

Missbruk och graviditet

En kvalitativ studie om hur professionella bemöter gravida missbrukare

Av: Ferida Kaffoshy & Nasrin Shahmohammadi

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA 63

VT-13



Handledare: Anett Schenk

Förord

Vi vill tacka våra respondenter som tog sig tid och gjorde det möjligt för oss att slutföra detta arbete. Vi vill även passa på att tacka vår handledare Anett Schenk för en bra handledning och Besmin Masso för en noggrann korrekturläsning.

Sist men inte minst vill vi tacka oss själva för ett bra samarbete med många roliga stunder.

Tack!

Abstract

Authors: Ferida Kaffoshy & Nasrin Shahmohammadi

Title: “Perfectionism is the voice of the oppressor” – a qualitative study on pregnant women that abuse drugs. [translated title]

Supervisor: Anett Schenk

The aim of the essay is to explore what kinds of attitudes, support, and biases drug abusing pregnant women might face in society to understand whether these women are treated similarly as non-drug abusing women. We conducted semi-structured interviews with therapists, counselors and midwives to gain a deeper insight in the treatment of these women and their experiences of stigmatization. Through this study, we learned that the women feel a lot of shame, guilt, and that they are treated differently in society. We used Goffmans (2009) theory of stigmatization to further understand the thoughts and emotions of these women, the way they are treated in society, and how they are permanently labeled as addicts even if they stop abusing drugs. In order to change the perception of pregnant drug-addicts in society, the authorities working with these women must be better educated on how to effectively deal with these circumstances, and employ a more collaborative approach.

Keywords: drug abusing pregnant women, shame, guilt, stigma.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
Problemformulering	1
Syfte	1
Frågeställning	2
2 Tidigare forskning	2
Gravida missbrukare.....	2
<i>Känslor</i>	3
<i>MVC</i>	7
3 Teori	8
Stigma.....	8
4 Metod	9
Semistrukturerade intervjuer	11
Förtjänster och begränsningar	12
Urval och avgränsning.....	13
Tillförlitlighet och validitet	13
Etiska överväganden.....	14
5 Analys och resultat	15
6 Avslutande diskussion.....	24
Litteraturförteckning	26
Bilagor 1 Presentationsbrev.....	28
Bilaga 2 Intervjuguide	29

1 Inledning

Problemformulering

Att vara gravid är inte helt problemfritt ur flera perspektiv, är man samtidigt i ett missbruk föreligger en större fara för både fostret och mamman (vårdguiden.se). Det har inte funnits många försök för att förstå behoven och erfarenheterna av gravida missbrukare eller deras attityd och känslor om graviditeten (Lewis, Klee & Jackson, 1995). Existerande forskning visar av att stereotypen av gravida missbrukare är att de är moraliskt svaga, avvisar sociala normer, att de är själviska och att de inte bryr sig om barnets behov (*ibid*). Ehrmin Joanne T (2011) skriver att kvinnor generellt har blivit socialiserade till att förtrycka känslor som ilska, otillräcklighet och skuld, istället för att tala om hur de känner. Detta kan föranleda att kvinnor med risk för missbruksproblematik använder alkoholen och drogerna som ett sätt att hantera de oacceptabla känslorna. Dessa känslor fortsätter även under graviditeten då kvinnor med missbruksproblematik känner ännu mer skuld och skam på grund av att de nu även har ett foster i magen som de måste skydda. Kvinnor som under graviditeten håller sig drogfria kan uppleva att de är stämplade pga. ett tidigare missbruk. Den gravida magen visar på kroppsliga tecken och blir en form av stigma för den gravida kvinnan i missbruk (jfr Goffman 2009).

Vi har valt att genomföra denna studie för att belysa vad gravida missbrukare kan gå igenom under deras graviditet samt hur kvinnorna bemöts och påverkas av samhällets värderingar. Dessa attityder från samhället kan ha både positiv och negativ påverkan på kvinnornas självkänsla. I studien har vi intervjuat terapeuter som har kontakt med gravida kvinnor och som har varit aktiva i missbruket under sin graviditet.

Syfte

Syftet är att undersöka hur terapeuter/ behandlare och barnmorskor beskriver graviditeten hos kvinnor med missbruksproblem. Intresset har främst legat på kvinnornas attityder och känslor i behandlingssituationen, men vi kommer även att undersöka vilka attityder, stöd och fördomar kvinnorna kan möta ute i samhället samt likheter och olikheter med icke-missbrukande väntande mödrar.

Frågeställning

- *Hur beskriver terapeuter/ behandlare/ barnmorskor arbetet med gravida missbrukande kvinnor?*
- *Hur skiljer sig graviditeten för en missbrukande kvinna jämfört med en kvinna utan missbruk?*
- *Vilka attityder kan missbrukande gravida stöta på?*
- *Kan man prata om stigmatisering och i så fall hur får det sitt uttryck?*

2 Tidigare forskning

Gravida missbrukare

En hög alkoholkonsumtion under graviditet ger fostret skador i form av tillväxthämning, kroppsliga avvikelser och neuropsykiatriska skador. I en undersökning som gjordes 1980 framgår att knappt en procent av de gravida kvinnorna var kända inom socialvården för ett missbruk (Larsson 1982 s.10). I boken *Missbruk under graviditet* framgår det att det är blivande mödrars rättighet att få en saklig information om hur ett missbruk påverkar både mamman och det växande fostret. Det är även viktigt att man erbjuder kvinnor ett effektivt stöd under tidig graviditet. I ett resultat från en försöksverksamhet inom Stockholmsläns landsting visar att 78 % av de missbrukande kvinnorna har avstått helt eller minskat alkoholintaget efter första besöket hos mödravårdscentralen. Endast två procent angav i samtal efter förlossningen att de hade känt en stark oro under graviditeten eftersom de hade missbrukat alkohol. Det är även vanligt att man på Mödravårdscentralen (MVC) nämner abort vid samtal med de gravida kvinnorna (*ibid* s.20). Kvinnor som trots all information och stöd om missbrukens skadeverkningar försätter med sitt missbruk kommer enligt erfarenheter att fortsätta med sitt missbruk även efter barnets födelse (*ibid* s.21). För de kvinnor som lyckats att avbryta sitt missbruk är det viktigt att de får all hjälp och stöd de kan få av personalen på barnabörd (BB) (*ibid* s.20).

In en intervju med mammorna efter graviditeten förelåg olika förklaringar till varför man hade undvikit att gå på besök hos MVC. De vanligaste skälen var att de var rädda för att deras missbruk skulle avslöjas. Då barnmorskan kommer så fysiskt nära kvinnorna är det lätt att

upptäcka sticknål etc. Vissa av kvinnorna hade haft barn sedan tidigare och ansåg att de klarade sig själva, de visste helt enkelt hur en förlossning gick till. Cirka 60 % av de gravida kvinnorna kom så sent till MVC att abort inte var möjlig (Larsson 1982 s. 25). En utförlig information om riskerna med missbruk måste nås fram till alla gravida kvinnor och det bör finnas ett samarbete med andra organisationer. Missbrukande kvinnorna bör så tidigt som möjligt under graviditeten få hjälp och stöd för att upphöra sitt missbruk. I de fall kvinnan inte är motiverad till att sluta med missbruket är det viktigt att man planerar inför den kommande förlossningen och eventuella frågor angående vårdsnaden om barnet. Detta för att undvika plötsliga överraskningar för modern(föräldrarna)(*ibid* s. 77).

Känslor

I artikel *An exploratory study* har fokus lagts på de gravida missbrukarnas attityder och känslor inför sin graviditet och även vad som kommer hända därefter (Lewis et al. 1995). Engagemanget för att försöka förstå behoven och erfarenheterna av gravida missbrukare eller deras attityder och känslor om graviditeten har varit få. Lewis et al. (1995) skriver att alla kvinnor förväntas att bli försäkrade om att de är friska och redo för graviditeten. De som inte försäkras detta är socialt konstruerade att vara oberörda om att bry sig om deras oföddas barns hälsa. Vidare skriver författarna att stereotypen av gravida missbrukare är att de är moraliskt svaga, avvisar sociala normer, själviska och bara bryr sig om sina egna behov. Underförstått att modern inte bryr sig om barnets behov (*ibid*). Gravida missbrukare utmanar rådande normer med anledning av hennes missbruk och många gånger även på grund av sin ålder, civilstånd och andra faktorer. Följaktligen kan upplevelsen av graviditet vara influerad av rädsla av dömande attityder eller rädslan av att bli dömd som en olämplig mor. I denna artikel läggs störst fokus på kvinnornas attityder till och känslor om graviditeten och även inverkan av de rådande normerna och förväntningarna som kvinnorna har på grund av den stereotypen som finns om gravida missbrukare. Kvinnorna anpassar sig generellt bättre till graviditeten och moderskapet om det är planerat, men majoriteten av de gravida kvinnorna i denna studie hade inte en planerad graviditet (*ibid* s.220-222).

