

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Jag är orolig, en gravid orolig
- En kvalitativ studie av en gruppintervention för gravida

Lisa Amborg och Klara Ekdahl

Examensuppsats 30 poäng
Psykologprogrammet
Kurskod PM2519
Vårtermin 2020

Handledare: Elin Alfredsson,
Emelie Ernberg & Karin Grip

Jag är orolig, en gravid orolig

- En kvalitativ studie av en gruppintervention för gravida

Lisa Amborg och Klara Ekdahl

Sammanfattning. Psykisk ohälsa under graviditeten är vanligt och har visats kunna ha långsiktiga negativa konsekvenser för både mamman och barnet. Studiens syfte var att undersöka gravida kvinnors upplevelser av en gruppintervention för stress och oro under graviditeten, samt att fördjupa förståelsen via gruppledarnas perspektiv. Studien byggde på intervjuer med åtta gruppdeltagare och två gruppledare. Intervjumaterialet med gruppdeltagarna analyserades med tematisk analys och intervjun med gruppledarna med deduktiv analys. Den tematiska analysen resulterade i fyra teman. I studien framkom att grupppformatet var både uppskattat och utmanande samt att deltagarna tog med sig tekniker för att hantera oro. Det uttrycktes också ambivalens kring partners närvaro samt upplevelser av tidsbrist. Slutligen diskuteras resultatet, interventionens framtida potential och dess behov av fortsatt utvärdering.

En graviditet kan för många kvinnor vara en mycket omtumlande upplevelse (Bergström, 2012). Graviditeten innebär givetvis en mängd fysiska förändringar såväl som psykologiska (Bergström, 2012). Det kan finnas en förväntan om att de psykologiska upplevelserna av en graviditet ska vara framför allt positiva, såsom att känna lycka och tacksamhet. För en del kan dock tiden under graviditeten innebära många påfrestande tankar och känslor såsom oro, ångest och nedstämdhet (Bergström, 2012). Psykisk ohälsa under graviditeten är vanligt och kan ha långsiktiga negativa konsekvenser för både mamman och barnet (Kingston, McDonald, Austin, & Tough, 2015). Det kan därför anses viktigt att erbjuda tillgängliga och evidensbaserade behandlingar som fångar upp psykisk ohälsa under graviditeten tidigt (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Mödrahälsovården ska inom ramen för sitt uppdrag erbjuda behandling för psykisk ohälsa relaterat till graviditeten (Socialstyrelsen, 2014), vilket vanligtvis görs genom individuell behandling. Denna studie avser utöka kunskapen om behandling vid psykisk ohälsa under graviditet genom att undersöka gravidas upplevelser av en gruppintervention för oro och stress under graviditeten. Gruppinterventionen kallas *Stress och oro under graviditeten* och har genomförts inom Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård i Göteborg (P-MBHV) som en del av ett forskningsprojekt inom enheten i samarbete med Göteborgs universitet. Den aktuella kvalitativa studien var en del i att utvärdera gruppinterventionens användbarhet.

Psykisk ohälsa under graviditeten

Psykisk ohälsa hos gravida kvinnor är bland de vanligaste besvären under en graviditet (Kingston et al., 2015). Psykisk ohälsa rör sig på ett spektrum från lättare upplevda symptom såsom oro, ångest, stress eller nedstämdhet till diagnostiserad psykiatrisk problematik. Begreppen oro, ångest och stress används ofta för att beskriva liknande upplevelser, vilket kan göra det svårt att särskilja dem. Stress ses i forskning vanligen inte som

en psykiatrisk diagnos utan som en reaktion på stora livshändelser eller ovanliga och krävande situationer (Lewis, Austin & Galbally, 2016). Stress, ångest och oro är nära sammankopplade då stress över till exempel stora livshändelser ofta leder till en känsla av oro och ångest (Lewis et al., 2016). Alla människor känner oro ibland men när oron har stor påverkan på måendet och vardagen brukar det benämnas som ångest (Barn- och ungdomspsykiatri, 2017). Ångest och oro kan mätas i form av upplevda symptom men det finns även flertalet psykiska diagnoser där huvudsymptomet är ångest (American Psychological Association, 2013). Likt psykisk ohälsa i stort rör sig således även ångest på ett spektrum från mildare besvär till allvarigare problematik (Socialstyrelsen, 2019b).

För den gravida kvinnan kan det vara svårt att själv känna igen symptomen på psykisk ohälsa eftersom det sker många fysiska och psykiska förändringar under graviditeten (Blomdahl Wetterholm, Bendix, Pettersson & Lindefors, 2018). Oro, ångest och stress kan antingen uppstå under graviditeten eller ha funnits med den gravida sedan tidigare och förvärras under graviditeten (SBU, 2019). Problemen kan vara av dels psykiatrisk och diagnostiserad karaktär, dels en tillfälligt förhöjd ångestnivå (state anxiety), dels mer av ett personlighetsdrag (trait anxiety) som funnits med kvinnan hela livet (Mudra et al, 2020). Dessutom finns det ett avgränsat fenomen som benämns Pregnancy related anxiety (PrA), som innefattar rädsla och oro specifikt kopplat till den aktuella graviditeten (Mudra et al, 2020). Oron vid PrA kan exempelvis kopplas till fostrets hälsa, rädsla för förlossningen eller förmågan att anpassa sig till rollen som förälder (Mudra et al, 2020).

Uppemot 25 % av gravida kvinnor blir drabbade eller påverkade av symptom på ångest, depression och stress (Kingston et al., 2015). Av gravida uppskattas ungefär 8–12 % nå upp till kriterier för psykiatrisk problematik under graviditeten, där det vanligaste är ångest- och depressionsstörningar (Van den Bergh et al., 2017; World's Health Organization, u.å.) I en svensk kartläggning från 2019 skattade 15 % av nyförlösta kvinnor att de under graviditeten mådde ganska eller mycket dåligt psykiskt (Socialstyrelsen, 2019a). Enligt samma kartläggning upplevde 33 % att de under graviditeten varit ganska eller mycket oroliga (Socialstyrelsen, 2019a). Det som kvinnorna oroade sig mest för var barnets hälsa, förlossningen och att få bristningar eller att spricka under förlossningen. Förstfödorskor skattade en högre grad av oro än omfödorskor (Socialstyrelsen, 2019a). En metaanalys där 34 länder var representerade fann att prevalensen för självrapporterade ångestsymptom hos gravida kvinnor var drygt 18 % i första delen av graviditeten och ökade sedan till nästan 25 % i sista trimestern under graviditeten (Dennis, Falah-Hassani & Rahman, 2017). Andra studier har dock funnit en internationell prevalens av ångestsymptom på ungefär 7 % hos gravida (Lewis et al., 2016). Gällande ångestsyndrom, det vill säga psykiatriska diagnoser där ångest är det huvudsakliga symptomet, uppges prevalensen under graviditeten ligga runt 13–15 % både i Sverige och internationellt (Bendix & Blomdahl, 2016; Dennis et al., 2017). Förekomsten av oro och ångest under graviditeten har således visats vara någonstans mellan ungefär 10–30 %, beroende på hur begreppen har definierats och på vilket sätt de har undersökts.

Det är inte ovanligt att personer som upplever mycket oro och ångest samtidigt upplever andra typer av psykisk ohälsa. Ångestsyndrom har särskilt hög grad av samsjuklighet med depression (Green et al., 2015). Samsjuklighet av ångest och depression under graviditeten är vanligt och leder ofta till allvarigare symptom med sämre långsiktiga utfall (Dennis et al., 2017). Av den forskning som har gjorts på psykisk ohälsa kopplat till graviditet har majoriteten fokuserat på depressiva symptom och postpartumdepression

(Green, Haber, Frey & McCabe, 2015; Howard et. al., 2014). Ångestsymptom har vanligen undersökts inom ramen för forskning på behandlingar som riktar sig till kvinnor med postpartumdepression (Green et. al., 2015).

Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditeten

Forskning har visat att ångest, depression och stress under graviditeten är riskfaktorer för negativa konsekvenser för både mamma och barn (Dunkel & Tanner, 2012). Det har påvisats samband mellan mammans psykiska hälsa under graviditeten och påverkan på både fostret, spädbarnet och barnet upp till tonåren. Gällande fostrets utveckling fann en metaanalys signifikanta samband mellan mammans mentala hälsa, framför allt ångestsymptom, och tillväxten av fostrets huvud (Lewis et al., 2016). Att vara orolig för den pågående graviditeten (PrA) tycks öka risken för prematur födsel och påverka fostrets hjärnutveckling (Dunkel & Tanner, 2012). En metaanalys har funnit viss evidens för att psykologisk stress hos mamman i form av stress, depression eller ångest under graviditeten påverkar spädbarnets utveckling beteendemässigt, kognitivt och psykomotoriskt (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012). Vidare har en annan metaanalys funnit samband mellan mammans mående i form av stress, depression eller ångest under graviditeten och den kognitiva utvecklingen hos barn i åldern ett till tre år (Kingston, et al., 2015). En dansk registerstudie fann ett samband mellan stress under graviditeten och en förhöjd risk för en mängd olika sjukdomar under barndomen, allt från infektionssjukdomar till beteendeproblem och psykiska sjukdomar (Tegethoff, Greene, Olsen, Schaffner, & Meinlschmidt, 2011). Van den Bergh med kollegor (2017) visade att stress och ångest under graviditeten kan ha långtidseffekter på beteende och psykisk hälsa hos barnet. Vidare fann en engelsk studie att ångest hos mamman under graviditeten predicerade ihållande effekter på barnets psykiska hälsa, effekter som tycktes hålla i sig även under ungdomsåren (O'Donnell, Glover, Barker, & O'Connor, 2014). Att vara deprimerad under graviditeten visade i samma studie på liknande samband. Det finns flertalet hypoteser kring mekanismerna bakom sambanden mellan psykisk ohälsa under graviditeten och barnets utveckling och hälsa. Några hypoteser som har lyfts fram rör påverkan på fostrets hjärnutveckling, påverkan på HPA-axelns utveckling och påverkan på barnets tarmflora och immunsystem (Van den Bergh et al., 2017). Vissa studier föreslår att dysreglering av kortisolnivåer skulle kunna vara associerat till mammans psykiska hälsa och således påverka fostrets utveckling (Lewis et al., 2016).

Forskning har visat att kvinnor som mår psykiskt dåligt under graviditeten tycks löpa större risk att må dåligt även efter förlossningen (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Exempelvis har ångest- och depressionssymptom under graviditeten visats öka risken för både depression och ångest hos mamman efter födseln (Howard, Molyneaux, Dennis, Rochat, Stein & Milgrom, 2014; Glasheen, Richardson & Fabio, 2010). Mammans psykiska mående under och efter graviditeten kan ha stor påverkan på hennes förmåga att ta hand om sitt barn (Dennis et al., 2017; Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Det har i forskning visats samband mellan både ångest- och depressionssymptom under graviditeten och mammans förmåga att interagera med barnet, till exempel genom minskad lyhördhet och förmåga att svara på barnets signaler (Hakanen et al., 2019; Field, 2017; Kempainen, Kumpulainen, Moilanen & Ebeling, 2006). Dessa föräldraförmågor kan i sin tur påverka anknytningen mellan mamman och barnet, då det tidiga samspelet och förmågan att tolka och svara på barnets signaler är viktiga aspekter av hur anknytningen utvecklas (Broberg,

Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Således kan psykisk ohälsa även på lindrigare nivå med exempelvis ångestsymptom under graviditeten få allvarliga konsekvenser för både mamman och barnet. Därför kan det anses det vara av vikt att rikta tidiga interventioner till gravida med oro och ångest för att förebygga ohälsa både hos mamman, barnet och familjen (Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Behandling för psykisk ohälsa under graviditet

I takt med att kunskapen om effekterna av psykisk ohälsa under graviditeten har ökat har även intresset för att hitta evidensbaserade behandlingar för psykisk ohälsa under graviditeten ökat världen över. Flera länder har tagit fram eller håller på att ta fram riktlinjer för hur psykisk ohälsa under graviditet ska identifieras och hanteras (Wilkinson et al., 2016; SBU, 2019). Evidensen kring konventionella psykologiska interventioner för stress och ångest under graviditeten är mycket begränsad (O'Connor, Monk, Fitelson, 2014). Det är också oklart vilka anpassningar av sedvanliga behandlingar som skulle vara lämpliga vid behandling av kvinnor under graviditeten (Howard et al., 2014).

