



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen

- eget välmående, partners delaktighet och barnmorskans förhållningssätt

Författare: Hanna Landén och Sara Persson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Maj 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen

- eget välmående, partners delaktighet och barnmorskans förhållningssätt

Författare: Hanna Landén och Sara Persson

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats
Maj 2013

Abstrakt

Nedskärningar och sparkrav inom hälso- och sjukvården i Sverige har lett till kortare vårdtider efter förlossningen vilket kan leda till att nyblivna föräldrar fått mindre stöd och hjälp efter förlossningen. Syftet med studien var att undersöka kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen. En kvantitativ deskriptiv och jämförande metod valdes. Instrumentet som användes var PPSS (Parents' Postnatal Sense of Security). Bakgrundsvariabler samt sex ytterligare påståenden lades till. Totalt 157 enkäter skickades ut och besvarades av 111 kvinnor, vilket gav en svarsfrekvens på 71 %. Resultatet visade att uppmuntran, stöd samt tillgänglighet från barnmorskan ledde till en ökad trygghet hos nyblivna mödrar. Majoriteten av kvinnorna upplevde en trygghet på eftervårdsavdelningen och kvinnorna som hade vårdats på familje-BB upplevde en större känsla av trygghet jämfört med kvinnorna på BB-avdelningen. Uppmuntran, stöd samt tillgänglighet från barnmorskan leder till ökad trygghet hos nyblivna mödrar. Trots att kvinnorna har varit nöjda med vården på eftervårdsavdelningen upplevdes personalen som stressad samt med lite tid att stödja och hjälpa kvinnorna i den nya föräldrarollen. Studien visar att ett behov av mer personal på eftervårdsavdelningarna föreligger.

Nyckelord

Barnmorska, eftervårdsavdelning, paritet, partner, PPSS, trygghet, välmående

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	2
Trygghet, vårdtid och typ av eftervårdsavdelning	3
Trygghet och partners delaktighet	4
Trygghet, stöd och bekräftelse	5
Trygghet och information	6
Trygghet och post partum samtal	7
Trygghet och amning	7
Teoretisk utgångspunkt	8
Syfte	8
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	9
Genomförande av datainsamling	10
Genomförande av databearbetning	11
Etisk avvägning	12
Resultat	14
Bakgrundsvariabler	14
Paritet i relation till vårdtid, typ av vårdavdelning och partners möjlighet att övernatta	14
Trygghet och typ av eftervårdsavdelning	15
Trygghet och partners möjlighet att övernatta på eftervårdsavdelningen	15
Trygghet, barnmorskans förhållningssätt, stöd och bekräftelse	17
Trygghet, information och praktiska råd	17
Trygghet och post partum samtal	18
Upplevelse av amning och trygghet	19
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Konklusion	27
Implikationer och förslag på framtida forskning	27
Arbetsfördelning under uppsatsskrivande	28
Referenser	29
Bilaga 1 (4)	33
Bilaga 2 (4)	36
Bilaga 3 (4)	39
Bilaga 4 (4)	41

Problembeskrivning

Nedskärningar och sparkrav inom hälso- och sjukvården i Sverige leder till allt kortare vårdtider efter förlossning. Detta kan leda till att nyblivna föräldrar får mindre stöd och hjälp vilket i sin tur kan leda till otrygghet i den nya föräldrarollen. Målet med vården efter förlossningen bör vara att skapa trygga och självständiga föräldrar. Många studier, både från Sverige och från andra länder, har visat att tillgänglighet efter förlossningen från barnmorskan, leder till en ökad trygghet hos nyblivna mödrar (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck & Schmied, 2009; Forster, McLachlan, Rayner, Yelland, Gold & Rayner, 2008; Hildingsson & Thomas, 2007; Lindberg Öhrling, Christensson, 2008). Minskade resurser leder på en del kliniker till att vårdplatser dras in och partners möjlighet att stanna kvar hela dygnet tillsammans med den nya familjen försvinner (Stanfors, 2012). Partners närvaro har visat sig betyda mycket för både kvinnans och partners trygghet efter förlossning (Ellberg, Högberg & Lindh, 2010; Persson, Fridlund, Kvist & Dykes, 2011; Persson, Fridlund, Kvist & Dykes, 2012). Genom att använda instrumentet Parents' Postnatal Sense of Security (PPSS) (Persson, Fridlund & Dykes, 2007) avses med denna studie att undersöka nyblivna mödrars känsla av trygghet första tiden efter förlossningen i relation till olika bakgrundsvariabler.

Bakgrund

Tiden efter förlossningen kallas post partum och startar enligt WHO (1998) en timme efter det att moderkakan är framfödd och varar sex veckor framåt. Vården efter förlossningen bör anpassas efter den nyförlösta kvinnan och det nyfödda barnets behov. Målet med vården efter förlossningen är att stödja kvinnan och familjen i den nya situationen, förebygga sjukdomar samt att stödja amningen. Under denna tid har kvinnan ofta ett behov av kontinuerlig information om skötseln av det nyfödda barnet och om amning. Kvinnan behöver även information om fysiska förändringar som sker efter förlossningen och olika förebyggande åtgärder för att förhindra infektion. Den nyblivna familjen bör ges stöd om den nya situationen, både känslomässigt och i form av konkreta råd. Barnmorskan ska hjälpa föräldrarna att växa i sin föräldraroll och känna trygghet i denna nya situation (ibid). De allra flesta förlossningar runt om i världen sker i hemmet och enligt WHO är det inte nödvändigt att friska mödrar och friska barn vårdas på sjukhus efter förlossningen (WHO, 1998).

Medelvårdtiden efter förlossning har i Sverige minskat betydligt de senaste decennierna och är idag cirka 24 timmar. Detta varierar dock beroende på omständigheter kring förlossningen samt om kvinnan är först- eller omföderska (Skånes Universitetssjukhus, 2012a). År 2009 var medelvårdtiden för kejsarsnitt mycket lägre än medelvårdtiden för vaginal förlossning var på 1970- och 1980-talen. År 2009 vårdades 72 % av kvinnorna i högst två dygn på eftervårdsavdelning (Socialstyrelsen, 2011). Vården efter förlossning kan se ut på olika sätt. På BB-avdelning finns barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor som kan ge vård och stöd till den nyblivna familjen. På familje-BB/patienthotell erbjuds vård och stöd till kvinnor som genomgått en komplikationsfri förlossning (Skånes Universitetssjukhus, 2012b).

Den avdelning som nyförlösta kvinnor vårdas på efter förlossningen benämns olika på olika sjukhus. I denna studie kommer ordet eftervårdsavdelning att användas.

Trygghet, vårdtid och typ av eftervårdsavdelning

Studier både från Sverige och Australien har undersökt vårdlängdens betydelse efter förlossningen och kommit fram till att kvinnor varken vill ha för kort eller för lång vårdtid (Brown, Davey & Bruinsma, 2004; Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006).

Studier visar också att kvinnorna själva önskar få bestämma över vårdtidens längd (Forster et al., 2008; Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011; Lindberg et al., 2008). Hildingsson och Thomas (2007) visade att många, framför allt omföderskor i Sverige, hade önskat att få stanna längre på eftervårdsavdelningen än de 72 timmar som rekommenderas. Många kvinnor ville att amningen skulle fungera innan hemgång. Enligt Forster et al. (2008) önskade kvinnorna i Australien vara kvar på avdelningen tills de kände sig trygga i att kunna bedöma barnets beteende samt att de lärt sig ta hand om sitt barn. Tanken att behöva åka hem tidigare än förväntat ledde till oro och rädsla.

Svenska studier har undersökt nyblivna föräldrars upplevelser av tidig hemgång, det vill säga utskrivning inom 24 timmar efter förlossningen (Askelsdottir, Lam-de Jonge, Edman & Wiklund, 2012; Johansson, Aarts & Darj, 2010). Resultaten visade att många föräldrar, där den nyförlösta modern och det nyfödda barnet mår bra, föredrog att åka hem och återhämta sig efter förlossningen istället för att stanna kvar på en eftervårdsavdelning. Många kände en

trygghet i hemmet men var osäkra på hur det nyfödda barnet mår, därför upplevdes det tryggt att ha möjlighet att ringa till en barnmorska dygnet runt för rådgivning. Föräldrarna hade en positiv upplevelse av barnmorskan när det gällde stöd, råd och tips, information och uppmuntran.

Trygghet och partners delaktighet

I Sverige finns det en strävan över att partners ska bli mer delaktiga i nyfödda barns liv och att uppnå en jämställdhet mellan könen när det gäller att ta hand om barnen (SOU, 1997:161). I motsats till många andra västerländska länder har Sverige under många år uppmuntrat partnern att stanna kvar på eftervårdsavdelningen efter förlossningen. Idag har dock ekonomiska faktorer och politiska beslut lett till att möjligheten för partnern att övernatta på eftervårdsavdelning har minskat eller helt försvunnit (Johansson, Hildingsson & Fenwick, 2013). I Sverige har partnern rätt till en tillfällig föräldrapenning under tio dagar i samband med att barnet föds. Dagarna ska ge partnern möjlighet att vara delaktig vid och efter förlossningen. Detta för att få en möjlighet att lära känna barnet och ta hand om den nya familjen (Försäkringskassan, 2012).

Många studier tar upp vikten av att partnern får stanna på avdelningen över natten (Hildingsson, 2007; Hildingsson & Thomas, 2007; Lindberg et al., 2008; Waldenström et al., 2006). Waldenström et al. (2006) betonade att familjefokuserad vård där partnern fått stanna över natten ledde till mer positiva upplevelser av vården. Partners som inte fått stanna över natten upplevde mindre delaktighet i vården jämfört med partners som fått den möjligheten (Erlandsson & Lindgren 2011; Hildingsson, 2007; Hildingsson, Thomas, Engström-Olofsson & Nystedt, 2009; Persson et al, 2011; 2012). En annan studie visade att män som fått övernatta var mer nöjda med vården över lag (Hildingsson et al., 2009). Enligt Erlandsson och Lindgren (2011) upplevde fäderna det mycket positivt att ta hand om modern till barnet och kände sig inte som en belastning för sjukvården utan tvärtom. Alla fäder ville vara med och ta hand om det nyfödda barnet på avdelningen och det upplevdes som att modern stärktes av delaktigheten. En liknande studie från Finland, där vårdtiderna också har minskat, visade att partnern önskade stöd i skötseln av barnet samt möjlighet att få vara tillsammans med familjen dygnet runt på avdelningen (Oomen, Rantanen, Kaunonen, Tarkka & Salonen, 2011). Ellberg et al. (2010) visade att det var viktigt för både kvinnan och mannen att han blev sedd och respekterad av personalen. De beskrev att det var viktigt att bli sedda som en

familj och att även om det är kvinnan som föder barnet så är fadern precis lika viktig. Kvinnorna i en studie från Australien (Forster et al., 2008) önskade att personalen uppmuntrade mer till partners delaktighet medan vissa partners upplevde det som att de mest var i vägen.

