



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Födande kvinnors erfarenhet av föräldrarstödet i den perinatala perioden

- En enkätstudie

Författare: Helene Heiman och Sara Tingstedt

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Födande kvinnors erfarenhet av föräldrarstöd i den perinatale perioden

- En enkätstudie

Författare: Helene Heiman och Sara Tingstedt

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Den födande kvinnan har en rättighet att vara delaktig och kunna göra informerade val under förlossningen vilket förutsätter att barnmorskan tillhandahåller relevant information. Idag finns inga entydiga forskningsresultat som visar om föräldrautbildning via barnmorskemottagning ökar delaktigheten under förlossningen.

Syfte: Att beskriva förlossningsförberedelse i relation till delaktighet och nöjdhet i den perinatale perioden hos nyförlösta kvinnor.

Metod: En deskriptiv kvantitativ tvärsnittsstudie.

Resultat: Omfödelskor var signifikant nöjdare gällande förlossningserfarenhet och delaktighet som helhet än förstfödelskor, före och efter, men inte under förlossningen. Det finns dock ingen signifikant skillnad mellan förstfödelskor som deltagit i föräldrautbildning eller inte.

Konklusion: Studien kan inte påvisa att föräldrautbildning ökar kvinnans delaktighet och nöjdhet i den perinatale perioden. Barnmorskan har en viktig roll i att utveckla och individanpassa föräldrautbildningen.

Nyckelord

Delaktighet, förlossningserfarenhet, föräldrautbildning, KASAM.

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde	1
Bakgrund	1
Förlossningsförberedande information	1
Delaktighet	3
KASAM	4
Skillnader mellan först- och omfödernkor	5
Barnmorskans informativa roll	5
Syfte	6
Specifika frågeställningar	6
Metod	6
Urval	6
Inklusionskriterier	6
Exklusionskriterier	6
Instrument	6
Datinsamling	7
Analys av data	8
Forskningsetiska avvägningar	8
Resultat	9
Demografiska data	9
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Konklusion och implikationer	17
Referenser	18
Bilaga 1, Enkät	23

Problemområde

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2014:822), § 2a, beskrivs att delaktighet genom att bland annat kunna göra informerade val är en rättighet för kvinnor som vårdas vid en graviditet och förlossning. Barnmorskors informativa uppdrag under graviditeten har utökats och kraven på informationen och undervisningen i samhället har därmed ökat och förändrats för att möta dessa behov (Hildingsson, 2014). De ökande kraven resulterar i att mödrahälsovården i Sverige är under ständig utveckling (Berglund, Lundberg, Sandén, Lindroth, Lindholm, & Nilsson, 2008).

Tidigare forskning rapporterar motsägelsefulla resultat gällande den förlossningsförberedande informationens betydelse för kvinnans delaktighet före, under och efter förlossningen (Ferguson, Davis & Browne, 2013; Butler, Sheehy, Kington, Walsh, Brosnan, Murphy, Naughton, Drennan, & Barry, 2014; Hallgren & Lundgren, 2010). Studierna har visat att det finns positiva effekter av barnmorskeledd föräldrautbildning (FUB) i form av minskad oro, ökad kunskap om olika valmöjligheter och att partnern blev mer involverad och delaktig (Ferguson et al., 2013; Butler et al., 2014). Å andra sidan har det framkommit att det ses ett samband mellan FUB och ett ökat antal induktioner och epiduralbedövning (Ferguson et al., 2013). Denna bristande konsensus föranleder vidare forskning för att tydliggöra huruvida den förlossningsförberedande informationen kan bidra till en känsla av delaktighet före, under och efter förlossningen. Enligt Hallgren & Lundgren (2010) och Persson, Fridlund & Dykes (2007) kan samband mellan olika former av att informera ses och ge en inblick i när och hur informationen är mest lämpad.

Denna studie kan bidra med att tydliggöra huruvida den födande kvinnan upplever den förlossningsförberedande information betydelsefull före, under och efter en förlossning och om det kan leda till en ökad delaktighet.