När det gäller behandling av olika ångestsyndrom är kognitiv beteendeterapi (KBT) en vedertagen intervention med god evidens (Hunot, Churchill, Silva de Lima, & Teixeira, 2007; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Green et al. 2015). KBT är en strukturerad, tidsbegränsad och aktiv terapiform som baseras på idén att människans beteende är inlärt och således går att förändra (Kåver, 2016). KBT innehåller vanligen delar av psykoedukation i syfte att behandlare och patient ska kunna skapa en gemensam bild och förståelse för patientens problem (Linton & Flink, 2011). Inom KBT är problemlösning en av de metoder som har starkast evidens för en mängd olika psykologiska svårigheter, bland annat ångest och nedstämdhet (Linton & Flink, 2011). Vidare har medveten närvaro visats vara effektivt i forskning för att lindra symptom på ångest och depression och är därför ett vanligt inslag i KBT-behandling för ångest (Linton & Flink, 2011). Det har också visats att arbeta med att hantera ovisshet är en hjälpsam komponent vid KBT-behandling av ångestproblematik, bland annat vid generaliserat ångestsyndrom (GAD) (Dugas & Robichaud, 2007).

KBT-baserade interventioner i grupp har inte forskats på i lika stor utsträckning som individuell behandling (Whitfield, 2010) men har visats ha god effekt vid bland annat ångestproblematik (Petrocelli, 2002) och postpartumdepression (Goodman & Santangelo, 2011). Det finns flertalet studier som har visat att gruppinterventioner kan vara både kostnadseffektiva och gynnsamma för deltagarna (Morrison, 2001). Vid behandling i grupp kan flera relationella faktorer vara hjälpsamma (Whitfield, 2010). En sådan faktor är normalisering genom identifikation med andra, det vill säga genom att förstå att andra har liknande oro och känslomässiga reaktioner inte uppleva sig lika ensam. Denna normalisering och det ömsesidiga stödet kan minska stigmatisering och känslor av skam hos deltagarna (Whitfield, 2010; Burton Zuehlke, 2008). En annan hjälpsam faktor vid gruppinterventioner kan vara förslag och återkoppling från andra deltagare (Whitfield, 2010). Dessa kan, i ett gruppklimat av respekt och tillit vara lättare att ta till sig än de förslag som kommer från en terapeut. Att kunna hjälpa andra med deras problem kan också öka deltagarnas känsla av kontroll, vilket i förlängningen kan göra det lättare att lösa sina egna problem (Whitfield, 2010). Enligt Whitfield (2010) är det troligt att gruppstorleken påverkar vilka de effektiva delarna i en gruppbehandling är. Till exempel skulle den normaliserande effekten kunna bli större i en grupp med fler deltagare. Vid gruppbehandling

i mindre grupper blir interaktionen mellan de olika deltagarna ofta en viktigare del av behandlingen medan större grupper ofta får en större tyngd på psykoedukation. Då KBT-behandling ofta är anpassad efter en viss diagnos finns en risk att behandling i grupp där deltagarna har olika diagnoser kan upplevas som förvirrande och i vissa fall irrelevant för deltagarna (Whitfield, 2010).

Det finns forskningsstöd för att använda KBT vid behandling av gravida generellt samtidigt som forskning har lyft fram vikten av att anpassa interventionerna efter de specifika problem som är aktuella under graviditeten (O'Mahen, Fedock, Henshaw, Himle, Forman & Flynn, 2012). Trots den stora mängden evidens för KBT vid ångest finns det begränsat med forskning på KBT-baserade behandlingar specifikt för ångest under graviditeten (Howard et al., 2014; Green et al., 2015). Den forskning som finns på KBT-baserade behandlingar med fokus på att minska stress- och ångestsymptom under graviditeten tycks ha funnit positiva resultat. En studie som undersökte användbarheten av en behandling baserad på mindfulness och kognitiv terapi för ångestsymptom under graviditeten fann att deltagarna fick kliniskt signifikanta minskningar av ångest och oro (Goodman et al., 2015). En översiktsartikel som tittade på forskning kring stress under graviditeten fann bland annat att åtta sessioner med manualbaserad KBT gav minskade stressnivåer hos gravida kvinnor som hade ångest-, stress- eller depressionssymptom (La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2015). Andra interventioner som har testats för att minska stress under graviditeten är bland annat avslappningstekniker och medveten närvaro, vilket generellt visats kunna minska stressnivåer (La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2015). Interventioner som innehåller både olika typer av avslappning och psykoedukation tycks vara kopplade till positiva effekter såsom högre födelsevikt hos barnet och fullgångna graviditeter (La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2015). I Australien har ett program för att bland annat minska ångest under graviditeten kallat *Towards parenthood* testats (Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross & Gemmill, 2011). I programmet användes en arbetsbok av självhjälptyp som riktade sig till gravida kvinnor och även deras partners. Arbetsboken var baserad på KBT och utvecklade utifrån kända riskfaktorer för postpartumdepression och föräldrasårigheter (Milgrom et al., 2011). Kvinnorna fick läsa i arbetsboken och därefter diskutera det de läst i telefon med en psykolog. Vid återkoppling av interventionen uppgav över 90 % av deltagarna att de tyckte om och uppfattade interventionen som hjälpsam (Milgrom et al., 2011). Programmet visade på signifikanta fördelar jämfört med sedvanlig behandling för bland annat ångestsymptom under graviditeten (Milgrom et al., 2011).

I Storbritannien har en studie påbörjats där en KBT-baserad gruppintervention med tydliga psykoedukativa inslag för kvinnor med ångest under graviditeten utvärderas (Wilkinson et al., 2016). Den så kallade *ACORN*-studien har använt sig av vissa delar av materialet från *Towards parenthood*-modellen och utvecklat en manualbaserad gruppintervention där grupperna i huvudsak leds av barnmorskor. Interventionen utvecklades med syfte att nå ut till en stor population av gravida kvinnor som upplever en bredd av ångestsymptom av olika allvarlighetsgrad (Wilkinson et al., 2016). Gruppinterventionen heter *3 steps towards a more relaxed pregnancy: antenatal coping and relaxation* och består av tre tillfällen om 90 minuter med tre veckors intervall. Interventionen är specifikt utformad för att rikta sig till gravida kvinnor med ångest och de specifika problem som de står inför (Wilkinson et al., 2016). De preliminära resultaten av studien har varit positiva där interventionen tycks vara både verksam och kostnadseffektiv (H. O'Mahen, personlig kommunikation, 25 februari, 2020). Interventionen riktar sig både till de gravida och deras partners och det innehåll som riktar sig till partners handlar om hur de ska bli

bättre på att stötta de gravida kvinnorna (Wilkinson et al., 2016). Vid behandling för gravida har forskningsresultat indikerat fördelar med att involvera partners i interventioner för psykisk hälsa (Stapleton, Schetter, Westling, Glynn, Hobel & Sandman, 2012). En högkvalitativ och stödjande partnerrelation under graviditeten tycks kunna bidra till ökat välmående hos både mamman och spädbarnet efter födseln (Stapleton et al., 2012). Upplevt partnerstöd visades i en studie vara den starkaste prediktorn för psykologiskt välmående hos den gravida (Ilska & Przybyla-Basista, 2017) och en ökning av upplevt socialt stöd från partner och familj har visats minska den gravida kvinnans oro och stress både under graviditeten och efter födseln (Racine, Plamondon, Hentges, Tough & Madigan, 2019). Dock har det i vissa studier konstaterats att det kan vara svårt att engagera partners vid vård för gravida (Milgrom et al., 2011).

Mödrahälsovården i Sverige har stora möjligheter att upptäcka psykisk ohälsa under graviditeten då majoriteten av alla gravida har kontakt med mödrahälsovården (Blomdahl Wetterholm et al., 2018). Inom den svenska mödrahälsovården finns det möjlighet att få individuell psykologisk behandling för oro, nedstämdhet och stress (Socialstyrelsen, 2014) men det finns inte några vedertagna riktade och utvärderade gruppinterventioner som erbjuds gravida som upplever ökad ångest och oro. Blomdahl Wetterholm och kollegor (2018) har lyft fram behovet av att i större utsträckning screena för ångest- och depressionssjukdomar under graviditeten och möjliggöra för tidiga interventioner för att minska riskerna för mamman och barnet.

Gruppinterventionen *Stress och oro under graviditeten*

Forskningsprojektet *Stress och oro under graviditeten* är en studie av en kort gruppintervention inom Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård i Göteborg (P-MBHV; Närhälsan, 2017). Studien drivs av forskare på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet och psykologer inom P-MBHV. Studiens huvudsakliga syfte var att undersöka användbarheten av gruppinterventionen från den engelska *ACORN*-studien (Wilkinson et al., 2016), inom svensk mödrahälsovård (Axberg, Alfredsson, Birbrajer & Reuter, 2017). Metoden som användes var en kort manualbaserad gruppintervention som består av olika tekniker för att minska olika typer av ångestsymptom. Gruppinterventionen har anpassats till svenska förhållanden och består av fyra tillfällen istället för tre och tillfällena har förlängts med 30 minuter (O'Mahen et al., 2017). Interventionen leds av två psykologer från P-MBHV, medan grupperna i den engelska studien leddes av barnmorskor. De fyra tillfällena sker med en veckas intervall. Första tillfället inleds med att deltagarna ska dela med sig av sin oro i gruppen för att börja lära känna varandra, och fortsätter med psykoedukation om ångest under graviditet och vad det går att göra för att ta hand om sig själv. Det andra tillfället har problemlösning som tema och tar upp bland annat upp begreppet "reflective listening", som betonar vikten av att lyssna empatiskt på sin partner samt psykoedukation om undvikande och oro. Det tredje tillfället handlar om att hantera och stå ut med ovisshet och hur ovisshet hänger ihop med oro. Det fjärde tillfället har kommunikation som tema och tar upp bland annat olika kommunikationsfärdigheter och vikten av samarbete i stressfulla situationer. Efter de fyra tillfällena har varje grupp en uppföljning efter åtta veckor där det nya föräldraskapet och strategierna från interventionen diskuteras.

