



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa
Barnmorskeprogrammet

Depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige

Författare
Annika Båtsman
Hanna Fahlbeck

Handledare
Ingegerd Hildingsson

Examinator
Carola Eriksson

Examensarbete i Reproduktiv hälsa, 15 hp
2018

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.1. Barnmorskeyrket.....	7
1.2. Flykten från barnmorskeyrket.....	7
1.3. Depression, ångest och stress.....	7
1.4. Psykisk hälsa hos sjukvårdspersonal.....	8
1.5. Psykisk hälsa hos barnmorskor.....	9
1.6. Sociala bakgrundsfaktorer.....	10
1.7. Yrkesmässiga bakgrundsfaktorer.....	10
1.8. Livskvalitet.....	11
1.9. Utbrändhet.....	12
1.10 Utbrändhet i relation till depression, ångest och stress.....	13
1.11 Teoretiskt ramverk.....	14
1.12. Problemformulering.....	15
1.13. Syfte.....	16
<i>1.13.1. Frågeställningar.....</i>	<i>16</i>
2. METOD.....	16
2.1. Design.....	16
2.2. Urval.....	16
2.3. Datainsamlingsmetod.....	17
<i>2.3.1. Instrument.....</i>	<i>18</i>
2.4. Tillvägagångssätt.....	18
2.5. Forskningsetiska överväganden.....	18
2.6. Bearbetning och analys.....	19
3. RESULTAT.....	20
3.1. Förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige.....	20
3.2. Bakgrundsfaktorer.....	21
3.3. Betydelsen av sociala bakgrundsfaktorer.....	22
3.4. Betydelsen av yrkesmässiga bakgrundsfaktorer.....	24
3.5. Betydelsen av skattad livskvalitet.....	25

3.6. Betydelsen av utbrändhet.....	26
3.7. Regressionsanalys.....	26
4. DISKUSSION.....	27
4.1. Resultatdiskussion.....	27
4.1.1. <i>Förekomst av depression, ångest och stress.....</i>	28
4.1.2. <i>Faktorer som vägde tyngst för att förklara förekomst av depression, ångest eller stress..</i>	
4.1.3. <i>Sociala bakgrundsfaktorer av betydelse.....</i>	29
4.1.4. <i>Yrkesmässiga bakgrundsfaktorer av betydelse.....</i>	30
4.1.5. <i>Skillnad i förekomst av depression, ångest eller stress mellan barnmorskor med olika nivåer av livskvalitet.....</i>	31
4.1.6. <i>Skillnad i förekomst av depression, ångest eller stress mellan barnmorskor med olika nivåer av utbrändhet.....</i>	32
4.2. Metoddiskussion.....	32
4.2.1. <i>Metodens validitet och reliabilitet.....</i>	32
4.2.2. <i>Arbetets svagheter.....</i>	32
4.2.3. <i>Generaliserbarhet.....</i>	33
4.3. Klinisk implikation och behov av vidare forskning.....	33
4.5. Slutsats.....	34
5. REFERENSER.....	35
6. BILAGOR.....	40
6.1. Bilaga 1. Informationbrev.....	40
6.2. Bilaga 2. Enkätfrågor.....	41

SAMMANFATTNING

Syfte: Att undersöka förekomst av symptom på depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige. Syftet var vidare att undersöka eventuella skillnader i förekomst av symptom på depression, ångest och stress baserat på olika bakgrundsvariabler.

Metod: Deskriptiv och jämförande design med kvantitativ ansats. Ur svenska barnmorskeförbundet tillfrågades slumpmässigt 1000 barnmorskor om att delta. Urvalet var 470 barnmorskor.

Resultat: Förekomsten av symptom på depression var 23,2 %, ångest 12 % och stress 16,8 %. Det som starkast påverkade förekomsten av symptom på depression var personrelaterad utbrändhet och livskvalitet. Det som starkast påverkade förekomsten av symptom på ångest var arbetsrelaterad och personrelaterad utbrändhet. Det som starkast påverkade förekomsten av symptom på stress var personrelaterad och arbetsrelaterad utbrändhet samt livskvalitet. Ålder påverkade förekomsten av symptom på depression, ångest och stress. Antal år i barnmorskeyrket påverkade förekomsten av symptom på ångest och stress.

Slutsats: Studien visade att en hög andel barnmorskor i Sverige visade tecken på depression, ångest och stress och att dessa fenomen hade samband med utbrändhet och livskvalitet. Resultatet anses vara relevant för att kunna förändra arbetsmiljön för barnmorskor och få fler barnmorskor att fortsätta i yrket genom ett helt arbetsliv.

Nyckelord: Barnmorska, depression, ångest, stress

ABSTRACT

Aim: To investigate the occurrence of symptoms of depression, anxiety and stress among Swedish midwives. Additionally, the aim was to investigate differences in the occurrence of symptoms of depression, anxiety and stress, based on different background variables.

Method: Descriptive and comparative design with a quantitative approach. A thousand midwives were selected at random from the Swedish Midwifery Association, and asked to participate in the study and fill out a questionnaire. From these, a sample of 470 midwives was gathered.

Result: The prevalence of symptoms of depression was found to be 23,3 %, of anxiety 12 %, and of stress 16,8%. The factors strongest associated with symptoms of depression were personal burnout and quality of life. The factors strongest associated with symptoms of anxiety were work burnout and personal burnout. The factors strongest associated with stress were quality of life, personal burnout, and work burnout. The age of the respondent was found to affect all the three categories of mental health. The number of years the respondent had worked as a midwife affected symptoms of anxiety and stress.

Conclusion: The study showed that Swedish midwives experience symptoms of depression, anxiety and stress, and that these phenomena can be seen to correlate with quality of life and with burnout. These findings are relevant to take into consideration when changing the work environment for Swedish midwives and to make midwives stay in the profession.

Keywords: Midwife, depression, anxiety, stress

FÖRKORTNINGAR OCH DEFINITIONER

CBI: Copenhagen Burnout Inventory – instrument för att mäta förekomst av utbrändhet

DASS: Depression Anxiety and Stress Scale – instrument för att mäta förekomst av depression, ångest och stress.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

KASAM: Känsla av sammanhang.

QoL: Quality of Life, livskvalitet.

QOLS: Quality of Life Scale – instrument för att mäta livskvalitet.

WHO: World Health Organization.

Arbetsrelaterad: Faktor som kopplas till arbetsplats eller arbetsmiljö, anställningsform eller dylikt.

Barnmorskeledd: Enhet med barnmorska som yttersta lednings- och medicinskt ansvarig.

BB: Ursprungligen barnbördeshus, en vårdavdelning för vård inför och efter förlossning.

Case load: En sammanhållen vårdkedja för graviditet, förlossning och eftervård.

Coping: Begrepp som används för att beskriva hur en person handskas med ett besvär.

Depersonalisering: Upplevelse av överklighet som rör den egna personen. Att berövas vad man uppfattar som sin egen person.

Empowerment: Egenmakt. Att till exempel känna kontroll över sin egen situation eller sin arbetsmiljö.

Fatigue: I detta arbete benämner fatigue en stor trötthet.

Klientrelaterad: Faktor som kan tänkas uppkomma till följd av de möten som respondenten har i sitt dagliga arbete, kopplade till klienter, vilket i detta fall utgörs av patienter.

Kontinuerlig vård: Arbetsmodell där samma barnmorska följer kvinnan genom hela graviditeten, under samt efter förlossningen.

Personrelaterad: Faktor som kopplas till den svarande personen, som i detta arbete utgörs av barnmorskan, och i bakgrunden ibland även av annan sjukvårdspersonal.

Standardvård: Sedvanlig vård given av barnmorska i Sverige, antingen inom slutenvård på exempelvis BB eller förlossningsavdelning, eller inom öppenvården på en gynekologisk mottagning eller en barnmorskemottagning.

Stressorer: Faktorer som orsakar stress.

Variabilitet: variationsskillnad, skillnad mellan olika variabler som sågs i resultatet

1.1. Barnmorskeyrket

Barnmorskeyrket är en av de äldsta kvinnliga professionerna och sedan 1686 en yrkesutbildning i Sverige (TAM-arkiv, u.å). För att utbilda sig till barnmorska i Sverige krävs en sjuksköterskelegitimation och utbildningen leder till ytterligare en legitimation.

Kompetensområdet som innefattar sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa innebär att barnmorskor i Sverige arbetar inom ett brett arbetsfält med exempelvis förlossningsvård, eftervård på BB, gynekologi, abortvård, preventivmedelsrådgivning, ungdomshälsa och mödrahälsovård (Svenska Barnmorskeförbundet, u.å).

Det sker en snabb kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvård som ställer allt högre krav på barnmorskor och på barnmorskeutbildningen. Barnmorskor behöver ha kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa, förmåga att informera och ge samtalsstöd samt utföra undersökningar och behandlingar. De förväntas även främja hälsa och förebygga ohälsa, bidra till forskning och utbildning samt leda och organisera arbete (Socialstyrelsen, 2006).

1.2. Flykten från barnmorskeyrket

I början av 2010-talet ökade den arbetsrelaterade ohälsan, i synnerhet bland kvinnor och inom de kvinnodominerade sektorerna. Arbetsmiljön tros ha en stor betydelse för denna ökning. Inom kvinnodominerade yrken är arbetsmiljön sämre vilket leder till ytterligare ökad ohälsa. Detta leder i kombination med missnöje med sina förutsättningar till en ökad risk för att personalen lämnar sin anställning (Arbetsmiljöverket, 2017).

Enligt en reviewartikel ifrågasatte barnmorskor sitt yrkesval och övervägde att lämna yrket för ett alternativt karriärval (Elmir, Pangas, Dahlen, & Scmhied, 2017). Enligt en annan översikt bidrog minskad förmåga att engagera sig emotionellt i patienter till att barnmorskor valde att lämna sin profession (Pezaro, Clyne, Turner, Fulton & Gerada, 2016). Ytterligare en review visade att även studenter övervägde att lämna barnmorskeutbildningen redan innan de tagit examen men att en skyddande faktor var upplevelse av stöd från lärare, andra studenter och familj (Cameron, Roxburgh, Taylor & Lauder, 2011).

1.3. Depression, ångest och stress

Depression är en vanlig psykisk sjukdom som definieras av en ihållande nedstämdhet, svårigheter att utföra dagliga sysslor samt ett minskat intresse för de aktiviteter som vanligtvis får en att må bra. Det är även vanligt att känna energilöshet, förändrad aptit, ångest, skuld känslor, nedsatt koncentration och hopplöshet, ibland i kombination med självskadebeteende och suicidtankar (WHO, u.å.b).

Ångest är ett känslotillstånd som karaktäriseras av anspänning, oro och fysiska reaktioner såsom ökad puls och blodtryck, svettning, darrning och yrsel. Människor som lider av ångest har ofta återkommande tankar som påverkar deras liv och kan få dem att undvika vissa situationer på grund av stress och oro (American Psychological Association, u.å).