Graviditeten har beskrivits som ett perfekt tillfälle för missbrukande kvinnor att bli behandlade och minska drogvanan. Studien visar att alla de kvinnor som deltog i undersökningen ville minska eller sluta helt med sitt missbruk. Ett antal kvinnor beskrev sig själva som stabila, eller att de fortsatte med sitt missbruk men kände sig väldigt skyldiga över

det. Kvinnorna som har varit med i studien menar på att graviditeten har fått dem att reflektera och möjligtvis skapa en ordning och stabilitet i sina liv. De flesta kvinnorna i studien upplevde sig lyckliga och kände en förväntan över att få barn även om graviditeten inte var planerad. Medan de kände sig glada säger kvinnorna att känslan av oro och skuld tog över av deras missbruk. Skuldkänslorna som kvinnorna känner har många gånger en koppling till de kommentarer som de får höra av familj, vänner och även av vårdpersonal (*ibid* s.222-223). Enligt Larsson (1982) överensstämmer inte detta då endast två procent av kvinnorna i samband med samtal efter förlossningen angett att de hade känt en stark oro under graviditeten eftersom de hade missbrukat alkohol (*ibid* s. 20).

Ehrmin (2001) undersöker hur skam och skuld påverkar kvinnorna om de inte avslutar sitt substansberoende. Studien tar även upp hur kvinnorna kan gå vidare med sina liv, med hjälp av behandling, utan att hålla kvar de negativa känslorna. Denna studie genomfördes via observationer och intervjuer med 30 stycken afro-amerikanska missbrukande kvinnor. I artikeln skriver Ehrmin (2001) att kvinnor generellt har blivit socialiserade till att förtrycka känslor som ilska, otillräcklighet och skuld, istället för att tala om hur de känner. Kvinnorna med risk för missbruksproblematik använder alkoholen och drogerna som ett sätt att hantera de oacceptabla känslorna. Vidare står det att det ogillande samhällseliga stigma som är kopplat till kvinnliga missbrukare leder till att kvinnorna känner skuld och skam som baseras på föreställningar om dem själva. Detta kan leda till att dessa kvinnor ”gömmar” sig själva (*ibid* s.48). Kvinnornas ordagranna beskrivelse handlade mycket om känslor av skuld och skam, särskilt relaterat till deras bild av moderskap under deras missbruk. En av kvinnorna i studien talade om hennes känslor av skuld och skam för att hon inte var närvarande för sin dotter. Hon säger “My mother and father raised her” (*ibid* s. 49). Kvinnorna i studien berättar historier om hur skulden och skammen tog över när de var i missbruket. En av kvinnorna berättade om prostitution för att kunna ha råd med missbruket. Hon var gravid samtidigt som hon var hög och talar om smärtan det ofödda barnet fick genomgå; “ Do you know I didn’t have the decency to think I’m killin my baby?” (*ibid*). En av kvinnorna talar om hopplösheten hon kände under sitt missbruk och att hon inte kunde ge upp missbruket trots hon var gravid. Hon beskriver överväldigande känslor av skuld och skam över hennes första barns död (*ibid*). Kvinnorna uttrycker samma känslor i studien och även över svårigheterna att hantera smärta; “When I kept going back out, it was because I didn’t want to look down in here (points to

heart) and I didn't want to look at all the things I had done to him (her son) "(*ibid* s. 50).

Kvinnorna i studien beskriver stor skuld och skam över det faktum att de inte kunnat ta hand om sina egna barn och att de valde missbruket före dem. Med svårigheten i relationen till sina barn har kvinnorna upplevt känslomässig smärta (*ibid*).

Brown (2008) skriver om relationen mellan rädsla och skam och hon menar att dessa känslor tillsammans bildar en känslostorm. Skammen leder till rädsla och rädslan leder vidare till skam. Känslorna överlappar då det torde vara svårt att se vart den ena slutar och vart den andra börjar. Kvinnor blir påverkade av sin rädsla av att inte vara perfekta, att vara tråkiga och sårbara (*ibid* s.205). Vi skapar egna förväntningar och vi försöker uppnå en roll av perfektionism, det kan bl.a. vara sådant som vi ser på film. När vi inte kan leva upp till förväntningarna blir vi besvikna på oss själva. I brist på självinsikt så förstår vi inte att bilden vi har i vårt huvud inte är realistisk och det inte finns någon som kan uppnå perfektion. Brown (2008) menar på att längtan efter perfektionen kommer från skamnätet. I skamnätet har vi familj, vänner, partner, sig själv osv. som vi vet har olika förväntningar av oss. Det kan handla om hur modersrollen ser ut eller om hur och vad jag arbetar med. Dessa kategorier är särskilda skamkategorier (*ibid* s.205-206).

Den kroppsbild vi har av oss själva tillhör skamkategorierna. Hur vi ser på oss själva, vår fysiska form, kroppsbild till kläder osv. ligger bakom utseenderelaterad skam (*ibid* s.207).

Den gravida kroppen tillhör denna kategori enligt Brown (2008), som menar att det har varit stor fokus på de senaste åren. Brown (2008) syftar på att kändisvärlden visar upp sina retuscherade magar som inte visar hur verkligheten ser ut. Detta leder till att andra gravida kvinnor ser dessa bilder och kanske inte lever upp till den bilden av att bara gå upp en storlek i kläder. Brown (2008) anser att kvinnorna ska tillåtas känna stolthet över den gravida magen istället för skamkänslor relaterade till berättelser om sorg, ilska och rädsla (*ibid* s.209).

"Stereotyper och stämplor begränsar vår förmåga att skapa samhörighet" (*ibid* s.254). Brown (2008) menar på att man inte kan utgå ifrån att man känner en person baserat på hans eller hennes grupptillhörighet. En följd av detta kan vara att man missar en möjlighet till att lära känna nya människor och att de kan lära känna dig (*ibid* s.254).

När vi upplever skam visar vi inte vårt riktiga jag för människor runtomkring och skammen hindrar oss från att vara äkta (*ibid* s.277). Brown (2008) skriver att man inte kan vara sig själv när man ständigt försöker styra andras uppfattningar om en själv. Det går inte heller att vara

ärlig om man ständigt säger det man tror individen vill höra. Brown (2008) uppger att skam föder skam och att man fastnar i en ond cirkel när man offerar sin äkthet för att man ständigt försöker styra andras upplevelser av en själv (*ibid* s.277).

Trulsson (2003) skriver i sin avhandling hur viktiga de missbrukande kvinnornas berättelser är om den skam som de känner och även vad samhället förknippar dem med. Hon menar på att dessa kvinnor har mycket erfarenheter men att de inte har kunnat dela med sig av till andra i sin omgivning (*ibid* s.46). Vidare skriver Trulsson (2003) att anledningen till att dessa berättelser är av stor betydelse är på grund av att kvinnorna även hjälper sig själva för att de bättre ska känna igen och få perspektiv på sin situation (*ibid* s.46).

Att vara kvinna och missbrukare innebär för många att vara stigmatiserad skriver Trulsson (*ibid* s.69). Hon menar på att kvinnor ständigt måste kämpa för vad andra människor tycker om dem. De kämpar för sitt värde och för att bli betraktade som respektabla. Vidare skriver Trulsson (2003) att kvinnorna kan inta en försvarsposition exempelvis gentemot myndigheter för att dölja sitt missbruk. Osäkerheten och självföraktet skapas hos kvinnorna när de börjar se sig själva som missbrukare (*ibid* s.69).

Trulsson (2003) nämner Goffmans teorier om ”skådespel och koreografier”. Hon nämner även stigma och skriver om kvinnornas medvetenhet om att ”barn och missbruk hör inte ihop” (*ibid* s.71). För de kvinnor som väntar barn finns det strategier för att dölja missbruket. De skapar en ”koreografi” för människorna i deras omgivning. Denna koreografi utspelas i det vanliga familjelivet och i vardagslivet där kvinnorna hanterar missbruket. Vidare skriver Trulsson (2003) om den stigmatisering som missbrukande kvinnor utsätts för. Trulsson (2003) beskriver drogmissbruk som en attack på den kvinnliga naturen eftersom kvinnokroppen är det som bär på liv (*ibid* s. 78). Det är dock inte kvinnornas avsikt att skada sitt barn genom missbruket (*ibid* s.90).

I samspelet mellan kvinnorna är det viktigt att kvinnorna möts med respekt och att de får stöd av den professionelle, oavsett ifall de blir bemötta av socialsekreteraren eller barnmorskan. Om kvinnorna känner att de blir bemötta på ett respektfullt sätt kan detta leda till att den känsla av värdelöshet som kvinnorna har, kan gå över i tilltro till den egna förmågan. Detta i sin tur kan leda till att en positiv utvecklingsspiral sätts igång istället för att en negativ utvecklingsspiral förstärker stigmat. Det stigmat som talar om för henne att hon är missbrukare och som kan leda till osäkerhet om hur andra uppfattar henne (*ibid* s.159).

