionella underlättar förmodligen för paret att utveckla användbara copingstrategier (Lundberg 2005, Ahlborg 2004). Bearbetning av personliga svårigheter på grund av uppväxt med alkoholberoende förälder kan medföra ökad belastning under graviditetstiden. Graviditeten innebär att minnen från uppväxten kan aktiveras och tid kan behövas för planering av framtidsstrategier då paret inte kan använda sig av egen eller bådas psykosociala tradition. Detta kan göra att vissa gravida kvinnor eller partners blir fysiskt eller psykiskt mer sårbara än övriga blivande föräldrar som inte har en ökad sårbarhet i denna livssituation. Stressymtom blir olika hos individer och kan medföra behov av ökad sjukskrivning i jämförelse med andra utan stressorer. Egen klinisk erfarenhet är att deltidssjukskrivning under del av graviditeten kan förebygga långvarig ohälsa hos den gravida kvinnan om den enes eller bådas yrkesliv innebär att de använder 100-110% av gemensam kapacitet. Egen klinisk erfarenhet från samtal med dessa par är att de instämmer att de behöver minska ner till cirka 70% under graviditetstiden samt att paret fördelar tiden till arbete, egen tid, kärnfamilj, samhällsengagemang och släkt i sund avvägning. Jämställdhet innebär inte jämlikhet under graviditetstiden för graviditeten bärs fysiskt enbart av den gravida kvinnan medan partnern har sin fysiska kropp intakt. Eventuellt medför brist på psykosocialt stöd att vissa kvinnor använder alkohol under graviditeten för att klara kraven under graviditetstiden. Även arbetsgivare bör därmed ta hänsyn till att kvinnans kropp belastas av graviditeten. Alla länder som har lagstadgad föräldraledighet, förutom Sverige, ger den gravida kvinnan lagstadgad föräldraledighet från arbetet under sista månaden före beräknad förlossning. Gravida kvinnor som lever i Sverige är inte fysiskt och psykiskt starkare än kvinnor som lever i andra länder.

Egen klinisk erfarenhet är att blivande föräldrar och småbarnsföräldrar yrkesarbetar sammantaget mera nu i jämförelse med 1960-70-talet för då var ej förskolan lika utbyggd som nu. Hälsan kan påverkas vid ökad arbetsbelastning och samtidig användning av alkohol för berusning eller som avstressning. Blivande pappor har spontant berättat om alkohol som självmedicinering vid till exempel oro eller sömnsvårigheter. Förmodligen kan ”lite alkohol” medföra skydd mot sjuklighet. Men det är viktigt att kunna efterfråga stöd vid psykosociala problem och inte självmedicinera med alkohol. Egen klinisk erfarenhet är att när familjen väntar sitt första gemensamma barn, och även efter barnets födelse behöver några av papporna speciellt stöd i den nya situationen för att bättre hantera social stress och känslomässig stress.

Samtidig rökning och alkoholanvändning ökar riskerna för fostret/barnet under graviditet (Allebäck & Nyberg 1993, Nyberg & Allebäck 1998). Förmodligen ska även blivande pappans alkohol-, rök-, snus- samt matvanor alltid samtalas om utifrån hans egen kontext, för att underlätta reflektion inför föräldraskapet. Förstagångsföräldrar är generellt motiverade till förändrad livsstil. Föräldrarnas gemensamma livsstil påverkar barnet under uppväxten vilket påtalades redan på 1980-talet av danska forskare (Rubin et al. 1988), för tio år sedan av finska forskare (Hyssälä et al. 1995) och därefter i samnordisk forskning (Alm et al. 2000).

I de databaser som genomförts har ej redovisats interventioner med både den gravida kvinnan och den blivande pappan avseende alkohol. Möjligtvis finns enbart vår tidigare studie (Högberg et al. 1998). Vid litteraturgenomgång hittade vi ej mätinstrument angående parsamtal om vanor och attityder till alkohol under graviditet. Vi lyckades inte finna några

interventioner som byggde på samtal med båda föräldrarna under graviditet och fann ej heller något instrument som mätte socialt stöd eller mätinstrument om betydelsen av socialt stöd för alkoholfri graviditet. Det saknades även instrument som mätte om, och i så fall på vilket sätt, blivande föräldrar inom parrelationen påverkade varandras alkoholkonsumtion inför föräldraskapet. Därmed finns inga tidigare resultat som kan underbygga eller ifrågasätta delar av innehållet i diskussionen.

Bortfallet medför att man ej kan fastställa att enbart cirka tio procent av de gravida kvinnorna vid tiden för inskrivningen drack alkohol. Tidigare studien (Högberg et al. 1998) visade dock på motsvarande resultat vid muntlig och skriftlig information i tidig graviditet samt alkoholsamtal vid inskrivningsbesöket. Då deltog 98,2% av de gravida kvinnorna och 97,2% av de blivande papporna som skrevs in vid MVC under 12 månader. Efter den studien fortsatte barnmorskorna med alkoholsamtal efter utarbetad metod tills insamling av material i denna studien avslutades år 2004. Därmed finns möjlighet att mäta eventuella skillnader i förhållningssätt till alkohol i föräldraskapet bland föräldrar vars barn nu börjat i grundskolan inom upptagningsområdet med annat område som ännu inte arbetat metodiskt avseende hälsofrämjande- och förebyggande alkoholsamtal vid inskrivningssamtalet bland blivande förstagångsföräldrar och barnfamiljer i samband med ny graviditet. Tyvärr medförde merarbetet med denna nya studien samt ökad arbetsbelastning vid Barnmorskemottagningen/MVC att arbetssättet därefter förändrades. Även övriga Barnmorskemottagningar/MVC inom interventionskommunen avbröt strukturerade alkoholsamtal med båda blivande föräldrarna efter studiens avslutning eftersom det ej från myndigheter och ledning finns rekommendationer att genomföra parsamtal.

Det är klart dokumenterat att genetiska faktorer har betydelse för uppkomsten av alkoholberoende (SOU 1994). Denna studiens styrka är att den visar på användbara metoder för primär prevention och resultat på gruppnivå visar att tidig muntlig- och skriftlig information samt alkoholsamtal med paret påverkar mer än enbart frågeformulär. Studier som visat att cirka 30% gravida kvinnor använder alkohol under graviditet saknade intervention med båda blivande föräldrarna i tidig graviditet (Dejin-Karlsson et al. 1997, Göransson et al. 2003). Viktigt att mannen inbjuds till inskrivningssamtalet! Om information sänds hem till paret inför inskrivningssamtalet ska även blivande pappan stå som adressat. Kommunikation samt interaktion inom paret underlättar fortsatt reflektion.

Utgångspunkten vid mätinstrumentets utarbetande var att de allra flesta nyttjade alkohol året före graviditeten vilket studien bekräftade. För par där en var helnykterist blev mätinstrumentet inte utformat helt adekvat. Egen klinisk erfarenhet är att vissa blivande föräldrar vid alkoholsamtalet blir förvånade då det påtalas att foster och ofödda barn liksom småbarn och förskolebarn påverkas av mängden alkohol oberoende av vilken koncentration alkoholdrycken har. En 66 cl. flaska lättcider innehåller cirka 12 gram alkohol, en flaska lättöl 33 cl innehåller cirka 6 gram alkohol, ett glas vin 15 cl innehåller cirka 20 gram alkohol. Denna reflektion tillsammans med blivande föräldraparet medför att paret blir medvetna och kan välja alkoholfri cider till barn samt gravida kvinnor. Efter denna studie har i formulär 1 (Bilaga 1) en fråga angående användning av lättöl/lättcider införts för att inte glömmas bort i alkoholsamtalet och frågan om droger har borttagits. Egen barnmorskeerfarenhet är man ska fråga muntligt om illegala droger.