Arbetsrelaterad stress definieras som en känsla av att inte leva upp till de krav som arbetsplatsen ställer på en, litet inflytande över arbetssituationen, samt brist på stöd från överordnade eller kollegor (WHO u.å.a). En ohälsosam arbetsbelastning definieras av att kraven i arbetet överskrider de resurser som finns. Om detta pågår under längre tid och möjligheter för återhämtning saknas blir arbetssituationen ohälsosam (Arbetsmiljöverket, 2015).

Prevalensen av depression i Sverige har varierat beroende på population, mätinstrument och diagnoskriterier (Folkhälsomyndigheten, u.å.a; LäkeMedelsverket, 2016). Mätningar under år 2016 har visat att 16 % av den svenska befolkningen rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Tecken på ångest, ångslan och oro rapporterades av 36 % av befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Nivån av stress upplevdes som ganska eller väldigt svår av 14 % (Folkhälsomyndigheten, 2016).

1.4. Psykisk hälsa hos sjukvårdspersonal

Enligt en tvärsnittsstudie på ett stratifierat randomiserat urval av 171 sjuksköterskor i Nordirland var den vanligaste orsaken till stress upplevelsen av att tiden inte räckte till för att kunna utföra sysslorna på ett tillfredsställande sätt, samt fördelningen av knappa tjänster eller resurser (McGarath, Reid & Boore 2003). Psykisk hälsa uppvisade också samband med arbetstillfredsställelse. Brist på arbetstillfredsställelse hos specialistsjuksköterskor var vanligare hos de som led av psykisk ohälsa och utbrändhet enligt ett frågeformulär som bland annat besvarades av 171 specialistsjuksköterskor i olika delar av Storbritannien.

Specialistsjuksköterskor som hade större emotionell utmattning hade oftare avsikt att gå i pension så fort som ekonomin tillät. Brist på kommunikativa färdigheter var vanligare hos specialistsjuksköterskor som led av höga nivåer av känslomässig utmattning och depersonalisering. I samma studie undersöktes även den psykiska hälsan hos kirurger och punktprevalensen av psykisk ohälsa hos kirurger och specialistsjuksköterskor var 30 % (Sharma, Sharp, Walker & Monson, 2007). En tvärsnittsstudie med 239 japanska och 550 kinesiska sjuksköterskor visade att brist på arbetstillfredsställelse hade ett samband med frånvaro, känslomässig utmattning, minskad personlig prestation, depersonalisering och depression (Tourigny, Vishwanath & Xiaoyun, 2010).

1.5. Psykisk hälsa hos barnmorskor

Enligt en litteraturstudie utsattes barnmorskor på daglig basis för påfrestningar som satte press på och stressade deras övergripande hälsa (Elmir et al., 2017). Hög arbetsbelastning bidrog enligt en kvantitativ studie till känslor av ångest hos barnmorskor i Nya Zeeland (Eadie & Sheridan, 2017). Omkring 20 % av de 1037 barnmorskorna i en tvärsnittsstudie i

australiensisk region hade måttlig till svår depression, ångest eller stress (Creedy, Sidebotham, Gamble, Pallant & Fenwick, 2017).

En studie påtalade vidare att det dagliga arbetet med svårt sjuka gravida krävde hög kompetens av barnmorskan. De barnmorskor som upplevde att de saknade denna kompetens upplevde känslor av ångest (Eadie & Sheridan, 2017). Emotionellt arbete och traumatiska situationer på arbetsplatsen var enligt två litteraturöversikter faktorer som ledde till arbetsrelaterad psykisk stress och stressjukdomar hos barnmorskor (Elmir et al., 2017; Pezaro et al., 2016). Det beskrevs att en uthållighet som utvecklades inom barnmorskeprofessionen ledde till att barnmorskor arbetade i en miljö som bidrog till stress och ångest (Pezaro et al., 2016). Ibland krävde den professionella hållningen att barnmorskor stötte bort sina känslor (Elmir et al., 2017) och det fanns en syn på barnmorskor att de borde klara av att hantera stressiga situationer, vilket ledde till att få barnmorskor var uppmärksamma på sitt eget psykiska välmående och därför inte sökte hjälp vid behov (Pezaro et al., 2016).

En enkätstudie gjord på 56 barnmorskor från en australiensisk delstat visade att barnmorskor i relation till sitt arbete och patientmöten upplevde påträngande tankar som påverkade tillvaron utanför arbete och resulterade i stress och frustration. Utebliven eller otillräcklig förberedelse inför mötet med en patient kunde också generera problem för barnmorskors känslomässiga välbefinnande (Mollart, Newing & Foureur, 2009).

1.6. Sociala bakgrundsfaktorer

Förekomsten av nedsatt psykisk hälsa i den svenska befolkningen år 2016 var högre bland kvinnor och sjönk med stigande ålder (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Ångest, ångslan och oro var vanligare bland kvinnor och yngre personer (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Även förekomsten av stress var högre hos kvinnor och sjönk med stigande ålder (Folkhälsomyndigheten, 2016). Förekomsten av depression, depersonalisering och personlig prestation hos japanska och kinesiska sjuksköterskor påverkades enligt en studie av ålder. Yngre sjuksköterskor var i jämförelse med äldre mer deprimerade. Äldre sjuksköterskor hade i sin tur mer känslomässig utmattning men även mer arbetstillfredsställelse (Tourigny, Vishwanath & Xiaoyun, 2010). Sjukvårdspersonal över femtio år funderade i lägre utsträckning på att byta arbetsplats och yrke än sina yngre kollegor (Blaauw et al., 2013). En

tvärsnittsstudie som gjordes på ett stratifierat kluster av 2200 hälsovårdare i tre afrikanska stater visade att avsikten att byta arbete minskade med ökad ålder. Sannolikheten att byta arbete var dubbelt så stor för de som var yngre än 30 år, jämfört med de över 50 år (Blaauw et al., 2013).

1.7. Yrkesmässiga bakgrundsfaktorer

I en kvalitativ studie med barnmorskor i Storbritannien framkom att arbetsplats och arbetsförhållanden påverkade barnmorskans mentala hälsa. Arbetsplatsen i sig kunde skapa en situation där barnmorskan upplevde kontrollförlust. De olika stressorerna som bidrog till denna känsla var ofta associerade med varandra och inkluderade tung arbetsbörda, brist på personal, bristande förutsättningar att ta rast, omfattande administrativt arbete och stressade kollegor (Hunter & Warren, 2014). Arbetssäkerhet, dysfunktionell arbetskultur, införandet av ny teknik samt bristande karriärutveckling var exempel på faktorer som ledde till arbetsrelaterad psykisk stress hos barnmorskor enligt en litteraturstudie (Pezaro et al., 2016). Arbetsorganisationen beskrevs också vara av betydelse. En jämförande tvärsnittsstudie med 128 barnmorskor från en engelsk region visade att barnmorskor som arbetade inom mödrahälsovård hade större delaktighet i beslutsfattande gällande arbetsbelastning och arbetstid, samt tydligare mål med sitt arbete, jämfört med barnmorskor som var anställda på sjukhus. Dessa barnmorskor upplevde istället att tiden för att utföra arbetet var otillräcklig, vilket tydde på hög arbetsbelastning och bristfällig bemanning. Arbetstillfredsställelse och friheten att välja arbetssätt var nästan dubbelt så stor hos barnmorskor inom mödrahälsovården jämfört med sjukhusanställda barnmorskor (Yoshida & Sandall, 2013). Lägre arbetstillfredsställelse hade ett samband med sjuksköterskors tankar om att lämna yrket (Blaauw et al., 2013).

Vårdformer som tillämpade kontinuitet, exempelvis caseloadmodeller, visade samband med barnmorskors emotionella hälsa. Enligt Fenwick, Sidebotham, Gamble & Creedy (2018) rapporterade barnmorskor som arbetade med kontinuerlig vård lägre förekomst av depression och ångest samt högre förekomst av empowerment, jämfört med barnmorskor som inte arbetade med kontinuerlig vård. Studien som genomfördes på 976 australiensiska barnmorskor visade även att de som arbetade med kontinuerlig vård hade bättre emotionell hälsa. Liknande resultat har även visats av Dixon et al. (2013) i en studie med 1073

nyzeeländska barnmorskor som besvarade ett webbaserat frågeformulär. Resultatet visade att barnmorskor som bedrev standardvård uppgav lägre nivå av autonomi, empowerment, professionellt erkännande och tillgång på resurser, jämfört med barnmorskor som arbetade i caseloadmodeller. Barnmorskor som bedrev standardvård och framför allt arbetade med enbart antenatal, intrapartal eller postpartumvård rapporterade högre förekomst av måttlig till mycket allvarlig ångest, jämfört med barnmorskor som var egenföretagare och arbetade med framför allt kontinuerlig vård eller barnmorskor som har en kombination av båda anställningsformerna (Dixon et al., 2013). Likaså har en prospektiv interventionsstudie med 2391 danska deltagare från olika människovårdande yrken visat att sjukhusanställda barnmorskor angav högst klientrelaterade krav jämfört med andra yrkeskategorier (Borritz, et al., 2006).

Enligt en tvärsnittsstudie utförd på ett kroatiskt universitetssjukhus, med 300 barnmorskor och barnsjuksköterskor upplevde majoriteten av barnmorskorna sitt arbete som stressande och den främsta orsaken till denna stress var otillräckliga arbetsresurser. Andra stressorer var oväntade situationer, inadekvat inkomst, nattarbete och obotligt sjuka patienter. Bristande kommunikation med arbetsledning och bristande organisation uppgavs också vara stressande (Knezevic et al., 2009).

1.8. Livskvalitet

Livskvalitet, Quality of Life (QoL), definieras som individens upplevelse av sin position i livet i sin kulturella kontext och i relation till sina mål, förväntningar, standard och bekymmer. Det är ett brett koncept som på ett komplext sätt påverkas av individens fysiska och psykiska hälsa, personliga värderingar, sociala relationer och sin relation till de framträdande aspekterna i sin omgivning (WHO u.å.c).

I en tvärsnittsstudie som undersökte 4592 australiensiska barnmorskors och sjuksköterskors livskvalitet framgick att både livsstils- och arbetsrelaterade faktorer påverkade livskvaliteten. Den mentala livskvaliteten skattades högre av äldre barnmorskor och sjuksköterskor medan fysisk livskvalitet skattades högre av yngre barnmorskor och sjuksköterskor. Barnmorskor och sjuksköterskor som skattade sin mentala livskvalitet som låg funderade i större

utsträckning på att lämna sitt yrke. Ju sämre de skattade sin mentala livskvalitet, desto mer funderade de på att lämna professionen (Perry et al., 2017).