Bakgrund

Förlossningsförberedande information

Ett skäl till att den förlossningsförberedande informationen i Sverige blev viktig, var att barnafödandet under 1930-talet kom att bli mer medikaliserat. Detta ledde till att kvinnor opponerade sig eftersom deras egen erfarenhet inte längre upplevdes relevant. Allt sedan 1930-talet har olika modeller av förberedelser inför förlossning vuxit fram. Från början var

informationen riktad till enbart kvinnan, men efterhand har partnern involverats mer och mer. Även innehållet och fokus i utbildningen har vidgats och hur utbildningen är upplagd har förändrats (Hallgren & Lundgren, 2010).

FUB har funnits i Sverige sedan 1948 med syfte att förbereda de blivande föräldrarna inför deras nya roll som familj. Initialt låg fokus endast på förberedelse inför själva födandet (Hallgren & Lundgren, 2010; Gleichmann, 2004). Under 1970-talet ökade kraven på bättre mödra- och förlossningsvård från bland annat kvinnorörelser. Detta ledde till att fokus sedan 1980-talet har legat på både förberedelse inför själva födandet och förberedelse inför det väntade föräldraskapet. Det inkluderar amning, det nyfödda barnets utveckling och psykologiska aspekter. Sedan 1980-talet har föräldraförberedelse bland annat bedrivits i form av gruppdiskussioner, med möjlighet för paren att påverka informationens innehåll (Bergström, Kieler & Waldenström 2010). I en rapport från Socialstyrelsen (2011) framkommer det att de yrkesverksamma barnmorskorna inom mödrahälsovården upplever att det är otydligt hur uppdraget kring föräldraförberedelse ska utföras. Det rapporteras vidare att det saknas ett tydligt underlag på vad som bör ingå i föräldrautbildningen som bedrivs inom mödrahälsovården (Forslund Frykedal, Rosander, Berlin & Barimani, 2015).

I Sverige saknas nationella riktlinjer gällande mödrahälsovårdens verksamhet, men ett kunskapsstöd har publicerats med syfte att skapa en jämlik mödrahälsovård (Socialstyrelsen, 2014; SFOG, 2016). Ett mål i kunskapsstödet är att kunna förbereda kvinnan och hennes partner på förlossningen och stärka deras förmåga att möta sitt nyfödda barn (Socialstyrelsen, 2014). Hur och när informationen kan ges varierar mellan olika barnmorskemottagningar (BMM), allt ifrån grupp föreläsningar till information i de enskilda besöken samt i samverkan med andra verksamheter (Hildingson, Andersson & Christensson, 2014).

I en rapport till statens folkhälsoinstitut beskrivs det att mödrahälsovårdens föräldrautbildning behöver utvecklas genom att erbjuda ett bredare utbud anpassat efter olika individers behov, lägga mer fokus på det psykosociala samt att vidareutbilda personalen som ansvarar för utbildningen ytterligare (Engman et al., 2009). Barnmorskor ska ges möjlighet att kontinuerligt utveckla sin kompetens och sina arbetsområden för att möta kvinnors behov (ICM, 2011; Socialstyrelsen, 2006). Samhället har förändrats vilket innebär att den som

arbetar med föräldrautbildning behöver ha allt mer kunskap och respekt för andra kulturer samt alla samlevnadsformer. Föräldragrupper via BMM leder förutom till kunskap och förståelse, till utökat socialt nätverk (Fabian, Rådestad & Waldenström, 2004). Rapporten från folkhälsoinstitutet visar också att föräldrarna vill kunna byta erfarenheter med andra föräldrar och få hjälp med att kunna urskilja vad som är relevant i informationen som finns på internet (Sarkadi & Engman, 2009). Statistik från mödrahälsovården 2012 visar att tre fjärdedelar av förstföderskorna deltog i en föräldrautbildning (Socialstyrelsen, 2014).