Svaghet i studien att inte alla frågor var ”öppna”, dock fanns alltid utrymme för kommentarer. Vissa frågor var oklart formulerade och kunde tolkas på olika sätt och dessa frågor redovisas därmed inte i resultatdelen. Alla frågor redovisas inte i denna uppsats men fortsatta analyser

av materialet är möjligt. Förstagångsmammor/föräldrar kan analyseras separat. Fråga angående förändrad alkoholkonsumtion tidigare än senaste året före graviditeten saknades i mätinstrumentet. Detta kan indirekt ha påverkat resultaten speciellt med tanke på de föräldrar inom interventionsgruppen som redan hade barn och som vid tidigare graviditet deltagit i alkoholsamtal. Härigenom uppstod eventuellt mindre skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgrupperna. Frågor om planering av graviditet saknas.

Gruppernas demografi är olika vilket medför att både socialgrupp samt ålder och paritet kan ha påverkat resultaten. Fler i kontrollgrupp 1 avstod deltagande än i interventionsgruppen och kontrollgrupp 2 men i de båda senare grupperna återlämnades ej frågeformulären i lika hög grad. De som ej återlämnade frågeformulär kan ha påverkats av frågorna. Tänkbart är annars att paren bara lagt undan enkäterna för att annat varit viktigare och därmed inte alls påverkats av studien, förutom information respektive alkoholsamtal som alla deltog i. Information, alkoholsamtal och frågeformulär påverkar genom att tillföra kunskap. Frågeformulär kan innebära påverkan och möjlighet till egen reflektion men möjliggör inte reflektion tillsammans med partnern. Ej heller finns då barnmorskan med som kan underlätta samtalsprocessen genom att införa nya dimensioner i samtalet om det som andra blivande föräldrar tidigare berättat, vilket bidrar till ett levande dialogsamtal. Intressant är att enbart frågeformulär utan intervention medför påverkan, även om det då oftare visade sig senare i graviditeten. Förmodligen påverkas vissa par av att de vet om varandras deltagande i studien och blir därmed mer medvetna om hur de förhåller sig till varandra angående alkohol. Fördjupad analys av materialet kan medföra ytterligare förståelse av samband mellan alkoholfri graviditet och betydelsen av psykosocialt stöd inom parrelationer. Studiens styrka är att ett stort antal par deltog samt visade att blivande föräldrar har kunskap om alkohol som inte alltid sammankopplades med egen livsstil. Paren uppgav både egen oro för sin alkoholkonsumtion, oro för partnerns samt uppgav om partnern hade oroat sig för "min" alkoholkonsumtion vilket medför att dessa samband kan analyseras. Vet man att partnern oroat sig för "min" alkoholkonsumtion har benämnade skett vid något tidigare tillfälle. Svagheter och styrkor i formulären bör analyseras och påbörjad teoribildning bör utvecklas vidare. Alla resultat ryms ej inom ramen för denna MPH-uppsats men möjlighet finns till fortsatt analys av materialet.

Parets ärftlighet för alkoholism bör skrivas in i MVC-journalen liksom idag görs angående ärftlighet för blödarsjuka, diabetes och hypertoni. Socialstyrelsen måste efterfråga detta i MVC-journalen för att barnmorskan ska åta sig att fråga om alkoholism/alkoholberoende. Frågan om ärftlighet är relevant eftersom ungefär var tredje blivande förälder har egen erfarenhet inom sin släkt och ungefär 10% har egen förälder med alkoholproblematik. Detta medför dessutom att cirka två av tre par i verkligheten har erfarenhet av alkoholism då det oftast enbart är en blivande förälder i paret som har alkoholism i släkten, vilket även förra studiens resultat visade. Medicinska födelseregistret delges ej heller informationen som skrivs in i journalen om den gravida kvinnans alkoholkonsumtion tre månader före graviditeten samt vid inskrivningen. Blivande pappans spermier mognar under cirka 60 dagar och därmed bör även hans alkoholkonsumtion efterfrågas på samma sätt som den gravida kvinnans. Följande talesätt finns i Sverige "om mannen druckit mycket alkohol får kvinnan missfall". Detta motsvaras i Litauen av talesättet "mannen ska inte dricka alkohol på bröllopet". Barnmorskor, i Vilnius år 1999, blev mycket upprörda (milt uttryckt) i samband med visning av videon Silversträngen (FHI) och presentation av den tidigare studien. Då berättades att i Sverige finns ingen annan officiell information än den som beskrevs i videon. Videon handlade om graviditet och alkohol men inget om alkoholens påverkan av mannens spermier och eventuella samband med alkoholgener eller sammantagna faktorer avseende alkohol plus

rökning. Forskning inom detta område och eventuella gemensamma effekter på foster/barn saknas men vissa djurstudier och invitrodata finns. Kunskap om mannen bör bli prioriterad forskning i samband med graviditet, alkohol och föräldraskap samt redovisas vid ny informationsskrift.

Barnmorskan möter de allra flesta gravida kvinnor och kan även i princip möta alla blivande pappor genom ett medvetet hälsofrämjande arbete vilket tidigare studien (Högberg et al. 1998) visade. Forskning visar att samtal om alkohol (Göransson 2004), våld i parrelationer (Edin & Högberg 2002) och andra psykosociala svårigheter (Dejin-Karlsson 1999) bör efterfrågas innan barnet fötts. Alkoholberoende samverkar ibland med annan psykosocial problematik. Blivande föräldrars alkoholvanor är olika vilket studien visar. Därmed behöver blivande föräldrapar bemötas individuellt men även samtalas med utifrån gemensam kontext. Vissa blivande föräldrar ansåg alkoholsamtalet viktigast som stöd för att omsätta kunskapen i praktisk handling.

Forskning från Finland (Hyssälä et al. 1995) visade att samverkan mellan hälsovårdens olika aktörer och föräldrar var viktig. Samspelet i blivande föräldrars relation förändras i samband med att de blir föräldrar. Föräldrar har upplevelser som påverkar deras eget föräldraskap. Sociala mönster bryts inte automatiskt. Vattengymnastik och gymnastik för gravida kan underlätta nya kontakter med andra i samma livssituation vilket dessutom möjliggör kunskaps- och erfarenhetsutbyte samt lärande av varandra. Föräldrautbildningen innehåller samtal i grupp vilket underlättar fortsatt reflektion för både blivande mammor och blivande pappor. Föräldrautbildningsgruppen samt familjecentral underlättar för blivande- och nyblivna föräldrar att möta andra i samma livssituation. Reflektion kring föräldraskap och alkohol kan fortsätta inom BVC och förskolans föräldrautbildning. De flesta småbarnsföräldrar lämnar barn till förskolan många veckotimmar men träffar ofta familj/vänner tillsammans med barnen. Därmed påverkar barnfamiljer varandras alkoholvanor. Föräldrar vill alltid sina barns bästa! De vill ge barnen goda levnadsvillkor under uppväxt och ungdomstid som sedan förs vidare i nästa generations föräldraskap. Gott föräldraskap innebär att bevara det som varit bra i egna släkttraditionen och ändra det som varit destruktivt för egen identitetsutveckling. Sammanfogning av föräldrarnas goda traditioner underlättar för barn/tonåringar att bli tillräckligt bra föräldrar i nästa generation.