En tvärsnittsstudie mätte 224 ugandiska barnmorskors livskvalitet i faktorer som tillfredsställelse i relation till medkänsla, utbrändhet och sekundär traumatisk stress. Livskvaliteten hos barnmorskor bedömdes enligt denna studie som måttlig. Låg livskvalitet mätt i utbrändhet och sekundär traumatisk stress sågs ha ett samband med civilstatus, utbildningsnivå och fysiskt hälsotillstånd. Den fysiska hälsan skattades av en majoritet som positiv medan den psykiska hälsan av en majoritet skattades som negativ (Muliira & Ssendikadiwa, 2016). I en annan tvärsnittsstudie på 255 barnmorskor och sjuksköterskor associerades lägre professionell livskvalitet med stressfaktorer och emotionellt arbete (Mizuno, Kiefuchi, Kimura, Tsuda, 2016).

1.9. Utbrändhet

Utbrändhet definieras som ett mångdimensionellt syndrom med emotionell utmattning, empatiförlust och en försämring av arbetsprestation. Det känslomässiga engagemanget försvinner och en negativ och cynisk attityd visar sig hos den drabbade. Många upplever bristande självförtroende i sin professionella roll samt känslor av otillräcklighet. Utbrändhet uppstår till följd av en kris i den egna relationen till arbete. En vidare definition av utbrändhet inkluderar även fysisk utmattning med kronisk trötthet och brist på energi (Socialstyrelsen, 2003).

En studie med 1037 australiensiska barnmorskor visade att förekomsten av måttlig till svår utbrändhet var hög (Creedy et al., 2017). Barnmorskor uppgav högre nivåer av utbrändhet jämfört med såväl sjuksköterskor som undersköterskor och läkare enligt en prospektiv interventionsstudie med australiensiska barnmorskor (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2007). Detta bekräftades även i en reviewartikel som visade att utbrändhet och emotionell utmattning var vanligare hos barnmorskor än hos sjuksköterskor (Pezaro et al., 2016).

En nyligen publicerad tvärsnittsstudie gjord på 598 norska barnmorskor visade att prevalensen av utbrändhet i relation till personrelaterade respektive arbetsrelaterade faktorer

var 20 % (Henriksen & Lukasse, 2016). Prevalensen av total utbrändhet bland en mindre grupp australiensiska barnmorskor, mätt med Copenhagen Burnout Inventory var knappt 30 %. Omkring 50 % uppgav hög personrelaterad och arbetsrelaterad utbrändhet.

Klientrelaterad utbrändhet var avsevärt lägre (Jordan, Fenwick, Slavin, Sidebotham & Gamble, 2013). Det fanns en samvariation mellan hög klientrelaterad utbrändhet och hög arbetsrelaterad utbrändhet hos danska barnmorskor enligt en omfattande longitudinell interventionsstudie (Borritz, et al., 2006).

Flera vetenskapliga studier påvisade olika samband mellan utbrändhet hos barnmorskor och ålder, respektive tid i yrket (Mollart et al., 2013; Henriksen & Lukasse, 2016; Dixon et al., 2013). Barnmorskor som inte var sammanboende med någon uppgav högre personrelaterad och arbetsrelaterad utbrändhet (Jordan et al., 2013). Att vara sambo eller gift medförde lägre förekomst av arbetsrelaterad utbrändhet (Henriksen & Lukasse, 2016).

Arbetsgivarens stöd för att upprätthålla balans mellan arbete och tillvaro hade en skyddande effekt för barnmorskor som riskerade att drabbas av utbrändhet. Yrkesmässig autonomi var en nyckelfaktor som skydd mot emotionell utbrändhet och förekom oftare hos de barnmorskor som inte var anställda på sjukhus (Yoshida & Sandall, 2013). I en studie drogs slutsatsen att ett organiserat stöd och interprofessionellt samarbete skulle kunna hjälpa till att lindra känslor av inkompetens och maximera vården av kvinnor (Elmir et al., 2017). Precis som vid förekomst av depression och ångest rapporterade barnmorskor som arbetade med kontinuerlig vård även signifikant lägre förekomst av utbrändhet (Fenwick et al., 2018).

1.10. Utbrändhet i relation till depression, ångest och stress

Creedy et al. (2017) fann signifikanta samband mellan tecken på utbrändhet, depression, ångest och stress hos barnmorskor. I synnerhet sågs sambanden i relation till personliga och arbetsrelaterade faktorer. Skillnaderna sågs även i nivå av utbrändhet hos barnmorskor mellan grupper med mild och måttlig till extrem depression, ångest respektive stress. Andra studier har även visat samband mellan utbrändhet och depression hos andra yrkesgrupper än barnmorskor (Schonfeld & Bianchi, 2015; Ahola et al., 2005). Emotionell intelligens hade en signifikant effekt på förhållandet mellan utbrändhet och stress i en tvärsnittsstudie med 122 sydafrikanska sjuksköterskor. God känslohantering och känslokontroll var negativt

associerade med självs kattad stress och utbrändhet. Generell arbetsrelaterad stress associerades med känslomässig utmattning och depersonalisering (Görgens-Ekermans & Brand, 2012). Det är vanligt att utbrändhet drabbar yrkesgrupper som arbetar med människor. Lärare som har symptom på utbrändhet hade tre gånger så stor risk att ha haft depression eller ångest tidigare i livet och fyra gånger så stort risk att medicineras med antidepressiva eller ångestdämpande läkemedel jämfört med lärare utan utbrändhet. Av de som har symptom på utbrändhet hade 86 % även depressionssymptom, jämfört med en förekomst av depressionssymptom på mindre än 1 % då symptom på utbrändhet saknades, enligt ett frågeformulär som besvarades av 1386 lärare från olika amerikanska delstater (Schonfeld & Bianchi, 2015). Enligt vissa studier rådde dock osäkerhet om hur sambandet såg ut då det var oklart om utbrändhet utvecklades oberoende av depression, om utbrändhet orsakade depression och ångest eller om utbrändhet var en effekt av vanliga depressiva symptom såsom trötthet, negativa tankar och social utmattning (Tourigny, Vishwanath & Xiaoyun, 2010; Toker & Biron, 2012).

1.11. Teoretiskt ramverk

Med ett salutogenetiskt synsätt flyttas fokus i vården mot de faktorer som främjar det friska snarare än mot patogenetiska, det vill säga sjukdomen i sig. Inom stressforskning studerades således copingmekanismer snarare än stressorer. Det är ofta ett flertal faktorer som gynnar copingstrategierna och hypotesen bestäms beroende på vilken fråga man ställer – om den gäller ökad sjukdom eller ökad hälsa. Med ett salutogenetiskt synsätt betraktas inte stressorer som något patologisk som ständigt är tvunget att bekämpas utan som något som finns naturligt närvarande i ett människoliv och som med ett stort socialt stöd och goda copingstrategier snarare kan vara hälsofrämjande (Antonovsky, 2005).

Begreppet KASAM, känsla av sammanhang, används för att beskriva de faktorer som är viktiga för möjligheten till coping. De tre centrala komponenterna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet är en förmåga att uppfatta yttre stimuli som gripbar även om denna är kaosartad och med en tilltro till sin förmåga att hantera livets oförutsägbara skeenden. Hanterbarhet handlar om människans upplevelse av de resurser hen har i relation till yttre stimuli och de krav som ställs. Resurser kan bestå av en partner, vänner, gud eller en läkare. En hög grad av hanterbarhet innebär en trygghet i stöd från

omgivande resurser och motverkar känslan av att vara ett offer för omständigheter.

Komponenten meningsfullhet kan beskrivas som en motivationskomponent och handlar om känslan av att vara delaktig i både vardagliga beslut och större beslut som kan påverka ens öde. För att en problemhantering ska vara framgångsrik behövs alla ovanstående komponenter (Antonovsky, 2005).

Stressorer behöver inte vara ett aktivt problem utan kan även vara avsaknad av händelser, som en oförmåga att kunna få barn eller att inte bli befördrad och att dessa kräver coping i precis samma utsträckning som aktiv förändring. Då ett behov inte är tillfredsställt, då ett krav måste bemötas eller då ett mål måste uppnås uppstår en spänning hos människan, ett problem som måste lösas. Att ha en stark KASAM är inte samma sak som att inte låta sig påverkas av stressorer eller att inte reagera med sorg, oro och rädsla inför kriser i livet. Skillnaden mellan stark KASAM och svag KASAM är snarare att människor med stark KASAM skapar motivation för vidare handlande i mötet med livets motgångar. KASAM är inte en copingstrategi i sig, utan förmågan att kunna välja den mest lämpade copingstrategin för den stressor eller det problem som en människa ställs inför (Antonovsky, 2005).

1.12. Problemformulering

En för stor andel barnmorskor i världen och i Sverige funderar på att lämna sitt arbete och bristen på personal är ett växande problem. Internationella studier har bland annat påvisat att antal år i yrket, barnmorskans ålder, arbetsplats och livskvalitet är faktorer som generellt spelat in i förekomst av utbrändhet, samt att utbrändhet har haft ett samband med depression, ångest och stress. Dock saknas svenska studier och studier på barnmorskor inom detta område. Det är därför intressant att studera förekomst av depression, ångest och stress, dess relation till olika bakgrundsvariabler och till utbrändhet och livskvalitet hos barnmorskor i Sverige.

1.13. Syfte

Syftet var att undersöka förekomsten av depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige. Vidare syftade studien till att undersöka förhållandet mellan dessa symptom och sociala faktorer, yrkesmässiga faktorer, skattad livskvalitet, respektive nivå av utbrändhet.

1.13.1. Frågeställningar

1. Hur stor var förekomsten av depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige under 2012?
2. Fanns det några bakgrundsvariabler som medförde skillnader i förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige?
 - Fanns det någon skillnad i förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor med olika sociala bakgrundsvariabler?
 - Fanns det någon skillnad i förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor med olika former av yrkesmässiga bakgrundsvariabler?
 - Fanns det någon skillnad i förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor med olika nivå av skattad livskvalitet?
 - Fanns det någon skillnad i förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor med olika nivå av utbrändhet?

2. METOD

2.1. Design

Till detta arbete valdes kvantitativ tvärsnittsdesign då data insamlades i en standardiserad enkät vid ett tillfälle (Polit & Beck, 2018).

2.2. Urval

Förfrågan om studiedeltagande skickades år 2012 till 1000 slumpmässigt utvalda barnmorskor som var medlemmar i Svenska Barnmorskeförbundet, som en del av ett större internationellt forskningsprojekt. Av de 1000 enkäter som skickades till medlemmar i Svenska Barnmorskeförbundet exkluderades 11 stycken på personerna inte arbetade som barnmorskor. Fem enkäter skickades till felaktiga adresser och sex stycken var oanvändbara

då de aktuella barnmorskorna inte arbetade i Sverige, eller då enkäterna skickades tillbaka tomma. Av de återstående 978 enkäterna valde 470 personer (48,6 %) att delta. Inga ytterligare inklusions- eller exklusionskriterier valdes.