I de fall kvinnan kan göra ett informerat val som är baserat på aktuell fakta och saklig information kan förlossningserfarenheten bli mer positiv genom att ge en känsla av kontroll, delaktighet och trygghet (Barimani, Forslund Frykedal, Rosander & Berlin, 2017). I en randomiserad studie framkom det att förstföderskor upplevde att deras oro minskade och att självförtroendet inför förlossningen ökade efter att de under graviditeten fått information om tecken på förlossningsstart, förlossningens olika stadier, smärtlindringsalternativ och insikt i sjukhusmiljö och rutiner (Brixval, Axelsen, Thygesen, Due & Koushede, 2016). En ökad efterfrågan på olika sorters smärtlindringsmetoder, både farmakologiska och icke farmakologiska, sågs bland de kvinnor som deltagit i en föräldrautbildning (Fabian et al., 2004). Samtidigt visar andra studier att det inte klart framgår om den förlossningsförberedande informationen gör någon skillnad under förlossningen gällande delaktighet (Ferguson et al., 2013; Hallgren & Lundgren, 2010).

Delaktighet

I WHO's klassificeringsmodell ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) beskrivs hälsa och hälsorelaterade tillstånd samt olika komponenter som påverkar hälsa. Delaktighet lyfts fram som ett av de centrala begreppen (WHO, 2003). I Nationalencyklopedin (NE) definieras delaktighet med ord som känslan av att vara till nytta, ha medinflytande, aktiv medverkan och medansvar (NE, 2017).

Det framgår i flera studier att antalet interventioner under förlossningen sänkte känslan av att vara delaktig (Ferguson, Browne, Taylor & Davis, 2015; Butler et al., 2014). Forskning har visat att kommunikation mellan den födande kvinnan, partnern och barnmorskan kan bidra till en mer positiv och trygg erfarenhet av förlossningen (Bergström et al., 2010; Persson et al., 2007). Känslan av delaktighet kan även associeras till utfallet av förlossningen när det gäller

andelen kejsarsnitt. De kvinnor som inför och under förlossningen kände sig delaktiga hade ett lägre antal kejsarsnitt jämfört med de som inte kände sig delaktiga (Ferguson et al., 2015; Fabian et al., 2004). Delaktighet är en viktig del i föräldrautbildningen för att främja den positiva upplevelsen. Kvinnan kan ha fördel av att även partnern känner delaktighet vilket kan förändra dennes roll från passiv åskådare till mer av en betydelsefull coach. Det skapar bättre förutsättningar för den födande kvinnan att klara av påfrestningar under graviditeten, förlossningen och tiden efter födelsen (Bergström et al., 2010; Persson et al., 2007). Att erbjudas möjlighet till att göra informerade val under förlossningens förlopp verkar vara en betydande del för att kvinnan ska kunna känna sig delaktig (Ferguson et al., 2013).

Födelsebrev eller förlossningsbrev är något som under senare år har vuxit fram mer och mer, deras syfte är att hjälpa kvinnan att kunna öka delaktigheten under förlossningen. I sitt förlossningsbrev kan kvinnan skriva ner särskilda önskemål, något specifikt som personalen bör känna till eller något som hon vill ska undvikas i möjligaste mån (Bengtsson, 2015). En del studier har gjorts för att se om förlossningsbrev har någon effekt när det gäller delaktighet under förlossningen. Att erbjudas möjlighet till att göra informerade val under förlossningens förlopp verkar vara en betydande del för att kvinnan ska kunna känna sig delaktig. Förlossningsbrev ger kvinnan möjlighet att förmedla sina önskade val vilket underlättar för henne då det kan vara svårt att förmedla sin åsikter under smärtpåverkan (Cook & Loomis, 2012; Deering, Zaret, McGaha & Satin, 2007).

KASAM

Känslan av sammanhang (KASAM) är en teori som baseras på att KASAM kan påverka en persons erfarenhet av en händelse till det bättre, vilket i sin tur kan leda till ett bättre hälsotillstånd. Känslan av sammanhang är baserad på tre delar som påverkar varandra och i stor grad är beroende av varandra. Dessa tre delar är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Om en person inför en händelse har en sorts begriplighet blir situationen mer hanterbar vilket leder till meningsfullhet. Meningsfullhet kan vara den viktigaste delen eftersom människor har en tendens att kunna kämpa mer när något känns meningsfullt (Antonovsky, 2005). Att föda barn är för de allra flesta en meningsfull händelse, vilket ger KASAM goda förutsättningar om det sätts i samband med barnafödande (Ferguson et al., 2015; Kemp & Sandall, 2008).