SLUTSATSER

1. Hemsänd information samt barnmorskans dialogsamtal om alkohol med alla blivande mammor och pappor i början av graviditeten tycks ha vissa effekter.
2. Frågeformulär och metodiskt samtal verkar hälsofrämjande i alkoholsammanhang vid graviditet.
3. Alkoholens påverkan på spermier inför graviditet måste utforskas samt skriftlig information för män produceras angående alkohol inför graviditet och föräldraskap, eftersom de flesta män använder alkohol både före- och under graviditeten samt under föräldraskap.

REKOMMENDATIONER

- Hälsopersonal bör ges prioriterad tid för alkoholsamtal.
- Information om alkohol och graviditet bör ges till både killar och tjejer under grundskole- samt gymnasietiden. Därefter i samband med preventivmedelsrådgivning samt vid provtagning angående könssjukdomar och missbruk.
- Muntlig och skriftlig information om alkohol och graviditet ska ges i tidig graviditet vid besök eller telefonkontakt med barnmorskemottagning/MVC. Före inskrivningen ska alltid skriftlig information hemsändas vid telefonkontakt med paret, adresserad till båda blivande föräldrarna.
- Alla barnmorskor ska genomföra strukturerat alkoholsamtal med alkoholsamtalsformulär till alla blivande föräldrar vid inskrivningssamtalet på MVC.
- Barnmorskor ska erbjudas psykosocial handledning för att underlätta för den enskilda barnmorskan att konsekvent genomföra dialogsamtal om alkohol.
- Även den blivande pappans alkoholkonsumtion ska införas i MVC-journalen på samma sätt som idag görs för den gravida kvinnan.
- Vissa blivande pappor har eget behov av alkoholsamtal för att minska sin egen alkoholkonsumtion, för att kunna ge stöd till sin gravida kvinnan eller för att kunna förstå barns basala psykosociala behov. Dessa män måste prioriteras inom MVC och BVC.
- Förekomst av alkoholism/alkoholberoende i kvinnans och mannens familj/släkt ska införas i MVC-journalen bland äftliga sjukdomar. Samt rapporteras till Socialstyrelsen och Medicinska födelseregistret (MFR) för att på nationell nivå möjliggöra mätning av samband mellan fosterskador och alkohol.
- Regionala enheter för alkohol- och drogmissbruk under graviditet ska finnas för att underlätta barnmorskors hälsofrämjande arbete avseende alkohol.
- Specialutbildad barnmorska avseende alkohol- och drogmissbruk under graviditet ska finnas tillgänglig inom varje kommun.
- Framtida fortsatt forskning bör kartlägga hur barnmorskans alkoholinformation blir effektiv och hälsofrämjande i långsiktigt folkhälsoperspektiv.

OMNÄMNANDE – TACK!

Forsknings- och utvecklings (FoU) medel från Primärvården inom Södra Bohuslän, forskningsmedel från Systembolagets råd för alkoholforskning (SRA), arbetstid från Enheten för MVC, Gynekologi och Ungdomsmottagningar inom primärvården Södra Bohuslän, deltagande barnmorskor, blivande föräldrar och chefer möjliggjorde studien. Lasse Åberg samt professor emeritus Per Bergman delade generöst med sig av sina bilder. Läkemedelsföretaget Organon bidrog ekonomiskt till Släktträd-korten. Stort tack till min handledare Helena Willén vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) som deltog aktivt i processen med studien, skapandet av nya formulär och uppsatsen samt till Bo Eriksson, professor och forskningsledare vid NHV, för handledning i slutet av uppsatsen. Stort tack för ekonomiska bidrag till studiens genomförande samt till er alla som deltog, stöttade idén och betrodde min förmåga!

REFERENSER

Aaronson L.S. (1989) Perceived and received support: Effects on health behavior during pregnancy. *Nursing Research* **38**(1), 4-9.

Abela M.B. (2000) Factors associated with alcohol consumption: from a developmental perspective. *The Sciences-and-Engineering* (Doctoral dissertation) **61**(3-B), 1667.

Adriano V.Z., Canavarro M., Ramalheira C. (1998) Family aspects. The importance of family context in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism* **33**(1), 37-41.

Ahlborg T. (2004) *Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents. – Qualitative and quantitative studies.* (Doctoral dissertation of public health). Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.

Alkoholkommittén (2004) www.alkoholkommitten.se [10 januari 2004].

Allebäck P. & Nyberg K. (1993) *Alkohol och narkotika under graviditet: Vilka är riskerna för barnet?* SoS-rapport 3;1993. Stockholm.

Allebäck P. (2002) Utmaningar för alkoholforskningen. Mer pragmatiska studier och mer implementeringsforskning. *Alkohol och narkotika* # **1**: 19-20.

Alm B., Norvenius S.G., Wennergren G., Lagercrantz H., Helweg-Larsen K., Irgens L.M. (2000) Living conditions in early infancy in Denmark, Norway and Sweden 1992-95: results from the Nordic Epidemiological SIDS study. *Acta Paediatrica* **89**(2), 208-214.

Andersen A.M., Olsen J., Grønbaek M.N. (2001) Did the changed guidelines on alcohol and pregnancy by the National Board of Health and Welfare change alcohol consumption of pregnant women? *Ugeskrift for Læger* **163** (11), 1561-1565.

Andréasson S. (2002) Drickandet ökar vad blir konsekvenserna? *Alkoholkommitténs hemsida* www.alkoholkommitten.se [10 januari 2004].

Antonovsky A. (1985) *Health, Stress and Coping.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London 1985.

Aronsson M. & Hagberg B. (1998) Neuropsychological disorders in children exposed to alcohol during pregnancy: a follow-up study of 24 children to alcoholic mothers in Gothenburg, Sweden. *Alcoholism, clinical and experimental research* **22**(2), 321-324.

Astley S.J., Bailey D., Talbot C., Clarren S.K. (2000) Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: Identification of high-risk birth mothers through the diagnosis of their children. *Alcohol and alcoholism* **35**(5), 499-508.

Barns tankar om alkohol (1998) Pärm med material för lärare, till föräldramöten. Folkhälsoinstitutet. Härnösand-Medelpads hälso- och sjukvård, Landstinget Västernorrland har framställt en handledning som anpassar materialet vid samtal med småbarnsföräldrar inom Barnhälsovården.

Bergman H. & Kallmen H. (2003) Swedish women have developed more risky and more harmful alcohol drinking habits. A survey of alcohol drinking changes among Swedes between 1997-2001. *Läkartidningen* **100**(12), 1028-1030, 1033-1035.

Berle A. (1997) "Fjärilen" ett framgångsrikt projekt? Utvärdering. Ale kommun.

Blåka G. (2004) *Learning process in a high-tech delivery. Presented at the 10th International Conference of Maternity Care Researchers, Lund 2004; abstract 1.*

Bona E., Fahlén L., Olausson S. (1999) *Kartläggning av journalsökande ungdomar med missbruksproblem* (KUM-projekt). Psykiatri Östra/Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Carlsson I. & Lagerstedt I. (1994) Hjälp till barn i familjer med beroendeproblematik. Utvärdering av en barngruppsverksamhet i Halmstad (D-uppsats). *Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap, Högskolan i Halmstad.*

Chang G., Wilkins-Haug L., Berman S., Goetz M.A. (1999) Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction* **94**(10), 1499-1508.