Missbrukande kvinnor är utsatta grupper i samhället och de utsätts ofta för fysiskt och psykiskt våld (Trulsson, 1993 s.15). Kvinnor vill helst inte söka vård och de har även svårt att erkänna sitt missbruk. En annan anledning till att kvinnor inte vill söka hjälp beror på att de ofta har huvudansvaret för barnet. Då kvinnorna är rädda för att förlora vårdnaden om sina barn kan det vara svårt för dem att acceptera behandling. Kvinnor är minoritet inom den frivilliga vården på behandlingshemmen (*ibid*), därför är det extra viktigt att uppmärksamma dessa kvinnor. Kvinnorna avbryter även sina behandlingar i större sträckning än män. Malmö socialförvaltning gjorde en undersökning 1989 som visade att av de kvinnor som gick med på behandling så avbröt 63 % av kvinnorna sin behandling (*ibid*). När en missbrukande kvinna väl får hjälp är det oftast av föräldrarna eller barnen, det är sällan de får stöd av sin partner. Det är mer förekommande att en missbrukande kvinna lever med en missbrukande man än tvärtom (*ibid* s.16). Trulsson (1993) hänvisar till forskning som visar att fler kvinnor än män känner sig förtryckta i behandlingen. Där var även fler kvinnor som hade sjukdomar som hepatit, infektioner och underlivsbesvär (*ibid* s.17). Vidare visade forskningen att många kvinnor försörjde sig genom prostitution, kvinnorna beskrev även att anledningen till deras missbruk berodde på att de kände sig värdelösa och hade självmordstankar (*ibid*).

Mödravårdscentralen

Gravida kvinnor som besöker mödravårdscentralen har rätt att få all information om hur alkohol påverkar kvinnan och fostret. Detta ska ingå i den vanliga hälsoupplýsningen till de gravida kvinnorna (Larsson, 1982, s.20). Trots att personalen ska ge den gravida kvinnan saklig information om alkoholpåverkan så finns det en obefogad rädsla hos personal och myndigheter då de är rädda för att det ska skapa ångest hos den gravida kvinnan (*ibid*). Ett samarbete mellan olika myndigheter som har kännedom om kvinnans missbruk är i detta skede väldigt viktigt (*ibid*). Det finns gynnsamma prognoser för fostret i det fall kvinnan avbryter sitt missbruk omedelbart efter första mödravårdsbesöket, d.v.s. vecka 10 till 12 i graviditetsveckan (*ibid*). Skyddet för fostret är den främsta anledningen till att kvinnorna avbryter sitt missbruk. Då de har svårt för att se sina egna behov och är rädda för att förlora personer som står dem nära är det sällan missbruket avbryts för kvinnornas egen skull (*ibid* s. 13). Samhällets uppfattning av den stereotypa gravida missbrukande kvinnan är att hon är moraliskt svaga, avvisar sociala normer, självisk och bara bryr sig om sina egna behov. Underförstått att hon inte bryr sig om barnets behov (Lewis at al. 1995).

3 Teori

Stigmatisering har en stor betydelse för gravida missbrukare. Goffman har en teori om stigmatisering i boken *Stigma – den avvikandes roll och identitet*, vilket vi tror kan förklara det fenomen som vi har undersökt (Goffman 2009 s.14-15). Det finns olika typer av stigma, kroppsliga missbildningar, karaktärsstigma och även stambetingade stigma (*ibid* s118). Kvinnornas missbruk kan man se utifrån karaktärsstigma, då missbruket sätter en stämpel på kvinnorna som alltid kommer hålla sig kvar hos dem. Att vara missbrukare anses vara ett avvikande beteende i vårt samhälle då samhällets normer ser på all sorts missbruk som onormalt. I de fall man är både missbrukare och gravid tenderar det att väcka en större uppmärksamhet då graviditeten är synlig för omgivningen. Kvinnorna behandlas därmed på ett visst sätt och ses som avvikare. Graviditeten i sig är inte stigmatiserande, utan det är det faktum att kvinnan är i ett missbruk som är stigmatiserande och som då smittar sig över till graviditeten.

Stigma

Stigma är ett begrepp som grekerna skapade för att visa på kroppsliga tecken som är ovanliga eller förnedrande hos en individ. Med detta menar vi inte att man är ”onormal” om man är gravid utan syftar till att missbruket ihop med graviditeten blir avvikande. Den gravida magen visar på kroppsliga tecken och blir en form av stigma för den gravida kvinnan i missbruket. Då en individ blir socialt utpekad på grund av att hon/han avviker från samhället är detta stigmatisering. Samhället delar in människor i olika kategorier utifrån vad samhället anser vara naturligt för vissa grupper och avvikande för andra. I den sociala miljön kategoriserar man människor vilket kan vara avgörande för hur man betraktar individen. Det finns även regler inom den sociala miljön som kan peka ut vilka de olika grupperna är inom samhället. Reglerna är tänkta att underlätta för oss i vår interaktion med människorna från dem olika grupperna i samhället (Goffman 2009 s.11).

Erving Goffman menar att det finns tre olika typer av stigma och att varje typ har en speciell karaktär. De olika typerna är kroppsliga missbildningar av olika slag, exempelvis ett fysiskt handikapp. Den andra typen kallas för fläckar på den personliga karaktären och inom den finns det olika attribut som t.ex. alkoholism, homosexualitet, arbetslöshet osv. Den tredje typen är den stambetingad stigma och i den tillhör ras, nation och religion osv. och dessa stigma kan gå vidare från generation till generation. Inom dessa stigma finns samma

sociologiska drag; när individen har egenskaper eller drag som visar ett tydligt avvikande beteende så bemöter människor denna individ annorlunda och vänder sig kanske bort från honom. Denna individ besitter ett stigma vilken innebär att han skiljer sig från mängden dvs. alltså avviker från samhällets förväntningar. De som inte avviker från förväntningarna som finns kallar Goffman för de normala. Vidare skriver Goffman att de ”normala” tror att människor som har stigma inte är fullt mänskliga och vill därför hitta teorier och orsaker för att förklara varför det ser ut som det gör (*ibid* s.14). Ett sätt för en stigmatiserad individ att reagera på sin situation kan vara att söka hjälp, som t.ex. är man blind så söker man ögonbehandling. I de fall individen tar hjälp för sitt avvikande beteende betyder det inte att individen ses som normal, människor i individens omgivning kanske vet om att man har tagit emot hjälp för att bli ”normal” (*ibid* s.18). Med detta menar Goffman att individen fortfarande inte räknas som ”normal” och därför kan detta bli ett stort problem för just den individen som försöker förändra sitt liv till det bättre. Samhället ger inte dessa individer en andra chans då fördomarna fortfarande existerar. Detta kan medföra en fortsatt stigmatisering av personen i fråga trots att den gravida missbrukande kvinnan möjligtvis har vart nykter i 15 år (*ibid*).

4 Metod

Vår första tanke var att utgå från kvinnornas egna upplevelser men tyvärr gick inte detta att genomföra trots att vi försökte. Vi kom i kontakt med två kvinnor som kunde tänka sig att ställa upp men vi fick dock inga intervjuer med kvinnorna som av privata skäl inte kunde genomföra de tilltänkta intervjuerna. Vid besök hos olika myndigheter informerades vi om att det skulle bli svårt för oss att genomföra intervjuerna då detta anses vara ett känsligt ämne och kvinnorna har svårt för att öppna upp sig för personer de inte känner. För att kunna genomföra studien valde vi istället en annan utgångspunkt. Vi valde istället att intervjua terapeuterna/behandlarna och barnmorskorna för att det var det enda sättet för oss att komma närmre de svar vi sökte och även kunna ta del av hur kvinnorna upplever samhällets syn och vilka känslor och tankar de sitter på. För att uppnå detta mål har vi valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer där vi har intervjuat terapeuternas/ behandlarnas och barnmorskornas upplevelser om fenomenet vi undersöker. Bryman (2011s.340) skriver att kvalitativa studier bygger på en forskningsstrategi där man har fokus på ordens betydelse.

Vidare menar Bryman (*ibid* s.341) att kvalitativ forskning är kunskapsteoretisk och tolkningsinriktad. Vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer som tillhör de

kvalitativa forskningsmetoderna för att vi på bästa sätt skulle kunna besvara vårt syfte och frågeställningar. Valet av metod var ganska självklart för oss eftersom vi ville få en fördjupad förståelse av respondenternas tankar och upplevelser (Larsson 2005). Precis som vi har skrivit ovan att kvalitativa studier har fokus på ordens betydelse så har vi varit intresserade av att få så detaljerade svar som möjligt, därav vårt val av metod (Bryman 2011). Genom att vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer så har vi lättare fått fram respondenternas personliga tankar och åsikter angående våra forskningsfrågor (Larsson 2005). Vi ville i denna studie få en fördjupad förståelse till de attityder gravida missbrukare kan möta i samhället med hjälp av att intervjua terapeuter/ behandlare/ barnmorskor som arbetar inom detta område. Vi fick tyvärr inga intervjuer med kvinnorna men av respekt och med tanke på den etiska aspekter ville vi inte pressa kvinnorna på att ställa upp för intervju. Efter diskussion kom vi fram till att det inte skulle vara etiskt försvarbart att genomföra vår ursprungliga plan, därför valde vi istället att intervjua behandlare/ terapeuter och barnmorskor då de har nära kontakt med kvinnorna genom olika gruppträffar, enskilda samtal och vårdkontakter. Vi är medvetna att denna intervjustrategi kan ses som problematiskt eftersom behandlare/ terapeuter/ barnmorskor endast levererar ”andrahandsinformation” eller att de förmedlar sin egen tolkning av läget vilket inte måste stämma överens med kvinnornas uppfattning. Det är rimligt att anta att behandlare/ terapeuter/ barnmorskor har fått höra kvinnorna berätta om stigmatiserande upplevelser. Det är även rimligt att anta att behandlare/ terapeuter/ barnmorskor själv har upplevt att andra yttrade sig negativt om deras klienter/brukare. Därför kan dessa intervjuer ändå förmedla en del om attityder och möjliga stigmatiserande mönster som gravida missbrukare möter i samhället. Under hela vår analysprocess var vi uppmärksamma i våra tolkningar och även medvetna om utsagorna från behandlare/ terapeuter/ barnmorskor inte kan likställas med kvinnornas berättelser, men vi anser ändå att det finns skäl att anta att berättelserna från behandlare/ terapeuter/ barnmorskor återspeglar en del av kvinnornas verklighet. Den kvalitativa metoden ger oss utrymme för att få djupare förklaringar till fenomenet (Bryman 2011).