2.3. Datainsamlingsmetod

Data samlades in under år 2012 genom frågeformulär som innehöll personliga och arbetsrelaterade bakgrundsfaktorer, formulerade av den ursprungliga forskargruppen, samt tidigare validerade frågeformulär. De frågor som är aktuella för detta arbete ses i Bilaga 1 och 2. Depression, ångest, stress, utbrändhet och livskvalitet mättes enligt instrumenten nedan.

2.3.2. Instrument

2.3.2.1. Depression Anxiety and Stress Scale

Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) designades för att med hjälp av 42 frågor i tre underskalor mäta och förstå de negativa känslomässiga tillstånden depression, ångest och stress. Som komplement till den äldre versionen DASS fanns en nyare version med sju punkter per skala, DASS-21 (Psychology Foundation of Australia, 2014). DASS-21 hade många fördelar jämfört med ursprungsversionen då den var kortare, enklare och mer användarvänlig, samtidigt som den visade tillräcklig tillförlitlighet (Henry & Crawford, 2005).

DASS-21 visade mycket goda psykometriska egenskaper när den användes på ett stort urval i syfte att mäta depression, ångest och stress. Konstruktionen av DASS-21 hade god validitet och reliabilitet i alla underskalor och den samlade skalan var utmärkt. Demografiska variabler hade endast mycket liten inverkan på utfallet (Crawford & Henry, 2003). För att mäta symptom på depression, ångest och stress i föreliggande studie användes DASS-21. Påståendena var av typen “jag har haft svårt att varva ner”, “jag hade svårt att koppla av”, “jag kände att mitt liv var meningslöst”.

2.3.2.2. Copenhagen Burnout Inventory

För att mäta utbrändhet användes Copenhagen Burnout Inventory (CBI), vilken skapades inom de referensramar som fanns för forskning kring utbrändhet. Skalan utgick från att grunden till utbrändhet främst låg i fatigue och utmattning, vilket ansågs vara i enlighet med

den historiska utvecklingen av utbrändhet som koncept (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2007).

Skalan bestod av nitton frågor uppdelade på tre subskalor. Personrelaterad utbrändhet definierades som ett tillstånd av långvarig fysisk och psykisk utmattning. Ett exempel på ett påstående var "Hur ofta känner du dig känslomässigt utmattad?". Arbetsrelaterad utbrändhet definierades som ett tillstånd av långvarig fysisk och psykisk utmattning vilken uppfattades ha med personens arbete att göra och ett exempel på ett påstående var "Känner du dig sliten i slutet av arbetsdagen?". Klientrelaterad utbrändhet definierades som ett tillstånd av långvarig fysisk och psykisk utmattning, vilket var relaterat till en persons arbete med klienter, patienter, studenter, barn, intagna eller andra typer av mottagare. Exempel på en fråga kunde vara "Upplever du att det är svårt att arbeta med kvinnor/familjer?".

2.3.2.3. Quality of Life Scale

För att mäta livskvalitet användes Quality of Life Scale (QOLS). Skalan utvecklades ursprungligen av Flanagan (Burckhardt & Anderson, 2003) och den anpassade versionen bestod av sexton frågor vilka besvarades enligt en sjugradig Likertskala som graderades från "förskräckligt missnöjd" till "våldigt nöjd". Frågorna berörde hälsa vilket definierades som att vara fysisk frisk och kraftfylld, umgänge vilket definierades som att träffa andra människor, delta i aktiviteter, gå på fester, samt nära relationer till make/maka eller annan partner.

2.4. Tillvägagångssätt

Deltagarna tillfrågades via post om att delta i studien. Med formuläret följde ett informationsbrev, se Bilaga 3. Enkäterna fylldes i av de barnmorskor som valt att delta och returnerades till forskargruppen. En påminnelse skickades efter en månad till de som inte svarat på enkäten. Det svenska barnmorskeförbundets medlemstidning publicerade även en påminnelse till medlemmar att delta i undersökningen. Barnmorskorna uppmanades att fylla i enkäten och skicka tillbaka denna i medföljande förfrankerat kuvert.

2.5. Forskningsetiska överväganden

Projektet genomgick en forskningsetisk prövning vid Regionala forskningsetiska kommittén i Umeå (DNR 2012-314-31Ö). Anonymitet garanterades då inga personuppgifter samlades in. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor §16 (Svensk författningssamling [SFS], 2003:460) gavs deltagarna övergripande information om studiens syfte och plan. Deltagarna lämnade sitt samtycke genom att fullfölja enkäten och alla informerades möjligheten att avbryta sitt deltagande.

2.6. Bearbetning och analys

Svaren från enkäten bearbetades och analyserades i Statistical Package for Social Services (SPSS) version 24. Frågorna besvarades med hjälp av deskriptiv och jämförande statistik. Oberoende parametriska t-tester gjordes för att jämföra skillnader i medelvärden mellan två grupper, baserat på barnmorskornas bakgrundsfaktorer (Polit & Beck, 2018). ANOVA-tester gjordes för att analysera skillnaden mellan medelvärden i tre eller flera grupper, genom att jämföra variabiliteten mellan grupper med variabiliteten i grupper. Analyserna var lämpliga då den oberoende variabeln var på nominal eller ordinal skalnivå och effektvariabeln var enligt kontinuerlig nivå (Olsson & Sörensen, 2011; Pallant, 2016). Undersökningar av förekomst och styrka av eventuella samband gjordes enligt Pearsons rangkorrelationstest (Polit & Beck, 2018).

I syfte att undersöka vilka faktorer som förklarade mest av variationen inom utfallsvariablerna depression, ångest och stress gjordes en logistisk regressionsanalys. Utfallsvariablerna dikotomiserades till att någon form av depression, ångest och stress oavsett gradering, exempelvis 1 = depression och 0 = ingen depression. De bakgrundsvariabler som påvisade statistiskt signifikanta skillnader i t-tester och ANOVA lades in samtidigt i modellen. De som inte längre var signifikanta togs därefter bort, en efter en, tills bara statistiskt signifikanta variabler återstod för varje subskala.

Signifikansnivå bestämdes till $p < 0,05$ vilket innebär att risken att nollhypotesen felaktigt förkastas är fem procent. Reliabilitet mättes enligt Cronbach's alpha, en välanvänd metod för att undersöka i vilken grad objekten i en skala mäter samma fenomen. Värdet, som helst ska ligga över 0,7, undersöktes för DASS-21 samt för de respektive subskalorna depression,

ångest och stress. Cronbach's alpha mättes då det utgör en välanvänd metod för att studera i vilken grad objekten i en skala mäter samma underliggande fenomen (Polit & Beck, 2018).

3. RESULTAT

3.1. Sociala bakgrundsfaktorer

Tabell 1. visade bakgrundsfaktorerna för de deltagande barnmorskorna. Den beskrev fördelningen av barnmorskor i procent enligt sociala och yrkesmässiga bakgrundsfaktorer såsom ålder, tid i yrket och tid på aktuell arbetsplats.

De deltagande barnmorskorna arbetade på en mängd olika arbetsplatser. Majoriteten arbetade med förlossningsvård 41,4 %, mödrahälsovård 30,1 % eller på BB-avdelning 21,6 %. I övrigt arbetade de deltagande barnmorskorna med andra typer av patientnära arbete och en mindre grupp arbetade som chef eller med forskning. Frågan om arbetsområde var ett flervalsalternativ och många barnmorskor hade flera arbetsområden.

Tabell 1. Sociala bakgrundsfaktorer

3.2. Förekomst av depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige

Förekomsten av någon form av symptom på depression var 23,2 %, någon form av symptom på ångest 12 % och någon form av symptom på stress 16,8 %, vilket sågs i tabell 1. Av de svarande barnmorskorna hade 1,5 % symptom på mycket svår depression, 1,3 % mycket svår ångest och 0,2 % mycket svår stress.

Tabell 2. Förekomst av depression, ångest och stress

	Depression		Ångest		Stress
	n = 470 (%)		n = 470 (%)		n = 470 (%)
Normal	351 (76,8)		402 (88,0)		383 (83,3)
Mild	51 (11,2)		16 (3,5)		44 (9,6)
Måttlig	43 (9,4)		24 (5,3)		23 (5,0)
Svår	5 (1,1)		9 (2,0)		9 (2,0)
Mycket svår	7 (1,5)		6 (1,3)		1 (0,2)

Variationsvidden för de olika subskalorna visades i tabell 3. I föreliggande studie var Cronbach alpha-koefficienten 0,921 för DASS-21. Cronbach alpha för de separata subskalorna var 0,879 för depression, 0,777 för ångest respektive 0,856 för stress.

Tabell 3. Medelvärde och standardavvikelse

	Depression	Ångest	Stress
Minimum	0,00	0,00	0,00
Maximum	34,00	32,00	40,00
m	5,59	2,82	8,36
sd	6,34	4,35	6,85

Tabell 3. Bakgrundsfaktorer

Bakgrundsdata		
		n (%)
Ålder N = 470		
25-29		20 (4,3)
30-34		42 (9,0)
35-39		60 (12,8)
40-49		116 (24,8)
50-59		157 (33,5)
60+		73 (15,6)

Civilstatus N = 470		
Sammanboende		394 (84,5)
Ej sammanboende		72 (15,5)
Antal barn N = 469		
0		49 (10,4)
1		42 (9,0)
2		193 (41,2)
3		148 (31,6)
4 eller fler		37 (7,9)
År i yrket N = 470		
<1		33 (7,1)
1-2		17 (3,6)
2-5		52 (11,2)
5-10		52 (11,2)
10-20		118 (25,3)
20 eller mer		194 (41,6)
Arbetsform N = 461		
Dagtid femdagarsvecka		206 (44,7)
Tvåskift		116 (25,2)
Treskift		84 (18,2)
Enbart natt		54 (11,7)
Anställning N = 470		
Heltid		284 (61,2)
Deltid		170 (36,6)
Timanställd		10 (2,2)
Veckoarbetstid N = 451		
<8-24		61 (13,5)
32		139 (30,8)
36		91 (20,2)
40		115 (25,5)
>40		45 (10,0)
		n (%)
År på aktuell arbetsplats N = 470		
<1		69 (15,0)
1-2		37 (8,0)
2-5		84 (18,2)
5-10		65 (14,1)
10-20		111 (24,1)
20 eller mer		95 (20,6)

Arbete inom ett eller flera arbetsområden N = 446		
Ja		236 (52,9)
Nej		210 (47,1)
Arbetsområde N = 632 svar		
Mödrahälsovård		141 (30,1)
Förlossningsvård		192 (41,1)
ABC-klinik		8 (1,7)
Hemförlossning		2 (0,4)
BB-vård		101 (21,6)
Tidig hemgångsverksamhet		33 (7,1)
Neonatal vård		4 (0,9)
Klinisk handledare		15 (3,2)
Chef		24 (5,1)
Forskning		18 (3,9)
Gynekologi		51 (10,9)
Familjeplanering		20 (4,3)
Ultraljud		4 (0,9)
Ungdomsmottagning		19 (4,0)

3.3. Betydelsen av bakgrundsvariabler

Varje subskala i DASS-21 jämfördes utifrån olika bakgrundsvariabler. Tabell 4. visade att det fanns signifikanta skillnader mellan barnmorskor i olika åldersgrupper och barnmorskor som arbetat olika antal år i yrket. Övriga sociala bakgrundsvariabler medförde inga signifikanta skillnader i förekomst av symptom på depression, ångest eller stress.