Syfte och frågeställningar

Den aktuella studien skrevs inom ramen för forskningsprojektet *Stress och oro under graviditeten*. Syftet med uppsatsen var att undersöka de gravida kvinnornas upplevelser av gruppinterventionen samt att fördjupa förståelsen om gruppinterventionen genom att komplettera med gruppledarnas perspektiv. Frågeställningen var: *Hur upplevde de deltagande kvinnorna gruppinterventionen?*

Metod

Tillvägagångssätt

Rekrytering av deltagare till interventionen *Stress och oro under graviditeten* skedde från graviditetsvecka tolv inom ramen för mödrahälsovårdens sedvanliga rutiner, där gravida kvinnor i Göteborg som identifieras ha psykisk ohälsa erbjuds psykologkontakt vid P-MBHV (Närhälsan, 2017). Inklusionskriterier för att delta i studien var gravida kvinnor i graviditetsvecka 12 till 28, som väntade sitt första barn. De skulle även vara 18 år eller äldre samt ha tillräckligt goda kunskaper i svenska för att kunna ta del av interventionen. Som exklusionskriterium fick de inte ha någon fysisk eller psykisk sjukdom som hindrade dem från att delta. Om kvinnan vid bedömningsamtal ansågs uppfylla kriterierna informerade psykologen henne verbalt om möjligheten att delta i interventionen. Kvinnor som var intresserade blev uppringda av projektledaren för studien (om tillåtelse givits från kvinnan att lämna kontaktuppgifter vidare) och fick mer detaljerad muntlig information om interventionen och om studien. De som då tackade ja fick därefter skriftlig information och samtyckesblankett hemskickat via post. Totalt deltog 27 kvinnor i interventionen. Kvinnorna uppfyllde samtliga krav och var mellan 20 – 39 år gamla. Statistik över hur många kvinnor som tillfrågades att delta i interventionen saknas i dagsläget varpå storlek på bortfall inte kunnat beräknas. Kvinnornas eventuella partners var välkomna att delta i gruppen när det var möjligt och om den gravida kvinnan gav medgivande till det. Rekrytering av partners skedde via de gravida kvinnorna. De kvinnor som tackade nej till interventionen erbjöds sedvanlig individuell behandling. Totalt genomfördes sex gruppinterventioner med tre till sex deltagare i varje. Varje gruppintervention bestod av fyra tillfällen om 120 minuter som genomfördes med en veckas intervall. Interventionerna pågick mellan våren 2018 och våren 2019. Samtliga kvinnor kunde vid behov få relevant kompletterande individuell psykologisk eller medicinsk behandling (Axberg, Alfredsson, Birbrajer & Reuter, 2017).

Efter att ha deltagit i gruppinterventionen erbjöds alla 27 deltagare möjlighet att vara med i intervjuer för att delge sina upplevelser av interventionen. Totalt deltog åtta gruppdeltagare i intervjuerna. Det var således 19 deltagare som inte kunde eller ville närvara vid intervjuerna. Totalt genomfördes fem intervjuer med gruppdeltagarna varav tre individuella och två i grupp. Ursprungligen planerades alla intervjuer att genomföras i grupp men vid vissa tillfällen kunde endast en gruppdeltagare närvara. Fem deltagare intervjuades innan förlossningen och tre deltagare efter förlossningen. Intervjuerna med deltagarna genomfördes av ansvarig forskare och psykologer inom projektet och genomfördes under tidsperioden maj 2018 till augusti 2019. Tre intervjuer genomfördes av två

intervjuare (forskare och psykolog), de andra två genomfördes av en intervjuare (forskare). Författarna till den aktuella studien fick tillgång till de inspelade intervjuerna med deltagarna när alla deltagarintervjuer var genomförda.

Efter att alla interventioner var slutförda genomfördes också en intervju med gruppledarna som höll i interventionen. Intervjun genomfördes av ansvarig forskare inom projektet och författarna fick tillgång till intervjun först efter att analysen av deltagarintervjuerna var genomförd.

Instrument

Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide (se bilaga 1). För att göra det möjligt att jämföra framtida resultat baserades intervjuguiden på *ACORN*-studiens intervjuguide. Intervjuguiden utgick från fem övergripande frågeområden: förväntningar och motivation; upplevelse; följder; partners och; framtiden. Till respektive frågeområde innehöll guiden förslag på frågor, exempelvis ”Vad tycker ni om behandlingens utformning?”, ”Vad hade ni för förväntningar på gruppbehandlingen?”, ”Har relationen till partners påverkats/förändrats av deltagandet i behandlingen?”. Intervjuerna var mellan 42 minuter och 68 minuter långa och intervjuerna spelades in med ljudupptagning.

Vid intervjun med gruppledarna användes en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 2) som var anpassad för gruppledarna och som hade ursprung i *ACORN*-studien. Intervjuguiden utgick från fem övergripande frågeområden: förväntningar och motivation; upplevelse; resultat; partners och; framtiden. Till respektive frågeområde innehöll guiden förslag på frågor, exempelvis ”Var materialet relevant för deltagarnas situation?”, ”Vilka moment i interventionen var mest användbara?”, ”Hur uppfattade ni deltagarnas gensvar på interventionen?”. Även intervjun med gruppledarna spelades in med ljudupptagning och var ungefär 70 minuter lång.

Databearbetning och analys

Intervjumaterialet med gruppdeltagarna analyserades med tematisk analys. Valet av analysmetod gjordes då det ansågs kunna fånga gruppdeltagarnas upplevelser av interventionen och på ett rikt sätt besvara den aktuella frågeställningen. Tematisk analys är dessutom ett flexibelt analysverktyg och ansågs lämpligt i förhållande till datamängd (Braun & Clarke, 2006). En induktiv ansats valdes för att i möjligaste mån fånga gruppdeltagarnas upplevelse och låta analysen vara så datanära som möjligt. De transkriberade intervjuerna kodades och analyserades på en semantisk nivå. Den tematiska analysen genomfördes med utgångspunkt i det tillvägagångssätt som är beskrivet av Braun och Clarke (2006).

Det inspelade intervjumaterialet delades upp mellan författarna och transkriberades ord för ord. Uttryck såsom skratt eller suckar skrevs ut i transkripten i möjligaste mån. Olika röster skildes åt i så hög utsträckning som möjligt och gavs fiktiva namn. När alla intervjuer med gruppdeltagarna var transkriberade skrevs samtliga transkript ut för att underlätta kodning och analys. För att bekanta sig med all data lästes de transkriberade intervjuerna noggrant igenom av båda författarna. Därefter lästes de transkriberade intervjuerna igenom med utgångspunkt i forskningsfrågan och all text där gruppdeltagarna

pratade om sin upplevelse av interventionen markerades. Text som inte togs med i det här stadiet var bland annat när det inte handlade om interventionen eller personlig information som inte ansågs relevant eller etiskt att ta med i analysen. Därefter skrevs nya transkript ut som endast innehöll den text som ansågs vara relevant.

Författarna kodade därefter gemensamt allt det relevanta materialet. Koderna syftade till att på ett koncist sätt sammanfatta gruppdeltagarnas beskrivningar och samtidigt använda så textnära uttryck som möjligt. Det var därför inte ovanligt att samma stycke kunde få flera koder. Koderna skrevs för hand i marginalen på transkripten och totalt blev det 245 koder. Transkripten klipptes sedan isär och kopierades så att varje kod stod på en egen lapp tillsammans med stycket som koden hämtats ifrån.

Då mängden koder var svår att arbeta med och många koder var mycket lika varandra organiserades koderna i kategorier av liknande koder, så kallade ”meta-koder”. Av meta-koderna utformades en första struktur av preliminära teman. Därefter granskades alla ursprungliga 245 koder på nytt. Allt eftersom koderna granskades bearbetades och omformades den preliminära temastrukturen där olika förslag på teman formulerades och förkastades under arbetets gång. Under analysprocessen rensades totalt 146 av 245 koder bort med motivering att stycket inte innehöll en rik upplevelse eller att stycket redan var representerat med en mer relevant kod. För att undersöka de preliminära temastrukturernas giltighet formulerades även beskrivningar av olika teman. Slutligen granskade författarna om teman och underteman var exklusiva i förhållande till varandra och inom sig homogena och relevanta för frågeställningen. Därefter namngavs teman.

Efter att den tematiska analysen var färdigställd genomfördes en deduktiv analys där framtagna teman användes som utgångspunkt för att analysera innehållet i intervjun med gruppledarna. Den transkriberade intervjun genomlästes utifrån respektive tema och allt material som ansågs handla om temat markerades. Detta material summerades därefter i text för att utgöra en spegling av gruppledarnas perspektiv.

Citat har använts i framställningen av resultatet i syfte att förtydliga och exemplifiera teman, viss redigering har skett från den första ordagranna transkriberingen för att öka läsbarheten och de citerade personerna har givits fiktiva namn.

Reflexivitet

Vid kvalitativa studier går det inte att undvika att författarna bidrar med egen tolkning av materialet utifrån sin egen förståelse (Braun & Clarke, 2013). I den aktuella studien är författarna kvinnliga psykologstudenter vid Göteborgs universitet vilket innebär en grundläggande kunskap kring bland annat behandling av stress och oro utifrån kognitiv beteendeterapi. Författarna upplevde sig dock ha begränsade förkunskaper om mödra- och barnhälsovård, gruppbehandlingar samt psykisk ohälsa under graviditet. Då författarna inte heller var delaktiga i utformandet eller genomförandet av interventionen *Stress och oro under graviditeten* var förståelsen av den mycket begränsad vid analysen av data.

Etiska överväganden

Forskningsprojektet *Stress och oro under graviditeten* är etikprövat och godkänt av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 796–17). Etiska överväganden som gjorts inom den

aktuella studien handlar bland annat om att information som ansågs kunna vara känslig eller privat har tagits bort. De citat som innehöll personliga uppgifter som skulle kunna identifiera någon gruppdeltagare har redigerats.

Resultat

Den aktuella studien skrevs inom ramen för forskningsprojektet *Stress och oro under graviditeten*. Syftet med uppsatsen var att undersöka de gravida kvinnornas upplevelser med hjälp av frågeställningen: *Hur upplevde de deltagande kvinnorna gruppinterventionen?* Fyra teman skapades med tillhörande underteman (se tabell 1). Teman gavs namnen: ”Att vara en individ i en grupp”, ”Ambivalens kring partnernärvaro”, ”Vi fick slut på tid” samt ”Det här har vi tagit med oss”. Nedan presenteras en sammanställning av teman och underteman. Efter varje tema redovisas en spegling av temat utifrån intervjun med gruppledarna.

Tabell 1

Beskrivning av de fyra teman som framkom i intervjuerna med deltagarna

Huvudtema	Beskrivning	Undertema
Att vara en individ i en grupp	Temat beskriver deltagarnas upplevelser av att vara olika individer i en grupp.	Gemenskap och förståelse i gruppen Utmaningar med att vara i grupp
Ambivalens kring partnernärvaro	Temat beskriver deltagarnas motstridiga upplevelser av att involvera partners i interventionen.	Det var bra att partners kunde vara med Otydlighet kring partnernärvaro Det blev en annan dynamik när partners var med
Vi fick slut på tid	Temat beskriver deltagarnas upplevelser av brist på tid under interventionen.	
Det här har vi tagit med oss	Temat beskriver deltagarnas upplevelser av vad de har tagit med sig från interventionen.	Att stå ut med ovisshet och lösa problem Att ta hand om sig själv

Att vara en individ i en grupp

Temat fångar upplevelser kring att vara i en grupp. Upplevelserna i detta tema kretsade kring nyttan och utmaningarna med att vara olika individer med olika behov i en grupp. Temat har två underteman: ett som handlar om positiva upplevelser av utbyte, gemenskap och likheter i gruppen och ett som fångar upplevelser av olikheter, farhågor och utmaningar med att vara i en grupp.