Connheim U. & Rydberg U. (2000) Glöm inte risken för fosterskador av alkoholbruk under graviditet! Skadepanorama, verkningsmekanismer, prevention, behandlingsprinciper. *Läkartidningen* **97**(18), 2193-2199.

Dejin-Karlsson E., Hansson B.S., Ostergren P.O. (1997) Psychosocial resources and persistent alcohol consumption in early pregnancy – a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine* **25**(4), 280-288.

Dejin-Karlsson E. (1999) *Psychosocial resources, life-style factors and fetal growth. With special reference to small-for-gestational age (SGA) infants.* (Doctoral dissertation). Department of Community Medicine Malmö University Hospital, Lund University, Sweden.

Diemer G.A. (1997) Expectant fathers: Influence of perinatal education on stress, coping and spousal relations. *Research in Nursing and Health* **20**(4), 281-293.

Dunkel-Schetter C., Sagrestano L.M., Feldman P., Killingsworth C. (1996) Social support and pregnancy. A comprehensive review focusing on ethnicity and culture. *Handbook of social support and the family* (Pierce G.R., Sarason B.R., Sarason I.G.), Plenum press, New York, pp. 375-412.

Edwards G. (2004) *Professional as negative role models for smoking. Presented at the 10th International Conference of Maternity Care Researchers, Lund 2004; abstract 7.*

Edin K.E. & Högberg U. (2002) Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* **18**, 268-278.

Eriksson G., Spak F., Andersson C. (2000) Riskbruk av alkohol kartlagt på vårdcentral. *Läkartidningen* **97**, 133-139.

Ett glas vin kan väl inte skada? (2004) Alkoholkommittén. Stockholm.

Floyd R.L., Decoufle P., Hungerford D.W. (1999) Alcohol use prior to pregnancy recognition. *American journal of preventive medicine* **17**(2), 101-107.

Folkman S. (1997) Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science of Medicine* **45**(8), 1207-1221.

Fortbildning för mödrahälsovården om samband mellan alkoholkonsumtion och skador under graviditet (2002) FHI, Stockholm. http://www.fhi.se/templates/Page____1132.aspx [5 april 2005].

Freire P. (1972) *Pedagogik för förtryckta*. Gummessons, Stockholm.

Graviditet och alkohol. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, Stockholm.

Graviditet & alkohol (1999) Forebyggelse och sundhedsfremme 1999/15. Sundhedsstyrelsen, Köpenhamn.

Göransson M., Magnusson Å., Bergman H., Rydberg U., Heilig M. (2003) Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* **98**, 1513-1520.

Göransson M., Faxelid E., Heilig M. (2004) Beliefs and reality: detection and prevention of high alcohol consumption in Swedish antenatal clinics. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica* **83**, 796-800.

Göransson M. (2004) *Alcohol consumption during pregnancy: How do we separate myth from reality?* (Doctoral dissertation). Neurotec Department, Division of Psychiatry Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Havnesköld L. & Risholm Mothander P. (2002) Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv. In *Det ofödda barnet*. Liber, Stockholm, pp. 276-305.

Hellsten T. (1999) *Flodhästen på arbetsplatsen*. Församlingsförbundets förlag Ab, Helsingfors.

Hensing G. (2003) Alkoholkonsumtion och alkoholproblem ur ett genusperspektiv – en bild av utvecklingen och nuläget. *Socialmedicinsk tidskrift* **4**, 355-361.

Hunter B. (2004) Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* (accepted 8 December 2003, article in press. Elsevier).

Hyssälä L., Rautava P., Sillanpää M., Tuominen J. (1992a) Changes in smoking and drinking habits of future fathers from onset of their wives' pregnancies. *Journal of Advanced Nursing* **17**, 849-854.

Hyssälä L., Rautava P., Sillanpää M. (1992b) Health Behaviour of Fathers of Young Families Expecting their First Baby. *Scandinavian Journal of Social Medicine* **20**(3), 165-172.

Hyssälä L., Rautava P., Helenius H., Sillanpää M. (1995) Fathers' smoking and use of alcohol: the viewpoint of maternity health care clinics and well-baby clinics. *Family-Practice* **12**(1), 22-27. England: Oxford University Press.

Högberg H., Agnetun K., Hellgren M., Wickberg B. (1998) Alkoholsamtal med blivande föräldrar – en metod för mödrahälsovården. *Enheten för Mödravård & Gynekologi, Bohuslandstinget*, Mölndal. (Rapport och opublicerad studie som genomfördes med ekonomiskt stöd från Folkhälsoinstitutet).

Högberg H. (2000) Mall för barnmorskans alkoholsamtal med blivande föräldrar vid inskrivningssamtalet på MVC.

Högberg H. (2003) Det goda samtalet. *Jordemodern* **12**, 22-25.

Individuella skydds- och skadeeffekter av alkohol (1997) A state of the Art Document. Medicinska forskningsrådet, Stockholm.

Ingen tid att förlora – om alkoholprevention under graviditeten (1999) Folkhälsoinstitutet 1999:4. Stockholm.

Jacobson S.W., Jacobson J.L., Sokol R.J. (1994) Effects of Alcohol Exposure on Infant Reaction Time. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **18**(5), 1125-1132.

Johansson B. & Mägi A. (1985) Projektet "Föräldrar och alkohol" i södra Älvsborgs län. *Socialmedicinsk tidskrift* **5**, 236-244.

Jones K.L. & Smith D.W. (1973) Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, ii: 999-1001.

Kesmodel U. (1999) Alcohol and pregnancy. *Ugeskrift for Laeger* **161**(36), 4989-4994.

Kesmodel U. (2001) Binge drinking in pregnancy--frequency and methodology. *American journal of epidemiology* **154**(8), 777-782.

Kesmodel U. & Schioler Kesmodel P. (2002) Drinking during pregnancy: attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcoholism, clinical and experimental research* **26**(10), 1553-1560.

Kesmodel U., Wisborg K., Olsen S.F., Henriksen T.B., Secher N.J. (2002a) Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* **37**(1), 87-92.

Kesmodel U., Wisborg K., Olsen S.F., Henriksen T.B., Secher N.J. (2002b) Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year. *American journal of epidemiology* **155**(4), 305-312.

Kesmodel U., Kesmodel P.S., Larsen A., Secher N.J. (2003) Use of alcohol and illicit drugs among pregnant Danish women, 1998. *Scandinavian journal of public health* **31**(1), 5-11.

Kesmodel U. & Frydenberg M. (2004) Binge drinking during pregnancy--is it possible to obtain valid information on a weekly basis? *American journal of epidemiology* **159**(8), 803-808.

Klockars K. & Österman B. (2000) Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård. In *Vad är hälsa?* pp. 14-28. (Pörn I.), In *Om holistiska hälsoteorier* pp. 29-42. (Nordenfelt L.), In *Hälsofostran och dess målsättningar* pp. 209-223. (Häyry H.), In *Interaktiv bekräftelse och upplevelser av hjälp* pp. 263-278. (Gustafsson B.), Liber, Stockholm.

Larsson G., Ottenblad C., Hagenfeldt L., Larsson A., Forsgren M. (1983) Evaluation of serum gamma-glutamyl transferase as a screening method for excessive alcohol consumption during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology* **147**(6), 654-657.

Lazarus R.S. (1993a) Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic medicine* **55**, 234-247.