Trygghet, stöd och bekräftelse

Persson et al. (2011) visade i en intervjustudie gjord i Sverige att faktorer som ökar kvinnans känsla av trygghet efter förlossningen är: stöd från vårdpersonal och familj, hälsa hos mor och barn, avsaknad av oro och rädsla, stöd till partnern, känslig och flexibel attityd hos vårdpersonalen, bekräftelse av moderns kapacitet, samt att ha ett inbokat återbesök. I likhet med Persson et al. (2011) har flertalet andra författare visat på vikten av stöd och bekräftelse för att underlätta kvinnans återhämtning (Gamble, Creedy, Webster & Moyle, 2002; Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011; Schmied, Cooke, Gutwein, Steinlein & Homer, 2009; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion & Epiney, 2011; Yelland, McLachlan, Forster, Rayner & Lumley, 2006). Enligt Brown et al. (2004) och Razurel et al. (2011) upplevdes vården efter förlossningen sämre då kvinnors oro och problem inte togs på allvar av vårdpersonalen. Uppmuntran från personalen har visat sig vara en betydande del i eftervården för kvinnorna som kunde känna en ovisshet inför föräldraskapet (Schmied, Beack, Sheehan, McCourt & Dykes, 2011; Waldenström et al., 2006). Persson et al. (2011) visade att ett nedlåtande bemötande från vårdpersonalen minskade känslan av trygghet.

Många studier tar upp vikten av barnmorskans tillgänglighet och att det leder till trygghet hos nyblivna mödrar (Fenwick et al., 2009; Forster et al., 2008; Hildingsson & Thomas, 2007; Lindberg et al., 2008). Brown et al. (2004) beskrev i en studie från Australien att stressad och upptagen personal ledde till en försämrad upplevelse av tiden efter förlossningen. Flertalet studier har visat att många kvinnor önskar få tid för vila och återhämtning på eftervårdsavdelningen genom att få mer hjälp av personalen med sina barn och stöd vid amning (Forster et al., 2008; Lindberg et al., 2008; Razurel et al., 2011; Schmied et al. (2009); Valbø, Hestad Iversen & Kristoffersen, 2011; Yelland et al., 2006).

I den australienska studien av Brown et al (2004) värderade kvinnorna egenskaper som lyhördhet och förståelse. Kvist och Persson (2009) visade att kvinnornas känsla av trygghet den första tiden efter förlossningen ökade av att bli sedda som individer av barnmorskan.

Barnmorskan ska vara en god lyssnare och bedriva individuellt anpassad vård (Hildingsson & Thomas, 2007; Kvist & Persson, 2009). Andra studier (Frei & Mander, 2009; Redshaw & Henderson, 2012) har visat att en god relation med den vårdande barnmorskan ledde till en god upplevelse och tillfredsställelse med vården. Kvinnorna förväntade sig professionell hjälp och erfarenhet men också emotionellt stöd av barnmorskan. Frei och Mander (2009) visade att om barnmorskan delade en egen erfarenhet med kvinnan, till exempel om amning, var det mycket uppskattat. Kontinuitet i vården ansågs också mycket viktigt av kvinnorna.

Många studier pekar på vikten för nyblivna mödrar att känna självförtroende och ha självkänsla inför rollen som förälder. Det är vanligare att omfödorskor har bättre självkänsla och självförtroende inför denna roll än förstfödorskor (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Salonen, Kaunonen, Åstedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho & Tarkka, 2009). Salonen et al (2009) studie från Finland visade också att mer stöd och råd från vårdpersonalen ledde till högre självförtroende och bättre självkänsla hos nyblivna föräldrar. Enligt Hildingsson och Thomas (2007) bör barnmorskan skapa en trygghet för att få kvinnan att bli självsäker. Leahy-Warren och McCarthy (2011) visade att socialt stöd, särskilt från partner och föräldrar ökade självkänslan vilket i sin tur minskade depressiva symtom.

Trygghet och information

Faktorer som enligt Hildingsson och Sandin-Bojö (2011) var mest önskvärda tiden efter förlossningen var att få bästa möjliga uppföljning och vård av barnet, bra omhändertagande av kvinnan samt tillräckligt med information gällande barnets behov.

Motsägelsefulla råd och icke samstämmig information från olika vårdpersonal anses stressframkallande samt minskar känslan av trygghet (Brown et al., 2004; Fenwick et al., 2009; Forster et al., 2008; Persson et al., 2011; Razurel et al., 2011; Schmied et al., 2009). Kvinnorna i olika studier önskade konkret information om exempelvis amning, skötsel av barnet, barnets hälsa och framsteg, samt om moderns hälsa och återhämtning (Brown et al., 2004; Fenwick et al., 2009; Razurel et al., 2011).

Trygghet och post partum samtal

Studier har visat att post partum samtal, där kvinnan och helst också partnern, får prata igenom förlossningen med förlösande barnmorska ökar känslan av trygghet och också underlättar återhämtningen efter förlossningen (Gamble et al., 2002; Kvist & Persson, 2009; Waldenström et al., 2006).

Carlgren och Berg (2008) visade i sin svenska studie att drygt hälften av kvinnorna hade haft post partum samtal, av resterande kvinnor hade hälften önskat det. Kvinnorna önskade att få samtala kring förlossningen, beskriva både positiva och negativa känslor kring denna, samt prata om känslor inför framtiden. Post partum samtalet var en viktig del i att identifiera kvinnor som var i behov av professionellt stöd för att på så sätt förebygga en eventuell framtida förlossningsrädsla.

Enligt Olin och Faxelid (2003) hade hälften av männen och hälften av kvinnorna, före överflyttningen till eftervårdsavdelningen, fått prata igenom förlossningen med barnmorskan. En tredjedel av kvinnorna och knappt hälften av männen fick prata igenom förlossningen med någon på eftervårdsavdelningen. Föräldrarna önskade i första hand post partum samtal med barnmorskan från förlossningen, i andra hand barnmorskan på eftervårdsavdelningen, sedan följde obstetrikern från förlossningen och i sista hand barnmorskan på mottagningen. Majoriteten ansåg att bästa tidpunkt för samtalet var på eftervårdsavdelningen före utskrivning.

Personal på 65 sjukhus i Australien fick svara på frågor om post partum samtal. Endast 27 sjukhus erbjöd denna typ av samtal som rutin efter förlossningen. Tre av sjukhusen erbjöd samtal efter en strukturerad rutin och mall och ett av sjukhusen hade en barnmorska som gått under utbildning hos en psykolog för att kunna genomföra denna typ av samtal (Yelland et al., 2006).

Trygghet och amning

WHO (2003) och Livsmedelsverket (2011) rekommenderar helamning i upp till sex månader då bröstmjölken innehåller allt som barnet behöver för att växa och utvecklas. I Sverige är det många kvinnor som ammar jämfört med resten av världen, trots detta är det många kvinnor

som väljer att avbryta att amningen vilket kan bero på bristande stöd och hjälp (Svensson, 2005). Personal på eftervårdsavdelningar har stor betydelse för amningsutfallet. För en fungerande amning behöver mor och barn lära känna varandra (Svensson, 2009). Flera studier har visat att kvinnor uttrycker en önskan av att få mer hjälp med amningen samt menar att det förekommer motstridiga råd och inkonsekvent information beroende på vem som ger informationen. Detta upplevdes som förvirrande (Brown et al., 2004; Manhire, Hagan & Floyd, 2007; Razurel et al., 2011; Redshaw & Henderson, 2012).

Amningssituationen underlättas genom en stödjande och trygg relation till vårdgivaren och att bli bemött på ett empatiskt och icke-dömande sätt (Schmied et al., 2011; Shakespeare, Blake & Garcia, 2004). Flera studier har visat att kvinnorna uppskattade när vårdgivaren hade tid att sitta ner och observera amningen, ge tips och praktiska, individanpassade råd, samt var uppmuntrande (Razurel et al., 2011; Schmied et al., 2011; Shakespeare et al., 2004). I studien av Shakespeare et al. (2004) var förväntningarna hos många förstföderskor att amningen skulle komma igång utan några större problem. Enligt Waldenström et al. (2006) ville många kvinnor att amningen skulle fungera före hemgång.

Teoretisk utgångspunkt

Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) är barnmorskeprofessionen baserad på både evidens och teori. Teorin om barnmorskans professionalitet är uppbyggd av fem huvudaspekter: Barnmorskans vårdande egenskaper, professionella vishet, professionella kompetens, kommunikationskompetens, samt personliga och professionella utveckling. Föregående nämnda delar, med vårdandet som den centrala delen, leder till säker vård av kvinna och barn samt kommunikation som är inriktad på empowerment – att stärka kvinnan – och en positiv relation mellan kvinna och barnmorska.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka nyblivna mödrars känsla av trygghet, eget välmående, partners delaktighet och barnmorskans förhållningssätt första tiden efter förlossningen.

Specifika frågeställningar

Påverkade paritet vårdtiden och partnerns möjlighet att övernatta på eftervårdsavdelningen?

Påverkade typen av avdelning kvinnornas känsla av trygghet?

Vilken betydelse hade partnerns möjlighet att sova över på eftervårdsavdelningen för kvinnorna?

Fick kvinnorna tillräckligt med stöd och bekräftelse samt information på eftervårdsavdelningen?

Bidrog post partum samtal till en ökad känsla av trygghet?

Hur upplevde kvinnorna att amningen fungerade samt stödet och informationen som gavs?

Metod

Studien som har genomförts är en enkätstudie, med en kvantitativ deskriptiv och jämförande ansats. En viss population undersöktes under en viss tid, en så kallad tvärsnittsstudie (Olsson & Sörensen, 2011). Deskriptiv statistik har använts för att kunna ge en beskrivning av det insamlade materialet i siffror, och därmed kunna belysa forskningsproblemet.