Gemenskap och förståelse i gruppen. Detta undertema fångar upplevelser av att gruppen gav gemenskap och att det var något speciellt med att vara en grupp gravida som också var oroliga. Även om deltagarna inte hade exakt samma problem eller behov så hade gruppen en normaliserande funktion som gav deltagarna en större förståelse och perspektiv för sitt eget och andras problem. Deltagarna lyfte återkommande att det var en viktig del av interventionen att den var i grupp, att de fick träffa andra i samma situation och att det var skönt att kunna dela och ventilerat tankar och känslor med varandra. Agnes beskrev: *"...för det viktigaste utbytet för mig har varit asså oss emellan. Att det är andra kvinnor eller liksom tjejer i samma situation."* En annan deltagare uttryckte hur viktigt det varit med gemenskapen i gruppen och att få prata med andra som förstår ens oro:

"Jag håller väl ändå med dig om att det var så skönt att ha det här på det viset, att just för mig vart det väldigt viktigt med gemenskapen och att veta att det finns andra mammor som också har saker som de oroar sig för och att det finns andra som liksom förstår min oro." – Louise

Precis som Louise uttryckte andra deltagare att en viktig del av att interventionen var att den var i grupp, där de fick ta del av andra personers upplevelser och mående och att det bidrog till att deltagarna inte kände sig så ensamma:

"Nej, men jag vill bara säga igen, att jag tyckt att det varit väldigt bra att ta det här i grupp. Mycket bättre, asså, mycket bättre än vad jag trodde faktiskt och lite få ta del av hur andra personer har det, hur de mår och hur de har hanterat det de går igenom. Så också känna jamen att det varit väldigt skönt att känna att man inte varit ensam" – Erika

Även Tina beskrev hur utbytet i gruppen gav perspektiv på oron vilket bidrog till att minska hennes egen oro:

"Största skillnaden för mig har nog varit att, att jag inte oroar mig lika mycket eller tänker lika mycket att det bara är jag i hela världen som är orolig. Och att det har liksom, det är lättare på nåt sätt att tänka att jag kan klara av detta när jag har träffat andra som också är oroliga och jag kan känna att jag är ju inte orolig för dem och att de ska klara av det, så då behöver jag inte vara så orolig för mig själv heller." – Tina

Flera deltagare beskrev det som att utbytet med de andra i gruppen kunde bidra till större förståelse och ett breddat perspektiv. Till exempel uttrycktes insikten om att det fanns många olika typer av oro och att deltagaren själv inte var orolig för allt. En deltagare lyfte fram vikten av att ha en grupp som hjälper till att konkretisera ens problem och skapa ett normaliserande sammanhang:

”... ja men när man är hemma och oroar sig väldigt mycket som det var i början, det var så himla abstrakt. Det hjälper att det blir något konkret att det här är en grupp för oroliga, orosgruppen som vi kallade den och här är jag och jag är orolig, en gravid orolig och här är några andra som också är gravida och jag är en av dem. Och så säger liksom psykologerna 'Det här är vanligt', det här att det blir påtagligt, man känner sig stärkt i att det finns nåt och jag kan förhålla mig till det på detta viset och jag kan få hjälp.” – Agnes

Andra deltagare beskrev det som att trots olikheter mellan deltagarna kunde de bidra till att hjälpa varandra:

”Och även den första när man fick definiera sin oro och höra andra definiera sin, och hur de gör och sådär. Och det återkom vi till sista gången här nu när vi hade lite uppsamlingsgång. För det var en som hade lärt sig att andas sig igenom sin ångest och jag tänkte att herregud det hade varit bra, det hade jag också velat så att då pratade vi lite om det och såna där grejer. Och att vi förmodligen haft, har lite olika sorters oro och ångest och sådär... Så att det tyckte jag ändå var nyttigt.”

– Denice

En annan aspekt av gemenskapen som uttrycktes var upplevelsen av att det utvecklades vänskapsrelationer mellan deltagarna. Charlotta uttryckte det som: ”Det är väl en helt annan gemenskap när man liksom från start att det här är väldigt utlämnande, det är mina orsaker varför jag är här och så blev det väl djupare vänskap med en gång.” Även andra deltagare beskrev hur det bildats vänskaper och att deltagarna kommer att fortsätta hålla kontakten även efter interventionens slut. En deltagare beskrev:

”Nä, men det har varit bra, det har varit en liten grupp vilket har varit bra för mig personligen. Det har varit bra att få träffa andra i samma situation. Vi har ju kontaktuppgifterna till varandra nu och kommer fortsätta att höras liksom, så det blir som en liten egen föräldragrupp, så det har varit positivt.” – Britta

Utmaningar med att vara i grupp. Undertemat samlar upplevelser av utmaningar med att vara i grupp. Det uttrycktes att det tog lite tid att känna sig trygg i en grupp, en rädsla för att spä på de andra deltagarnas oro och att allt i interventionen inte var lika lätt att relatera till. Agnes beskrev: ”Nämen asså inget så konkret som jag tyckte var relevant på nåt sätt. Sen fanns det ju vissa saker som jag kände att det här kunde jag mer relatera till.”

Vissa deltagare beskrev upplevelser av att det ibland var svårt att relatera till de andra deltagarna då de hade så olika problem. Det uttrycktes också att vissa inte kände sig helt hjälpta med sitt problem eftersom ingen annan i gruppen hade liknande. Vissa deltagare upplevde sig ha behov av att prata individuellt och bearbeta personliga erfarenheter, något som inte tillgodosågs i gruppformatet. Det beskrevs även hur olikheterna kunde göra det svårt för deltagarna att förstå varandra:

”Vi var så fruktansvärt olika så att det blev nästan dumt att vi var så få [...] Men nu var vi ju så få så det blev mer sådär jag förstod dem inte och de förstod nog kanske inte mig heller.” – Denice

I intervjuerna kom det även upp farhågor kring att inte känna sig trygg i grupp och upplevelser av att det hade behövts mer tid i början för att lära känna varandra och våga öppna upp sig i gruppen. En deltagare beskrev det som:

"...Vad ska man säga från det mörka i en själv, att behöva blotta och sedan göra det med främlingar och sedan så har man bara så kort tid och sen så är det så få tillfällen, det känns så väldigt utlämnande och liksom bara aa men 'här 20 personer här är jag och mina problem'. Så det som var skönt var för det första att vi var en liten grupp och det var intimt men att det hade kunnat vara liksom lite mera trygghetsuppbyggande när man gick igenom med liksom 'det här är jag orolig för'." - Louise

Det framkom också rädslor för att gruppen skulle kunna spä på den egna oron och att själv råka säga saker som spär på någon annans oro. Denice uttryckte det som: *"För det är så pass känsligt att jag vet själv hur påverkbar man är om, så att man inte säger nåt som kan trigga någon annan på nåt sätt."* I undertemat fanns också upplevelser av att det faktiskt kom upp saker i gruppen som spädde på deltagarnas oro.

Gruppledarnas perspektiv på "Att vara en individ i en grupp"

Gruppledarna uttryckte i intervjun att de var positivt inställda till att testa en intervention mot oro och ångest i gruppformat eftersom de i arbetet möter många gravida och nyblivna föräldrar som lider av oro och ångest. En gruppledare beskrev: *"Mm att jag skulle vilja testa det i gruppform, för det är så otroligt många här med, oro och ångest"*.

Generellt upplevde gruppledarna att det fanns en positiv känsla i grupperna. De uttrycktes både i att deltagarna visade engagemang och bidrog till diskussionen och att de ville varandra väl: *"...För det har ju blivit en ganska go sammanhållning i väldigt många grupper."* I intervjun uttryckte gruppledarna att de uppfattade det som mycket hjälpsamt för deltagarna att träffas i grupp. Gruppen gav möjlighet för deltagarna att träffa andra, skapa nya kontakter och fungerade som en plats att få komma och prata om det som är jobbigt. En gruppledare uttryckte det som: *"... jag tycker att det som verkat vara mest värdefullt har, det är just att träffa andra, asså själva gruppformatet och att såklart att det också är att man pratar om det som är jobbigt, i gruppen också."* Gruppen upplevdes av gruppledarna ha en "hållande" funktion där det var skönt att komma till gruppen oavsett hur deltagarna mådde vid det tillfället. Gruppledarna beskrev också att det var viktigt att deltagarna fick höra andra berätta om sin oro och att detta kunde vara hjälpsamt: *"...Det har ju varit mycket värt att bara få känna igen sig asså få höra andra"*. Gruppledarna beskrev att de upplevde det som av stor vikt för deltagarna att dela i grupp. En gruppledare beskrev: *"...Gud va skönt att få prata så det handlar ju om hur det togs emot också såklart och materialet kan ju varit viktigt fast deras upplevelse som de tog med sig var mycket att få dela så."*

Gruppledarna upplevde att det fanns olika sorters problematik i grupperna och att deltagarna utifrån det hade olika behov. Dels kunde deltagarna ha olika grad av oro och ångest men de kunde också ha andra svårigheter som var relaterade till oron, så som svårigheter i relationer och nedstämdhet. Gruppledarna uttryckte att innehållet i interventionen ofta gick att anpassa efter olika behov men att materialet var mer hjälpsamt för

vissa typer av problem: "...och då kunde det vara... lite svårt, men det gick att använda materialet ändå."

I intervjun diskuterade gruppledarna hur många personer som det är lämpligt att vara i en grupp. De uttryckte att de bör vara minst fyra personer närvarande vid tillfällena för att gruppdynamiken ska bli bra. Under interventionen fanns det tillfällen med bara tre deltagare vilket gruppledarna upplevde blev något annat än en gruppintervention. De beskrev det som: "...men det är någonting annat som händer då, det blir mer... det blir inte i grupp liksom". Dock pratade gruppledarna också om att det faktum att grupperna var relativt små gav dem möjlighet att som gruppleddare vara mer terapeutiska och ställa mer frågor kring vad deltagarna tänkte och kände.

Ambivalens kring partnernärvaro

Det här temat försöker fånga deltagarnas upplevelse av hur det var att involvera partners i interventionen. I intervjuerna beskrevs många upplevelser som handlade om partnernärvaro vilket resulterade i ett tema kring frågan. Temat döptes till "ambivalens kring partnernärvaro" eftersom det inte riktigt verkade finnas någon enighet om vad deltagarna tyckte om partnernärvaro. Det uttrycktes både positiva och negativa upplevelser av partners närvaro. Ambivalensen uttrycktes både genom att olika deltagare hade skilda upplevelser men också genom att enskilda deltagare upplevde att partnernärvaron både gav någonting men också skapade en annan dynamik där det blev svårare att öppna sig. Det återkom även flera upplevelser av att det var otydligt kring huruvida partners förväntades närvara eller inte och att det bidrog till en ambivalens kring hela frågan.

Underteman som inkluderades var "Det var bra att partners kunde vara med", "Otydlighet kring partnernärvaro" och "Det blev en annan dynamik när partners var med". Undertemana syftar till att fånga ambivalensen kring huruvida partners ska vara en del av interventionen eller inte.