Tabell 4. Förekomst enligt bakgrundsfaktorer

	Depression mean (SD)	Ångest mean (SD)	Stress mean (SD)
Ålder			
25-40	6,81 (7,58) *	3,86 (5,44) *	10,74 (7,39) *
40-60+	5,19 (5,80) *	2,47 (3,85) *	7,54 (6,46) *
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)
Antal barn			
Har ej barn	7,27 (8,38)	3,67 (5,71)	9,67 (8,10)
Har barn	5,4 (6,03)	2,72 (4,16)	8,22 (6,68)

Civilstatus			
Ej sammanboende	5,94 (7,14)	2,97 (3,94)	7,51 (6,43)
Sammanboende med partner	5,53 (6,21)	2,80 (4,44)	8,53 (6,94)
År i yrket			
Mindre än 10 år	6,36 (7,37)	3,48 (5,26) *	9,72 (7,11) *
Mer än 10 år	5,22 (5,75)	2,50 (3,80) *	7,69 (6,63) *
Tid på nuvarande arbetsplats			
Mindre än 10 år	6,05 (6,94)	3,09 (4,64)	9,02 (7,01)
Mer än 10 år	5,06 (5,53)	2,52 (3,99)	7,57 (6,62)
Arbetsform			
Dagtid	5,27 (6,627)	2,57 (4,15)	8,00 (6,63)
Tvåskift	5,86 (6,90)	3,60 (4,89)	9,23 (7,78)
Treskift	5,81 (5,61)	2,96 (4,83)	8,72 (6,45)
Endast natt	5,93 (6,62)	2,11 (2,87)	7,47 (6,20)
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)
Anställnings-förhållanden			
Heltid	5,15 (5,72)	2,66 (4,10)	8,19 (6,51)
Deltid	6,23 (7,17)	3,10 (4,73)	8,64 (7,76)
Veckoarbetstid			
8-32 h	6,19 (6,97)	3,13 (4,79)	8,76 (7,20)
36-40+ h	5,17 (5,81)	2,63 (4,03)	8,10 (6,62)
Flera arbets-platser			
Nej	5,72 (6,66)	2,91 (4,65)	8,57 (7,32)
Ja	5,52 (6,09)	2,70 (4,06)	8,11 (6,45)

De kolumner som är markerade med * visade de variabler som var signifikanta för skillnader i förekomst av symptom på depression, ångest eller stress.

3.3.1. Ålder

De barnmorskor som var yngre än 40 år rapporterade i genomsnitt mer symptom på depression ($m=6,81$, $sd=7,57$) än de barnmorskor som var äldre än 40 år ($m=5,19$, $sd=5,80$) $t(167,49)=2,117$, $p=0,0036$.

De barnmorskor som var yngre än 40 år rapporterade i genomsnitt mer symptom på ångest ($m=3,86$, $sd=5,44$) än de barnmorskor som var äldre än 40 år ($m=2,47$, $sd=3,85$) $t(159,98)=2,57$, $p=0,011$.

De barnmorskor som var yngre än 40 år rapporterade i genomsnitt mer symptom på stress ($m=10,74$, $sd=7,39$) än de barnmorskor som var äldre än 40 år ($m=7,57$, $sd=6,46$) $t(456)=4,434$, $p=0,000$.

3.4. Yrkesmässiga bakgrundsfaktorer

Tabell 4. visar att det fanns signifikanta skillnader mellan barnmorskor som arbetat olika antal år i yrket, barnmorskor med olika nivå av ansvar, samt barnmorskor som arbetade på BB-avdelning eller inte. Ingen statistiskt signifikant skillnad sågs mellan barnmorskor som arbetade inom slutenvård och barnmorskor som inte gjorde det.

3.4.1. Tid i yrket

Barnmorskor som arbetat färre än tio år i yrket rapporterade i genomsnitt mer symptom på ångest ($m=3,48$ $sd=5,26$) än de som arbetat fler än tio år i yrket ($m=2,50$ $sd=3,80$) $t(228,197)=2,040$, $p=0,043$.

Barnmorskor som arbetat färre än tio år i yrket rapporterade i genomsnitt mer symptom på stress ($m=9,72$, $sd=7,11$) än barnmorskor som arbetat fler än tio år i yrket ($m=7,69$, $sd=6,63$) $t(456)=3,012$, $p=0,003$.

3.4.2. Arbetsplats

De som arbetade på BB-avdelning rapporterade i genomsnitt mer symptom på ångest ($m=3,88$, $sd=5,49$) än de som inte arbetade på BB-avdelning ($m=2,51$, $sd=3,93$), $t(125,65)=-2,311$, $p=0,022$.

3.4.3. Arbetsuppgifter

De som arbetade som klinisk barnmorska utan ledningsbefattning rapporterade i genomsnitt mer symptom på depression ($m=5,96$ $sd=6,70$) än de som inte arbetade som klinisk barnmorska utan ledningsbefattning ($m=4,40$, $sd=4,86$) $t(247,40)=-2,65$, $p=0,009$.

De som arbetade som chef eller i chefsposition rapporterade i genomsnitt mer symptom på depression ($m=2,85$, $sd=3,76$) än de som inte arbetade som chef ($m=5,75$, $sd=6,43$) $t(34,62)=3,63$, $p=0,001$.

De som arbetade som arbetsledare rapporterade i genomsnitt mer symptom på depression ($m=3,00$, $sd=3,68$) än de som inte arbetade som arbetsledare ($m=5,73$, $sd=6,43$), $t(31,45)=3,357$, $p=0,002$.

De som arbetade som chef rapporterade i genomsnitt mer symptom på stress ($m=5,70$, $sd=5,53$) än de som inte arbetade som chef ($m=8,50$, $sd=6,90$), $t(29,88)=2,467$, $p=0,02$.

De som arbetade som arbetsledare rapporterade i genomsnitt mer symptom på stress ($m=5,33$, $sd=4,92$) än de som inte arbetade som arbetsledare ($m=8,50$, $sd=6,91$), $t(28,27)=2,991$, $p=0,006$.

De som arbetade som klinisk lärare rapporterade i genomsnitt mer symptom på ångest ($m=0,5$ $sd=1,41$) än de som inte arbetade som klinisk lärare ($m=2,85$ $sd=4,37$), $t(9,6)=4,35$, $p=0,002$.

3.5. Betydelsen av skattad livskvalitet

De som skattade lägre livskvalitet rapporterade i genomsnitt mer symptom på depression ($m=3,49$, $sd=3,40$), än de som skattade högre livskvalitet ($m=1,11$, $sd=1,52$), $t(452,022)=-10,343$, $p=0,000$.

De som skattade lägre livskvalitet rapporterade i genomsnitt högre förekomst av symptom på ångest ($m=1,71$, $sd=2,39$), än de som skattade högre livskvalitet ($m=0,67$, $sd=1,26$), $t(424,048)=-6,036$, $p=0,000$.

De som skattade lägre livskvalitet rapporterade i genomsnitt högre förekomst av symptom på stress ($m=4,90$, $sd=3,49$), än de som skattade högre livskvalitet ($m=2,39$, $sd=2,49$), $t(336,395)=-8,648$, $p=0,000$.

3.6. Betydelsen av utbrändhet

De som var utbrända rapporterade i genomsnitt högre förekomst av symptom på depression ($m=11,6$, $sd=7,92$) än de som inte var utbrända ($m=3,82$, $sd=4,48$), $t(121,67)=-9,51$, $p=0,000$. Detta gällde även för subskalorna som mätte personrelaterad, arbetsrelaterad och klientrelaterad utbrändhet. Störst skillnad i genomsnittlig förekomst av symptom på depression fanns mellan de som hade personrelaterad utbrändhet ($m=10,23$, $sd=7,24$) och de som inte hade symptom på personrelaterad utbrändhet ($m=2,62$, $sd=3,16$), $t(219,37)=-13,19$, $p=0,000$.

De som var utbrända rapporterade i genomsnitt högre förekomst av symptom på ångest ($m=5,90$, $sd=6,04$) än de som inte var utbrända ($m=1,88$, $sd=3,15$), $t(121,52)=-6,56$, $p=0,000$. Detta gällde även för subskalorna som mätte personrelaterad, arbetsrelaterad och klientrelaterad utbrändhet. Störst skillnad i genomsnittlig förekomst av ångest fanns mellan de som hade symptom på arbetsrelaterad utbrändhet ($m=4,97$, $sd=5,63$) och de som inte hade symptom på arbetsrelaterad utbrändhet ($m=1,43$, $sd=2,34$), $t(218,54)=-7,913$, $p=0,000$.

De som var utbrända rapporterade i genomsnitt högre förekomst av symptom på stress ($m=14,42$, $sd=7,35$) än de som inte var utbrända ($m=6,50$, $sd=5,51$), $t(124,41)=-10,26$, $p=0,000$. Detta gällde även för subskalorna som mätte personrelaterad, arbetsrelaterad och klientrelaterad utbrändhet. Störst skillnad i genomsnittlig förekomst av stress fanns mellan de som hade symptom på personrelaterad utbrändhet ($m=12,70$, $sd=7,13$) och de som inte hade symptom på personrelaterad utbrändhet ($m=5,47$, $sd=4,88$), $t(289,71)=-11,93$, $p=0,000$.

3.7. Regressionsanalys

En logistisk regressionsanalys gjordes för att beskriva vilka variabler som vägde tyngst för att förklara symptom på depression, ångest och stress. Modellen innehöll åtta oberoende variabler som vid t-test och ANOVA påvisat signifikans (klientrelaterad utbrändhet, arbetsrelaterad utbrändhet, personrelaterad utbrändhet, livskvalitet, år i yrket, tid på

nuvarande arbetsplats, ålder och chefsposition). De variabler som inte påvisade någon signifikans i regressionsanalysen när samtliga variabler lagts in, plockades därefter bort tills endast signifikanta resultat återstod.

Personrelaterad utbrändhet ökade risken för förekomst av symptom på depressiva (OR=7,79, CI=4,13-14,69, p=0,000). Högre livskvalitet minskade risken för förekomst av symptom på depression (OR=0,340, CI=0,14-0,84, p=0,020).