Vi har samlat in data genom intervjuer och har sedan transkriberat materialet. Under intervjuerna har vi använt oss av en diktafon för att spela in samtalen. Dagen efter intervjuerna transkriberade vi materialet som vi fick in och vi följde rekommendationerna som Ahrne och Svensson (2011 s.54-55) uppgett. Vi analyserade resultatet som vi fick fram och sedan transkriberade vi intervjuerna. I de olika intervjupersonernas berättelse sökte vi

efter likheter och skillnader. Enligt Jönsson (2010) är kodningen av materialet en del av analysen. Genom kodning kan forskaren forma sitt material för att synliggöra mönster och samband (*ibid* s.56-57). Vi valde att koda våra intervjuer genom att ta upp olika huvudämnen med hjälp av de frågor vi ville forska om. Några av de huvudämnen vi kodade var exempelvis känslor, samhällssyn och förändring/framtid.

En viktig ståndpunkt i analysen av vårt material är att vi kommit överens om på vilket sätt vi ska tolka det vi ser och hör, Bryman (2011 s.52). Detta leder då till en ökad intern reliabilitet. Jönsson (2010 s.50) menar att man kan se ett perspektiv byte i en positiv mening istället för att det måste vara negativt. Är man öppen för nya tankesätt och perspektiv så kan detta öka kvalitén i arbetet.

En förutsättning för att kunna göra denna typ av analyser är att de bandinspelade samtalen transkriberas, alltså skrivs ut. Transkriptionen är en första analys, ett sätt att bilda sig en uppfattning om vad som hände och sades i mötet (Hydén & Hydén 2002 s. 118).

Hydén och Hydén (2002) beskriver analysen av materialet i fyra olika steg och precis som dem har vi försökt få en bild av hur samtalen var upplagda, förstå vad som hände i samtalen och även förstå vilken roll och funktion våra respondenter hade. Under intervjuernas gång lade vi märke till återkommande mönster hos våra respondenter som vi intresserade oss för och vi har, såsom författarna har nämnt, valt specifika teman och fenomen som vi har funnit intressanta i samtalen. Vi kodade intervjuerna utifrån dessa teman då vi ansåg att de var återkommande i alla samtal och där samtliga respondenter la stor fokus på de områdena. Sedan har vi även försökt att ge vår empiri ett sammanhang utifrån det som Hydén och Hydén (2002) nämner genom att ställa dem i relation till vad andra forskare har skrivit och intresserat sig för. Vi har försökt skapa en helhet av vår analys genom att använda oss av våra intervjuer och de iakttagelser vi har gjort med vår tidigare forskning och val av teori (*ibid* s.119).

Semistrukturerade intervjuer

Göran Ahrne & Peter Svensson (2011 s.40) skriver att fördelen med kvalitativa intervjuer är att man kan välja vilken ordning man vill ställa frågorna på och även att man kan anpassa frågorna efter den situation som är, vilket inte skulle vara möjligt om man använde sig av standardiserade frågeformulär. Kvalitativa metoder används som ett övergripande begrepp för metoder som bygger på intervjuer, observationer eller analys av texter (*ibid* s.11). Tim May

(2001 s.148) berättar att det finns fyra typer av intervjustilar och vi har använt oss av semistrukturerade intervjuer i vår studie. Anledningen till att vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer var för att förstå och tolka intervjupersonens berättelse. Vi ville förstå och undersöka hur de gravida missbrukarna upplever att de accepteras i samhället. Vi har även undersökt terapeuterna/behandlarnas synvinkel och hur de uppfattar kvinnornas situation om hur de blir behandlade i samhället. Fördelarna med att använda sig av en semistrukturerad intervjuansats är att intervjupersonen kan svara med egna ord och att den strukturerade formen tillåter att en jämförbarhet kan ske med de svar som anges (*ibid* s.150).

Inom semistrukturerade intervjuer har intervjuaren en intervjuguide. I semistrukturerade intervjuer är frågorna mer allmänt formulerande och intervjuaren ställer även följdfrågor till respondenten ifall han/hon finner något intressant i svaret (Bryman 2011s.206).

Intervjuguiden används som ett stöd ifall intervjuaren kommer bort sig, men han/hon kan även ställa frågor utanför intervjuguiden. Den strukturerar även intervjun och lyfter upp viktiga teman som är baserade på tidigare forskning. Respondenten har fria händer med utformningen av svaren och intervjuaren behöver inte ställa frågorna i samma ordning som i intervjuguiden. Intervjuprocessen i semistrukturerade intervjuer är med andra ord flexibel, fokus ligger på hur intervjupersonen uppfattar och tolkar frågorna och vad intervjupersonen tycker är viktigt vid en specifik förklaring av en händelse. Denna form av intervju handlar om att lämna utrymme för vad intervjupersonerna anser är intressanta teman (*ibid* s.414-415). I vår intervjuguide hade vi olika teman som exempelvis; bakgrund, känslor, samhällssyn osv. för att lättare kunna förstå de olika delarna i intervjuerna.

Förtjänster och begränsningar

Enligt Bryman påstår kritiker av kvalitativ metod att metoden lätt leder till forskning som är för subjektiv. Resultaten riskerar att spegla forskarens åsikt om vad som är viktigt. Kvalitativa undersökningar är väldigt beroende av forskaren själv därför är det svårt att hänvisa den till undersökningen. Kvalitativa studier är även svåra att generalisera utanför den situation där den skapades. Det är även viktigt att forskaren är så neutral som möjligt i sitt skrivande och tolkande av texten. Annars finns det risk att resultat inte tolkas och redovisas tillräckligt väl, ett exempel är sättet som intervjupersonerna väljs ut (*ibid* s 368-370). Under studiens gång kommer vi vara uppmärksam på dessa brister och försöka skriva så neutralt som möjligt. Vi är även medvetna om intervjuareffekten och att vi kan påverka den vi intervjuar. Enligt Hydén och Hydén (2002) ska samtalsledaren möta intervjupersonen utan förutfattade meningar, man

talar då om samtalsledarens neutralitet (*ibid* s.100). Vidare argumenterar Bryman (2011 s.368) för att den kvalitativa forskningen styrs av forskarens egna intressen vilket innebär att undersökningen är svår att replikera.

Urval och avgränsning

Vi har intervjuat sju respondenter där målgruppen har varit terapeuter/behandlare och barnmorskor. Vi använde oss av ett målinriktat urval, vilket innebär att vi vänt oss till olika missbrukarorganisationer, myndigheter samt vårdpersonal. Anledningen till att vi valde att intervjua sju personer var för att vi bedömde att det utgjorde ett tillräckligt stort antal för att fånga upp olika åsikter och erfarenheter kring vårt tema. De respondenter vi har sökt var som tidigare nämnt terapeuter/ behandlare/barnmorskor som arbetar med gravida missbrukare. Vi inledde e-post kontakt med olika berörda verksamheter. De vi inte fick svar ifrån valde vi att kontakta per telefon för att få ett snabbare svar. Vidare tog vi kontakt med de som ställde sig positiva till att medverka som respondent i vår intervju. Detta tillvägagångssätt ökar spridningen på de områden respondenterna arbetar inom och som en följd av detta minskar vår egen styrning på undersökningen.

Tillförlitlighet och validitet

Bryman tar upp olika delkriterier i boken *Samhällsvetenskapliga metoder*, kriterierna är *Trovärdighet, Överförbarhet, Pålitlighet och En möjlighet att styrka och konfirmera*.

I kvalitativ forskning är begreppen reliabilitet och validitet inte lika relevanta som de är i kvantitativ forskning enligt Bryman (2011 s.351). Det finns olika alternativ på hur man kan bedöma kvaliteten i en kvalitativ studie och vi fastnade för tillförlitlighet och äkthet. Det som krävs för att en studie ska vara tillförlitlig är att den är överförbar, trovärdig, att den innehåller en möjlighet att styrka och konfirmera och att den är pålitlig. De faktorer som är viktiga för att en undersökning ska anses vara äkta är att undersökningen ska ge en rättvis bild av studerat fenomen. Den ska vara autentisk på olika sätt och vad som även är viktigt är om undersökningen leder till att personen som medverkar får bättre förståelse om sin sociala miljö. Om deltagarna kan vidta åtgärder och förändra sin situation efter undersökningen är också av betydelse (*ibid* s.352-357). Dessa punkter har varit viktiga för oss att se över vid skrivandet av uppsatsen. För att vara trovärdiga i vår uppsats var det viktigt för oss att våra respondenter tog del av resultatet, på så sätt kan de se tolkningen som vi har gjort av deras berättelser. Trovärdighet innebär att det finns många olika beskrivningar av en social

verklighet och det är inte forskaren som avgör utan trovärdigheten i forskarens beskrivning som avgör hur acceptabel den är i andra människors ögon. För att skapa en trovärdighet i resultaten måste forskning vara säkerställd och ha utförts inom de regler som finns samt rapporteras för de personer som är en del av den sociala verkligheten som forskaren har undersökt. Personerna behövs för att bekräfta forskarens uppfattning om verkligheten (*ibid* s.354-355) då det kanske inte är helt tillförlitligt att forskarna ger oss rätt bild av verkligheten.