Det var bra att partners kunde vara med. Undertemat beskriver att vissa deltagare upplevde att det var bra att partners var med vid något tillfälle. Olivia berättade: "*Jo men jag tyckte ändå att det var bra att de var med en gång.*" Det beskrevs också ha varit hjälpsamt att partnern hade varit med och på så vis blivit mer involverad:

"...Med frågan om det kan hjälpa en när barnet är fött, det tror jag också är, då är det positivt för mig att min kille var här för då kan han också, då har han ju varit här och jag har ju visat honom papprena och sådär hemma ändå. Men det blir nog ändå mer påtagligt för honom att just det, det här kan vi använda oss av." – Agnes

Det fanns också upplevelser av att vissa deltagare önskade att deras partners hade varit med vid tillfällena när de inte var med. Olivia beskrev: "*Fast ibland var det sådär också när man tog upp vissa saker så tänkte jag bara åh nu hade det varit bra om han var här.*" En deltagare beskrev att det hade varit hjälpsamt om hon hade haft med sin partner under kommunikationstillfället: "*Nej men såhär i efterhand så hade det väl, det hade väl varit jättebra för det klart att jag kom på flera saker där under den träffen som hade kunnat förbättra vår kommunikation hemma.*" - Erika

Otydlighet kring partnernärvaro. Undertemat beskriver att flera deltagare upplevde en otydlighet kring partnernärvaro. Det gällde både om partnern skulle följa med, när partnern i så fall skulle följa med samt en osäkerhet kring hur andra skulle göra och vad som gällde för de som inte hade någon partner. Otydligheten kring om partners skulle vara med upplevdes skapa en osäkerhet hos flera deltagare både kring hur de själva skulle göra och hur andra skulle göra:

”...aa just det, det står att man ska ha med, att han är ju välkommen och ska jag ta med eller tänk om de andra inte tar med, för asså så upplevde väldigt mycket jag, att antingen vill jag sitta och prata här med de andra tjejerna eller så vill jag att alla ska ha med nån. Sen så blev det ju bra ändå för att vi alla tänkte samma och jag tror att vi pratade lite om det nån av de första gångerna. För att det var en sån grej som ändå hade kanske, aa det blev verkligen inte nån grej, men som hade hjälpt om man hade liksom satt någon ram om det från början.” - Agnes.

Även vid tillfället för intervjun fanns det kvar en osäkerhet kring hur det var tänkt med partnernärvaron och att det efterfrågades en tydlighet kring hur viktigt det var att ens partner skulle vara med:

”Ja, asså det kändes ju, när jag väl var där som att oj det här var ju nästan självklart att han skulle varit med på eller ja kanske att det ska nämnas lite tydligare. Jag vet inte, har alla som gjort den här, varit med på det här, tagit med sin partner?” - Erika.

Flera deltagare uttryckte även att om det ansågs viktigt att partners skulle vara med så hade det behövts kommuniceras tydligare: *”Men om partners ska vara med, så behöver det bli tydligare från början och då behöver de liksom bli, ja de behöver också få ett samtal innan och sånt, känner jag.” - Agnes.* För ensamstående deltagare upplevdes det svårt att veta vem de skulle ta med: *”Men det kändes sådär... det kändes konstigt att typ ta med mamma eller så, det kändes inte relevant att ta med henne heller.”*

Det blev en annan dynamik när partners var med. Det här undertemat beskriver hur vissa deltagare upplevde att partnernärvaron påverkade dynamiken i gruppen och att det i vissa fall blev svårare eller mindre bekvämt att öppna sig och diskutera när partners var närvarande. Det tycktes finnas en ambivalens då flera deltagare beskrev att det fanns något bra i att partners var med men att det också påverkade hur det blev i gruppen. Två deltagare beskrev:

*”- För det blir, det blir så himla olika dynamik om det är att man har med partners eller inte.
-Det var ju väldigt olika den gången när folk, även om det var bra så var det väldigt olika tycker jag.” - Agnes och Tina*

Att dynamiken i gruppen förändrades när partners var med beskrev vissa deltagare som att de upplevde sig mindre bekväma och inte lika öppna som när det bara var de gravida. Charlotta beskrev: *”Jag kan bara säga från min sida att jag var mer bekväm när det bara var vi, tjejer... det var inga konstigheter så, men jag var nog mer bekväm, kunde vara mer öppen när det bara var vi gravida.”* En deltagare uttryckte att en svårighet med att partners var med var att de upplevde att partners inte förstod syftet och innehållet i

interventionen och att de inte heller hade förståelse för de gravidas situation och deras oro. Detta ledde till att hon hade svårare att dela med sig i gruppen. Hon beskrev:

”Så att aa det blir ju, jag, jag tyckte nog att det blev klurigare [När partners var med] att kanske öppna sig och vara aktiv på ett sånt sätt när man vet att det, att det är andra som är med som kanske inte är helt insatt eller helt förstående i ens situation. [...] Medans de som är gravida har ju oro och ångestproblematiken med sig och känner det och det kanske hade varit lättare att diskutera, jag vet inte.” – Denice.

Britta beskrev något som flera i intervjuerna nämnde. Att det inte bara var att dynamiken förändrades utan att det faktiskt inte var helt önskvärt att ha med sig partners. Flera nämnde precis som Britta att det var de gravidas grej. Hon beskrev:

*”Jag tyckte att det kändes som att det var liksom våran grej eller så
- [Intervjuaren] Mer individuellt än nåt relationellt.
- Ja, även om det ju är bra att involvera partnern i den oron så klart men, det kändes som att när man söker hjälp externt så vill man ju ventilera den någon annanstans.”* – Britta

Gruppledarnas perspektiv på ”Ambivalens kring partnernärvaro”

Gruppledarna beskrev i intervjun att interventionen var utformad för att de gravidas partner skulle delta vid alla tillfällen. I praktiken blev det inte så och vissa partners deltog vid vissa tillfällen och gruppledarna visste aldrig inför ett tillfälle hur många partners som skulle delta. Detta gjorde att gruppledarna var tvungna att vara väldigt anpassningsbara från gång till gång och att de blev tvungna att hitta egna lösningar för till exempel diskussioner. Gruppledarna upplevde att det fanns en osäkerhet bland deltagarna kring om och när partners skulle vara med och gruppledarna ansåg själva att det hade varit något otydlig information till deltagarna kring det. En gruppleddare beskrev: *”Det är nog nåt med kommunikationen tror jag också, för de kom ju ofta och sa såhär liksom ’aha, kan partner vara med?’ och vi visste inte riktigt vad som var sagt och det blev lite snurrigt kring den grejen.”*

Generellt upplevde gruppledarna att deltagarnas partners tyckte det var positivt och bra att vara med i interventionen. De uppfattades som engagerade och att de tog till sig vissa praktiska saker, såsom ”reflective listening”, från interventionen.

Gruppledarna berättade att det tillfället där flest partners var med var det fjärde tillfället som handlade om kommunikation. Att det vanligaste var att partners kom först vid fjärde tillfället tyckte gruppledarna inte var helt optimalt eftersom det då påverkade den gruppdynamik som då redan skapats i gruppen. En gruppleddare uttryckte det som: *”...så som vi har gjort när de kom in fjärde gången blev inte så bra tycker inte jag. För att det blir ju väldigt, då får man lite så här nu får du introducera partners här”*. I intervjun diskuterade gruppledarna olika alternativ för partners deltagande i interventionen, de kunde se olika fördelar och nackdelar med olika upplägg men uttryckte inget tydligt svar kring vad de tror skulle fungera bäst. En fördel som togs upp med partners närvaro var att det är två som får informationen och några svårigheter som nämndes var om partnern inte vill delta eller om den gravida inte har någon partner.

Vi fick slut på tid

Det här temat skapades utifrån återkommande upplevelser av brist på tid under interventionen. Återkommande i deltagarnas beskrivningar var en upplevelse av att det blev stressigt under tillfällena och att de inte alltid hann med det som var planerat. Charlotta beskrev: *”Ja, vi tycker att det blev alldeles för stressigt på slutet och att man hann inte med allting som vi skulle göra.”*

I intervjuerna återkom deltagarna även till beskrivningar av hur tiden fördelats under tillfällena gällande interventionens material och mer fria diskussioner. Att diskutera och ha samtal i grupp upplevdes av många vara mycket uppskattat men att det saknades tid till det. Samtidigt upplevde många att de fick stressa igenom materialet och uppgifterna. Att det var stressigt att gå igenom materialet gjorde också att en del deltagare upplevde att det var svårare att ta till sig det. Upplevelsen av tidsbrist tycktes hänga ihop med mängden material och att de fick avbryta övningar innan de var helt färdiga. En deltagare beskrev:

”Vi hann ju, det var ju nätt och jämnt att vi hann med allt på de där två timmarna ändå, så det... ibland upplevde jag det som att vi rusade igenom materialet och vi hann inte prata så mycket själva liksom. Det var lite synd för att det är ju egentligen kanske prata som man behöver mest. Det var mycket material och det var bra men det var tajt att hinna med det.” - Britta

En annan deltagare beskrev också diskussioner som givande och resonerade kring fördelningen av tid under interventionen:

”...om jag ska säga nåt, för det var ju blandat med att man fick lära sig saker som var till viss del styrta och så öppna diskussioner och jag märkte eller tyckte att såhär när vi kom igång och pratade, asså det var så himla kul eller det var liksom bra och då var det ibland tråkigt att det liksom 'ja just det nu måste vi gå vidare till nästa punkt eller för nu ska vi också lära oss vad det här är för någonting'.” - Agnes

Det var fler än Britta och Agnes som beskrev att samtalen i grupp och att få prata med varandra var hjälpsamt och givande men att det ofta saknades tid till det. En deltagare beskrev:

”- Nåt som jag kände kanske inte var inplanerat i det riktigt var det som ändå blev att vi liksom återkopplade till vad vi hade gjort förra gången och hur det hade gått under veckan. För det kändes som att det blev väldigt bra diskussioner där och att jag tyckte det var väldigt bra att höra vad andra sa. Och att själv också få reflektera lite över om man hade gjort saker och om det liksom hade hänt och sådär [...] Så det hade nog varit bra med mer tid för det.” - Tina

Flera deltagare beskrev upplevelser av att tidsbristen gjorde att man inte hann prata så mycket som man önskade i gruppen och att det var något som saknades i interventionen. En deltagare beskrev:

”Vi lyckades ju kackla en hel del men man fick ju ur sig liksom det man behövde och liksom att man fick ju prata mycket med varandra. Så när det kom

till att göra övningar och så vad ska man säga... Vi fick slut på tiden alldeles för fort. Så jag tror att vi verkligen hade behövt antingen som du säger längre eller fler tillfällen...” – Louise

Gruppledarnas perspektiv på ”Vi fick slut på tid”

Gruppledarna upplevde att det var en bra längd per tillfälle men uttryckte att det inte kunde varit kortare då det varit svårt att hinna igenom materialet under varje tillfälle. En gruppledare beskrev: *”Absolut inte kortare kan man väl säga, vi har ju ändå fått hetsa på för att hinna”*. De teman som togs upp under interventionen beskrev gruppledarna som jättebra men återkom under intervjun till att de har haft svårt att hitta en struktur och ett ”flöde” vid tillfällena. Gruppledarna har uppfattat att det varit lite rörigt och snurrigt och att det har varit svårt att få till en helhet: *”Lite, mer fokus på återigen struktur och flödet och att samla, asså helheten, det finns ju flera såhär lösa trådar, hur kommer denna in i det här? Hur kommer den in här?”*. De upplevde också att materialet innehöll lite för många övningar som skulle genomföras och det bidrog till en upplevelse att det blev ”stolpigt”. De försökte därför bädda in och skapa en röd tråd mellan de olika övningarna. En gruppledare beskrev: *”Lite tydligare, det är mycket att man matar på bara med massa, övningar och interventioner liksom kan jag känna”*.

Det här har vi tagit med oss

Det här temat handlar om upplevelser av vad deltagarna har tagit med sig från interventionen. I intervjuerna pratade deltagarna återkommande om att de uppfattade problemlösningsmomentet och momentet som handlade om att ta hand om sig själv som extra hjälpsamma. Från dessa moment beskrev deltagarna att de tagit med sig olika redskap eller verktyg som varit hjälpsamma både under interventionens gång och efter att den tagit slut. Temat har delats upp i två underteman, ett som fokuserar på problemlösning och ett som fokuserar på att ta hand om sig själv.