Urval av undersökningsgrupp

Målgruppen som har undersökts är nyförlösta mödrar i södra Sverige. Kvinnorna som har deltagit i studien är både förstföderskor och omföderskor som har genomgått antingen en vaginal förlossning eller ett kejsarsnitt. Ett kriterium för att kunna delta i studien var en fullgången graviditet, vilket innebär att barnet fötts inom graviditetsvecka 37-42.

Exklusionskriterier har varit kvinnor som inte behärskat det svenska språket eftersom resurser för tolk och översättning har saknats samt mödrar med barn som varit inlagda på en neonatalavdelning efter förlossningen.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Enkäten som använts består av två delar som avslutas med en öppen fråga (bilaga 1).

Del 1: Sociodemografiska bakgrundsvariabler, som ålder, födelseland och paritet. Situationsrelaterade bakgrundsvariabler som, typ av vårdavdelning, vårdtidens längd, utbildningsnivå, återbesök till sjukhuset, samt om partnern sov över på eftervårdsavdelningen.

Del 2: Instrumentet PPSS – Parents' Postnatal Sense of Security (mammans version) som mäter känsla av trygghet första veckan efter förlossningen, även efter hemgång från sjukhuset (Persson et al., 2007) samt ytterligare sex påståenden som visat sig betydelsefulla för upplevelse av trygghet efter förlossningen (Persson et al., 2011) (del 2). PPSS-instrumentet har använts i tidigare studier och har där blivit testat för reliabilitet och validitet. Cronbachs alpha var 0,88 i studien av Persson et al. (2007). PPSS-instrumentet är ett enkätformulär som utvecklades då det saknades ett specifikt instrument som mätte båda föräldrarnas känsla av trygghet under den första veckan efter förlossningen (Persson et al., 2007). PPSS-instrumentet (mammans version) består av 18 påståenden och har en likertskala med fyra svarsalternativ som rangordnas från ”stämmer inte alls” till ”stämmer i hög grad” (Persson et al., 2007). Instrumentet har en poängskala från 18 till 72 poäng där högsta poäng innebär en maximal känsla av trygghet. När instrumentet utvecklades (Persson et al., 2007) visade ett medelpoäng på 56,3. Enligt studien av Persson et al. (2007) krävs minst 89 respondenter för att instrumentets validitet och reliabilitet ska kunna styrkas. PPSS-instrumentets 18 påståenden kan också delas upp i de fyra dimensionerna; barnmorskans stödjande/kraftgivande förhållningssätt, en känsla av eget generellt välbefinnande, en känsla av samhörighet inom familjen och en känsla av att amningen var hanterbar (Persson et al., 2007). Förutom PPSS-instrumentet, har ytterligare sex påståenden som utifrån resultatet från en tidigare studie visat vara viktiga för känsla av trygghet första tiden efter förlossningen, lagts till (Persson et al., 2011). Sist i enkäten finns en öppen fråga där kvinnorna med egna ord haft möjlighet att beskriva känslor och upplevelser av den första tiden efter förlossningen.

Genomförande av datainsamling

Ett skriftligt tillstånd av verksamhetschefen på ett sjukhus i södra Sverige inhämtades före datainsamlingen påbörjades. Författarna till studien har varit ute på de två olika eftervårdsavdelningarna mellan februari och april år 2013. På avdelningarna har en lista tilldelats författarna på kvinnorna som uppfyllt kriterierna för att delta i studien. Kvinnorna har informerats både muntligt och skriftligt av författarna, och har sedan tillfrågats om att delta. I den skriftliga informationen har syftet med studien framgått samt att deltagandet varit

frivilligt. Respondenterna har även informerats om att uppgifterna behandlats konfidentiellt. Konfidentialitet innebär att forskarna vet vem som deltagit i studien men att obehöriga inte ska kunna ta del av dessa uppgifter (Olsson och Sörensen, 2011; Patel & Davidson, 2003). Det har inte varit möjligt för författarna till denna studie att spåra svaren till en viss deltagare.

Vid intresse av att delta har en samtyckesblankett med underskrift och mailadress fyllts i. Alla mailadresser som samlats in har förvarats så att obehöriga inte haft tillgång till adresserna. Det har hela tiden funnits möjlighet att få kontakt med författarna under studiens gång, kontaktuppgifter har funnits på den skriftliga informationen.

Ungefär en vecka efter utskrivningen har ett mail skickats till respondenterna med en länk till enkäten. Svaren på enkäten har varit anonyma och författarna har således inte kunnat koppla svaren till en viss respondent. Kvinnorna har via mail fått två påminnelser om att fylla i enkäten. Första påminnelsen skickades ut en vecka efter det första mailet och den andra påminnelsen skickades ut efter ytterligare en vecka.

Det var 167 kvinnor som tillfrågades att delta i studien. Sammanlagt samlades 161 mailadresser in och 157 enkäter skickades ut. Av insamlade mailadresser var det fyra stycken som inte gick att skicka till på grund av svårlästa mailadresser. Under insamlingen av adresserna var det sex kvinnor som avböjde att delta. Anledningar till detta var exempelvis trötthet, mitt i amningssituation, smärtpåverkan. Totalt besvarades 111 enkäter, vilket gav en svarsfrekvens på 71 %.

Genomförande av databearbetning

I denna studie har statistikprogrammet SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) använts för analys av det insamlade materialet. Allt eftersom enkäterna har besvarats har författarna matat in svaren i SPSS. Målet var att få in minst 100 besvarade enkäter för att kunna påbörja en analys av materialet. När 111 enkäter hade besvarats påbörjades således analysen.

Första steget var att beskriva olika bakgrundsvariabler, som återfinns i del 1 av enkäten. På detta sätt visades medelåldern bland kvinnorna, genomsnittlig vårdtid, antalet kvinnor som vårdats på BB-avdelning respektive familje-BB, antalet övernattande partners, födelseland,

utbildningsnivå, samt antalet förstföderskor och omföderskor. I nästa steg jämfördes bakgrundsvariablerna; paritet, typ av vårdavdelning, partnerns möjlighet att övernatta samt vårdtidens längd med varandra samt med en del av påståendena i del 2 av enkäten. För att underlätta den jämförande analysen dikotomiserades svarsalternativen i enkätens 24 påstående (PPSS-instrumentet + de 6 extra påståenden) (del 2). Ändringen av variablerna bestod i att göra fyra svarsalternativ till två. Svarsalternativen ”stämmer inte alls” och ”stämmer till en viss del” har bildat en grupp (stämmer inte), medan ”stämmer ganska väl” och ”stämmer i högsta grad” bildat en annan grupp (stämmer). Analyser av materialet har gjorts med chi-square och Mann-Whitney U-test i SPSS. Signifikansnivå 0,05 har använts.

Jämförande analyser har även gjorts med instrumentet PPSS som har visat en total poängsumma för att kunna räkna ut kvinnornas känsla av trygghet. I föreliggande studie uträknades medelpoänget till 56,9 (förstföderskor 51,68 och omföderskor 60,73). Reliabiliteten mätt med Cronbach's alpha i föreliggande studie är 0,83. Materialet från den öppna frågan i enkäten presenteras i form av citat under relevant del av resultatet.

Begreppet trygghet används i analyserna utifrån tre olika perspektiv/ frågeställningar. Dels påstående 4 ”Jag kände mig trygg under tiden på eftervårdsavdelningen”, dels påstående 23 ”Jag kände mig trygg första tiden i hemmet efter förlossningen” dels PPSS-instrumentets totalpoäng (påstående 1-18).

Etisk avvägning

På eftervårdsavdelningarna har både muntlig och skriftlig information delats ut till kvinnor som uppfyllt kriterier för att delta i studien. I informationen har studiens syfte beskrivits. Det har tydligt framgått att deltagandet varit frivilligt. Respondenterna har även informerats om att uppgifterna behandlas konfidentiellt. Ett informationskrav innebär att deltagaren ska få information om forskningsprojektet och att denna information är begriplig. Efter att personen har läst informationen ska ett samtycke lämnas. I informationen ska syftet med projektet framgå, likaså projektets uppläggning med en beskrivning av alla moment och metoder som ingår. Den förväntade nytta med forskningsprojektet och vad en medverkan kan innebära med eventuella risker för skada och obehag ska framgå i informationen (Olsson & Sörensen, 2011). Genom att ge samtycke till att delta har respondenten gett tillstånd till att uppgifter används enligt syftet som beskrivits i informationen (Olsson & Sörensen, 2011).

Mailadresserna som inhämtats har endast använts för denna studie enligt nyttjandekravet och efter det att studien är godkänd kommer alla uppgifter att förstöras (Olsson & Sörensen, 2011). Ett rådgivande yttrande av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har inhämtats före påbörjad undersökning, detta enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2008:192).

För att ett forskningsprojekt ska anses etiskt riktigt måste det kunna motiveras av en fördelaktig risk- och vinstbedömning, vilket innebär att kunskap som är viktig och väl underbyggd ska framkomma. Syftet med studien måste vara klargjort för deltagarna. Vinsterna med forskningen måste vara större än riskerna enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2008).

Resultat

Nedan presenteras det sammanställda resultatet under respektive rubrik.

Bakgrundsvariabler

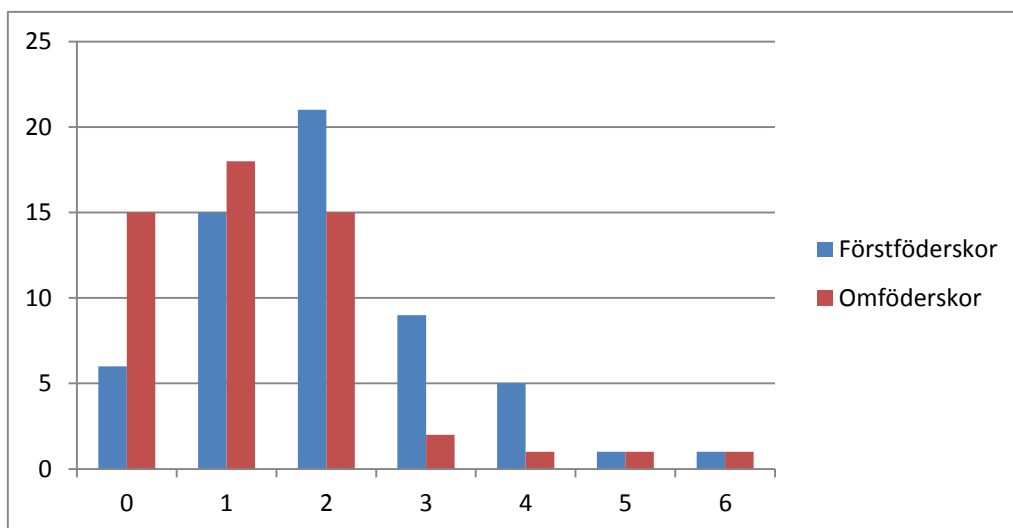
Enkäten besvarades av sammanlagt 111 kvinnor. Medelåldern var 31 år. Av kvinnorna var 58 (52 %) förstföderskor och 53 (48 %) var omföderskor. Totalt var 82 (74 %) födda i Sverige, övriga 29 (26 %) kvinnor var födda i länder från samtliga världsdelar. Det var 3 (3 %) som var utbildade på grundskolenivå, 24 (22 %) som hade gymnasieutbildning och resterande 75 % som hade universitets/högskoleutbildning.