I arbete har vi försökt att skapa en överförbarhet vilket innebär att vi måste vara öppna i vår beskrivning av resultatet. Det vill säga att andra forskare ska kunna ta del av vår forskning och använda sig utav den i andra sammanhang (*ibid* s.355). Begreppet pålitlighet är ett delkriterium när det gäller tillförlitlighet och därför har vi haft ett granskande synsätt. Tidigare forskning inom aktuellt område har utgjort underlag för att styrka respondenternas upplevelser. Vi har alltså kunnat styrka och konfirmera att vi medvetet inte låtit undersökningen styras av våra egna personliga värderingar eller teoretiska inriktningar (*ibid* s.354-355). Då vi har strävat efter en god validitet har vi noga planerat våra teman och frågor som vi har tagit upp under intervjuerna. Basfrågor, som t.ex. hur en vanlig dag kan se ut, har ställts till personerna som vi har intervjuat (*ibid* s.50–51).

Etiska överväganden

I Vetenskapsrådets riktlinjer menar man att personuppgifter är all information som direkt eller indirekt kan kopplas till en person som är vid liv. När personuppgifter behandlas innebär det att man tar till vissa åtgärder som exempelvis, insamling, registrering, lagring, bearbetning eller ändring eller annat tillhandahållande av uppgifter. Att arbeta utifrån detta sätt kräver att man använder sig utav personuppgiftslagen (1998:204) (PUL) och personuppgiftsförordningen (1998:1191). Det är viktigt att de individer som medverkar i forskning ska skyddas från skador och kränkningar. Det är vad man kallar för individskyddskravet. Vid forskning ska man samtidigt som man bedriver en bra kvalitativforskning, tänka på att skydda deltagarna dvs. forskningskravet (Vetenskapsrådet 2013). Vidare framgår det i texten om forskningens genomförande, information och samtycke, vilket innebär att man informerar försökspersonen vad forskningen handlar om samt att man får personens samtycke. Efter genomförandet ska man tänka på publicering och förvaring av material för att på så sätt skydda försökspersonerna (Vetenskapsrådet 2002).

Även Bryman (2011) tar upp fyra olika etiska principer vilket vi kommer lägga stor vikt på under intervjuerna. De fyra principerna är, *Informationskravet*, *Samtyckeskravet*, *Konfidentialitetskravet*, *Nyttjandekravet*. Informationskravet innebär att forskaren ska informera respondenterna om den aktuella studiens syfte samt informera om att deltagandet är frivilligt och inte bindande. Att studien inte är bindande innebär att deltagarna när som helst kan dra sig ur och avsluta sin medverkan (*ibid* s131). Samtyckeskravet innebär att deltagarna i undersökningen själva kan bestämma över sin medverkan i undersökningen (*ibid* s 132). Konfidentialitetskravet innebär att de uppgifter om deltagarna som finns med i studien ska behandlas med största möjliga konfidentialitet. Deras personuppgifter måste förvaras på ett sådant sätt för att undvika så att obehöriga kommer åt dem (*ibid*). Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som samlas in om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål (*ibid*).

Sammanfattningsvis har vi som tidigare nämnts redogjort för vad syftet med studien är för våra respondenter. Vi har även informerat deltagarna att undersökningen är frivillig och att de när som helst kan hoppa av studien. Vi var även noga med att berätta för deltagarna om anonymiteten i vår studie så att de kunde vara öppna med sina åsikter. Vi var även tydliga med att berätta för våra respondenter att trots att vi ska intervjua flera personer inom samma verksamhet så kommer vi inte dela med oss av den informationen som vi får ta del av från våra respondenter. Det var viktigt för oss att deltagarna kände sig trygga i studien och inte på något sätt tvingade. Det data vi samlat in från våra respondenter har med hänsyn till dem använts utifrån ett etiskt förhållningsätt.

5 Analys och resultat

Vi har numrerat våra respondenter från ett till sju. Vi har även anonymiserat våra respondenters namn, arbetsplatser, samt ort.

I följande del kommer vi presentera resultatet av vårt analyserade material. Vi har valt att använda oss av citat för att tydliggöra resultaten. De områden vi har behandlat är följande:

- Känslor, där vi har beskrivit de gravida missbrukande kvinnornas känslor/tankar utifrån vad personalen har fått tagit del av under samtal.
- Föräldraskap/ ansvar, här tar vi upp hur kvinnorna tar och ser på sitt ansvar som mamma.

– Drogbruk under graviditeten, vi förklarar närmare hur användningen av droger ser ut under graviditeten.

– Framtid/förändringar/samhällets syn, vi beskriver samhällets syn på kvinnorna och vad som kan förbättras i framtiden.

Känslor av skuld och skam

Den stereotyp som finns av gravida missbrukare är att de är moraliskt svaga, avvisar sociala normer, själviska, bryr sig bara om sina egna behov och underförstått att hon inte bryr sig om barnets behov (Lewis et al. 1995). Respondenterna i vår studie berättar om ett brett spektrum av känslor som gravida missbrukare kan uppleva.

Det finns säkert en rädsla att på vad det innebär att vara mamma, hur ska jag fixa att vara drogfri? Detta beror på kunskapsbrist man har drogat nästan hela livet man vet inte hur ett onyktert liv ser ut, så jag tror okunskap, otillräcklighet, skuld, rädsla och sorg, om hur gör jag nu i den här situationen, ibland även glädje med vissa val man har gjort.
- Respondent. 1

Vanliga kvinnor har ju ingen skam över vad de har gjort. De behöver inte gå omkring och ha skuldkänslor och skämmas, är det jag som har skadat mitt barn om något blir fel eller vad har jag gjort... att skämmas i samhället, för det gör de. Alla kvinnor tror jag skäms för att de missbrukar, jag har aldrig träffat någon som är stolt över sitt missbruk. Jag har bara träffat dem som försöker och här är det så att de försöker hitta ett annat sätt att leva. Det är olika faser i missbrukskarriären. Men det är fortfarande så i och med att det är barnperspektivet vi pratar om att de är rädda för sina barn. Respondent 4.

Det är alltid svårt att vara gravid och missbrukande kvinna för de finns mycket skuldkänslor och skamkänslor kring det här hur man utsätter sitt barn för droger, alkohol och narkotika.– Respondent 5

Ehrmin (2001) tar upp i sin artikel att kvinnor generellt har blivit socialiserade till att förtrycka känslor som ilska, otillräcklighet och skuld, istället för att tala om hur de känner. Hon skriver att de kvinnor som har risk för missbruksproblematik använder alkoholen och drogerna som ett sätt att hantera de oacceptabla känslorna istället för att prata om hur de känner. Respondent 5 menar att deras jobb blir då att få den gravida kvinnan att känna sig så bekväm så att hon kan ta till sig hjälpen från deras sida. Eller att man istället förmedlar hjälp från andra inom förvaltningen eller sjukvården så att man ser till att de har kontakt med

mödravården och andra specialister som behövs. Respondent 5 sade att man inte kan tvinga sig på människor och att det även blir extra känsligt när man är gravid på grund av den anledning att kvinnorna är medvetna om att socialtjänsten kan gå in och ta barnet när det föds om de anser att kvinnan är så pass inne i sitt missbruk. Respondent 5 påpekar hur viktigt det är att bygga upp ett bra förtroende så att man hinner jobba med kvinnorna under en lång tid och få med andra aktörer i processen. Larsson (1982 s. 77) pekar på hur viktigt det är att man ger utförlig information om riskerna med missbruk till alla gravida kvinnor och även kunna samarbeta med andra organisationer.