Att stå ut med ovisshet och lösa problem. Undertemat samlar deltagarnas upplevelser av att ha blivit bättre på att ta tag i saker och stå ut med ovisshet efter problemlösningsmomentet under interventionen. Deltagarna beskrev att de blivit bättre på att komma ur ältande och blivit mer handlingskraftiga samtidigt som de hade lärt sig att det inte går att ta tag i alla problem på en gång. Louise berättade på vilket sätt hon upplevde att teknikerna för att hantera oro och lösa problem som hjälpsamt: *”...det var bra för mig också för det var mycket som jag fick till exempel som när jag fick att man liksom inte tar tag i allt på en gång, nä men vänta vad är det jag kan fixa nu?”* Även Denice beskrev att problemlösningen var det som var mest användbart för henne:

”Jag tror det var den här när man skulle utsortera, asså problemlösningen, att jag har någonting men jag kan nog inte problemlösa hela problemet utan liksom hur ska jag göra lite för att problemlösa det jag kan problemlösa och försöka låta ovissheten vara där... Den var, tyckte jag var den jag har tagit med mig och liksom fastnat för mest.” – Denice

Även deltagare som gick i annan behandling under graviditeten beskrev att problemlösningen från interventionen hjälpte dem att kunna ta till sig och dra nytta av andra insatser. Erika uttryckte hur hon blivit mer handlingskraftig:

"...Men nåt som jag lite tog fasta i, så fort det dök upp någonting med min graviditet var liksom att såhär hur agerar någon som inte är den här oroliga personen som jag är, så att det så fort det var någonting så försökte jag inte att gå liksom för länge och älta det utan att direkt liksom såhär vara lite handlingskraftig och kanske ringa barnmorskan direkt." – Erika

Vissa deltagare beskrev att de fått med sig nya sätt att hantera oro på. Charlotta berättade om hur hon tog med sig att göra något annat när oron slog till:

"Men jag försökte ju ändå hemma jobba med att fokusera, att göra något annat i stället och inte bara ligga i tre timmar och känna efter utan att diska eller göra något istället så att man tänker på något annat..."
– Charlotta

Att ta hand om sig själv. Undertemat skapades utifrån att många deltagare beskrev att de upplevde att momentet som handlade om att ta hand om sig själv och att göra saker en själv mår bra av var mycket hjälpsamt. Många beskrev också att de har tagit med sig det och använt sig av det även efter interventionens slut, både under graviditeten och efter förlossning. Louise och Charlotta pratade om just detta:

*"- För mig vart det extra viktigt det här just med att rå om sig själv. Just det här när vi fick den här, som att göra ett schema när man skulle få in att aa men även om det var att du njöt av att faktiskt...
-...ta en lång dusch på morgonen så ska jag gå upp några minuter tidigare och ta en lång dusch på morgonen... den tyckte jag också var jättebra.
- Precis, den tyckte jag var den bästa för att det är så lätt att man bara trycker bort det, det märker jag också nu när den lille har kommit till, så det tycker jag varit bra." – Louise och Charlotta*

En annan deltagare uttrycker det som att detta är det som hon har haft med sig mest från interventionen:

*"- Det var ganska bra att påminna sig själv om att fylla på med saker som man mår bra av, det var en sak som vi tog upp första träffen.
- [Intervjuaren] Just det, ta hand om sig själv är ett tema.
-Det har jag nog haft med mig mest tror jag." – Britta*

Vissa deltagare beskrev att en viktig del att ta med sig var att ta sig tid till att rå om sig själv. Det uppfattades också underlätta att momentet var så pass konkret, att de skrev ner och gjorde en lista med saker som de mår bra av. Att skriva ner det upplevdes göra det lättare att använda sig av tekniken efter att interventionen var slut. En deltagare berättade:

"Och det där med, förlåt nu säger jag igen men det där med hur man ska må bra, när vi listade det, det var så bra. Det var verkligen nånting som man kan

ta med sig i hela livet, och absolut när man får, när man får en bebis sen. Det var ju jättejättebra.” – Agnes

Gruppledarnas perspektiv på ”Det här har vi tagit med oss”

Gruppledarna uttryckte att hantera ovisshet och att ta hand om sig själv var moment i materialet som de upplevde att deltagarna tyckte var bra. Gruppledarna upplevde att det var vid dessa moment som de fick mest respons från deltagarna och att det verkade som att informationen ”landande” och att gruppledarna såg att det hände saker för deltagarna. *”Det klickade i så himla mycket på det här med att hantera osäkerhet för henne vet jag. Ja för många...”*

Även begreppet ”reflective listening” beskrev gruppledarna som något som de upplevde att deltagarna tyckte var hjälpsamt *”Reflective listening, har ju vart... fast det har ju varit mer ett begrepp, men det känns ju som någonting som har varit hjälpsamt för många tycker jag.”*

Diskussion

Syftet med den aktuella studien var att undersöka de gravida kvinnornas upplevelser av gruppinterventionen *Stress och oro under graviditeten* samt att fördjupa förståelsen om gruppinterventionen genom att komplettera med gruppledarnas perspektiv. Frågeställningen *Hur upplevde de deltagande kvinnorna gruppinterventionen?* besvarades genom fyra teman. Temana fångade upplevelser av att vara olika individer i en grupp, att deltagarna hade ambivalenta upplevelser av partners närvaro, att deltagarna upplevde en brist på tid och att de fått med sig olika tekniker för att hantera oro från interventionen.

Att som individ delta i en gruppintervention kan vara både givande och utmanande. Den aktuella studien visade att gruppformatet var en viktig aspekt för många deltagare som bidrog till positiva upplevelser av interventionen. Den generella upplevelsen som uttrycktes av både gruppdeltagarna och gruppledarna var att det var bra och viktigt att interventionen var i grupp. Interventioner i grupp kan utöver innehållet, vara hjälpsamma genom relationella aspekter (Whitfield, 2010). Gruppformatet fyllde en funktion av att få dela sin oro under graviditeten med andra och bidrog till ett breddat perspektiv. Att må psykiskt dåligt, speciellt under graviditeten kan upplevas som tabubelagt och svårt att prata om. I den aktuella studien framkom det tydligt att deltagarna upplevde det som viktigt att få möjlighet att dela denna stora omställning med andra gravida. Det var normaliserande att träffa andra som också var gravida och oroliga och det minskade upplevelsen av att vara ensam. Detta går i linje med tidigare forskning som visat att normalisering genom identifikation med andra deltagare och ömsesidigt stöd kan vara en hjälpsam del av gruppinterventioner (Whitfield, 2010; Burton Zuehlke, 2008). Således kan det tänkas att gruppformatet var viktigt för de gravida kvinnorna eftersom det i samhället kan finnas en brist på forum där det är accepterat att prata om och dela upplevelser av psykisk ohälsa under graviditeten.

Trots den generellt positiva inställningen till gruppformatet uttryckte både gruppdeltagarna och gruppledarna också utmaningar med att vara i grupp. Samtidigt som det gav deltagarna ett breddat perspektiv att dela olika sorters ångest med varandra blev det i

den aktuella studiens resultat tydligt att deras olikheter ibland gjorde det svårare för deltagarna att relatera till varandra. Även gruppledarna lyfte fram att deltagarna hade olika problematik och att de behövde anpassa interventionen efter det. Enligt Whitfield (2010) kan det vara viktigt att alla i en gruppbehandling har liknande problematik för att behandlingen ska upplevas som relevant och förståelig för deltagarna. I den aktuella studien hade gruppdeltagarna gemensamt att de var gravida och oroliga men rekryterades inte utifrån någon psykiatrisk diagnos, vilket kan tänkas ha bidragit till upplevelsen av att det var svårt att relatera till varandra. Oro är ett mycket brett begrepp och det blev tydligt att deltagarna i grupperna i vissa fall oroade sig för helt olika saker och även skilde sig åt i hur länge de varit oroliga, hur allvarliga symptom de hade och om de utöver oro även upplevde exempelvis nedstämdhet. Interventionen var dock utvecklad för att passa deltagare med olika former och svårighetsgrader av ångestsymptom (Wilkinson et al., 2016), men trots detta så tycks det i vissa fall ha varit svårt för deltagarna att känna igen sig och förstå varandra. Det kan tänkas att vissa av kvinnorna hade mer av en tillfällig förhöjd ångestnivå (state anxiety) medan andra upplevt ångest och oro under större delen av livet och att det blivit mer av ett personlighetsdrag (trait anxiety; Mudra et al., 2020). En del av kvinnorna kan ha haft problematik som passade in på det mer specifika fenomenet PrA där oron kopplas till den aktuella graviditeten (Mudra et al., 2020) medan andra även oroade sig för saker som låg utanför graviditeten. I de fall då deltagarna påpekade svårigheter att relatera tycks en del av den normaliserande terapeutiska effekten av att känna igen sig och inte känna sig ensam med sitt problem ha minskat.

Det framkom i den aktuella studien en ambivalens rörande partnernärvaro. Vissa deltagare uttryckte att det var hjälpsamt att deras partners närvarade och att partners genom deltagandet upplevdes bli mer involverade. Dessutom uttryckte några deltagare att de i efterhand önskat att deras partners hade varit med på vissa tillfällen. Gruppledarna upplevde att de partners som varit med under interventionerna generellt var engagerade och att de uttryckte att det var bra att vara med på interventionen. I likhet med dessa positiva upplevelser kan partners närvaro anses vara ett viktigt inslag i interventionen, eftersom forskning har visat att partners stöd utgör en viktig faktor för den gravidas och spädbarnets välmående (Ilska & Przybyla-Basista, 2017; Stapleton et al., 2012). Samtidigt lyfte vissa deltagare fram en förändring i gemenskapen i gruppen som en negativ effekt av partners deltagande. Det tycks som att gemenskapen mellan de gravida blev en så viktig del av interventionen att partners närvaro möjligen inte innebar den stödjande funktionen som avsågs. Ytterligare en svårighet som framkom från både gruppdeltagarna och gruppledarna var att kommunikationen kring partners förväntade närvaro hade varit otydlig. Det bidrog till en osäkerhet både hos deltagarna kring om de skulle be sina partners att följa med och hos gruppledarna inför hur de skulle planera tillfällena beroende på hur många personer som skulle närvara. Hur kommunikationen sker är betydelsefullt då det i andra studier konstaterats att det kan vara svårt att engagera partners vid vård för gravida (Milgrom et al., 2010). Den förväntade gynnsamma effekten som partners närvaro skulle kunna ha bidragit med kan således tänkas ha blivit försummad på grund av bristande kommunikation från projektledningen. Det kan därför vara värt att fundera över om upplevelserna hade varit mindre ambivalenta och mer positiva om syftet med och förväntningar kring partners närvaro hade kommunicerats på ett tydligare sätt. Författarna anser därför att för att partnernärvaro ska fylla sitt syfte behöver det vara tydligt från början varför det är fördelaktigt att partners deltar. Vidare behöver gruppledarna ha vetenskap om hur många partners som kommer delta vid olika tillfällen för att kunna använda

materialet såsom det är utformat. En annan utmaning rörande partnernärvaro som dessutom lyftes av både deltagarna och gruppledarna var att vissa av de gravida inte hade någon partner. Detta ledde till ytterligare osäkerhet kring vad som gällde och författarna anser att om interventionen ska fortsätta användas är det viktigt att vara medveten om det.