Paritet i relation till vårdtid, typ av vårdavdelning och partners möjlighet att övernatta

Av kvinnorna som deltog i studien vårdades 84 (76 %) kvinnor på BB-avdelning och resterande 27 (24 %) vårdades på familje-BB. Av de totalt antal tillfrågade kvinnorna (n = 167) finns inga siffror på hur många som vårdades på BB-avdelning respektive familje-BB. Tabell 1 visar att vårdtiden varierade mellan fyra timmar och sju dygn, medelvårdtiden var två och ett halvt dygn. Figur 1 visar på fördelning av antal vård dagar hos förstföderskor och omföderskor. Medellängden på vårdtiden efter förlossningen för förstföderskor var 2,9 dygn och för omföderskor var det 2,2 dygn. Det fanns ingen signifikant skillnad på vårdtiden mellan förstföderskor och omföderskor ($p = 0,06$). När en mätning med PPSS-instrumentet gjordes visade resultatet att omföderskorna hade en större total känsla av trygghet (medelpoäng 60,73) än förstföderskorna (medelpoäng 51,68).

Tabell 1: Vårdtid och typ av eftervårdsavdelning

Avdelning	0-1 dygn	1-2 dygn	2-3 dygn	3-4 dygn	4-5 dygn	5-6 dygn	6-7 dygn	Totalt
BB-avdelning	10	24	32	9	5	2	2	84
Familje-BB	11	9	4	2	1	0	0	27
Totalt	21	33	36	11	6	2	2	111



Figur 1: Antalet förstföderskor och omföderskor jämförs med vårdtid i antal dygn (0-6).

Trygghet och typ av eftervårdsavdelning

Totalt var det 97 (87 %) av kvinnorna som upplevde en trygghet på eftervårdsavdelningen. Det fanns ingen signifikant skillnad i upplevelsen av trygghet på eftervårdsavdelningen ($p = 0,29$) eller trygghet i hemmet ($p = 0,71$) mellan kvinnorna som vårdats på familje-BB respektive BB-avdelning.

”Jag upplevde att tiden på Familje- BB som mycket positiv. Det råder ett lugn och man känner sig trygg med att bara kunna lyfta luren om man behövde hjälp med någonting”

Förstföderska, 37 år gammal, Familje-BB

Uppmuntran från barnmorskan skapade en ökad trygghet bland kvinnorna på eftervårdsavdelningen och i hemmet ($p = 0,00$, $p = 0,02$) likväl som ökad känsla av trygghet mätt med PPSS-instrumentet ($p = 0,00$).

Trygghet och partners möjlighet att övernatta på eftervårdsavdelningen

Figur 2 nedan visar skillnaden i hur många förstföderskor och omföderskors partners som övernattade på eftervårdsavdelningen. Bland förstföderskorna var det 27 (47 %) av kvinnornas partners som övernattade och bland omföderskorna var det endast 15 (28 %) partners som övernattade ($p = 0,05$).

Endast 8 (19 %) av kvinnorna vars partner hade övernattat hade en önskan om att få mer praktisk hjälp med barnet jämfört med 15 (36 %) av kvinnorna vars partner inte hade övernattat. Det visade ingen signifikant skillnad i hur amningen fungerade beroende på om partnern hade övernattat eller inte ($p = 0,21$).

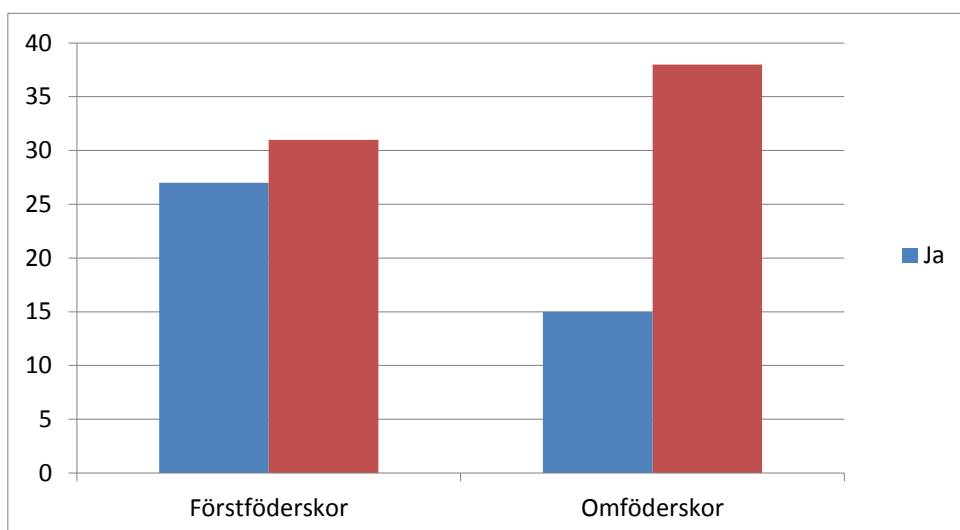
”Jag upplever att min mans närvaro dygnet runt och möjlighet att få stanna dygnet runt på sjukhuset hjälpte mig i min rehabilitering efter kejsarsnitt på ett ovärderligt sätt. Min mans närvaro dygnet runt gjorde mig tryggare i min mammaroll och hjälpte mig att läka fysiskt och psykiskt samt stärkte anknytningen mellan oss vuxna och bebisen på ett positivt sätt då vi kunde avlösa varandra”

Förfödarska, 31 år gammal, BB-avdelning

”Jag mådde mycket dåligt över att min partner lämnade oss på nätterna eftersom det inte fanns möjlighet att stanna. Han kände sig även utanför”

Förfödarska, 23 år gammal, BB-avdelning

Av samtliga förfödarskor var det 25 (43 %) som kände sig spända och pressade och av omfödarskorna var det endast 11 (21 %) ($p = 0,01$). Resultatet visade att huruvida partnern övernattade på avdelningen eller inte påverkade inte kvinnornas oro, nedstämdhet eller om de kände sig spända eller pressade.



Figur 2: Antalet förfödarskor och omfödarskor jämförs med om partnern övernattade på eftervårdsavdelningen.

Trygghet, barnmorskans förhållningssätt, stöd och bekräftelse

Det var 97 (87 %) av kvinnorna som upplevde att barnmorskan hade en positiv och stödjande attityd. När det gällde upplevelsen av barnmorskans positiva och stödjande attityd visade inte resultatet på någon signifikant skillnad mellan kvinnorna som vårdats på BB-avdelning jämfört med kvinnorna som legat på familje-BB efter förlossningen ($p = 0,68$). Kvinnorna som upplevde en positiv och stödjande attityd från barnmorskan var tryggare på eftervårdsavdelningen jämfört med kvinnorna som inte upplevde detta ($p = 0,00$).

I den öppna frågan framkom det att kvinnorna upplevde personalen som stressad och att det förelåg tidsbrist och personalbrist på avdelningarna.

”Fantastiskt personal /.../ men uppenbart stressade och något mer ”tryckt” stämning än sist jag födde barn (för 3 år sedan)! Inne på eftervårdsavdelningen ringde det non stop från olika rum! HELA tiden - hela dygnet!”

Omfödelska, 32 år gammal, BB-avdelning

”Vi upplevde vid flera tillfällen att personalen var stressad och hårt belastad men gjorde allt för att det inte skulle påverka oss. Det vore tryggt som patient om bemanningen var ökad då jag i större utsträckning skulle våga fråga om råd utan att känna att personalen springer benen av sig”

Förstfödelska, 31 år gammal, BB-avdelning

Trygghet, information och praktiska råd

Av kvinnorna var det 81 (73 %) som hade fått tillräckligt med praktiska råd av barnmorskan på eftervårdsavdelningen vilket skapade en trygghet både på eftervårdsavdelningen ($p = 0,00$) och i hemmet ($p = 0,02$). Det var 79 (71 %) som upplevde att tillräckligt med information hade givits på eftervårdsavdelningen. Kvinnorna som fått tillräckligt med information av barnmorskan upplevde en större trygghet på eftervårdsavdelningen ($p = 0,00$) och i hemmet ($p = 0,00$).

”Ingen gick riktigt igenom vad man ska tänka på osv”

Förstfödelska, 24 år gammal, BB-avdelning

Totalt 79 (71 %) kvinnor upplevde att samstämmig information givits av barnmorskan på eftervårdsavdelningarna. Det var en större andel kvinnor på familje-BB, 22 (82 %) som hade fått samstämmig information jämfört med kvinnorna på BB-avdelningen, 57 (68 %). Vid mätning med hjälp av PPSS-instrumentet visar resultatet att samstämmig information ledde till ökad känsla av trygghet ($p = 0,00$).