Samma som alla kvinnor, drömmar om hur det ska bli med barnet, rädslor för att det ska vara nått fel, drömmar om att det ska vara bra. Ibland kan det också vara att nu när jag får ett barn blir det en motivation till att förändra sitt liv. När det bara var jag så spelade det ingen roll men nu har jag ansvar för någon annan. Så ibland blir det så att man får den kraften att göra något annat.– Respondent 4

Intervjupersonen pratade om vilka känslor de gravida missbrukande kvinnorna har och menade att de är precis som vilken annan gravid kvinna som har drömmar om hur det kommer att vara när barnets föds. Men att de har en annan form av rädsla för om något går fel. Lewis et al. (1995) skriver att gravida missbrukare utmanar rådande normer med anledning av missbruket och många gånger även på grund av sin ålder, civilstånd och andra faktorer. Respondenterna i Lewis et al. (1995) artikel menar att upplevelsen av graviditeten kan vara influerad av rädsla av dömande attityder eller att kvinnorna har en rädsla för att bli dömda som en olämplig mor. Respondent 6 ger uttryck för en liknande tanke

Alltså jag har hört kvinnor som har sagt att även när de är drogfria bär de på den här skammen och att de kan få för sig att folk .. (det är lite socialfobi) vet att de har varit missbrukare.– Respondent 6

Graviditeten i sig är inte stigmatiserande utan missbruket. Alla ser inte ut som missbrukare så de behandlas nog på samma sätt som andra kvinnor, men självbilden kanske är annorlunda. De vill kanske inte att någon ska komma nära och känna på magen.– Respondent 4

Respondent 6 uttryckte att det kunde vara svårt för kvinnorna att söka jobb eller vara på en arbetsplats. Att kvinnorna tänker att folk runt omkring dem får reda på att de har varit missbrukare och att de även har barn och blir oroliga över vad folk ska tänka om dem. Intervjupersonen menar att vara missbrukare innebär en stor skam men att utöver det vara

mamma är rätt tungt generellt sätt. Respondent 6 sade också att även om kvinnorna är drogfria så spökar deras förflutna. Missbrukande kvinnor bär alltid det med sig i och med att det är en del av deras identitet. Detta väcker mycket skam och skuld och är säkert inte lätt att hantera menar respondenten. I artikeln skriven av Ehrmin (2001) framgår även detta väldigt tydligt där det står att det ogillande samhällsliga stigma som är kopplat till kvinnliga missbrukare leder till att kvinnorna känner skuld och skam som baseras på föreställningar om dem själva, och detta leder till att dessa kvinnor ”gömmer” sig själva (*ibid* s.48). Det är detta respondenterna i vår studie talade om att de alltid kommer bära med sig missbruket för att det är en del av deras identitet vare sig det vill det eller inte. Även Brown (2008) skriver om att man inte kan vara sig själv när man ständigt försöker styra vad andra uppfattar dig som, man kan heller inte vara ärlig när man ständigt säger det man tror individen vill höra. Brown (2008) skriver att skam föder skam och att man fastnar i en ond cirkel när man offerar sin äkthet för att man ständigt försöker styra andras upplevelser av än själv (*ibid* s.277). Och vi anser att detta förklarar hur de gravida missbrukande kvinnorna tänker väldigt väl då de lägger stor fokus på vad alla andra tycker om dem istället på att fokusera på vad som är viktigt för dem själva som många av respondenterna även påpekade.

Det är ju det att man ser ner på dem, att man pratar med dem som att de inte förstår någonting, att de inte har några rättigheter, att de inte kan komma här och kräva någonting och sen så har det ju en attityd som kan bli väldigt provocerande för folk och ett språk som då gör att vårdpersonal får en extra önskan att trycka till dig och trycka ner dem.– Respondent 7

Respondent 7 beskriver de kvinnor som har haft det svårt i livet och menar att dessa kvinnor är härdade och vana att bli dåligt bemötta. Intervjupersonen säger att vårt samhälle absolut inte är uppbyggt för en kvinnlig missbrukare. Respondenten fortsätter beskriva hur arbetet med kvinnorna kan se ut och säger att det även märks inom sin egen klinik, dvs. att det kan finnas en dold agenda när kvinnorna exempelvis kommer in till förlossningen, att personal tänker; de ska inte få några fördelar osv. Kvinnorna utgår ifrån att de ska bli dåligt bemötta snarare än att de tycker att det är konstigt att de blir dåligt bemötta menar respondenten.

Föräldraskap/ ansvar

En anledning till att kvinnor inte vill söka hjälp till vård är för att de har svårt för att erkänna sitt missbruk. En annan anledning är att kvinnorna ofta har huvudansvaret för barnet, vilket

bidrar till att det blir ännu svårare att gå med på behandling då kvinnorna är rädda för att förlora vårdsnaden om sina barn (Trulsson 1993 s.15). De kvinnor som avbryter sitt missbruk gör det oftast på grund av fostret och väldigt sällan gör dem det för sin egen skull, då de har svårt för att se sina egna behov och är rädda för att förlora de som står dem nära (*ibid* s. 13). Respondenterna i vår studie är inne på samma spår.

De få erfarenheter jag har är att man är bra på att skydda barnet men inte sig själv. Rädsla att bli av med sitt barn. Mycket skuld när de blir tvungna att lämna ifrån sig barnet. Okunskap, vet inte hur man betar sig mot sina barn.– Respondent 1

De upplever samma glädje som andra kvinnor som är gravida, många har önskat att bli mammor. Jag tror att känslan av att bli gravid och mamma är det samma sen så händer det mycket under graviditeten. Ofta blir det upptäckta att de är gravida under sprutbyte. Då måste de direkt in på avgiftning. Är det i ett tidigt skede i sex veckor t.ex. kan man lära känna dem och bygga kontakt vi kan peppa dem. Att bli mamma, då blir man viktig för någon annan.– Respondent 3

Kvinnor är väldigt kloka och säger, vad är bäst för mitt barn? Sen finns det så klart de som vill behålla barnen men kan inte riktigt säga att jag inte klarar det.– Respondent 4

Flera av våra respondenter svarar på samma sätt att de flesta gravida missbrukande kvinnorna de möter slutar missbruka under graviditeten för att det är en väldigt stark motivation. Exempelvis menar respondent 6 att de flesta kvinnor har en skyddsinstinkt, att har de ett barn i magen så ska man inte använda droger eller dricka alkohol. Respondent 7 pratar om ansvar och säger att kvinnorna känner ansvar, de känner lika mycket oro. Respondenten menar dock på att oron blir sekundär om kvinnan är mitt inne i ett missbruk, hon fortsätter berätta att de flesta hon träffar har brutit sitt missbruk för att de är gravida. Många ser det som sin chans att lyckas undan drogerna. På sitt egna sätt är dem väldigt måna om sitt barn, sedan kan man ibland tycka att de inte betar sig så men de har mycket oro, mycket frågor, mycket ångest över vad de har hunnit tuta i sig innan de visste att de var gravida. Även Lewis et al. (1995) beskriver i sin artikel att graviditeten är ett perfekt tillfälle för missbrukande kvinnor att bli behandlade och minska drogvanan, och deras studie visar att alla de kvinnor som deltog i undersökningen ville minska eller sluta helt med sitt missbruk. De fortsätter att skriva att ett antal kvinnor beskrev sig själva som stabila, men de kvinnor som fortsatte med sitt missbruk kände sig väldigt skyldiga över det. Det är denna ansvarslöshet som respondent 6 menar på, att om man missbrukar tar man ju inget ansvar för fostret.

En kvinna som missbrukar tar ju inte ansvar för fostret, så är det ju. Ansvarslösheten är en del av missbruket, vare för sig själv eller för någon annan.– Respondent 6

Men de flesta respondenter går ändå tillbaka till att beskriva hur måna kvinnorna är om att barnet ska må bra och att det är en stark motivation till förändring. Precis som i artikeln av Lewis et al. (1995) uttrycker kvinnorna i studien att graviditeten har fått dem att ta en titt på sitt liv och få ordning på saker och ting. Respondent 7 beskriver för oss att det är en jättestor skillnad i föräldraskapet, icke missbrukande kvinnor har ett annat kontrollbehov, speciellt ifall man jobbar med välutbildade par. Respondenten menade att de välutbildade paren har ett helt annat krav på hennes yrke som barnmorska. De missbrukande kvinnorna är oftast väldigt tacksamma att man finns här, att man behandlar dem på ett schysst sätt och att man står ut med att de inte kommer i rätt tid, sade respondenten. Hon fortsätter berätta att det finns många skillnader mellan de båda sidorna men att det på många sätt är enklare att arbeta med de missbrukande kvinnorna.

Om man funkar så att man inte är väldigt fyrkantig och måste följa allt till punkt och pricka så tycker jag att de här är lättare på många sätt att jobba med för de har så lite kunskap och det gör det ju mycket lättare för mig, jag blir inte speciellt ifrågasatt som man kan bli av andra pålästa par.– Respondent 7

Drogbruk under/ efter graviditeten

De kvinnor som trots all information och stöd om missbrukets skadeverkningar försätter med sitt missbruk kommer enligt erfarenheter att fortsätta med sitt missbruk även efter barnets födelse (Larsson 1982 s.21). För de kvinnor som lyckats avbryta sitt missbruk är det viktigt att de får all hjälp och stöd de kan få av personalen på BB (*ibid* s.20). Respondenterna i vår studie gav uttryck för liknande erfarenheter.

I många fall har de varit drogfria under graviditeten men tagit återfall efter graviditeten.
-Respondent1

Kvinnor vet att om de börjar droga finns det en risk att de inte får behålla sina barn, har ingen statistik men det är inte ofta kvinnor tar droger under graviditeten. Många vet också att har man drogat innan de visste att de var gravida så blir de jätteoroliga om de har skadat sina barn och vad kan hända och så. Där är ingen barnmorska som kan säga vad som händer men det bästa är den dagen man slutar. -Respondent 3

Ett resultat från en försöksverksamhet inom Stockholms läns landsting visar att 78 % av de missbrukande kvinnorna har avstått helt eller minskat alkohol intaget efter första besöket hos mödravårdscentralen. Larsson (1982 s.20) påpekar hur viktigt det är att man erbjuder kvinnor effektivt stöd under tidig graviditet. Respondent 7 berättade att oftast lyckas kvinnorna hålla sig drogfria under graviditeten och inledningsvis men att det sedan är många som trillar tillbaka. Hon trodde att det berodde på att intresset för kvinnorna försvinner. Hon menade att barnmorskan försvinner ur bilden, samt att socialen verkar tycka att allt fungerar bra osv. då står kvinnan där ensam med ett barn som trotsar och kvinnan känner sig väldigt ensam. Hon fortsätter berätta om vad en av hennes patienter hade sagt till henne vid ett samtal; ”*Jag har i hela mitt liv med det här beteendet alltid flytt*”. Respondenten påpekade att hon aldrig tidigare har tänkt på det viset innan. Hon menade att kvinnan förstod att det skulle vara jobbigt att bli mamma, ”hur vet jag att jag inte sticker eller börjar missbruka så fort det blir jobbigt“. Också respondent 6 påpekar riskerna för återfall för nyblivna mödrar som tidigare varit i missbruket.