Den aktuella studiens resultat visade att det under interventionen upplevdes vara ont om tid. Tidsbristen kopplades till stor del till materialets upplägg och den struktur som interventionen hade. Ett problem med strukturen som både deltagare och gruppledare nämnde var att det var mycket material och övningar. I den svenska interventionen, som bygger på en engelsk gruppintervention men anpassad till svensk kontext, blev också antalet deltagare i en del grupper betydligt färre än vad materialet var utformat för. Både deltagarna och gruppledarna lyfte antalet deltagare som en faktor som påverkade hur det blev i grupperna. Deltagarna uttryckte både upplevelser av att de små grupperna bidrog till trygghet men också att det var svårare att relatera till varandra när det var så få deltagare. Enligt Whitfield (2010) kan storleken på grupperna i en gruppintervention påverka behandlingen. Mindre grupper, som i den aktuella interventionen, kan göra interaktionen mellan deltagarna viktigare medan fler deltagare skapar mer fokus på edukativa insatser. Enligt gruppledarna var det i och med de mindre grupperna möjligt för dem att vara mer terapeutiska och gav möjlighet till deltagarna att prata om sina tankar och känslor. Samtidigt är det troligt att färre antal deltagare gjorde det svårt för gruppledarna att hinna med det stora psykoedukativa materialet. Därför anser författarna att det är viktigt att se över strukturen utifrån antalet deltagare så att det skapas utrymme och tid till både det sociala utbytet och för de övningar som ingår i interventionen.

Studien fann också att deltagarna och gruppledarna uttryckte att deltagarna fick med sig konkreta strategier och tekniker från interventionen. Mycket av innehållet i interventionen var uppskattat men resultatet visar att framför allt moment kring att lösa problem, att stå ut med ovisshet och att ta hand om sig själv ansågs som hjälpsamt. Dessa tre moment är tydligt riktade mot att hantera oro, resultatet skulle därför kunna förstås som ett uttryck för vad de gravida kvinnorna främst ville ha hjälp med. Både problemlösning och att hantera ovisshet är moment inom KBT som har god evidens vid bland annat behandling av ångestsymptom och de tycks även enligt den aktuella studien varit användbara och hjälpsamma delar av interventionen (Linton & Flink, 2011; Dugas & Robichaud, 2007). Tidigare forskning om KBT-interventioner för gravida har konstaterat att det är av stor vikt att anpassa interventionerna efter de behov och problem som är aktuella under just graviditeten (O'Mahen et al., 2012). Andra delar av interventionen såsom moment som fokuserade på stress lyftes inte uttryckligen fram i intervjuerna som något deltagarna tagit med sig och skulle således kunna indikera att stress inte var det primära problemet för de gravida. Det skulle också kunna bero på att stress, oro och ångest är begrepp som beskriver liknande upplevelser vilket kan göra det svårt att skilja dem åt. Dessutom kan stress över stora livshändelser leda till oro (Lewis et al., 2016). Därför skulle det kunna ses som att de gravida upplevde sig bli hjälpta med oron även om det fanns en bakomliggande stress över den stora livshändelsen att bli förälder.

Ångest- och orosproblematik under graviditeten är vanligt förekommande och kan även i lindrigare form ha allvarliga effekter på fostrets och barnets utveckling (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Dessutom kan mammans föräldraförmåga påverkas av hennes psykiska mående och det i sin tur kan påverka anknytningen mellan mamman och barnet (Hakanen et al., 2019; Broberg et al., 2006). Således kan oro och ångest under graviditeten ha allvarliga konsekvenser gällande både mammans, barnets och familjens fysiska och psykiska hälsa (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Flera tidigare studier lyfter fram

vikten av tidiga interventioner vid behandling av psykisk ohälsa hos gravida för att minska riskerna för barnet (Blomdahl Wetterholm et al., 2018; Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Trots det finns det begränsat med forskning på behandlingar för gravida med olika ångestsymptom (Howard et al., 2014; Green et al., 2015). De få tidigare studier som finns på interventioner för gravida med oro och ångest med grund i KBT har dock haft lovande resultat (Goodman et al., 2015; La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2015). De två förlagor som interventionen *Stress och oro under graviditeten* bygger på har båda haft goda resultat bland annat vad gäller minskade ångestsymptom (Närhälsan, 2017; Milgrom et al., 2011). Resultaten i den aktuella studien avsågs ursprungligen att jämföras med resultaten från den engelska *ACORN*-studien. Då deras resultat inte fanns tillgängliga vid tidpunkten som den aktuella studien genomfördes har det inte varit möjligt att göra denna jämförelse än. Vid en jämförelse mellan studierna bör det dock tas i beaktning att den svenska interventionen i slutändan på många sätt skiljer sig från den engelska interventionen. I den svenska interventionen har längden på tillfällena förlängts och antalet tillfällen utökats så att den totala tiden av interventionen nästan har fördubblats och antalet deltagare var betydligt färre än i den engelska. Dessa faktorer tycks enligt den aktuella studiens resultat dessutom vara viktiga aspekter av hur gruppdeltagarna upplevde interventionen och skillnaderna kan således göra att interventionerna kanske inte är lika jämförbara som det var tänkt.

Studiens begränsningar

Då den aktuella studien är en del av ett större forskningsprojekt är det inte möjligt att uttala sig om hela interventionens användbarhet inom ramen för denna studie. Författarna till den aktuella studien var inte delaktiga i utformandet och genomförandet av interventionen eller vid datainsamlingen och har därför inte haft möjlighet att påverka denna process, vilket kan ses som en begränsning. Intervjuerna med deltagarna var planerade som gruppintervjuer där alla grupper skulle representeras av flera deltagare. Dock blev utfallet i praktiken att en grupp i interventionen inte blev representerad i någon intervju och tre grupper representerades endast av en deltagare, vilket kan anses vara en stor svaghet i den aktuella studien. En anledning till det betydande bortfallet var troligen att det har varit praktiskt svårt för de deltagande kvinnorna att i slutet av eller efter avslutad graviditet delta vid intervjuerna. I en kvalitativ studie kan sällan allas upplevelser representeras men naturligtvis hade det varit önskvärt med fler deltagare vid intervjuerna.

Vid tematisk analys är det önskvärt att teman ska vara exklusiva i relation till varandra (Braun & Clarke, 2006). I den aktuella studien skulle det kunna anses att teman "att vara en individ i en grupp" och "vi fick slut på tid" inte är helt exklusiva, då båda teman rymmer aspekter av att deltagarna uppskattade att prata med varandra i gruppen. Det som ansågs skilja teman åt var dock tidsaspekten, där "vi fick slut på tid" endast innehåller citat där deltagarnas upplevelse av att prata med varandra var tydligt kopplade till problemet med tidsbrist.

Gruppinterventionen som studerats syftar till att minska stress och oro hos den gravida. Därför har den aktuella studien genomgående fokuserat på den gravida kvinnans psykiska mående och vilka konsekvenser det kan leda till, både för mamman och barnet. Det finns dock många fler faktorer som kan påverka barnets utveckling än den gravida

kvinnans mående, till exempel arv och familjeförhållanden, som inte har varit möjliga att belysa inom ramen för den aktuella studien.

Kliniska implikationer

Den aktuella studien tillför genom sin kvalitativa ansats kunskap om hur en KBT-baserad gruppintervention mot oro, ångest och stress uppfattas och tas emot av gravida. Den tillför således kunskap inom ett behandlingsområde som hittills har varit relativt outforskat men där det kan finnas mycket att vinna både på individ-, grupp- och samhällsnivå. Resultatet från den aktuella studien skulle troligen kunna generaliseras till andra gruppbehandlingar för gravida, då den belyser hjälpsamma aspekter och utmaningar som kan vara relevanta även vid andra interventioner. Ett viktigt fynd i den aktuella studien var betydelsen av gruppformatet och den gemenskap som deltagarna fick av att träffas i grupp. Gruppformatet tycktes ha positiva effekter för de gravida, genom normalisering samt minskad stigmatisering som framkom i den aktuella studien, vilket går i linje med tidigare forskning (Whitfield, 2010; Morrison, 2001; Burton Zuehlke, 2008). Att interventionen är utformad som en gruppintervention bidrar även till ökade förutsättningar att vara kostnadseffektiv (Burton Zuehlke, 2008), vilket skulle kunna göra det möjligt att nå ut till gravida kvinnor med även lindrigare symptom på oro och ångest. Samtidigt är det också viktigt att ta med sig att gruppformatet upplevdes som utmanande ibland, möjligen på grund av att deltagarna hade olika typer av problem och att den normaliserande effekten då kan tänkas minska. Denna upplevelse tycks mycket viktig att ha med i beräkningarna då rekrytering och planering av en gruppintervention sker. Ett annat fynd i den aktuella studien var att deltagarna upplevde att de tagit med sig vissa tekniker för att hantera oro och ångest. Dessa tekniker beskrevs varit hjälpsamma under graviditeten men också som användbara efter graviditeten. Därför kan det anses vara extra gynnsamt att interventionen vänder sig till förstföderskor då det mamman lär sig under interventionen inte bara är hjälpsamt för den första graviditeten och för första barnet, utan också för eventuellt kommande graviditeter och framtida barn.

Den aktuella studien belyser också vilka utmaningar som finns för framtida användning av interventionen. Bland annat kring partnernärvaro, där det framkom att det är viktigt att upplägget kring partners deltagande i interventionen kommuniceras på ett tydligt sätt. Det framkommer också att strukturen under tillfällena, gällande bland annat fördelningen av tid för olika moment och för socialt utbyte mellan deltagarna behöver planeras noggrant. Dessa lärdomar kan vara aktuella att även ha i åtanke vid utformning och användning av andra gruppinterventioner för gravida.

Framtida utveckling

Den aktuella studien har varit en del av forskningsprojektet *Stress och oro under graviditeten* och har avsett tillföra kunskap till forskningen kring gruppinterventioner för kvinnor med psykisk ohälsa i form av ångest och oro under graviditeten. Om interventionen *Stress och oro under graviditeten* ska fortsätta utvecklas för eventuell användning inom svensk mödrahälsovård uppmanar författarna även en ytterligare bearbetning av intervjumaterialet från interventionen. I det finns mycket information som på grund av

den aktuella studiens frågeställning inte har varit möjligt att inkludera men som författarna anser vara viktiga att ta med vid framtida utveckling av interventionen. Främst finns det mycket rik information i gruppledarnas erfarenhet av att leda interventionen, där bland annat målgrupp, syfte och form diskuteras. Det finns även i intervjuerna med deltagarna många intressanta idéer och förbättringsförslag. Interventionen tycks utifrån den aktuella studien ha uppfattats som hjälpsam och uppskattad samtidigt som det är tydligt att vissa delar av interventionen behöver bearbetas ytterligare. Författarna uppmuntrar därför en fortsatt utvärdering av interventionen, inte minst i form av jämförelser med andra interventioner och hoppas att den aktuella studien kan bidra till det utvärderingsarbetet.

Slutligen...

... är ångest- och orosproblematik under graviditeten vanligt förekommande och kan även i lindrigare form leda till allvarliga konsekvenser gällande både mammans, barnets och familjens fysiska och psykiska hälsa (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Att må psykiskt dåligt, speciellt under graviditeten kan upplevas som tabubelagt och svårt att prata om då det kan förväntas att de psykologiska upplevelserna av en graviditet ska vara framför allt positiva. Trots att det är vanligt förekommande blev det i den aktuella studien tydligt att många av deltagarna kände sig ensamma med sin oro. Att som gravid och orolig få möjlighet till att träffa andra gravida och oroliga beskriver många i studien som en viktig och hjälpsam aspekt av interventionen. Det går därmed inte att ta miste på uppskattningen med att genomföra denna typ av gruppintervention till gravida med oro och ångest.