Lazarus R.S. (1993b) From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual review of psychology* **14**, 1-21.

Leonard K., Eiden R., Wong M., Zucker R., Puttler L., Fitzgerald H., Hussong A., Chassin L., Mudar P. (2000) Developmental Perspectives on Risk and Vulnerability in Alcoholic Families. *ALCOHOLISM: Clinical and Experimental Research* **24**(2), 238-240.

Livsviktigt - om alkohol och graviditet (2004) Alkoholkommittén, Stockholm.

Lundberg A.M. (2005) *Kärlek och hälsa. Parbehandling i ett folkhälsoperspektiv*. (Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, Sverige.

Lundén K., Broberg A., Borres M. (1998) Hur vanligt är det att förskolepersonal och BVC-sjuksköterskor oroar sig för att barn far illa: En jämförelse mellan tre olika stadsdelar i Göteborgs kommun. Nummer 3.

MEDIA Familjelexikon (1984) Tammi Publishers, Helsingfors och Lidman Produktion, Stockholm, i samarbete med Bonnier Fakta Bokförlag, Stockholm.

Menees M. & Segrin C. (2000) The specificity of disrupted processes in families of adult children of alcoholics. *Alcohol & Alcoholism* **35**(4), 361-367.

Morgan J. (2003) Knowledge and experience of domestic violence. *British Journal of Midwifery* **11**(12), 741-747.

Morgan J. (2004) *Challenges in implementing Domestic Violence guidelines in an Obstetric & Gynaecology Directorate. Presented at the 10th International Conference of Maternity Care Researchers, Lund 2004; abstract 27.*

Mål för folkhälsan (2003) Statens folkhälsoinstitut 2003:57, Stockholm.

Mödrahälsovårdsutredningen (1996) SoS-rapport; 1996:7. Socialstyrelsen, Stockholm.

Nilsson A. & Thorpert-Tidell A. (1998) Missbrukarnas barn. Vad kan skolan och förskolan göra? *Institutionen för specialpedagogik. (Uppsats 10p.)*, Göteborgs Universitet.

Nordén Å. red. (1996) *Alkohol som sjukdomsorsak*. Almqvist & Wiksell. Stockholm.

Nyberg K. & Allebäck P. (1998) "Ett glas eller två kan väl inte vara farligt". *Forskning & Fakta* 1998:16, Stockholm.

Näsman E. (1998) *Känsla av sammanhang i ett familjeperspektiv*. Känsla av sammanhang i teori, emperi och kritik. Forskningsrådsnämnden. Rapport 98:9. Stockholm, pp. 21-34.

Ockene J.K., Yunsheng M., Zapka J.G., Pbert L.A., Goins K.V., Stoddard A.M. (2002) Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low-income pregnant women. *American journal of preventive medicine* **23**(3), 150-159.

Ogden J. (2000) Health Psychology. In *Stress* pp 231-254. Open University Press, Buckingham.

Olds D., Henderson C.R. Jr., Cole R., Eckenrode J., Kitzman H., Luckey D., Pettitt L., Sidora K., Morris P., Powers J. (1998) Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA. Journal of the American Medical Association* **280**(14), 1238-1244.

Olegard R., Sabel K.G., Aronsson M., Sandin B., Johansson P.R., Carlsson C., Kyllerman M., Iversen K., Hrbek A. (1979) Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Retrospective and prospective studies. *Acta Paediatrica Scandinavica Supplement* 275, 112-121.

Pierce G.R., Sarason B.R., Sarason I.G., Joseph H.J., Henderson C.A. (1996) Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. *Handbook of social support and the family* (Pierce G.R. Sarason B.R., Sarason I.G.), Plenum press, New York, pp. 3-23.

Plant M. (2000) Alcohol in pregnancy. *MIDIRS Midwifery Digest* **10**(4), 443-447.

På Vems Sida Står Du? Systembolaget, Stockholm.

Richman J.A., Rospenda K.M., Kelley M.A. (1995) Gender roles and alcohol abuse across the transition to parenthood. *Journal of Studies on Alcohol* **56**(5), 553-557.

Rubin D.H., Krasilnikoff P.A., Leventhal J.M., Berget A., Weile B. (1988) Cigarette smoking and alcohol consumption during pregnancy by Danish women and their spouses: A potential source of fetal morbidity. *The American journal of drug and alcohol abuse* **14**(3), 405-417.

Santesson C. (2001) Tobaks- och alkoholinformation på MVC, MVC-barnmorskans syn på sin hälsoupplysande uppgift. (D-uppsats, 20p). *Institutionen för folkhälsovetenskap. Karolinska Institutet*, Stockholm.

Sarafino E.P. (1998) *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. <http://www.wiley.com/college>.

Saunders J.B., Aasland O.C., Babor T.F., De la Fuente J.R., Grant M. (1993) Development of the alcohol use disorders identification test. (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* **88**, 791-804.

Savage C., Wray J., Ritchey P.N., Sommers M., Dyehouse J., Fulmer M. (2003) Current screening instruments related to alcohol consumption in pregnancy and a proposed alternative method. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing* **32**(4), 437-446.

Silversträngen – videofilm om alkohol och graviditet. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, Stockholm.

SOU (1994) *Barn föräldrar alkohol. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen.* SOU 1994:29. Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, Stockholm.

SOU (2000) *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén.* SOU 2000:91. Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, Stockholm.

Spak F. (2003) Oroande konsumtionsutveckling för alla – men osäkert om könsskillnaderna minskar. *Socialmedicinsk tidskrift* **4**, 294-302.

Spak L. (2003) Sexuella övergrepp och andra barndomsfaktorer som riskfaktorer för alkoholproblem bland kvinnor. *Socialmedicinsk tidskrift* **4**, 324-332.

Strömmland K. & Aronsson M. (1996) Livets viktigaste nio månader - Alkohol och graviditet. Utbildningspärm inklusive video. *Folkhälsosekretariatet i Göteborg.*

Strömmland K. (2000) Fetalt alkoholsyndrom – onödigt lidande som inte blivit ovanligare. Ögonen drabbade i upptill 90 procent av fallen. *Läkartidningen* **97**, 5108-5110.

Sädås-Bergsten R.M. & Udin A. (2000) Att vara barn till psykiskt sjuk förälder. (Uppsats 5p.), *Vårdvetenskapliga sektionen, Göteborgs Universitet.*

Thernlund G. (1995) Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp. En jämförande historik. *Socialmedicinsk tidskrift* **1**, 4-11.

Thomas E.J., Yoshioka M.R., Ager R.D. (1994a) Spouse Enabling Inventory (SEI). *Handbook of Family Measurement Techniques* **3**, 252.

Thomas E.J., Yoshioka M.R., Ager R.D. (1994b) Spouse Sobriety Influence Inventory (SSII). *Handbook of Family Measurement Techniques* **3**, 253.

Waterson E.J., Evans C., Murray-Lyon I.M. (1990) Is pregnancy a time of changing drinking and smoking patterns for fathers as well as mothers? An initial investigation. *British Journal of Addiction* **85**(3), 389-396.

Weitzman E. & Wechsler H. (2000) Alcohol Use, Abuse, and Related Problems among Children of Problem Drinkers. Findings from a National Survey of College Alcohol Use. *The journal of nervous and mental disease* **188**(3), 148-154.

WHO (1998) *Hälsa 21- hälsa för alla på 2000-talet*. En introduktion till "Hälsa för alla"-policyn för WHO:s europaregion. Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella Folkhälsokommittén, Stockholm.