Det är relativt lätt, enligt det som är skrivet att kvinnorna återgår till missbruket efter graviditeten. När barnet är fött och börjar frigöra sig så ökar risken att mammorna kan ta återfall. För det är en rätt stor påfrestning att bli mamma och ta hand om ett spädbarn och då är man van med att lösa bekymmer och problem med att droga och då ökar ju risken.– Respondent 6

Trulsson (2003) beskriver drogmissbruk som en attack på den kvinnliga naturen, eftersom kvinnokroppen är det som bär på liv (*ibid* s. 78). Alla våra respondenter styrker detta påstående och även att kvinnorna inte vill skada sitt barn genom missbruket. Trulsson (1993 s. 13) skriver även att ifall kvinnan avbryter sitt missbruk omedelbart efter första mödravårdsbesöket dvs. vecka 10- 12 i graviditetsveckan så finns det gynnsamma prognoser för fostret. Men det är viktigt att poängtera att kvinnor avbryter sitt missbruk främst pga. fostret och sällan för sin egen skull, då kvinnor oftast har svårt för att se sina egna behov.

Samhällets syn

Trulsson (2003) skriver i sin avhandling hur viktiga de missbrukande kvinnornas berättelser är om den skam som de känner och även vad samhället förknippar dem med. Hon menar på att dessa kvinnor har mycket erfarenheter men att de inte har kunnat dela med sig av till andra

i sin omgivning (*ibid* s.46). Liknande erfarenheter träder också fram i våra respondenters berättelser

Kvinnorna tycker att de blir illa behandlade och det finns ställen där man bemöter att man inte tror på dem, att man ser ner på dem. Nu kommer jag säga något som inte gör nått för jag ska gå i pension snart, men det finns även inom beroendevården ett förakt inom missbrukare. Man ska inte tro på dem, de lurar en, de manipulerar en, de gör vad som helst för att få extra medicin... alltså..de drogar nog i smyg. Kan finnas inom beroendevården, ja på olika ställen. Vi möter ibland patienter som säger att de blir illa bemötta på andra ställen, det är inget nytt för mig, för det blir de.– Respondent 4

Lewis et al. (1995) skriver att de gravida missbrukande kvinnorna upplever rädsla av dömande attityder och även en rädsla för att bli dömda som olämpliga mödrar. Vidare skriver författarna att det finns normer och förväntningar på kvinnorna på grund av den stereotyp som finns i samhället. Respondent 4 berättar även för oss att missbrukande gravida kvinnor inte blir betrodda av myndigheter osv. för att även myndigheter har en viss bild av kvinnorna. Respondent 3 berättar att de i hennes verksamhet är ambassadörer för de missbrukande kvinnorna, de berättar gärna för de olika myndigheter de möter att dessa kvinnor behöver extra bemötande. De har fått så många smällar i livet att de inte behöver fler, säger hon. Tyvärr händer det att man har fördomar, vilket även förekommer hos våra kollegor.

Ibland tycker kvinnorna att folk kollar konstiga på dem. Kvinnorna vågar inte berätta för vårdcentralen om deras beroende kvinnorna är mer försiktiga. Jag vill inte berätta detta för att de kommer att tro att jag är ”trash”. Självkänslan hos kvinnorna brister, exempelvis om man träffar en man eller en nykter person.– Respondent 1

Det är inte ovanligt att folk på olika krogmiljöer tar amfetamin, röker på, sniffar lite och det är ingen som ser ner på dem, så länge du kan hantera det så är det ok. Samhället ser inte ner på en när man har kontroll över sitt drogande utan det är när man tappar kontrollen och inte kan hantera det, då blir man utesluten och jobbig att ha med. När man tappar kontrollen kommer samhällets fördömande in eller vännernas eller familjen.– Respondent 4

Att vara kvinna och missbrukare innebär för många att vara stigmatiserad och att kvinnor ständigt måste kämpa för vad andra människor tycker om dem. Kvinnorna kämpar för sitt värde för att bli respekterade (Trulsson 2003 s.69). Kvinnorna kan inta en försvarsposition

exempelvis gentemot myndigheter för att dölja sitt missbruk. Osäkerheten och självföraktet skapas hos kvinnorna när de börjar se sig själva som missbrukare (*ibid* s.69).

Ja, oavsett om man är gravid eller inte är det normbrott att missbruka och som ung kvinna. Jag tror att männen också känner sig annorlunda men kvinnorna är värre. Kvinnorna känner sig värdelösa, långt ner i hierarkin. Det handlar inte om att kvinnorna utsätter sig i vissa situationer det är även utsatta i sjukvård och myndigheter det beror på vem man har hamnat hos. Det händer ofta att vi får hjälpa till och ringa olika myndigheter och överbygga kvinnornas rädsla. En klient beskrev som att det stod narkoman i pannan.– Respondent 2

Framtid/förändringar

Det viktigaste när det gäller samspelet mellan kvinnorna och den professionelle är att kvinnorna möts med respekt och att de får stöd av den professionelle, oavsett ifall de blir bemötta av socialsekreteraren eller barnmorskan. Om kvinnorna känner att de blir bemötta på ett respektfullt sätt kan detta leda till att den känsla av värdelöshet som kvinnorna har, kan gå över i tilltro till den egna förmågan. Detta i sin tur kan leda till att en positiv utvecklingsspiral sätts igång istället för att en negativ utvecklingsspiral förstärker stigma. Stigmat som talar om för henne att hon är missbrukare, som leder till osäkerhet om hur andra uppfattar henne (Trulsson 2003 s.159).

De själva kan känna dålig självkänsla för det är ett stigma. De känner sig stämplade och säger att de ser ut som om det står i min panna att jag har missbrukat.– Respondent 3

Det finns en förändrad bild av hur man ser på missbruk, att det är en sjukdom och att man försöker jobba med att inte skuldbelägga det. Man kan ju hoppas att det i framtiden blir mindre skuldbelagt och att man kanske snabbare skulle söka hjälp och söka vård.– Respondent 6

Oj, det är ju nog att man bemöter det för sällan, att man skulle behöva se och träffa de här människorna och även att de har tid att göra det, för jag tror oftast att det handlar om att man inte har tid för människor som faller utanför, som inte lyder och som inte kommer i tid.– Respondent 7

Graviditeten i sig är inte stigmatiserande utan missbruket. Alla ser inte ut som missbrukare så de behandlas nog på samma sätt som andra kvinnor, men självbilden

kanske är annorlunda. De vill kanske inte att någon ska komma nära och känna på magen.– Respondent 4

6 Avslutande diskussion

I vår studie har vi undersökt vilka attityder, vilket stöd, vilka fördomar kvinnorna kan möta ute i samhället med hjälp av att intervjua terapeuter/behandlare och barnmorskor samt att se om de behandlas med samma villkor som de icke missbrukande kvinnorna. Vi har närmare studerat hur terapeuter/ behandlare/ barnmorskor uppfattar kvinnornas upplevelse vad gäller känslor, tankar och om de blir stigmatiserade. Vår undersökning visar att samhället verkar ha en förutfattad bild av den gravida missbrukande kvinnan. Samtliga av våra respondenter menade att de flesta av kvinnorna blev dåligt bemötta i samhället och att kvinnorna ofta hade skam och skuldkänslor. Resurser borde läggas vid att låta utbilda berörd personal inom aktuellt område för att lättare kunna fånga upp dessa kvinnor i tidigt skede i graviditeten. För att kunna hjälpa kvinnorna på det bästa tänkbara sättet torde ett samarbete mellan olika aktörer, exempelvis socialtjänsten, behandlingshem och vården ha en stor betydelse för att man ska kunna lyckas. En vanlig problemfaktor för samarbetet är att de olika aktörerna ibland missar att informera varandra i samband med möten med den gravida missbrukande kvinnan. Konsekvensen av att kvinnorna känner att vårdpersonalen dömer ut dem, leder till att de inte talar om att de är i ett missbruk och detta leder i sin tur till att kvinnorna inte får rätt stöd och hjälp som de behöver.

Våra intervjupersoner berättade hur de upplevde att kvinnorna känner skuld och stigma över vad de tror att människor dömer dem för. När kvinnorna berättar om sin situation med graviditeten och missbruket visar det att kvinnorna dömer sig själva, känner skuld och skam för sin situation och känner även ångest för den inverkan deras missbruk har på barnet. Dessa kvinnor behöver stöd så att de kan bygga upp sitt självförtroende och på så sätt kunna ta hand om sina barn. I artikeln av Ehrmin (2001) skriver författaren att kvinnorna behöver någon som inte dömer dem och någon som kan förlåta dem för tidigare misstag. Kvinnorna behöver ett bra nätverk runtomkring dem, hälsovård, familj, vänner som de kan ta hjälp ifrån. Kvinnorna behöver någon som tror på dem. De behöver folk som kan hjälpa och stötta dem och som inte

ser ner på dem. I fall samhället bemötte dessa kvinnor med en större förståelse och respekt skulle detta möjligtvis öka chanserna för att få kvinnorna att känna mindre skuld och skam.