Referenser

- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R))*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Axberg, U., Alfredsson, E., Birbrajer, A. & Reuter, A. (2017). *Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention inom mödrahälsovård*. Ansökan om etikprövning. Dnr 796–17.
- Barn- och ungdomspsykiatri. (2017). Ångest. Hämtad 2020-04-24 från <https://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Angest/>
- Bendix, M., & Blomdahl, M. (2016). *Behandling av depression och ångestsyndrom under graviditet och amning*. Stockholm: Läkemedelsverket
- Bergström, M., (2012) *Att bli mamma. Tankar och känslor kring att vänta, föda och leva med barn*. Stockholm: Bonnier Fakta
- Blomdahl Wetterholm, M., Bendix, M., Pettersson, K. & Lindefors, N. (2018) Bättre perinatalvård genom integrerat samarbete: Obstetrik och psykiatri i samverkan kan leda till minskade risker för mor och barn. *Läkartidningen*, 115. Hämtad från: <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/ES/%5bE9ES%5d/E9ES.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London: SAGE
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006) *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och kultur.

- Burton Zuehlke, J. (2008). *Traditional and non-traditional techniques for women with postpartum depression: An integrative group treatment manual*. Opublicerad doktorsavhandling, university of Hartford: Professional psychology, West Hartford, USA. Hämtad från: <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/docview/621735803?accountid=11162>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Dennis, C-L., Falah-Hassani, K., & Rahman, S. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210, 315–323. doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Taylor & Francis Group/ Routledge.
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Field, T. (2017). Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior & Development*, 49, 120-128. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.infbeh.2017.08.008>
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 61-74. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 277-293. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00737-011-0225-3>
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K. L., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Freeman, M. P. (2014) CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373–387. doi:10.1007/s00737-013- 0402-7
- Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 631-638. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00737-015-0498-z>
- Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nolvi, S., Kataja, E., Pelto, J., . . . Korja, R. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders*, 257, 83-90. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2019.06.048>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788. doi:[http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2007(1), CD001848. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001848.pub4>
- Ilska, M., & Przybyła-Basista, H. (2017). Partner support as a mediator of the relationship between prenatal concerns and psychological well-being in pregnant women. *Health Psychology Report*, 5(4), 285-295. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.5114/hpr.2017.68235>
- Kempainen, K., Kumpulainen, K., Moilanen, I., & Ebeling, H. (2006). Recurrent and transient depressive symptoms around delivery and maternal sensitivity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(3), 191-199. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/08039480600635975>

- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(5), 683-714. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kingston, D., McDonald, S., Austin, M., & Tough, S. (2015). Association between prenatal and postnatal psychological distress and toddler cognitive development: A systematic review. *Plos one*, 10(5), 16. Hämtad från: <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/docview/1709216837?accountid=11162>
- Kåver, A., (2016). *KBT i utveckling – en grundbok i kognitiv beteendeterapi*. (2. Uppl.). Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.
- La Marca-Ghaemmaghami, P., & Ehlert, U. (2015). Stress during pregnancy: Experienced stress, stress hormones, and protective factors. *European Psychologist*, 20(2), 102-119. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1027/1016-9040/a000195>
- Lewis, A., Austin, E., & Galbally, M. (2016). Prenatal Maternal Mental Health and Fetal Growth Restriction: A Systematic Review. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. -1. doi:10.1017/S2040174416000076
- Linton, S.J. & Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT: från teori till färdighet*. Stockholm: Natur & kultur.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2010.10.045>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1017/S1352465801003058>
- Mudra, S., Göbel, A., Barkmann, C., Goletzke, J., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., . . . Arck, P. (2020). The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 260, 111-118. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2019.08.033>
- Närhälsan (2017). *Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention inom mödrahälsovård*. Forskningsplan.
- O'Connor, T. G., Monk, C., & Fitelson, E. M. (2014). Practitioner review: Maternal mood in pregnancy and child development—Implications for child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(2), 99-111. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jcpp.12153>
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D., & O'Connor, T. G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and Psychopathology*, 26(2), 393-403. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1017/S0954579414000029>
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want?: A qualitative study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 359-371. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.cbpra.2011.05.005>
- O'Mahen, H., King, D., Wilkinson, E., Fearon, P., Halligan, S., Milgrom, J., Ericksen, J., Dunkley-Bent, J. & Ramchandani, P. (2017): 4 steps to a more relaxed pregnancy: antenatal coping and relaxation – intervention manual (Adaptated to a Swedish context and

- expanded from 3 to 4 sessions by Anna Birbrajer, Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Närhälsan Göteborg, with permission of Heather O'Mahen).
- Petrocelli, J. V. (2002). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for general symptomatology: A meta-analysis. *Journal for Specialists in Group Work*, 27(1), 92-115. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/0193392202027001008>
- Racine, N., Plamondon, A., Hentges, R., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *Journal of Affective Disorders*, 252, 19-24. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2019.03.083>
<https://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/S0165032718332166>
- Socialstyrelsen. (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Vård vid depression och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453-463. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/a0028332>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2019) *Förlossningsrädsla och psykisk ohälsa under graviditet*. Hämtad 2020-02-26 från <https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/forlossningsradsla-och-psykisk-ohalsa-under-graviditet/>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., . . . Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. doi:[http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Tegethoff, M., Greene, N., Olsen, J., Schaffner, E., & Meinschmidt, G. (2011). Stress during pregnancy and offspring pediatric disease: A National Cohort Study. *Environmental health perspectives*, 119(11), 1647-1652. <https://doi.org/10.1289/ehp.1003253>
- Van den Bergh, B., Heuvel, M., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S., & Schwab, M. (2017). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003.
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in psychiatric treatment* 16, 219-227. doi: 10.1192/apt.bp.108.005744
- Wilkinson, E.L., O'Mahen, H.A., Fearon, P., Halligan, S., King, D. X., Greenfield, G., . . . Ramchandani, P. G. (2016). Adapting and testing a brief intervention to reduce maternal anxiety during pregnancy (ACORN): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 17, 156 (2016). doi:<https://doi.org/10.1186/s13063-016-1274-8>
- World's Health Organization. (u.å.). *Maternal mental health*. Hämtad 2020-02-28 från https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Bilaga 1

Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention inom mödrahälsovård

Intervjuguide för gravida

Nedan beskrivs underlaget för en fokusgruppintervju med gravida som har deltagit i föräldragrupper i ovan nämnda studie. Frågorna är bestämda på förhand men ger utrymme för flexibilitet och eventuella följdfrågor som uppstår under intervjuens gång. Syftet med intervjun är att undersöka användbarheten med behandlingen genom att i samtalet lyfta följande teman: förväntningar på behandlingen; vilken betydelse den haft för deras ångestproblematik; vad som var hjälpsamt respektive mindre hjälpsamt; samt de potentiella förändringar som skulle kunna göras för att förbättra interventionen. Intervjun förväntas ta ca 60 minuter och kommer att spelas in och transkriberas.

Introduktion

Kort information ges först om samtycke, sekretess och syfte med intervjun etc. Dessutom ges följande information:

- Det här är en intervju i grupp vilket innebär att vissa frågor kan kännas oönskade att svara på. Ni avgör själva hur mycket ni vill dela med er av. Det som sägs i gruppen omfattas av sekretess både för intervjuare och deltagare.

Fråga 1. Förväntningar och motivation

- Vad fick er att vilja delta i gruppbehandlingen?
- Vilka förväntningar hade ni på gruppbehandlingen?
- Så här i efterhand, hade någon annan form av behandling varit mer hjälpsam?

Fråga 2. Upplevelse

- Vad tycker ni om behandlingens utformning? Exempelvis antal sessioner, längd, tidpunkt, lokaler, gruppleddare etc.
- Vad tycker ni om behandlingens innehåll? Exempelvis teman som togs upp, etc.
- Vilka moment i gruppbehandlingen var mest användbara?
- Vilka var mindre användbara?
- Skulle ni vilja ändra på något i behandlingens utformning?
- Skulle ni vilja ändra på något i behandlingens innehåll?
- Fanns det saker som ni ville få hjälp med men som behandlingen inte berörde?

Fråga 3. Följder

Nu ska vi prata mer om saker som varit hjälpsamma respektive mindre hjälpsamma med behandlingen. Med tanke på era förväntningar, på vilket sätt/vad i behandlingen har haft betydelse för hur ni mår idag?

- Har ni fått med er något från behandlingen som har minskat er oro relaterad till graviditeten?
- Är det något som ni kommer att ha användning för även i fortsättningen?
- Har de negativa känslor som uppstått i och med graviditeten blivit lättare eller svårare att hantera?
- Känner ni er mer eller mindre redo inför förlossningen jämfört med vad ni gjorde innan gruppbehandlingen?
- Känner ni er mer eller mindre redo inför föräldrskapet jämfört med vad ni gjorde innan gruppbehandlingen?

Fråga 4. Partners

- Har relationen till era partners påverkats/förändrats av deltagandet i behandlingen?

Fråga 5. Framtiden

- Nu när ni har deltagit i gruppbehandlingen, hur föreställer ni er själva som föräldrar?

Avslutning

Tack så mycket för att ni deltagit under denna intervju! Om det finns något som ni kommer att tänka på men som ni inte har tagit upp under detta samtal så går det bra att kontakta mig.

Bilaga 2

Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention inom mödrahälsovård

Intervjuguide för gruppledare

Nedan beskrivs underlaget för en intervju med gruppledare som hållit i föräldragrupper i ovan nämnda studie. Frågorna är bestämda på förhand men ger utrymme för flexibilitet och eventuella följdfrågor som uppstår under intervjun. Syftet med intervjun är att undersöka användbarheten med interventionen genom att i samtalet lyfta följande teman: interventionens utformning och innehåll; vilken betydelse den haft för deltagarnas ångestproblematik; vad som var hjälpsamt respektive mindre hjälpsamt; samt de potentiella förändringar som skulle kunna göras för att förbättra interventionen. Intervjun förväntas ta ca 30–60 minuter och kommer att spelas in och transkriberas.

Fråga 1. Förväntningar och motivation

- Vad fick er att vilja bli gruppledare i denna studie?
- Vad har ni för tidigare erfarenhet av att leda grupper?

Fråga 2. Upplevelse

- Vad tycker ni om behandlingens utformning? Exempelvis antal sessioner, längd, tidpunkt, lokaler etc.
- Vad tycker ni om behandlingens innehåll? Exempelvis teman som togs upp, etc.
- Var materialet relevant för deltagarnas situation?
- Fanns det aspekter av deltagarnas situation som interventionen inte berörde?
- Var det något i materialet ni tyckte om?
- Vilka moment i interventionen var mest användbara?
- Vilka var mindre användbara?
- Skulle ni vilja ändra på något i interventionens utformning?
- Skulle ni vilja ändra på något i interventionens innehåll?

Fråga 3. Resultat

- Vad är er övergripande känsla för interventionens lämplighet och effekt för gravida med ångestproblematik?
- Hur uppfattade ni deltagarnas gensvar på interventionen?
- Uppfattade ni någon förändring i de gravidas mående?
-

Fråga 4. Partners

- Hur uppfattade ni partners respons på interventionen?

Fråga 5. Framtiden

- Vad tänker ni om interventionens användbarhet inom psykiologienheten för mödra- och barnhälsovården?

Avslutning

Tack så mycket för att ni deltagit under denna intervju! Om det finns något som ni kommer att tänka på men som ni inte har tagit upp under detta samtal så går det bra att kontakta mig.