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

Vit Zon (1996) Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, Stockholm.

Wärnå C. (2002) *Dygd och hälsa*. (Akademisk avhandling). Åbo Akademi, University Press, Vasa.

Ågren G. (2003) Den nya folkhälsopolitiken, Nationella mål för folkhälsan. *Statens folkhälsoinstitut 2003:57*, 2:a reviderade upplagan. Sandvikens tryckeri.

Öquist O. (1995) *Tyst erfarenhet*. Om intuition och sinnlighet i en teknikpräglad kultur. Carlssons bokförlag, Stockholm.

BILAGOR

Bilaga 1 Underlag för samtal om alkohol och föräldraskap

1. Har din alkoholkonsumtion ändrats något under det senaste året före graviditeten?

- ☐ ökat ☐ minskat ☐ oförändrad ☐ nykterist

2. Finns det någon alkoholism i din familj eller inom släkten ?

- ☐ ja ☐ nej ☐ vet ej vem/vilka:

3. Vem dricker du tillsammans med? (flera alternativ kan kryssas i)

- ☐ arbetskamrater ☐ din partner ☐ ensam ☐ vänner ☐ övrig familj

Dina alkoholvanor under senaste året FÖRE graviditeten:

					
markera "x" de sorter du använder:	☐	☐	☐	☐	☐
Med ett glas menas:	45 cl folköl	33 cl starköl	15 cl vin	8 cl starkvin	4 cl sprit

4. Hur ofta dricker Du alkohol?

- ☐ Aldrig ☐ 1 gång i månaden ☐ 2-4 ggr/månaden ☐ 2-3 ggr/vecka ☐ 4 ggr/vecka eller mer

5. Hur många glas (se exempel) konsumerar Du på en typisk dag då Du dricker alkohol?

- ☐ 1-2 stycken ☐ 3-4 stycken ☐ 5-6 stycken ☐ 7-9 stycken ☐ 10 stycken eller fler

6. Hur ofta dricker Du 6 sådana glas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- ☐ Aldrig ☐ Mer sällan än en gång i månaden ☐ Varje månad ☐ Varje vecka ☐ Dagligen eller nästan dagligen

7. Din alkoholkonsumtion efter graviditetsbeskedet

- ☐ ökat ☐ som förut ☐ minskat ☐ dricker inte alls nu

8. Har du testat andra droger ? ☐ ja ☐ nej om ja, vilka:

Hjördis Högberg, år 2002, mobiltel: +46-0707-523298

Bilaga 2

Alla frågor i förmättnings - (f-mät.) och / eller eftermätningsinstrument (e-mät.)

Frågorna gäller både gravid kvinna och partner om inte annat anges (kv, m). För ytterligare information angående formulären se avsnittet: Mätinstrument.

Bakgrundsinformation: ålder, kön, civilstånd, antal egna (biologiska) barn, födda år: , antal personer i hushållet, antal missfall (kv), sista mens (kv), datum idag, utbildning, yrke, anställd, egen företagare, arbete eller annat, rökning, snus, deltog i inskrivningssamtalet (m).

Formulär 1 (se även Bilaga 1)

1. Har din alkoholkonsumtion ändrats något under det senaste året före graviditeten? / Har din alkoholkonsumtion ändrats något under graviditeten?
2. Finns det någon alkoholism i din familj eller inom släkten?
3. Vem dricker du tillsammans med?

Dina alkoholvanor under senaste året FÖRE graviditeten: / Dina alkoholvanor UNDER graviditeten: (härifrån till fråga 6 är AUDIT-frågor) Med ett glas menas: 45 cl folköl, 33 cl starköl, 15 cl vin, 8 cl starkvin, 4 cl sprit. (symbolbilder visas vid alla alternativ)

4. Hur ofta dricker Du alkohol?
5. Hur många glas (se exempel) konsumerar Du på en typisk dag då Du dricker alkohol?
6. Hur ofta dricker Du 6 sådana glas eller mer vid ett och samma tillfälle?
7. Din alkoholkonsumtion efter graviditetsbeskedet
8. Har du testat andra droger?

Formulär 2 (gravid kvinna)

9. Om du nu som gravid hamnar i en situation där du normalt skulle druckit alkohol, hur hanterar Du en sådan situation? *Egen erfarenhet? Skriv gärna ner egna exempel:* (tre rader att skriva på)
10. Underlättar det för dig att avstå alkohol om du tänker på ert lilla foster/barn i din livsmoder
11. Har du någon gång erbjudit dig att t.ex. köra bil efter besöket/festen eller annat för att lättare avstå alkohol
12. Har du någon gång bett din partner att minska sitt drickande för att vara solidarisk med dig nu, när du inte ska dricka alls
13. Har du någon gång avstått från vissa vanor, t.ex. att gå på fest eller annat, för att underlätta alkoholfri graviditet
14. Hur lätt eller hur svårt är det för dig att avstå alkohol nu när du är gravid

När Du försöker avstå alkohol, hur ofta stödjer dessa personer Dig?

15. Partner 16. Mor 17. Far 18. Andra 19. Kommentar: (skriv)

Om Du upplever att Du får stöd av Din partner; vad består stödet av?

20. Han avstår själv från att dricka när du är med
21. Han frågar om det är OK att han dricker
22. Han erbjuder mig alkoholfria alternativ
23. Uppmuntrar/har förståelse för mitt beslut att inte dricka/dricka mindre
24. Han samtalat med mig om alkoholens skadeverkningar på foster/barn under graviditet
25. Han samtalat med andra om alkoholens skadeverkningar på foster/barn under graviditet
26. Annat: (skriv)

Vad betyder det för Dig att få stöd från partnern för att avstå alkohol under graviditeten ?

- 27. Känns allmänt positivt men påverkar inte mitt beteende.
- 28. Ger mig en känsla av att vi *tillsammans* förbereder föräldraskapet och tar gemensamt ansvar.
- 29. Känns negativt t.ex. påträngande eller irriterande.
- 30. Ingen som helst betydelse. Jag skulle ändå inte dricka något.
- 31. Underlättar för mig att tacka nej till ett glas vin eller öl.
- 32. Jag får inget stöd till alkoholfri graviditet.
- 33. Kommentär:

Formulär 3 (partner)

Gravida rekommenderas att avstå alkohol under graviditet. Här kommer frågor som det är vanligt att blivande pappor reflekterar omkring / möter idag.

- 34. Du som är van att dricka alkohol då och då, t.ex. vid festliga tillfällen eller regelbundet varje vecka. Du kan troligen ibland som partner uppleva det som en jobbig eller svår omställning när din kvinna ska avstå under graviditeten. Hur hanterar Du sådana situationer? *Egen erfarenhet? Skriv gärna ner egna exempel:* (tre rader att skriva på)
- 35. Underlättar det för dig att minska ditt drickande inför föräldraskapet om du tänker på ert lilla foster/barn i hennes livsmoder
- 36. Har du någon gång bett henne att t.ex. köra bilen efter besöket/festen eller annat för att hon lättare ska avstå alkohol
- 37. Har du någon gång minskat ditt drickande för att vara solidarisk med din kvinna nu, när hon inte ska dricka alls
- 38. Har du någon gång avstått från vissa vanor, t.ex. att gå på fest eller annat, för att underlätta alkoholfri graviditet för henne
- 39. Hur ofta upplever du att du ger Din partner stöd till alkoholfri graviditet nu

När Du försöker minska/avstå alkohol inför föräldraskapet, hur ofta stödjer dessa personer Dig?