Personrelaterad utbrändhet ökade risken för förekomst av symptom på ångest (OR=4,8, CI=2,36-9,75, p=0,000). Arbetsrelaterad utbrändhet ökade risken för förekomst av symptom på ångest (OR=3,73, CI=1,94-7,19, p=0,000).

Personrelaterad utbrändhet ökade risken för förekomst av symptom på stress (OR=3,89, CI=1,71-7,62 p=0,000). Arbetsrelaterad utbrändhet ökade risken för förekomst av stress (OR=3,76, CI=1,96-7,23, p=0,000). Högre livskvalitet minskade risken för förekomst av symptom på stress (OR=0,327, CI=0,13-0,82, p=0,017).

4. DISKUSSION

Resultatet visade att hög livskvalitet var ett skydd mot symptom på depression och stress. De faktorer som vägde tyngst för att förklara förekomsten av symptom på depression, ångest och stress hade ett samband med symptom på utbrändhet. Prevalensen av symptom, oavsett nivå av symptom, var för depression 23,2 %, ångest 12 % och stress 16,8 %, se Tabell 1.

Förekomsten av symptom på måttlig till svår depression, ångest eller stress var mellan sju och tio procent. Ålder på den svarande barnmorskan och antalet år i yrket var av betydelse, men arbetssituation och övriga sociodemografiska data hade relativt liten inverkan på utfallsvariablerna.

4.1. Resultatdiskussion

4.1.1. Förekomst av depression, ångest och stress

Förekomsten av symptom på måttlig till svår depression, ångest eller stress var lägre i föreliggande studie än hos barnmorskor i en delstat i Australien (Creedy et al., 2017). Detta

skulle kunna förklaras med fynd av Hildingsson med kollegor (2016) som påvisade att svenska barnmorskor upplevde större stöd från arbetsledning och kollegor, fick mer professionellt stöd, samt skattade empowerment högre än sina kollegor i Australien och Nya Zeeland. Samma studie (Hildingsson et al., 2016) visade även att svenska barnmorskor upplevde mer respekt, kontroll och större utveckling inom professionen. Enligt teorin om KASAM (Antonovsky, 2005) skulle detta kunna beskrivas som att svenska barnmorskor upplevde mer meningsfullhet och hanterbarhet jämfört med sina kollegor i Australien och Nya Zeeland till följd av ovan nämnda arbetsrelaterade faktorer. Jämfört med bakgrundspopulationen i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2018a; Folkhälsomyndigheten 2018b; Folkhälsomyndigheten 2016) var prevalensen av symptom på depression, ångest och stress lägre i föreliggande arbete. Att jämföra prevalenser innebär alltid en risk om mätningarna gjorts med olika instrument. Prevalensen av symptom i föreliggande arbete kan framförallt bara jämföras med prevalenser som mätts enligt DASS.

4.1.2. Faktorer som vägde tyngst för att förklara förekomst av depression, ångest och stress

Hög livskvalitet hade en skyddande effekt mot förekomsten av symptom på depression och stress och var en av faktorerna av störst betydelse för utfallet i föreliggande arbete. Tidigare forskning undersökte livskvalitet som mental och fysisk hälsa (Perry et al., 2017) respektive låg livskvalitet som tecken på utbrändhet och stress (Muliira & Ssendikadiwa, 2016; Mizuno, et al., 2016). En tidigare publicerad korrelationsstudie på grekiska sjuksköterskor visade att arbetslivet bidrog till upplevelsen av livskvalitet (Sarafis et al., 2016). Enligt Perry med kollegor (2017) associerades mental livskvalitet med arbetstillfredsställelse. I föreliggande arbete undersöktes inte arbetstillfredsställelse, men tidigare studier påvisade samband mellan låg arbetstillfredsställelse och symptom på psykisk ohälsa (Sharma et al., 2007) respektive depression (Pezaro et al., 2016, Tourigny, Vishwanath & Xiaoyun, 2010). Låg arbetstillfredsställelse var i tidigare studier associerat till tankar om att lämna yrket (Blaauw, 2013). Perry och medarbetare (2017) fann vidare att den mentala livskvaliteten var högre hos äldre barnmorskor. Resultatet i föreliggande arbete visade att nivån av symptom på depression, ångest och stress var lägre för äldre barnmorskor och barnmorskor som arbetat fler år, men att åldern hade mindre betydelse i jämförelse med livskvalitet. Dessa resultat säger inget om orsakssamband men belyser komplexiteten i balansen mellan arbetsliv och psykisk hälsa.

Barnmorskors livskvalitet, dess eventuella samband med arbetstillfredsställelse och dess betydelse för ett psykiskt hälsosamt arbetsliv bör undersökas vidare.

Utbrändhet sågs som en faktor som förklarade förekomsten av symptom på depression, ångest och stress och var av störst betydelse för utfallet i föreliggande arbete. Dessa fynd stärktes av tidigare forskning som påvisade liknande samband hos barnmorskor (Creedy et al., 2017), och andra yrkesgrupper (Schonfeld & Bianchi, 2015; Ahola et al., 2005; Tourigny, Vishwanath & Xiaoyun, 2010; Toker & Biron, 2012; Görgens-Ekermans & Brand, 2012). Sambandet mellan utbrändhet och arbetsplatsfaktorer är bekräftat i tidigare forskning (Henriksen & Lukasse, 2016) och studier visade att barnmorskors mentala hälsa påverkades av arbetsplatsförhållanden och arbetsmiljö (Hunter & Warren, 2014), organisatoriska aspekter (Yoshida & Sandall, 2013; Knezevic et al., 2009) och bristande arbetsresurser (Hildingsson, Westlund & Wiklund, 2013; Knezevic et al., 2009; McGarath, Reid & Boore 2003). Då utbrändhet utgjorde en viktig faktor för förekomst av tecken på depression, ångest och stress borde även faktorer som associerades till symptom på utbrändhet tas i beaktning i arbetet med barnmorskors mentala hälsa.

Ovanstående resultat betraktades utifrån ett salutogenetiskt synsätt och utifrån teorin om KASAM (Antonovsky 2005). En människa sågs ha god KASAM när alla tre komponenter av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet infann sig. Att känna delaktighet, ha ett socialt nätverk och känna social stimulans ansågs vara skyddsfaktorer för psykisk hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2017) och stämmer väl överens med teorin om KASAM. Det ansågs vara möjligt att barnmorskeyrket skulle kunna bidra till upplevelsen av dessa faktorer. Att barnmorskor och sjuksköterskor över 45 år skattade sin mentala livskvalitet högre än sina yngre kollegor enligt Perry med kollegor (2017) jämfördes med att barnmorskorna över 40 år i föreliggande arbete var mindre deprimerade och hade mindre ångest och stress än sina yngre kollegor. Det är rimligt att anta att känslan av vitalitet, god social förmåga och god psykisk hälsa som sågs ha ett samband med hög livskvalitet (Perry et al., 2017) innebar goda förutsättningar till coping enligt teorin om KASAM (Antonovsky, 2005). Hög KASAM antas inte komma utan relativt god livskvalitet. Det är däremot mindre troligt att arbetsplatsen och yrket skulle bära ensamt ansvar för en människas begriplighet, hanterbarhet och

meningsfullhet, men resultatet av föregående studie visade att arbetsplatsen spelade en viktig roll för barnmorskors välbefinnande.

4.1.3. Sociala bakgrundsfaktorer av betydelse

Ålder på den svarande barnmorskan spelade in vid förekomst av depression, ångest och stress. Yngre barnmorskor upplevde mer symptom på depression, hade mer ångest och upplevde mer stress än sina äldre kollegor. Detta överensstämmer med flertalet studier som har visat på dessa samband hos både barnmorskor och sjuksköterskor då utbrändhet, utmattning och arbetstillfredsställelse studerats. Henrikssen och Lukasse (2016) konstaterade att ålder från 60 år och uppåt var en faktor som medför lägre förekomst av arbetsrelaterad utbrändhet hos barnmorskor. Andra studier har också funnit liknande samband. Bland sjuksköterskor sågs ett negativt samband mellan ung ålder och depression, depersonalisering och minskad personlig prestation, men positivt samband mellan högre ålder, arbetstillfredsställelse och känslomässig utmattning (Tourigny, Vishwanath & Xiaoyun, 2010). Äldre sjukvårdspersonal funderade i lägre utsträckning på att byta arbetsplats och yrke (Blaauw et al., 2013) vilket kan antas ha ett samband med högre arbetstillfredsställelse och lägre förekomst av utbrändhet, depression, ångest och stress.

Att barnmorskorna i föreliggande arbete rapporterade mindre nivå av symptom på depression, ångest och stress jämfört med Folkhälsomyndighetens mätningar skulle kunna förklaras av att majoriteten av barnmorskorna var äldre än 40 år. Att ålder medförde mindre förekomst av symptom på depression, ångest och stress framfördes både av Folkhälsomyndigheten (2016; 2018a; 2018b) och föreliggande studie.

4.1.4. Yrkesmässiga bakgrundsfaktorer av betydelse

Antal år i yrket spelade in vid förekomst av ångest och stress i föreliggande studie.

Barnmorskor som hade arbetat färre antal år i yrket hade mer ångest och upplevde mer stress än de som arbetat längre. Enligt Eadie & Sheridan (2017) fanns en känsla av ångest hos barnmorskor som upplevde att de saknade kompetens för att arbeta med svårt sjuka gravida. Ett rimligt antagande var att ökad kompetens kom med åren, vilket skulle kunna stämma med resultaten i föreliggande studie som påvisade att barnmorskor med kortare arbetslivserfarenhet upplevde mer ångest. Ett möjligt sätt att lindra känslan av inkompetens

hos barnmorskor var enligt Elmir med kollegor (2017) organiserat stöd och ett interprofessionellt samarbete.

Resultatet visade att barnmorskor som arbetat färre antal år i yrket uppgav mer stress än sina mer erfarna kollegor. Enligt McGarath, Reid & Boore (2003) menar sjuksköterskor att stress skulle kunna lindras med råd och stöd från mer seniora kollegor. Detta överensstämmer även med teorin om KASAM (Antonovsky, 2005) där trygghet och stöd från omgivningen bidrar till en större hanterbarhet. Vidare visar tidigare forskning att utebliven eller otillräcklig förberedelse inför mötet med en patient orsakade problem för barnmorskors känslomässiga välbefinnande (Mollart, Newing & Foureur, 2009). Barnmorskor som hade arbetat färre antal år och hade mindre erfarenhet skulle kunna behöva mer tid för att förbereda sig inför svårare patientmöten. Då barnmorskeyrket enligt tidigare forskning innebar en exponering för emotionellt utmanade situationer (Pezaro et al., 2016; Mollart et al., 2009; Elmir et al., 2017) och enligt Socialstyrelsen (2006), på senare år, ställde allt högre krav på kompetens hos barnmorskan, var ett antagande att den mentala förberedelsen var viktig. Mindre erfarna barnmorskor utgjorde således en sårbar grupp i en pressad arbetsmiljö, där kraven på snabba beslut och på personalens kompetens var stora. Den stress som barnmorskor utsattes för på daglig basis antogs drabba yngre barnmorskor hårdare.