”/.../hela tiden var nya människor, och alla kom med olika information/råd/tips och dessa var i princip aldrig samstämmiga. Det var väldigt förvirrande när man är helt nybliven förälder till sitt första barn att kunnig personal inte har en samstämmig syn /.../detta gjorde att vi kände oss väldigt otrygga och osäkra när vi kom hem hur vi skulle hantera allt”

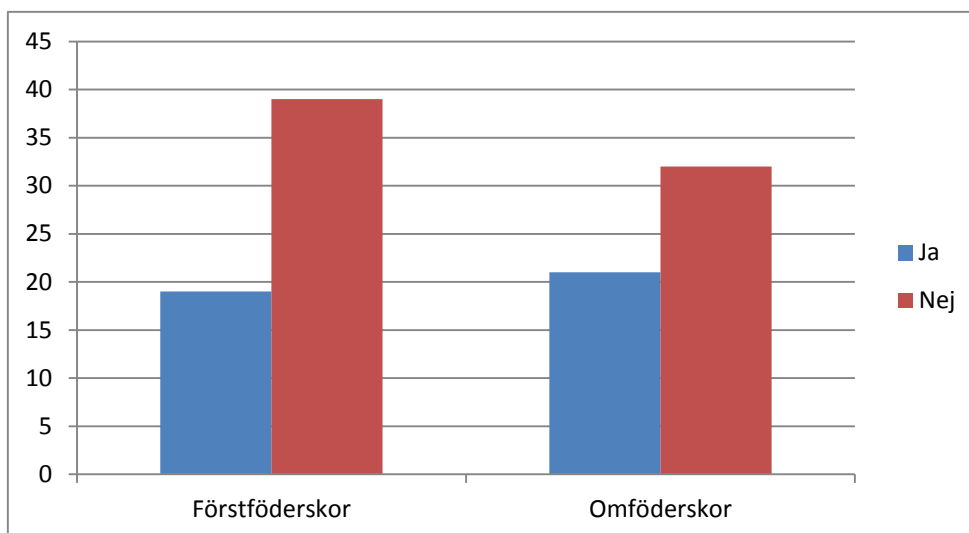
Förstföderska, 32 år gammal, BB-avdelning

Trygghet och post partum samtal

Endast 40 (36 %) av kvinnorna i studien hade fått möjlighet till post partum samtal med en barnmorska. Figur 3 nedan visar på skillnaden i hur många förstföderskor och omföderskor som hade haft post partum samtal. Det var 11 (41 %) av kvinnorna på familje-BB och 29 (35 %) av kvinnorna på BB-avdelningen som hade haft post partum samtal med en barnmorska, inte nödvändigtvis den förlösande barnmorskan. Resultatet visade att post partum samtal inte hade någon påverkan på kvinnornas känsla av trygghet varken på eftervårdsavdelningen ($p = 0,16$) eller i hemmet ($p = 0,43$) efter förlossningen. Däremot visade jämförelser med PPSS-instrumentet på signifikans ($p = 0,00$), vilket innebar att post partum samtal ökade den totala känslan av trygghet första veckan efter förlossningen.

”Jag genomgick ett akut kejsarsnitt och upplever att jag har fått väldigt lite information om vad det innebär. All information jag har fått har jag själv fått efterfråga samt sökt på internet. Ingen har informerat mig om varför det blev ett kejsarsnitt eller om hur själva ingreppet gick. Den som överhuvudtaget har pratat med mig om själva ingreppet är min barnmorska från MVC efter att ha läst min journal”

Omföderska, 34 år gammal, BB-avdelning



Figur 3: Antalet förstföderskor och omföderskor som gavs möjligheten till post partum samtal.

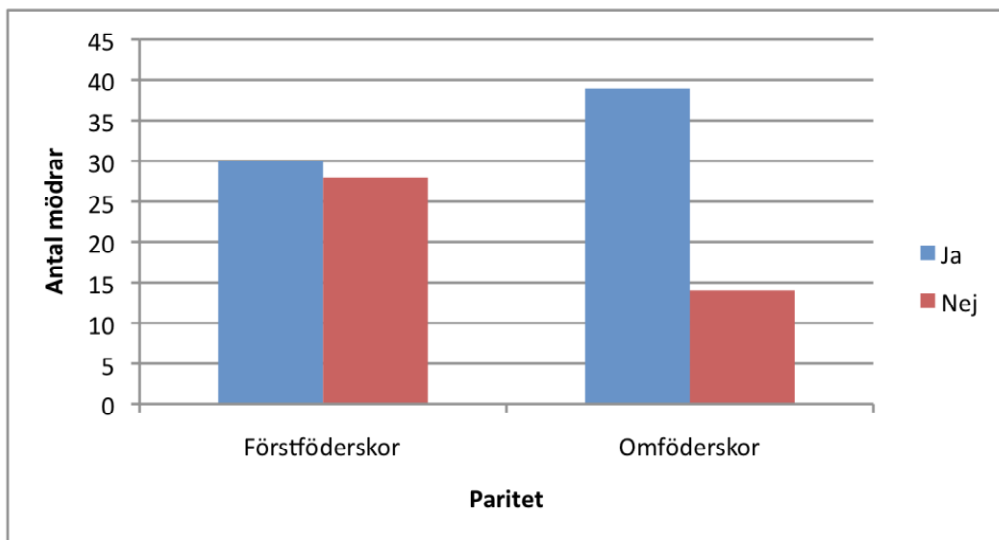
Upplevelse av amning och trygghet

I studien var det 97 (87 %) av kvinnorna som upplevde ett tillräckligt stöd med amningen och 69 (62 %) upplevde att amningen fungerade första veckan efter förlossningen. Av kvinnorna som hade vårdats på familje-BB var det 21 (78 %) som upplevde ett tillräckligt stöd med amningen första veckan efter förlossningen och 55 (66 %) av kvinnorna på BB-avdelningen upplevde detsamma. Skillnaden mellan kvinnorna på familje-BB och kvinnorna på BB-avdelningen var inte signifikant ($p = 0,23$). Det fanns inte någon signifikant skillnad i hur amningen fungerade mellan kvinnorna som vårdats på BB-avdelningen och familje-BB ($p = 0,92$). Figur 4 visar skillnaden i hur amningen fungerade mellan förstföderskor och omföderskor.

”Ingen diskuterade amningen med mig eller informerade mig fast jag ofta bad om hjälp”

Förstföderska, 23 år gammal, BB-avdelning

Resultatet visade vidare att när amningen fungerade ökade kvinnornas trygghet på avdelningen ($p = 0,01$) och i hemmet ($p = 0,03$). Vid mätning med PPSS-instrumentet visade resultatet att den totala känslan av trygghet ökade om amningen fungerade ($p = 0,00$) samt om tillräckligt med stöd vid amningen givits ($p = 0,00$).



Figur 4: Antalet förföderskor och omföderskor jämförs med om amningen "fungerade" den första veckan efter förlösningen.

Diskussion

Nedan följer diskussion av vald metod samt det sammanställda resultatet.

Diskussion av vald metod

Då det redan fanns en utarbetad enkät, PPSS, som stämde in på författarnas syfte valdes denna till studien (Persson et al., 2007). Enkäten är tidigare testad för validitet och reliabilitet och ger därför denna studie trovärdighet. Dessutom testades tillförlitligheten i denna studie med Cronbach's alpha, vilket gav ett värde på 0,83. Detta var i likhet med Cronbach's alpha (0,88) som framkom i studien av Persson et al (2007). Trovärdigheten kan också ha förstärkts av att enkäten varit anonym då det troligen ledde till att respondenterna varit helt ärliga i sina svar. Det är viktigt att ha god validitet och reliabilitet i en studie. Med validitet menas att det som undersöks är det som avses undersökas, med reliabilitet menas att studien görs på ett tillförlitligt sätt (Patel & Davidson, 2003).

Fördelarna med internetbaserad enkät var att kvinnorna kunde välja att svara på enkäten i lugn och ro i hemmet. Författarna valde att maila enkäten cirka en vecka efter förlossningen då tanken var att kvinnorna då fått en möjlighet att hinna reflektera över erfarenheter av vårdtiden och första tiden i hemmet efter förlossningen.

Då PPSS inte inkluderar sociodemografiska variabler valde författarna att lägga till detta för att få insyn i hur dessa faktorer kunde påverka kvinnornas känsla av trygghet den första tiden efter förlossningen. Under analysens gång insåg författarna att det inte var möjligt att analysera alla bakgrundsvariabler på grund av att det skulle resultera i för stort material. I enkäten saknades en fråga om huruvida kvinnan hade en partner eller inte vilket ifrågasätts i efterhand då det finns en del frågor kring just partnern och det hade varit lämpligt om författarna till denna studie hade inkluderat en fråga om huruvida kvinnan hade en partner eller inte. En öppen fråga lades till i slutet av enkäten för att få en djupare beskrivning av syftet. Genom att ha en öppen fråga fick kvinnorna i studien möjlighet att fritt beskriva känslor och upplevelser den första tiden efter förlossningen. Det var dock få kvinnor som besvarade den öppna frågan vilket inte gjorde det möjligt att genomföra någon större analys.

Däremot har författarna valt ut några citat för att ge en mer målande beskrivning av kvinnornas upplevelser av första tiden efter förlossningen.

Inklusionskriterium för studien var en fullgången graviditet då författarna hade en tanke att prematuritet samt överburenhet kan innebära påfrestningar och komplikationer som kan ha påverkat kvinnornas totala upplevelse av vården efter förlossningen samt känslan av trygghet. Det är inte en hel population som undersöks utan ett stickprov. Stickprovet dras från populationen för att resultatet sedan ska kunna generaliseras till populationen (Patel & Davidson, 2003). Eftersom ett exklusionskriterium i studien var kvinnor som inte behärskade det svenska språket var det många kvinnor som var tvungna att väljas bort redan vid urvalet. Detta kan ses som en nackdel då befolkningen i undersökningsområdet är av många olika nationaliteter och resultatet kan därför vara svårt att generalisera. Det som avsågs undersökas i denna studie var nyförlösta kvinnors känsla av trygghet den första tiden efter förlossningen. Då författarna till studien ville kunna överföra studieresultatet till befolkningen och därmed kunna förstå ett bredare perspektiv snarare än att gå på djupet valdes en kvantitativ ansats. Kvantitativ forskning utgår oftast från en teori som är grundad på tidigare forskningsresultat och forskarens egna erfarenheter inom området (Olsson & Sörensson, 2011). Ett annat exklusionskriterium var mödrar med barn som varit inlagda på en neonatalavdelning efter förlossningen. Anledningen till detta var att författarna ville att kvinnorna som deltog i studien skulle ha liknande erfarenheter av vården efter förlossningen.

På eftervårdsavdelningarna vårdades både vaginalt förlösta kvinnor och kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt. Vården kan se olika ut beroende på förlossningssätt vilket kan ha påverkat kvinnornas upplevelser av vården efter förlossningen. I enkäten har det inte funnits någon fråga huruvida kvinnan förlöst vaginalt eller med kejsarsnitt och kvinnornas upplevelser och känsla av trygghet beroende på förlossningssätt har därmed inte kunnat jämföras.