40. Partner 41. Mor 42. Far 43. Andra 44. Kommentär: (skriv)

Om Du upplever att Du ger stöd till Din partner; vad består stödet av?

- 45. Du avstår själv från att dricka
- 46. Frågar henne om det är OK att du dricker
- 47. Du erbjuder henne alkoholfria alternativ
- 48. Du använder själv alkoholfria alternativ tillsammans med henne
- 49. Du uppmuntrar/stödjer hennes beslut att inte dricka/dricka mindre
- 50. Du samtalar med henne om alkoholens skadeverkningar på foster och barn under graviditet
- 51. Du samtalar med andra om alkoholens skadeverkningar på foster och barn under graviditet
- 52. Annat: (skriv)

Vad betyder det för Dig att få stöd från partnern för minskad alkohol inför föräldraskapet?

- 53. Känns allmänt positivt men påverkar inte mitt beteende.
- 54. Ger mig en känsla av att vi *tillsammans* förbereder föräldraskapet och tar gemensamt ansvar.
- 55. Känns negativt t.ex. påträngande eller irriterande.

56. Underlättar att minska mitt drickande inför föräldraskapet.
57. Jag behöver inte minska mitt drickande inför föräldraskapet.
58. Jag får inget stöd till minskat drickande inför föräldraskapet.
59. kommentar: (skriv)

Formulär 4

Hur använde du alkohol före graviditeten:/ Hur använder du alkohol under graviditeten:
(kvinnor e-mät: Sätt **x** här i denna ruta ☐ om du inte använt alkohol och **fortsätt till fråga 67**)

60. Jag använde alkohol för att fira
61. Jag använde alkohol som njutningsmedel
62. Jag använde alkohol som avstressning
63. Jag använde alkohol som berusning
64. Jag använde alkohol för att glömma eller för att fly från bekymmer
65. Annat skäl: (skriv)
66. Jag har märkt att jag tål mer alkohol än tidigare
67. Jag har någon gång oroat mig för min egen alkoholkonsumtion
68. Jag har någon gång oroat mig för min partners alkoholkonsumtion

Hur uppfattar du att din partner använt alkohol före graviditeten:/ Hur uppfattar du att din partner använder alkohol under graviditeten:

(män e-mät: Sätt **x** här i denna ruta ☐ om hon inte använder alkohol och **fortsätt till fråga 76**)

69. Partnern använde alkohol för att fira
70. Partnern använde alkohol som njutningsmedel
71. Partnern använde alkohol som avstressning
72. Partnern använde alkohol som berusning
73. Partnern använde alkohol för att glömma eller för att fly från bekymmer
74. Annat skäl: (skriv)
75. Jag har märkt att min partner tål mer alkohol än tidigare
76. Min partner har någon gång uttryckt oro / oroat sig för sin egen alkoholkonsumtion
77. Min partner har någon gång uttryckt oro / oroat sig för min alkoholkonsumtion

Formulär 5 (gravid kvinna)

78. Jag har druckit alkohol i början av graviditeten / Jag har druckit alkohol efter inskrivningssamtalet med barnmorskan
79. Om du svarat ja på fråga 78, är du i så fall orolig för detta?
80. Har du pratat med någon om din eventuella oro?
81. om ja, vem har du pratat med (skriv)

Formulär 6

Hur reagerar du nu när din partner dricker alkohol?

82. Det är OK att min partner dricker alkohol.
83. Jag blir irriterad när min partner dricker alkohol.
84. Jag blir nöjd när min partner avstår alkohol.

Formulär 7

85. Har du under denna graviditet fått muntlig eller skriftlig information om alkoholens skadeverkningar på fostret/barnet?
86. Jag har fått min viktigaste information om graviditet och alkohol från: (e-mät., Tabell 14)
87. Har barnmorskans alkoholsamtal eller skriftliga information gett dig ny kunskap? (e-mät.)
88. Har informationen påverkat din alkoholkonsumtion? (e-mät.)

Formulär 8

89. Egna kommentarer och/eller berättelser: (tom A4 sida, som avslutas *Tack för din medverkan!*)

Bilaga 3. Tabeller, vilka inte redovisats i resultatdelen.

Tabell 15: Hur ofta dricker du alkohol? Anges i %.

<i>Förmätning</i>	aldrig	1 gång i månaden	2-4 ggr/månad	2-3 ggr/vecka	4 ggr/vecka eller mer
I-gr. kvinnor	8,6	38,5	48,0	4,5	0,5
I-gr. män	2,4	28,8	53,8	14,2	0,9
N= 221 kvinnor och 212 män					
K-gr1. kvinnor	9,2	40,6	42,9	7,3	0
K-gr1. män	6,3	25,7	53,0	13,4	1,6
N= 261 kvinnor och 253 män					
K-gr2. kvinnor	7,4	53,7	37,5	1,5	0
K-gr2. män	2,3	39,2	52,3	5,4	0,8
N= 136 kvinnor och 130 män. Frågan besvarades vid eftermätningen.					
<i>Eftermätning</i>	aldrig	1 gång i månaden	2-4 ggr/månaden	2-3 ggr/vecka	4 ggr/vecka eller mer
I-gr. kvinnor	94,9	4,6	0,6	0	0
I-gr. män	5,6	29,2	52,2	11,8	1,1
N= 175 kvinnor och 178 män					
K-gr1. kvinnor	92,3	5,8	1,9	0	0
K-gr1. män	5,7	33,5	50,2	10,0	0,5
N= 208 kvinnor och 209 män					
K-gr2. kvinnor	94,8	3,7	1,5	1,5	0
K-gr2. män	8,3	50,0	37,9	3,8	0
N= 134 kvinnor och 132 män					

Tabell 16: Hur många glas konsumerar du på en typisk dag då du dricker alkohol? Anges i %.

<i>Förmätning</i>	1-2 stycken	3-4 stycken	5-6 stycken	7-9 stycken	10 stycken eller fler
I-gr. kvinnor	58,3	33,3	6,5	1,4	0,5
I-gr. män	40,8	34,6	15,2	5,7	3,8
N= 216 kvinnor och 211 män					
K-gr1. kvinnor	58,3	31,8	8,3	1,7	0
K-gr1. män	36,4	34,4	21,5	5,7	2,0
N= 242 kvinnor och 247 män					
K-gr2. kvinnor	44,9	37,8	15,7	1,6	0
K-gr2. män	22,7	34,4	22,7	14,8	5,5
N= 127 kvinnor och 128 män. Frågan besvarades vid eftermätningen.					
<i>Eftermätning</i>	1-2 stycken	3-4 stycken	5-6 stycken	7-9 stycken	10 stycken eller fler
I-gr. kvinnor	13 kvinnor	1 kvinna	0	0	0
I-gr. män	57,0	26,2	11,6	4,7	0,6
N= 14 kvinnor och 172 män					
K-gr1. kvinnor	22 kvinnor	2 kvinnor	0	0	0
K-gr1. män	40,1	38,6	15,3	4,0	2,0
N= 24 kvinnor och 202 män					
K-gr2. kvinnor	5 kvinnor	1 kvinnor	0	0	0
K-gr2. män	37,6	28,8	20,8	8,0	4,8
N= 6 kvinnor och 125 män					

Tabell 17. Hur ofta dricker Du 6 sådana glas eller mer vid ett och samma tillfälle?
Anges i %.