Barnmorskor i högre ledningspositioner rapporterade enligt föreliggande studie lägre förekomst av depression, jämfört med barnmorskor som inte arbetade i dessa positioner. Denna grupp barnmorskor utgjordes av ett litet antal personer, och signifikansen var svag i den slutliga regressionsanalysen. Fyndet speglades i teorin om KASAM (Antonovsky, 2005) då det antogs att barnmorskor i ledningspositioner i lägre utsträckning var offer för omständigheter, samt hade större möjlighet att vara delaktiga i både mindre och större beslut som rörde deras arbetsplats. Det var möjligt att barnmorskor i ledarskapsroll upplevde större arbetstillfredsställelse på grund av sin position, vilket också skulle kunna skydda mot depression, ångest och stress. För att öka barnmorskors KASAM skulle barnmorskor oavsett arbetsposition behöva känna att de var delaktiga i beslut som rörde deras arbetsplats.

Tidigare studier visade att måttlig till svår ångest var signifikant vanligare hos barnmorskor som arbetade i antenatal, intrapartal eller postpartumvård (Dixon et al., 2013). I föreliggande

arbete fanns en signifikant förekomst av mer ångest hos barnmorskor som arbetade med postpartumvård, men den generella nivån av ångest var relativt låg. Den generella nivån av ångest diskuteras i stycket om prevalens.

4.1.5. Skillnad i förekomst av depression, ångest eller stress mellan barnmorskor med olika nivåer av livskvalitet

Föreliggande studie påvisade att högre nivå av livskvalitet associerades med lägre förekomst av depression och stress. Livskvalitet sades vara en skyddande faktor. I en studie utförd i Uganda påverkades nivån av skattad professionell livskvalitet bland annat av av ålder, utbildningsnivå, antal år i yrket och arbetsförhållanden (Muliira & Ssendikadiwa, 2016). I relation till resultatet i föreliggande arbete som visade att ålder, antal år i yrket och till viss del även arbetsförhållanden påverkade förekomsten av symptom på depression, ångest och stress hos barnmorskor, förstärktes bilden av att livskvalitet var en betydande faktor för barnmorskors psykiska hälsa. En annan studie fann att upplevelsen av den egna livskvaliteten var en bidragande faktor när barnmorskor funderade på att lämna yrket (Perry et al., 2017). För att behålla barnmorskor inom yrkeskåren ansågs det viktigt att tidigt etablera sunda vanor inom arbete och privatliv och grunda för god livskvalitet genom hela yrkeslivet.

4.1.6. Skillnad i förekomst av depression, ångest eller stress mellan barnmorskor med olika nivåer av utbrändhet

Föreliggande arbete påvisade att förekomsten av symptom på depression, ångest och stress i genomsnitt var större hos barnmorskor med symptom på utbrändhet, jämfört med de som inte hade symptom på utbrändhet. Förekomsten av symptom på utbrändhet hos samma grupp av barnmorskor var redan publicerade i en tidigare studie som påvisade att symptom på utbrändhet var vanligare hos barnmorskor som var yngre och hade arbetat färre antal år i yrket. En tredjedel hade funderat på att lämna sitt arbete och situationen på arbetsplatsen utgjorde den huvudsakliga anledningen till att barnmorskorna funderade på att lämna professionen (Hildingsson, Westlund & Wiklund, 2013). Resultatet i föreliggande studie som påvisar sambandet mellan symptom på utbrändhet och depression, ångest och stress belyser angelägenheten att arbeta med nämnda arbetsplatsfaktorer för att motverka utbrändhet och skydda barnmorskor från psykisk ohälsa.

4.2. Metoddiskussion

4.2.1. Metodens validitet och reliabilitet

Mätinstrumenten som användes i studien var validerade och ansågs vara reliabla. En osäkerhet var dock att CBI och DASS-21 använts på barnmorskor i endast ett fåtal studier, men instrumenten ansågs adekvata för det valda syftet. Reliabiliteten var hög enligt Cronbach's alpha, både för DASS som helhet men även för de respektive subskalorna som mätte depression, ångest och stress.

Metodens styrka var att urvalet gjordes på ett slumpmässigt nationellt urval av barnmorskor som var medlemmar i Svenska Barnmorskeförbundet. Enkäten tros ha nått ut till ett stort urval av svenska barnmorskor, då uppskattningsvis 91 % av de registrerade barnmorskorna var medlemmar i Svenska Barnmorskeförbundet. Det interna bortfallet var omkring 3 % vilket ansågs vara försumbart.

4.2.2. Arbetets svagheter

En begränsning var studiens observerande design och relativt låga svarsfrekvens. I vissa analyser var det påtagligt att en högre svarsfrekvens hade varit till nytta, exempelvis vid jämförelse av barnmorskor med olika arbetsplatsområden. Det framgick att många olika arbetsplatser var representerade, men bland de mindre vanliga arbetsplatserna fanns lågt antal svarande barnmorskor, och grupperna som skulle jämföras var därför många men små. Jämförelser gick heller inte att göra mellan mindre vanliga arbetsplatser och de arbetsplatser där många barnmorskor arbetade, exempelvis BB eller förlossningen, då storleksskillnaden mellan grupperna var för stor.

En annan brist skulle kunna vara att frågeformuläret var så pass omfattande. Det stora antalet frågor gav en god möjlighet till forskning men kunde av respondenten upplevas som för långt. Det gick inte att säga något om de studerade fenomenen hos den grupp av barnmorskor som inte besvarat enkäten och utgjorde studiens bortfall, men det var rimligt att anta att det fanns ett mörkertal. Om barnmorskor som valde att inte besvara enkäten gjorde detta med anledning av att de själva led av depression, ångest eller stress skulle resultatet vara

missvisande lågt. Samtidigt skulle undersökningar av detta slag kunna dra till sig personer med intresse för ämnet som studeras, och då ge ett missvisande högt resultat.

I föreliggande arbete valdes att gemensamt gruppera samtliga barnmorskor som uppgav symptom på depression, ångest och stress oavsett gradering. Prevalensen kan därför inte jämföras med studier som diagnostiserat depression, ångest eller stress eller som bedömt förekomsten enligt DSM-kriterier. Det kan diskuteras huruvida barnmorskor med mild förekomst av depression, ångest och stress borde tillhöra den grupp som räknades som besvärsfri, eller den grupp där även förekomst av svåra symptom återfanns. Enligt Folkhälsoinstitutet (2018b) kan milda symptom förorsaka lidande trots att de inte behöver spegla en psykiatrisk diagnos, varför detta sätt att gruppera barnmorskorna valdes.

4.2.3. Generaliserbarhet

Studiens resultat ansågs vara generaliserbart till den population av svenska barnmorskor som var avsedd att studeras. Resultatet skulle sannolikt bli detsamma om studien replikerades på en liknande population men resultatet ansågs inte generaliserbart till andra populationer eller yrkesgrupper.

4.3. Klinisk implikation och behov av vidare forskning

Vidare forskning var viktig både nationellt och internationellt för att fortsätta undersöka dessa ämnen och på så sätt hitta lösningar på de problem vi står inför. Enligt föreliggande studie uppvisade nästan en femtedel av barnmorskorna i Sverige depressionssymptom, en dryg tiondel har symptom på ångest och en knapp fjärdedel har symptom på stress. Riskfaktorer kopplade till arbetsplatsen skulle kunna minskas. Barnmorskors egen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet borde stärkas för att ge barnmorskor verktyg att själva manövrera oförutsägbara händelser, stress och krav som ställs. En möjlighet till kompetensutveckling och ett organiserat stöd från arbetsledning och äldre erfarna kollegor skulle också kunna lindra upplevelsen av depressions-, ångest- och stresssymptom hos dessa barnmorskor samt stärka deras KASAM.

4.4. Slutsats

Det fanns en hög förekomst av symptom på depression, ångest och stress hos barnmorskor i Sverige. Yngre barnmorskor och barnmorskor som arbetat färre antal år i yrket var mer påverkade av dessa fenomen än deras äldre och mer erfarna kollegor. Det fanns starka samband mellan livskvalitet respektive symptom på utbrändhet och depression, ångest och stress men de olika barnmorskornas bakgrunder spelade mindre roll.

Den arbetsrelaterade ohälsan ökar och utbrändhet kan liknas vid ett folkhälsoproblem. Arbete och hälsa påverkar barnmorskors livskvalitet. Förutom folkhälsointerventioner krävs därför förändringar på arbetsplatsen för att stärka livskvaliteten och minska förekomsten av depressions-, ångest- och stressymptom samt utbrändhet och därigenom behålla barnmorskor i professionen genom ett helt yrkesliv.

REFERENSER

Arbetsmiljöverket. (2015). *AFS 2015:4. Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Hämtad 2018-04-11 från

https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf.

Arbetsmiljöverket. (2017). *Rapport 2017-6. En vitbok om kvinnors arbetsmiljö*. Hämtad 2018-04-11 från

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/en-vitbok-om-kvinnors-arbetsmiljo-rapport2017-6.pdf>.

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist J. (2005) The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*. 88(?). 55-62. doi:10.1016/j.jad.2005.06.004

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. uppl). Stockholm: Natur och Kultur.

American Psychological Association. (u.å). *Anxiety*. Hämtad 2018-03-28 från <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>.