Totalt tillfrågades 167 kvinnor om att delta i studien genom att lämna en mailadress. Kvinnorna som tillfrågades vårdades på familje-BB och BB-avdelning och hur många som tillfrågades från vardera avdelning finns det inga siffror på då författarna från början inte hade några planer på att jämföra avdelningarna med varandra. Det var 161 mailadresser som lämnades och av dessa var det fyra stycken som inte gick att tyda. Det var sex kvinnor som inte ville lämna någon mailadress, anledningar till detta var trötthet, jobbig förlossning, samt

problem vid amningssituationer. Vid förfrågan att delta var kvinnorna över lag mycket positiva till studien. Alla kvinnor som valde att lämna en mailadress gjorde detta direkt till författarna. Författarna var ute på avdelningarna och lämnade information och inhämtade samtycke av kvinnorna vilket kan ha varit en fördel när det gäller antalet inhämtade mailadresser samt svarsfrekvensen. Svarsfrekvensen i denna studie var 71 %. Om författarna själva inte hade varit ute och pratat med kvinnorna på avdelningarna hade svarsfrekvensen kanske varit lägre. Det är en svaghet i studien att analys av externt bortfall inte har kunnat genomföras eftersom uppgifter om antal kvinnor som vårdades på respektive avdelning och som uppfyllde inklusionskriterierna inte inhämtades av författarna. Det var en stor skillnad i antalet besvarade enkäter mellan kvinnorna på familje-BB (n = 27) och BB-avdelningarna (n = 84). Detta kan bero på att kvinnorna på familje-BB är mer nöjda med vården, och att de som är missnöjda i större utsträckning svarar på enkäter för att kunna påverka inför framtiden. Resultatet visade att kvinnorna på familje-BB i många aspekter var mer nöjda med vården och upplevde en större känsla av trygghet.

I denna studie har det inte varit möjligt att undersöka kvinnornas upplevelser av tidig hemgång då datainsamlingen gjordes på eftervårdsavdelningar där kvinnorna redan blivit inlagda efter förlossningen. En fråga på enkäten var vilken typ av eftervårdsavdelning kvinnan vårdats på. Där fanns tre svarsalternativ varav ett var ”tidig hemgång”, det framgick dock aldrig vad som menades med tidig hemgång, det vill säga antalet timmar efter förlossningen. Detta medförde att en del kvinnor missförstått frågan och svarat ”tidig hemgång” även fast de blivit inlagda på eftervårdsavdelning då uppfattningen om vad som är tidig hemgång är subjektiv och kan skilja mellan olika sjukhus.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet i denna studie visade att vårdtiden varierade mellan fyra timmar och sju dygn men att medelvårdtiden var två och ett halvt dygn, vilket är något kortare än vad andra studier har visat (Brown et al., 2004; Waldenström et al. 2006). Den aktuella studien visade att omföderna gick hem något tidigare än förstföderna, vilket kan bero på att kvinnorna vill komma hem till familjen där hemma. En studie av Hildingsson och Thomas (2007) visade det motsatta, att omföderna önskade få stanna kvar längre på eftervårdsavdelningen. I enkäten fanns ingen fråga som tog upp huruvida kvinnorna hade önskat stanna kvar längre på avdelningen och det går därför inte att se om kvinnorna i studien varit nöjda med längden på

vårdtiden. En studie från Australien visade att en viktig aspekt inom vården efter förlossningen var att få möjlighet till vila och återhämtning (Yelland et al., 2006). Kortare vårdtider för omfödorskör tror författarna kan bero på att personalen på eftervårdsavdelningarna har en tanke om att omfödorskorna redan är trygga i rollen som mamma och i omhändertagandet av det nya barnet och därför förväntas gå hem tidigare. Det kan dessutom handla om personal- och platsbrist. En annan studie från Australien visade att kvinnor ville stanna kvar på avdelningen tills de kände sig trygga med barnet och tanken att behöva åka hem tidigare än önskat ledde till oro och rädsla (Forster et al. 2008).

Det fanns en signifikant skillnad i känslan av trygghet den första tiden efter förlossningen beroende på vilken typ av avdelning som kvinnorna hade vårdats på vid mätning av PPSS-instrumentet, där kvinnorna på familje-BB upplevde en större känsla av trygghet jämfört med kvinnorna på BB-avdelningen. En trolig anledning till detta kan vara att partnern haft möjlighet att övernatta och därmed varit ett stöd till den nyblivna modern, detta verkar dock inte vara anledningen till att kvinnorna på familje-BB haft en större känsla av trygghet då resultatet även visat att partnerns övernattnings inte har lett till en ökad känsla av trygghet. Det kan kanske bero på ett annat lugn som råder på familje-BB jämfört med på BB-avdelningen, där barnmorskorna har mer tid åt den nya familjen och att det skapar trygghet bland kvinnorna.

Av förstfödorskorna var det 47 % vars partner hade övernattat medan endast 28 % av omfödorskorna hade en partner som övernattat vilket kan ha en förklaring i att partnern måste hem och ta hand de andra barnen. Författarna hade en tanke om att förstfödorskör var mer trygga än omfödorskör på eftervårdsavdelningen på grund av att partnern hade övernattat. Samtidigt visade resultatet att trygghet på eftervårdsavdelningen inte påverkades av om partnern hade övernattat eller inte. Detta resultat förstärktes även vid mätning med hjälp av PPSS-instrumentet. Många studier har visat att om partnern får stanna över på eftervårdsavdelningen leder detta till mer positiva upplevelser av vården. Det har även visats att fäder som inte fått stanna över natten upplever mindre delaktighet i vården jämfört med fäderna som fått stanna (Hildingsson, 2007; Hildingsson & Thomas, 2007; Lindberg et al., 2008; Waldenström et al., 2006). En annan studie visade att modern stärks av faderns delaktighet i vården (Erlandsson & Lindgren, 2011).

Kvinnorna i den aktuella studien upplevde barnmorskan som uppmuntrande och med en positiv och stödjande attityd. Det visade inte på någon skillnad mellan BB-avdelning och familje-BB. Uppmuntrande och stödjande barnmorskor ledde till en ökad trygghet både på eftervårdsavdelningen och i hemmet. Många andra studier har också tagit upp vikten av stöd och uppmuntran från vårdpersonalen som bidragande till trygghet hos kvinnorna (Gamble et al., 2002; Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011; Persson et al., 2011; Schmied et al., 2009; Razurel et al., 2011; Waldenström et al., 2006; Yelland et al., 2006). Trots att sparkrav och nedskärningar inom vården lett till färre personal var kvinnorna i studien över lag nöjda med bemötandet och stödet som givits på eftervårdsavdelningarna. En av aspekterna i teorin om barnmorskans professionalitet är den vårdande egenskapen vilket leder till en säker vård av kvinnan och barnet. Enligt teorin är det även viktigt att barnmorskan stärker kvinnan och skapar en positiv relation sinsemellan (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Resultatet visade att kvinnorna som upplevt att tillräckligt med praktiska råd givits upplevde också en ökad av trygghet både på eftervårdsavdelningen och i hemmet, även tidigare studier tar upp detta (Forster et al., 2008; Lindberg et al., 2008). En viktig aspekt i barnmorskans professionalitet är kommunikationskompetens som kan leda till att stärka kvinnan i den nya rollen som mamma (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Resultatet visade att skillnad fanns mellan BB-avdelning och familje-BB. Kvinnorna på familje-BB upplevde i större utsträckning att tillräckligt med information och praktiska råd hade givits i jämförelse med kvinnorna på BB-avdelningen. En anledning till detta kan vara att personalen på familje-BB har mer tid för kvinnorna än personalen på BB-avdelning, då det oftare är ett lugnare tempo på familje-BB än på BB-avdelningen.

Föreliggande studie visar att samstämmig information ökar tryggheten på eftervårdsavdelningen samt trygghet mätt med PPSS-instrumentet. Vikten av samstämmig information har även visats i tidigare studier (Brown et al., 2004; Fenwick et al., 2009; Forster et al., 2008; Persson et al., 2011; Razurel et al., 2011; Schmied et al., 2009). Det fanns en skillnad beroende på vilken avdelning kvinnorna hade vårdats på, nämligen att kvinnorna på familje-BB upplevde att samstämmig information givits i större utsträckning än kvinnorna på BB-avdelning. Detta tror författarna kan bero på att färre personal arbetar där då kvinnorna inte är lika vårdkrävande som kvinnorna på BB-avdelningen. Därmed är det färre personal som är involverade i den enskilda kvinnans vård. Dessutom har partnern alltid möjlighet till övernattnings på familje-BB vilket kan leda till att kvinnan får hjälp och stöd av partnern

istället för av vårdpersonalen. Resultatet visade att endast 19 % av kvinnorna vars partner hade övernattat önskade mer praktisk hjälp med barnet, medan 36 % av kvinnorna vars partner inte hade övernattat önskade detta.

Mindre än hälften av kvinnorna hade fått möjligheten till post partum samtal. Anledningen till detta kan bero på att personalen helt enkelt inte har tid till detta, det kan också handla om brist på rutiner för hur och när detta samtal ska ske. Post partum samtalet skapade ingen ökad känsla av trygghet på eftervårdsavdelningen eller i hemmet. Däremot visade mätning med PPSS-instrumentet att post partum samtal ökade känslan av trygghet bland kvinnorna. Även tidigare studier har visat på samma resultat (Gamble et al., 2002; Kvist & Persson, 2009; Waldenström et al., 2006). Att ha post partum samtal under de första dagarna efter förlossningen tror författarna kan vara för tidigt då kvinnan inte hunnit reflektera och bearbeta förlossningen. Det kan även vara att föräldrarnas fokus första dagen efter förlossningen ligger på återhämtning och omhändertagande av barnet istället för att tänka på förlossningen. En studie från Storbritannien visade att kvinnorna som haft post partum samtal valde att ha detta cirka 16 veckor efter förlossningen (Meades et al., 2011).

Resultatet i föreliggande studie visade att den totala känslan av trygghet ökade om amningen fungerade. Det var fler kvinnor på familje-BB än på BB-avdelningen som upplevde att tillräckligt med stöd kring amningen hade givits den första veckan efter förlossningen. Även detta tror författarna kan bero på tidsbrist och personalbrist som kan finnas på BB-avdelningarna. Dock var det ingen skillnad i hur amningen fungerade beroende på vilken avdelning kvinnan hade vårdats på efter förlossningen. Detta kan upplevas märkligt då stöd och hjälp borde leda till en fungerande amning. Tidigare studier har visat att kvinnor uppskattar när vårdgivaren har tid att sitta ner och observera, ge tips och praktiska individanpassade råd (Razurel et al., 2011; Schmied et al., 2011; Shakespeare et al., 2004). Amningssituationen kan underlättas genom en stödjande och trygg relation till vårdgivaren och även genom att bli bemött på ett empatiskt och icke dömande sätt (Schmied et al., 2011; Shakespeare et al., 2004). I Sverige är det många kvinnor som väljer att avbryta amningen vilket kan bero på bristande stöd och hjälp (Svensson, 2005). Det har vistats att personalen på eftervårdsavdelningar har en stor betydelse för amningsutfallet (Svensson, 2009).