<u>Förmätning</u>	<u>aldrig</u>	<u>Mer sällan än en gång i månaden</u>	<u>Varje månad</u>	<u>Varje vecka</u>	<u>Dagligen eller nästan dagligen</u>
I-gr. kvinnor	56,4	39,5	3,6	0,5	0
I-gr. män	22,3	64,9	11,4	1,4	0
N= 220 kvinnor och 211 män					
K-gr1. kvinnor	46,0	48,8	4,8	0,4	0
K-gr1. män	17,0	68,0	13,4	1,6	0
N= 250 kvinnor och 253 män					
K-gr2. kvinnor	48,5	46,2	5,3	0	0
K-gr2. män	15,4	62,3	18,5	3,8	0
N= 136 kvinnor och 130 män. Gruppen besvarade frågan vid eftermätningen.					
<u>Eftermätning</u>	<u>aldrig</u>	<u>Mer sällan än en gång i månaden</u>	<u>Varje månad</u>	<u>Varje vecka</u>	<u>Dagligen eller nästan dagligen</u>
I-gr. kvinnor	80 kvinnor	0	1 kvinna	1 kvinna	0
I-gr. män	25,4	63,8	10,7	0	0
N= 82 kvinnor och 177 män					
K-gr1. kvinnor	109 kvinnor	2 kvinnor	0	1 kvinna	0
K-gr1. män	20,6	69,4	9,6	0,5	0
N= 112 kvinnor och 209 män					
K-gr2. kvinnor	78 kvinnor	0	0	0	0
K-gr2. män	30,0	56,9	11,5	1,5	0
N= 78 kvinnor och 130 män					

Tabell 18a. Användning av alkohol som berusning före graviditeten. Anges i %.

<u>Förmätning</u>	<u>ja</u>	<u>nej</u>	<u>Förmätning</u>	<u>ja</u>	<u>nej</u>	<u>Förmätning</u>
I-gr. kvinnor	26,6	73,4	K-gr1. kvinnor	28,2	71,4	K-gr2. kvinnor
I-gr. män	34,1	65,9	K-gr1. män	37,4	62,6	K-gr2. män
N= 214 kvinnor och 205 män			N= 245 kvinnor och 238 män			Gruppen deltog ej

Tabell 18b. Användning av alkohol som berusning under graviditeten. Anges i %.

<u>Eftermätning</u>	<u>ja</u>	<u>nej</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>ja</u>	<u>nej</u>	<u>Eftermätning</u>	<u>ja</u>	<u>nej</u>
I-gr. kvinnor	0 kv.	11 kv.	K-gr1. kvinnor	1 kv.	14 kv.	K-gr2. kvinnor	1 kv.	9 kv.
I-gr. män	27,3	72,7	K-gr1. män	29,6	70,4	K-gr2. män	35,2	64,8
N= 11 kvinnor och 158 män			N= 15 kvinnor och 199 män			N= 10 kvinnor och 128 män		

Tabell 19a. Användning av alkohol som avstressning före graviditeten. Anges i %.

<i>Förmätning</i>	ja	nej	<i>Förmätning</i>	ja	nej	<i>Förmätning</i>	
I-gr. kvinnor	18,1	81,9	K-gr1. kvinnor	21,0	79,0	K-gr2. kvinnor	
I-gr. män	25,5	74,5	K-gr1. män	26,9	73,1	K-gr2. män	
N= 216 kvinnor och 204 män			N= 243 kvinnor och 238 män			Gruppen deltog ej	

Tabell 19b. Användning av alkohol som avstressning under graviditeten. Anges i %.

<i>Eftermätning</i>	ja	nej	<i>Eftermätning</i>	ja	nej	<i>Eftermätning</i>	ja	nej
I-gr. kvinnor	0 kv.	11 kv.	K-gr1. kvinnor	2 kv.	13 kv.	K-gr2. kvinnor	0 kv.	9 kv.
I-gr. män	26,7	73,3	K-gr1. män	26,5	73,5	K-gr2. män	26,4	73,6
N= 11 kvinnor och 161 män			N= 15 kvinnor och 202 män			N= 9 kvinnor och 129 män		

Tabell 20. Finns det någon alkoholism i din familj eller inom släkten? vem/vilka: Anges i %.

<i>Förmätning</i>	Ja	därav förälder	Nej	Vet ej	<i>Eftermätning</i>	Ja	därav förälder	Nej	Vet ej
I-gr. kvinnor	28,8	12,6	64,0	7,2	I-gr. kvinnor	27,9	8,1	64,5	7,7
I-gr. män	24,9	9,4	67,6	7,5	I-gr. män	23,6	10,7	69,1	7,3
N= 222 kvinnor och 213 män					N= 183 kvinnor och 178 män				
K-gr1. kv.	28,0	5,8	64,4	7,7	K-gr1. kv.	26,5	5,1	66,0	7,4
K-gr1. män	22,3	7,1	67,2	10,5	K-gr1. män	19,0	6,6	68,2	12,8
N= 261 kvinnor och 256 män					N= 215 kvinnor och 211 män				
K-gr2. kvinnor					K-gr2. kv.	25,9	8,8	63,7	10,4
K-gr2. män					K-gr2. män	22,0	7,6	65,9	12,1
Gruppen deltog ej i förmätning					N= 135 kvinnor och 132 män				

Tabell 21. Jag har någon gång oroat mig för min egen alkoholkonsumtion. Anges i %.

<i>Förmätning</i>	ja	nej	<i>Förmätning</i>	ja	nej	<i>Förmätning</i>		
I-gr. kvinnor	4,0	96,0	K-gr1. kvinnor	12,3	87,7	K-gr2. kvinnor		
I-gr. män	11,0	89,0	K-gr1. män	12,6	87,4	K-gr2. män		
N= 222 kvinnor och 210 män			N= 252 kvinnor och 246 män			Gruppen deltog ej		
<i>Eftermätning</i>	ja	nej	<i>Eftermätning</i>	ja	nej	<i>Eftermätning</i>	ja	nej
I-gr. kvinnor	3,1	96,9	K-gr1. kvinnor	6,5	93,5	K-gr2. kvinnor	5,7	94,3
I-gr. män	5,4	94,6	K-gr1. män	6,8	93,2	K-gr2. män	12,3	87,7
N= 159 kv. och 167 män			N= 200 kvinnor och 207 män			N= 122 kvinnor och 130 män		

Tabell 22. Jag har någon gång oroat mig för min partners alkoholkonsumtion. Anges i %.

<i>Förmätning</i>	ja	nej	<i>Förmätning</i>	ja	nej	<i>Förmätning</i>		
I-gr. kvinnor	13,1	86,9	K-gr1. kvinnor	13,5	86,5	K-gr2. kvinnor		
I-gr. män	2,9	97,1	K-gr1. män	2,9	97,1	K-gr2. män		
N= 222 kvinnor och 210 män			N= 252 kvinnor och 246 män			Gruppen deltog ej		
<i>Eftermätning</i>	ja	nej	<i>Eftermätning</i>	ja	nej	<i>Eftermätning</i>	ja	nej
I-gr. kvinnor	9,3	90,7	K-gr1. kvinnor	11,9	88,1	K-gr2. kvinnor	9,8	90,2
I-gr. män	1,8	98,2	K-gr1. män	1,0	99,0	K-gr2. män	2,3	97,7
N= 161 kvinnor och 167 män			N= 201 kvinnor och 207 män			N= 122 kvinnor och 130 män		