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*. 34. 239-244. doi: 0.1016/j.midw.2015.11.002

Blaauw, D., Ditlopo, P., Maseko, F., Chirwa, M., Mwisongo, A. & Bidwell, P. (2013). Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. *Global Health Action*. 6(1). 127-137. doi 10.3402/gha.v6i0.19287

Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J., Villadsen, E., Mikkelsen, O. & Kristensen T. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(1). 49-58. doi: 10.1080/14034940510032275

Burckhardt, C. & Anderson., K. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity and Utilization. *Health and quality of life Outcomes*. 1(1). doi: 10.1186/1477-7525-1-60

Cameron, J., Roxburgh, M., Taylor, J. & Lauder, W. (2011). An integrative literature review of student retention in programmes of nursing and midwifery education: why do students stay? *Journal of Clinical Nursing*. 20(9-10). 1372-1382. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03336.x

CODEX, 2015. *Forskningsetisk prövning*. Uppsala: Centrum för forsknings- och bioetik. Hämtad 6 april 2017 från <http://codex.vr.se/manniska5.shtml>

Crawford, J. & Henry, J. (2003). The Depression Anxiety Stress Scale (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *ProQuest Social Science Premium Collection*. 42. 111-131. doi: 10.1348/014466503321903544

Creedy, D., K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J. & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australina midwives: a cross-secotinal survey. *Biomedical Central Pregnancy and Childbirth*. 17(1). 13-id. doi: 10.1186/s12884-016-1212-5

Dixon, L., Guilliland K., Pallant, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., McAra-Couper, J. & Gilkison., A. (2013). The emotional wellbeing of New Zealand midwives: Comparing

responses for midwives in caseloading and shift work setting. *New Zealand college of Midwives Journal*. 2017(53)9-14. doi: 10.1186/s12884-014-0426-7

Eadie, I. & Sheridan, N. (2017). Midwives' experiences of working in an obstetric high dependency unit: A qualitative study. *Midwifery*. 47. 1-7. doi: 10.1016/j.midw.2017.01.011

Elmir, R., Pangas, J., Dahlen, H. & Scmhied, V. (2017). A meta ethnographic synthesis of midwives and nurses experience of adverse labour and birth events. *Journal of Clinical Nursing*. 26(23-24). 4184-4200 doi.10.1111/jocn.13965

Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J. & Creedy, D. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*. 31(1). 38-43. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.013

Folkhälsomyndigheten. (2018a). *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. Hämtad 2018-05-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Folkhälsomyndigheten. (2018b). *Ängslan, oro eller ångest*. Hämtad 2018-05-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/angslan-oro-eller-angest/>

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Statistik över vuxnas psykiska hälsa*. Hämtad 2018-05-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/#stress>

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Välfärdsteknik för psykisk hälsa*. Hämtad 2018-05-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/framjande-arbete--psykisk-halsa/valfardsteknik-for-psykisk-halsa/>

Görgens-Ekermans, G. & Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 21(15-16). 2275-2285. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x

Henriksen, L. & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual and Reproductive Health*. 9. 42-47.10.1016/j.srhc.2016.08.001

Hildingsson, I., Gamble, J., Sidebotham, M., Creedy, D., Guilliland, K., Dixon, L., Pallant, J. & Fenwick, J. (2016). Midwifery empowerment: National surveys of midwives from Australia, New Zealand and Sweden. *Midwifery*. 40. 62-69. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.008

Hildingsson, I., Westlund, K. & Wiklund, I. 2013. Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 4(3). 87-91. doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001

Hunter, B. & Warren, L. (2014). Midwives' experience of workplace resilience. *Midwifery*. 30(8). 926-934. doi: 10.1016/j.midw.2014.03.010

Jordan, K., Fenwick, J., Slavin, V., Sidebotham, M & Gamble, J. (2013). Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women and birth*. 26(2). 125-132. doi: 10.1016/j.wombi.2013.01.002

Knezevic, B., Milosevic, M., Golubic, R., Belosevic, L., Russo, A. & Mustajbegovic, J. (2009). Workrelated stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*. 27(2). 146-153.

Kristensen, TS., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, KB. (2007). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and stress*. 19(3), 192-207. doi: 10.1080/02678370500297720

Larsson, M., Aldegarmann, U. & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*. 25(4). 373-381. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.009

Läkemedelsverket. 2016. *Depression - bakgrund och behandling*. Hämtad 2018-05-18 från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bak_dok/Depression%E2%80%93bakgrund_och_behandling.pdf

McGarath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 40(5). 555-565. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00058-0

Mizuno, M., Kinefuchi, E., Kimura, R. & Tsuda, A. (2013). Professional quality of life of Japanese nurses/midwives providing abortion/childbirth care. *Nursing Ethics*. 20(5). 539-550. doi: 10.1177/0969733012463723

Mollart, L., Newing, C. & Foureur, M. (2009). Midwives emotional wellbeing: impact of conducting a Structured Antenatal Psychosocial Assessment (SAPSA). *Women and Birth*. 22(3). 82-88. doi 10.1016/j.wombi.2009.02.001

Mollart, L., Skinner, V., Newing, C. & Foureur M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*. 26(1). 26-32. doi: 10.1016/j.wombi.2011.08.002.

Muliira, R. & Ssendikadiwa, V. (2016). Professional quality of life and associated factors among ugandan midwives working in Mubende and Mityana Rural Districts. *Maternal and Child health journal*. 20(3). 567-576. doi: 10.1007/s10995-015-1855-2

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Pallant, J. (2016). *SPSS Survival manual*. (6 uppl.). Berkshire: Open University Press.

Perry, L., Xiaoyue, X., Duffield, C., Gallagher, R., Nicholls, R. & Sibbritt, D. (2017). Health, workforce characteristics, quality of life and intention to leave: The 'Fit for the Future' survey of Australian nurses and midwives. *Journal of Midwifery and Women's health*. 73(11). 2745-2756. doi: 10.1111/jan.13347

Pezaro, S., Clyne W., Turner A., Fulton E. & Gerada C. (2016). 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women*

and birth : journal of the Australian College of Midwives. 29(3). 59-66. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.006

Polit, D. & Beck, C. (2018). *Essentials of nursing research - Appraising evidence for nursing practice*. (9. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D. & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing*. doi: 10.1186/s12912-016-0178-y

Schonfeld, I. & Bianchi, R. (2015). Burnout and Depression: Two Entities or One? *Journal of clinical psychology*. 72(1). 22-37. doi: 10.1002/jclp.22229

Shahriari, M., Shamali, M. & Yazdannik, A. (2014). The relationship between fixed and rotating shifts with job burnout in nurses working in critical care areas. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery research*. 19(4). 360-356.

Sharma, A., Sharp, D., Walker, L. & Monson, J. (2007). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Disease*. 10(4). 397-406. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01338.x

Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Hämtat 2018-04-03 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf

Socialstyrelsen. 2006. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtat 2018-05-17 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2015/04/KOMPETENS BESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (u.å.a) *Barnmorskeutbildning*. Hämtad 2018-05-16 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/barnmorskeutbildning/>

TAM-arkiv. (u.å). Svenska barnmorskeförbundet. Hämtad 2018-05-16 från <http://www.tam-arkiv.se/area/sbf>

Toker, S. & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: unravelling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of applied psychology* 97(3). 699-710. doi: 10.1037/a0026914

Tourigny, L., Vishwanath, B. & Xiaoyun, W. (2010). Burnout and depression among nurses in Japan and China: the moderating effects of job satisfaction and absence. *The International Journal of Human Resource Management*. 21(15). 2741-2761. doi: 10.1080/09585192.2010.528656

WHO. (u.å.a) *Depression: let's talk*. Hämtat 2018-03-28 från http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/.

WHO. (u.å.b). *Stress at the workplace*. Hämtat 2018-03-28 från http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/.

WHO. (u.å.c). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Hämtat 2018-05-10 från <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Yoshida, Y. & Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*. 29(8). 921-926. doi: 10.1016/j.midw.2012.11.002

Inbjudan att medverka i ett projekt

Syftet är att undersöka barnmorskors känslomässiga välbefinnande och arbetssituation

Det här forskningsprojektet syftar till att undersöka barnmorskors känslomässiga välbefinnande och relationen till arbetstillfredsställelse och arbetsmiljö. Resultatet av studien kan bidra till att

förstå personalens känslomässiga behov och kan ligga till grund för att utveckla bättre stöd till personalen.

Vi inbjuder dig att komplettera ett batteri av frågor som har tagits fram speciellt för den här studien. Formuläret har fyra avsnitt. Det första avsnittet syftar till en beskrivning av din bakgrund och din nuvarande arbetsplats och arbetssituation. Det andra avsnittet innehåller några tidigare utarbetade instrument som mäter känslomässigt välbefinnande.

Det tredje avsnittet innehåller frågor om ditt dagliga arbetsliv, arbetsmiljön och vad du tycker om detta. I det fjärde avsnittet får du möjlighet att med egna ord uttrycka dina åsikter. Vi uppskattar att frågeformuläret tar maximalt 40 minuter att besvara.

Du behöver inte identifiera dig när du besvarar frågorna och i resultatpresentationen kommer du att förbli anonym. Resultat som kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter kommer att presenteras på gruppnivå. Ett återsänt frågeformuläret räknas som accepterande att medverka. Men du väljer förstås själv om du vill medverka i studien eller inte.

Om du väljer att medverka är allt du behöver göra att svara på frågorna. Återsänd frågeformuläret i det medföljande svarskuvertet.

Om du har frågor kring studien tveka inte att kontakta projektledningen.

1. Ange din ålder

18 -24

40 – 49

25 -29

50 – 59

30 -34

Över 60

35 -39

2. Ange ditt civilstånd

Ensamstående

Separerad/skild

Sammanboende/gift

Änka/änkling

3. Ange antal barn

Inga barn

3 barn

1 barn

4 eller fler barn

2 barn

4. Arbetar du inom flera av barnmorskans arbetsområden?

Ja

Nej

5. Ange hur du arbetar

Arbetar enbart inom ett område?

Roterar mellan olika områden

6. Beskriv ditt huvudsakliga arbetsområde

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mödrahälsovård | <input type="checkbox"/> Tidig hemgångsverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Förlossningsavdelning | <input type="checkbox"/> Neonatalvård |
| <input type="checkbox"/> Normalförlossningsavdelning/ABC-liknande | <input type="checkbox"/> Klinisk handledning/utbildning |
| <input type="checkbox"/> Hemförlossning | <input type="checkbox"/> Arbetsledning |
| <input type="checkbox"/> BB-avdelning | <input type="checkbox"/> Forskning och utveckling |
| | <input type="checkbox"/> Gynekologisk vård |
| | <input type="checkbox"/> Familjeplaneringsenhet |

7. Beskriv dina övriga arbetsområden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mödrahälsovård | <input type="checkbox"/> Tidig hemgångsverksamhet |
| <input type="checkbox"/> Förlossningsavdelning | <input type="checkbox"/> Neonatalvård |
| <input type="checkbox"/>
Normalförlossningsavdelning/ABC-liknande | <input type="checkbox"/> Klinisk handledning/utbildning |
| <input type="checkbox"/> Hemförlossning | <input type="checkbox"/> Arbetsledning |
| <input type="checkbox"/> BB-avdelning | <input type="checkbox"/> Forskning och utveckling |
| | <input type="checkbox"/> Gynekologisk vård |
| | <input type="checkbox"/> Familjeplaneringsenhet |

8. Hur många år har du arbetat som barnmorska?

mindre än 1 år

5 till 10 år

1 till 2 år

10 till 20 år

2 till 5 år

mer än 20 år

9. Hur många år har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

mindre än 1 år

5 till 10 år

1 till 2 år

10 till 20 år

2 till 5 år

mer än 20 år

10. Hur ser dina anställningsförhållanden ut?

Heltidsanställning

Deltidsanställning

Timtid

11. Hur arbetar du?

Dagtid, femdagarsvecka

Tvåskift

Treskift

Enbart nattskift

12. Hur många timmar arbetar du i genomsnitt per vecka?

Mindre än 8 timmar

32 timmar

8 timmar

36 timmar

12 timmar

40 timmar

16 timmar

Mer än 40 timmar

24 timmar