I den öppna frågan var det många kvinnor som skrev att personalen upplevdes som stressad och otillgänglig. Det upplevdes att personalen inte hade tid att sitta ner och hjälpa till med

anningen samt att ge praktisk hjälp. För lite information gavs och informationen som gavs var inte alltid samstämmig vilket ledde till förvirring och otrygghet hos nyblivna föräldrarna. Anledningen till att det kan vara svårt att ge samstämmig information kan vara en bristande kontinuitet bland personalen på avdelningarna. Författarna tror att det nedskärningar och sparkrav har lett till brist på personal och vårdplatser. Resultatet visade ändå att kvinnorna överlag var nöjda med vården och bemötandet på eftervårdsavdelningarna.

Konklusion

Uppmuntran, stöd samt tillgänglighet från barnmorskan har visats leda till en ökad trygghet hos nyblivna mödrar. Denna studie visade att känslan av trygghet ökade hos kvinnorna som hade haft post partum samtal. Kvinnorna vars partner hade övernattat på eftervårdsavdelningen var mer nöjda över lag med olika aspekter inom vården såsom att få praktisk hjälp och uppmuntran från barnmorskan. De flesta kvinnorna i studien hade fått tillräckligt med information och praktiska råd samt upplevde att samstämmig information hade givits av barnmorskan. Detta ökade kvinnornas trygghet. Majoriteten av kvinnorna upplevde en trygghet på eftervårdsavdelningen och vid mätning med hjälp av PPSS-instrumentet fanns det en signifikant skillnad mellan avdelningarna och kvinnorna som hade vårdats på familje-BB upplevde en större känsla av trygghet jämfört med kvinnorna på BB-avdelningen.

Implikationer och förslag på framtida forskning

Kvinnorna i denna studie har upplevt att personalen varit stressad, med lite tid att hjälpa och stödja kvinnorna i den nya föräldrarollen. En del undvek att fråga om hjälp då personalen har verkat upptagna med annat. Trots att kvinnorna i studien över lag är nöjda med den vård som givits så kan ändå författarna se att det behövs mer personal inom kvinnosjukvården för att kunna ge det stöd och hjälp som behövs för att kvinnorna ska känna en trygghet både på eftervårdsavdelningarna men även i hemmet efter utskrivningen. Denna studie har inte undersökt hur barnmorskorna på avdelningarna upplever arbetssituationen men en tanke är att det är en stressig arbetsplats med lite tid åt omvårdnaden. En ny studie skulle kunna vara en liknande enkätundersökning riktad till barnmorskorna som arbetar på

eftervårdsavdelningarna. Det skulle vara intressant att göra en upprepning av föreliggande studie om två år för att undersöka förändringar över tiden. En annan tanke är att partners också får delta i en studie som denna för att få insyn i partners upplevelser av tiden efter förlossningen och sedan kunna jämföra parens känslor och erfarenheter.

Arbetsfördelning under uppsatsskrivande

Tillsammans har båda författarna till denna studie samlat in mailadresser från nyförlösta kvinnor på eftervårdsavdelningarna. Därefter har enkäten och påminnelser skickats ut med jämna mellanrum av den ena författaren samtidigt som den andra har fört in de inkomna svaren i SPSS. Sökning efter vetenskapliga artiklar samt annan relevant litteratur har gjorts gemensamt. Artiklarna har delats upp jämnt och sedan lästs och sammanfattats. Bakgrunden skrevs ibland var för sig och ibland tillsammans. Den slutliga texten gjordes tillsammans. När ett tillfredsställande antal enkäter hade inkommit började analysen göras med SPSS-programmet, detta gjordes hela tiden tillsammans. Resultatet sammanställdes och skrevs tillsammans. Övrig text i uppsatsen har också skrivits och lästs tillsammans.

Referenser

Askelsdottir, B., Lam de- Jonge, W., Edman, G & Wiklund, I (2012). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2012.11.001.

Brown, S.J., Davey, M-A., & Bruinsma, F.J. (2004). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21, 109-126.

Carlgren, I., & Berg, M. (2008). Postpartum consultation: Occurrence, requirements and expectations. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(29), doi: 10.1186/1471-2393-8-29.

Ellberg, L, Högberg, U och Lindh V. (2010). We feel like one, they see us as two: New parents discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26, 463-468.

Erlandsson, K och Lindgren, H (2011) Being a resource for both mother and child: Father's experiences following a complicated birth. *The Journal of perinatal education*, 20, 91-99.

Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., & Schmied, V. (2009). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*, 23, 10-21.

Forster, D.A., McLachlan, H.L, Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of are using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8(27), doi:10.1186/1471-2393-8-27.

Frei, I.A och Mander, R (2009) The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery*, 27, 716-722.

Försäkringskassan (2012). *Tillfällig föräldrapenning i samband med barns födelse eller adoption*. Hämtad den 13 mars 2013: http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/cff75d1d-8f14-462c-a5c3-262026dd7325/ff_tfp_4089e_tillfallig_foraldrapenning_barns_fodelse_eller_adoption1208.pdf?MOD=AJPERES

Gamble, J.A., Creedy, D.K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counseling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72-79.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S.I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 806-817.

Hildingsson, I. (2007). New parents' experiences of postnatal care i Sweden. *Woman and birth*, 20, 105-113.

- Hildingsson, I., & Sandin-Bojö, A-K. (2011). 'What is could indeed be better' – Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27, 737-744.
- Hildingsson, I., & Thomas, J. E. (2007). Women's perspectives on maternity services in Sweden: Processes, problems, and solutions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 126-133.
- Hildingsson, I., Thomas, J., Engström-Olofsson, R., & Nystedt, A. (2009). Still behind the glass wall? Swedish fathers' satisfaction with postnatal care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 280-289.
- Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E. (2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Uppsala journal of medical sciences*, 115, 131-137.
- Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period: The importance of being able to room in after a surgical birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 35-36.
- Kvist, L.J., & Persson, E.K. (2009). Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, doi: 10.1186/1471-2393-9-35
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27, 802-810.
- Lindberg, I., Öhrling, K., & Christensson, K. (2008). Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 472-483.
- Livsmedelsverket. (2011). Hämtad den 15 mars 2013: <http://www.slv.se/sv/grupp3/Pressrum/Nyheter/Pressmeddelanden/Livsmedelsverkets-nya-rad-uppmuntrar-amning-i-sex-manader/>
- Manhire, K.M., Hagan, A.E., & Floyd, S.A. (2007). A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. *Midwifery*, 23, 372-381.
- Olin, R-M., & Faxelid, E. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 153-159.
- Olsson, O., & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. 3:e upplagan. Sockholm: Liber AB.
- Oomen, H., Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M.T & Salonen, A.H. (2011). Social support provided to finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*, 27, 754-761.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). Forskningsmetodikens grunder. 3:e upplagan. Lund: Studentlitteratur.

- Persson, E.K., Fridlund, B., & Dykes, A-K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 118-125.
- Persson, E.K., Fridlund, B., Kvist, L.J., & Dykes, A-K. (2011). Mother's sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105-116.
- Persson, E.K., Fridlund, B., Kvist, L.J., & Dykes, A-K. (2012). Father's sense of security during the first postnatal week – a qualitative interview study in Sweden. *Midwifery*, 28(5), 697-704.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242.
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2012). Learning the hard way: Expectations and experiences of infant feeding support. *Birth*, 39(1), 21-29.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A-L., Isoaho, H., & Tarkka, M-T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2324-2336.
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth*, 38(1), 49-60.
- Schmied, V., Cooke, M., Gutwein, R., Steinlein, E., & Homer, C. (2009). An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1850-1861.
- SFS 2008:192. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20, 251-260.
- Skånes Universitetssjukhus. (2012a). *Välkommen till BB*. Hämtad den 14 november 2012: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kvinnokliniken/Avdelningar/BB1/>
- Skånes universitetssjukhus (2012b). *Mer information om FamiljeBB, Lund*. Hämtad den 13 mars 2013: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kvinnokliniken/Avdelningar/FamiljeBB-Lund/FamiljeBB-Lund-mer-information/>
- Socialstyrelsen. (2011). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Hämtad den 9 november 2012: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf>
- SOU 1997:161. *Stöd i föräldraskapet*. Stockholm: Socialdepartementet.

Stanfors, M. *Spariver hotar kvinnors hälsa – och samhället*. Sydsvenskan, 13 september 2012. Hämtad den 14 november 2012: <http://www.sydsvenskan.se/opinion/aktuella-fragor/spariver-hotar-kvinnors-halsa--och-samhallet/>

Svensson, K. (2005). Amning och psyke. I I.B. Sjögren (Red.), *Psykosocial obstetrik – Kropp och själ för barnafödande* (s. 225-243). Lund: Studentlitteratur

Svensson, K. (2009). Amning. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren (Red.) *Lärobok för barnmorskor* (3:e uppl., s. 470-493). Lund: Studentlitteratur.

Valbø, A., Hestad Iversen, H., & Kristoffersen, M. (2011). Postpartum care: Evaluation and experience among care providers and care receivers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 332-339.

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 551-560.

World Health Organization (WHO). (1998). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, Switzerland: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, World Health Organization.

World medical association (WMA). (2008). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad den 14 november 2012: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Yelland, J., McLachlan, H., Forster, D., Rayner, J & Lumley, J. (2006). How is maternal psychosocial health assessed and promoted in the early postnatal period? Findings from a review of hospital postnatal care in Victoria, Australia. *Midwifery*, 23, 287-297.

Ett frågeformulär till dig som nybliven mamma

Del 1.

Vilken typ av avdelning vårdades du på?

Eftervårdsavdelning/BB Patienthotell/Familje-BB Tidig hemgång

Hur gammal är du? _____

Vilket är ditt födelseland? _____

Vilken är din utbildningsnivå? Grundskola Gymnasie-
utbildning Universitet/
Högskola

Sov din partner över på eftervårdsavdelningen? Ja Nej

Om möjligheten till övernattnin g inte fanns, hade du önskat det? Ja Nej

Hur länge var du inlagd på sjukhuset efter förlossningen? (Svara i dagar och timmar) _____

Har du barn sedan tidigare? I så fall, hur många? _____

Jag har varit på återbesök på sjukhuset/BB-avdelning sedan jag blev utskriven. Ja Nej

Del 2.