Det råder delade meningar om hur bilden av en gravid kvinna ser ut, i vår studie kom det fram att de som hade kunskap om den gravida missbrukande kvinnan behandlade henne på ett bättre och ett mer vårdande sätt. De som hade mindre kunskap slussade kvinnorna vidare och misstrodde dem. Vi fick tydliga indikationer på att respondenterna upplevde att kvinnorna kände sig stigmatiserade. Goffman (2009) ger oss tydliga exempel på hur människor reagerar, om man tidigare har blivit stigmatiserad är det svårt att få den stämpeln att försvinna. När vi träffar en okänd människa vill vi väldigt snabbt föreskriva individens egenskaper för att kunna kategorisera personen. Vi fastställer individens egenskaper från första intrycket vi får och sedan så formar vi de normativa förväntningarna eller kraven till detta. I detta läge har man på en kort tid stigmatiserat personen. I intervjuerna har det framkommit att trots att kvinnorna inte längre missbrukar, känner de sig fortfarande stämplade av den person de var i missbruket och menar på att denna stämpel aldrig försvinner. De påstående som vi fann i böcker och artiklar överensstämde till stor del med den information vi fick av de terapeuter/ behandlare och barnmorskor som vi intervjuade. Kvinnornas känsla av skam och skuld var genomgående i alla intervjuer. Detsamma gällde det bristande stöd som kvinnorna fick från deras partner i att sluta med missbruket. Kvinnorna måste i större utsträckning bryta med sitt nätverk när de vill sluta med missbruket och detta bidrar till att det blir svårare att avhålla sig från missbruket även efter att barnet är fött.

Vi är medvetna om att det finns begränsningar i vår studie då vi tyvärr inte kunde nå ut till kvinnorna. Vi vill lyfta fram värdet i vårt intervjumaterial, då resultaten belyser en samhällsproblematisering som annars inte förekommer så ofta i den samhällsvetenskapliga forskningen. Det var av denna anledning vi ville belysa och uppmärksamma gravida missbrukande kvinnor. Då graviditeten kan ses som ett verktyg för att få kvinnor ur missbruket skulle det vara intressant om samhället tillät fler resurser för att hjälpa och stödja denna kategori av människor. Sådana resurser bör, såsom vår studie delvis antyder, bygga kring att olika samhällsaktörer samarbetar. Vår andrahandsinformation är inte omfattande, men den har skapat en större förståelse kring gravida missbrukande kvinnor.

Litteraturförteckning

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber

Brown, Brené (2008). *Kvinnor och skam: hur vi kan förändra vårt sätt att leva*. Stockholm: Forum

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Ehrmin, Joanne T (2001): Unresolved feelings of guilt and shame in the material role with substance- Dependent African American women, *Journal of Nursing Scholarship*, 2001; 33:1, 47-52. Hämtad 2013-04-17

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. (2013).

Stockholm: Vetenskapsrådet

<<http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> Hämtad 2013-05-20

Goffman Erving (2009), *Stigma – den avvikandes roll och identitet*, Norstedts Akademiska förlag AB

Hydén, Margareta & Hydén, Lars - Christer (2002) *Samtal om den nya familjen – och det eviga föräldraskapet*, Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Jönson, Håkan (2010) *Sociala problem som perspektiv – en ansats för forskning & socialt problem*, Malmö: Liber

Larsson, Gunilla (1982). *Missbruk under graviditet: ett sätt att nå blivande föräldrar med beroendeproblem*. Stockholm: Länskomm. för hälsouppllysning i Stockholms läns landsting

Larsson, Sam (2005), ”Kvalitativ metod – en introduktion” i Larsson, Sam, Lilja, John &

Mannheimer, Katarina (red) (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*, Lund:

Studentlitteratur AB.

Lewis, Suzan, Hilary Klee and Marcia Jackson (1995): Illicit drug users experiences of pregnancy. An exploratory study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13: 3-4, 219-227 Hämtad 2013-04-17

May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Trulsson, Karin (1993). *Kvinnorummet: vision, verklighet, vardag : [rapport från ett behandlingshem för kvinnor]*. Stockholm: Kvinnoforum utbildning

Trulsson, Karin (2003). *Konturer av ett kvinnligt fält: om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Diss. Lund : Univ., 2003

Vårdguiden, ” Missbruk av droger under graviditet”

<http://www.vardguiden.se/Tema/Gravid/Livsstilsfragor/Droger/> Hämtad 2013-04-29



Bilagor 1 Presentationsbrev

LUNDS UNIVERSITET
Samhällsvetenskapliga fakulteten

Hej!

Vi är två socionomstudenter på sjätte termin från Socialhögskolan vid Lunds universitet, Ferida Kaffoshy och Nasrin Shahmohammadi. Under den här terminen ska vi skriva vårt examensarbete. Vi är intresserade att undersöka hur mödrar med missbruksproblematik uppfattar samhällets bild av dem och hur de upplever att de blir bemötta. Vi planerar att utföra intervjuer med både gravida kvinnor och mödrar som har varit i missbruket under sin graviditet, vi kommer även att intervjua terapeuter/behandlare.

Vi vänder oss till dig i förhoppningen att du vill ställa upp för en intervju och att du vill hjälpa oss att komma i kontakt med kvinnor som kan tänka sig att ställa upp för en intervju.

Intervjuerna beräknas att ta cirka en timme. Vi garanterar anonymitet för samtliga intervjuade och för verksamheten där dessa är placerade. Att ställa upp på intervjun är självklart frivilligt och man kan närsomhelst avbryta sin medverkan om man väljer att delta i intervjun. Vi är tacksamma ifall ni behandlare/terapeuter eller de kvinnor som ni förmedlar denna information till kan svara oss senast 12 april om ni vill/kan ställa upp på intervju.

Med vänliga hälsningar,

Ferida och Nasrin

Kontaktuppgifter:

Ferida Kaffoshy, e-post: xx

Nasrin Shahmohammadi, e-post: [xx](#)

Tel: xx

Handledare/Referens: Anett Schenk, e-post:xx, Tel: xx

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjuguide (För behandlare/ terapeuter/ barnmorskor)

1. Intervjuens struktur:

- ca 1 timme
- Konfidentialitet
- Respondenter kan ta del av det färdiga materialet
- Syfte med intervju
- Det viktigaste för oss är era erfarenheter och tankar, med det sagt så finns det inga rätt eller fel svar på våra frågor.
- Är det okej att vi spelar in?
- Frågor?

2. Inledande frågor

- Berätta lite om din bakgrund och vilken utbildning du har.
- Hur länge har ni arbetet inom verksamheten?
- Vad har du för utbildning om missbruk med gravida kvinnor?
- Är det något du saknar inom din utbildning eller anser du att din utbildning inom detta område är tillräcklig?

3. Självbestämmande/handlingsutrymme?

- Hur kan en vanlig arbetsdag se ut för dig?
- Vilka är dina ansvars områden? Hur mycket kan du själv bestämma över din arbetsdag?

– Hur ser handlingsutrymmet ut?

4. Arbetssätt

– Vilken erfarenhet har du i arbetet med gravida kvinnorna eller missbrukande mödrar?

– Hur ser arbetet ut med de gravida kvinnorna eller missbrukande mödrar? Arbetar ni på ett specifikt sätt eller fortsätter ni arbeta på samma sätt efter graviditeten (om kvinnorna fortfarande behöver hjälp)?

– När du tänker på föräldraskap - vilka skillnader och likheter skulle du säga att det finns mellan mödrar och gravida i missbruk och mödrar eller gravida som inte är i missbruk?

– Känner du i ditt arbete med gravida missbrukare eller missbrukande mödrar att det kan uppstå svårigheter?

– Vad är det huvudsakliga målet i arbetet med kvinnorna?

– Är insatserna frivilliga?

– Hur hanterar ni en situation om en kvinna vägrar att samarbeta?

5. Associerande delen... (Tycker ni att kvinnorna blir behandlade på ett särskilt sätt på grund av sitt missbruk?)

– Hur tror du eller upplever du att kvinnorna bemöts ute i samhället?

– Hur ser kontakten ut med mödravårdscentralen?

- Hur blir kvinnorna bemötta av barnmorskan?

– Hur ser kvinnornas inställning ut angående graviditeten?

- Är graviditeten planerad?

- Hur upplever kvinnorna graviditeten under missbruket (känslor/tankar)?

– Hur upplever kvinnorna samhällets syn på missbrukande mödrar?

- Känner kvinnorna att de blir annorlunda bemötta pga. missbruket?
- På vilket sätt i så fall?
- Behandlas kvinnorna med samma villkor som icke missbrukande kvinnor?
- Om inte, ge exempel.

6. Framtid

- Tror du att samhällets syn på gravida missbrukare kommer att ändras?
- Vad skulle behöva göras för att en förändring ska ske och på vilket sätt?

7. Har ni något ni vill tillägga om det vi diskuterat?