Nedan följer 24 påståenden som berör första veckan efter förlossning (oavsett om du under denna tid var hemma eller på sjukhuset). Du kan välja mellan 4 svarsalternativ. Markera den ruta som bäst motsvarar din upplevelse med ett X.

Uttrycket ”din partner” gäller barnets pappa eller någon annan man eller en kvinna som du lever med i en parrelation.

I stället för ordet ”eftervårdsavdelning” kan du välja det som passar dig bäst, exempelvis BB-avdelning, Patienthotell, Egenvårdsavdelning, Hemvård.

Så här tycker jag att påståendet stämmer

inte alls

till viss del

ganska mycket

i högsta grad

1. Barnmorskan/personalen på eftervårdsavdelningen hade en positiv och stödjande attityd

2. Jag fick tillräckligt med praktiska råd av barnmorskan/personalen på eftervårdsavdelningen

3. Jag fick tillräckligt med information på eftervårdsavdelningen

4. Jag kände mig trygg under tiden på eftervårdsavdelningen

5. Jag fick uppmuntran av barnmorskan/personalen på eftervårdsavdelningen

6. Jag kände att jag deltog i beslutsfattandet (hade medbestämmande) under min tid på eftervårdsavdelningen

7. Jag kände mig spänd/pressad under den första veckan efter förlossningen

8. Jag kände mig nedstämd under den första veckan efter förlossningen

9. Jag kände mig orolig under den första veckan efter förlossningen

10. Jag mårde fysiskt bra under den första veckan efter förlossningen

11. Jag var väldigt trött under den första veckan efter förlossningen

12. Min partner gav mig praktiskt stöd efter hemkomsten från sjukhuset

13. Jag fick känslomässigt stöd av min partner under den första veckan efter förlossningen

14. Jag kände att min partner var

delaktig i allt rörande familjen under första veckan, efter att vi kom hem

15. Jag upplevde samhörighet inom familjen under den första veckan efter förlossningen

16. Jag/vi kunde få kontakt med barnmorska/personal under hela dygnet, om jag/vi behövde under hela första veckan, även efter hemkomsten från sjukhuset

17. Jag fick tillräckligt med stöd med amning under den första veckan efter förlossningen

18. Amningen ”fungerade” under den första veckan efter förlossningen

19. Jag fick information om vart jag kunde vända mig vid frågor efter utskrivningen från sjukhuset

20. Jag upplever att informationen jag fått under vårdtiden har varit samstämmig

21. Jag har fått möjlighet att prata igenom förlossningen med en barnmorska

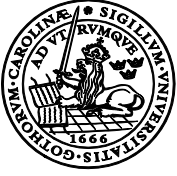
22. Jag hade velat ha mer praktisk hjälp med mitt barn under vårdtiden

23. Jag kände mig trygg första tiden i hemmet efter förlossningen

24. Jag kände att jag kunde få hjälp med amningen även efter utskrivningen från sjukhuset

Slutligen finns en ”Öppen fråga”

Här du kan skriva fritt om din upplevelse av vården efter förlossningen och första veckan (även hemma) efter förlossningen.



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 2 (4)

INFORMATIONSBREV

2013-06-07

Till verksamhetschef

Vi är två barnmorskestudenter från Lunds Universitet som ska skriva vår magisteruppsats. Vi önskar att få kontakt med nyförlösta kvinnor som skall inbjudas till deltagande i en enkät studie. Om kvinnorna vill delta skall vi be att få ta del av deras mailadresser för att kunna genomföra en internetbaserad enkätstudie på kvinnor som blivit förlösta och sedan eftervårdats på kvinnokliniken, SUS. Titeln på studien är "Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen".

Syftet med studien är att undersöka nyblivna mödrars känsla av trygghet första tiden efter förlossningen. Detta för att undersöka hur kvinnorna upplever den omvårdnad och det bemötande de får efter förlossningen för att se hur och om denna kan förbättras.

Studien är en empirisk enkätstudie med kvantitativ ansats. Vi planerar att några gånger i veckan komma och dela ut informationsblad med samtyckesblankett till kvinnorna som vårdas på kvinnokliniken i både Malmö och Lund. Både först- och omföderskor är välkomna att delta. Ett inklusionskriterium är att graviditeten varit fullgången (från v. 37+0). Exklusionskriterier är kvinnor som inte behärskar det svenska språket då det inte kommer finnas möjlighet för översättning av enkäten, samt kvinnor vars barn vårdas på neonatalavdelning. Enkäter kommer sedan att skickas till de kvinnor som lämnat sina mailadresser. Slutligt godkännande att delta i studien sker genom att kvinnorna skickar in en ifylld enkät.

Informationsbladen kommer att delas ut på eftervårdsavdelningarna från slutet av januari år 2013. När de nätbaserade enkäterna sedan har besvarats kommer svaren att analyseras via datorprogrammet SPSS. Resultatet kommer att presenteras i vår magisteruppsats och deltagarna samt personalen på kvinnokliniken kommer få en möjlighet att ta del av resultatet.

Alla personuppgifter och all annan information kommer att behandlas konfidentiellt. Det kommer endast att vara författarna till studien som har tillgång till materialet.

Vi anhåller om tillstånd från Er för att välja ut tilltänkta undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier.

Ansökan om genomförande av studien har blivit godkänd av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), Lunds universitet.

Studien ingår som ett examensarbete i barnmorskeprogrammet vid Lunds Universitet.

Om Du/Ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Hanna Landén
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent
0702-513393
rhi10hla@student.lu.se

Sara Persson
Leg.Sjuksköterska
Barnmorskestudent
0705-732358
bmo11spe1@student.lu.se

Eva Persson
Leg. Barnmorska,
universitetslektor, Phd
Box 157, 22 100 Lund
046-222 1890
eva-kristina.persson@med.lu.se

Bilagor

1. Samtyckesblankett
2. Projektplan

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

”Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 3 (4)

INFORMATIONSBREV

2013-06-07

Till personal på kvinnokliniken, SUS

Vi är två barnmorskestudenter från Lunds Universitet som ska skriva vår magisteruppsats. Vi önskar att få kontakt med nyförlösta kvinnor som skall inbjudas till deltagande i en enkät studie. Om kvinnorna vill delta skall vi be att få ta del av deras mailadresser för att kunna genomföra en internetbaserad enkätstudie på kvinnor som blivit förlösta och sedan eftervårdats på kvinnokliniken, SUS. Titeln på studien är "Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen".

Syftet med studien är att undersöka nyblivna mödrars känsla av trygghet första tiden efter förlossningen. Detta för att undersöka hur kvinnorna upplever den omvårdnad och det bemötande de får efter förlossningen för att se hur och om denna kan förbättras.

Vi planerar att några gånger i veckan komma och dela ut informationsblad med samtyckesblankett till kvinnorna som vårdas på kvinnokliniken i både Malmö och Lund. Både först- och omfödorskör är välkomna att delta. Ett inklusionskriterium är att graviditeten varit fullgång (v. 37+0).

Exklusionskriterier är kvinnor som inte behärskar det svenska språket då det inte kommer finnas möjlighet för översättning av enkäten, samt kvinnor vars barn vårdas på neonatal. Målet är att samla in minst 150 mailadresser då ett bortfall måste räknas med. Enkäten kommer sedan att sändas ut till de kvinnor som lämnat sina mailadresser. Slutligt godkännande att delta i studien sker i och med att kvinnan skickar in ifylld enkät.

Informationsbladen kommer att delas ut av oss på eftervårdsavdelningarna från slutet av januari år 2013. Vi kommer att samla in samtyckesblanketterna med jämna mellanrum under januari och februari. När internetenkäterna sedan har besvarats kommer svaren att analyseras via datorprogrammet SPSS. Resultatet kommer att presenteras i vår magisteruppsats och deltagarna samt personalen på kvinnokliniken kommer få en möjlighet att ta del av resultatet.

Deltagande i studien är helt frivilligt och de kvinnor som väljer att delta har möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång utan att det skulle medföra några negativa konsekvenser. Alla personuppgifter och all annan information kommer att behandlas konfidentiellt.

Ansökan om genomförande av studien har blivit godkänd av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), Lunds universitet.

Studien ingår som ett examensarbete i barnmorskeprogrammet på Lunds Universitet.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Hanna Landén
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent
0702-513393
rhi10hla@student.lu.se

Sara Persson
Leg.Sjuksköterska
Barnmorskestudent
0705-732358
bmo11spe1@student.lu.se

Eva Persson
Leg. Barnmorska,
universitetslektor, Phd
Box 157, 22 100 Lund
046-222 1890
eva-kristina.persson@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 4 (4)

INFORMATIONSBREV
2013-06-07

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen.

Vi är två barnmorskestudenter från Lunds universitet som ska skriva en magisteruppsats våren 2013. Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med studien är att undersöka nyblivna mödrars känsla av trygghet första tiden efter förlossningen. Detta för att undersöka hur kvinnorna upplever den omvårdnad och det bemötande de får efter förlossningen för att se hur och om denna kan förbättras.

Enkäter planeras att skickas ut via mail till nyförlösta kvinnor, både förstföderskor och omföderskor som har uppgivit sin mailadress. De inkomna svaren kommer sedan att analyseras. Resultatet kommer att presenteras i magisteruppsatsen som samtliga som uppgivit sina mailadresser kommer få möjlighet att ta del av. Konfidentialitet garanteras vilket innebär att du inte kommer att kunna identifieras.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i enkätformuläret som bifogas mailet så fullständigt som möjligt och sedan skicka tillbaka via mail till oss. Mailet kommer skickas till dig inom någon vecka efter det att du har blivit tillfrågad och tackat ja till att delta i studien.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller att det skulle medföra några som helst konsekvenser för dig.

Dina svar på frågeformuläret/enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Studien ingår som ett examensarbete i barnmorskeprogrammet på Lunds Universitet.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Hanna Landén
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent
0702-513393
rhi10hla@student.lu.se

Sara Persson
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent
0705-732358
bmo11spe1@student.lu.se

Eva Persson
Leg. Barnmorska,
universitetslektor, Phd
Box 157, 22 100 Lund
046-222 1890
eva-kristina.persson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Kvinnors känsla av trygghet första tiden efter förlossningen”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Jag väljer att delta i ovanstående studie:

JA

NEJ

Härmed lämnar jag min mailadress och ger jag mitt samtycke till att delta i enkätstudien.

Underskrift av undersökningsperson

Ort, datum

Underskrift

Mailadress