Skillnader mellan först- och omföderskor

Under en förlossning kan det vara skillnad mellan att vara först- och omföderska gällande tidsförlopp och progress. Hos förstföderskor tar förloppet i regel längre tid än hos omföderskor (Lindgren & Wiklund, 2016). Hos en förstföderska är öppningsgraden ca 1 cm/h och hos en omföderska ca 1,5 cm/h (Nordström & Wiklund, 2016). Nedträngningsfasen hos en förstföderska tar ofta upp mot två timmar och utdrivningsskedet ca 60 minuter.

Utdrivningsskedet hos en omföderska tar oftast runt 30 minuter (Lindgren & Wiklund, 2016). En långdragen förlossning har visat sig kunna ge en negativ förlossningserfarenhet (Dencker & Wiklund, 2016). Ofta kommer omföderskorna till förlossningen senare än vad en förstföderska gör, vilket kan bero på att omföderskan inte upplever det lika smärtsamt samt att de har en tidigare erfarenhet (Lindgren & Wiklund, 2016). I en tvärsnittsstudie undersöktes vad som påverkade riskerna i en graviditet. Det framkom att förstföderskor har en större risk för komplikationer i samband med förlossningen, så som obstetriska komplikationer och påverkade barn. Studien påvisade också att riskerna sedan åter ökade vid femte graviditeten och med stigande ålder. Riskerna för de med högre ålder samt hög paritet var desamma som för förstföderskorna, men utöver detta fanns också en ökad risk för perinatal dödlighet (Bai, Bauman, Mohsin & Wong, 2002).

Barnmorskans informativa roll

Barnmorskan ska på ett pedagogiskt sätt förmedla saklig information på individ- och gruppnivå samt utveckla sitt yrkeskunnande fortlöpande inom sexuell- och reproduktiv hälsa (Socialstyrelsen, 2006). Kvinnan har en rättighet att vara delaktig och kunna göra informerade val under graviditet och förlossning vilket förutsätter att barnmorskan tillhandahåller relevant information (ICM, 2011; HSL, SFS 2014:822, § 2A).

Det är verksamhetscheferna för mödrahälsovården som har ansvar för att se till att barnmorskor får tillgång till adekvat vidareutbildning, tid och resurser för att informera de blivande föräldrarna (Socialstyrelsen, 2011). Föräldrautbildningar och förlossningsförberedande information varierar i landet och den enskilda barnmorskan kan själv utforma och påverka informationens innehåll samt sitt tillvägagångssätt (Socialstyrelsen, 2011; Barimani et al., 2017).

Syfte

Att beskriva förlossningsförberedelse i relation till delaktighet och nöjdhet i den perinatale perioden hos nyförlösta kvinnor.

Specifika frågeställningar

- Finns det skillnader avseende vilken typ av förberedelser först- och omfödorskor använt sig av?
- Finns det skillnader avseende delaktighet och nöjdhet mellan först- och omfödorskor?
- Finns det skillnader avseende delaktighet och nöjdhet mellan förstfödorskor som deltagit i FUB via BMM eller inte?

Metod

Studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Det innebär att förekomsten av en företeelse hos en population kartläggs vid en kort tidsintervall och sedan beskrivs. Beskrivningen används som underlag för att dra slutsatser (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Urval har tillämpats genom att respondenter motsvarar nedanstående inklusionskriterier.

Inklusionskriterier

Först- och omfödorskor som fött vaginalt och som är inskrivna på en eftervårdsavdelning (BB) i Södra Sverige.

Exklusionskriterier

Kvinnor som ej behärskar det svenska språket, minderåriga under 18 år, de som föder genom kejsarsnitt, kvinnor vars barn är svårt sjuka.

Instrument

Studien har använt sig utav en kvantitativ metod baserad på enkäter i pappersform (Bilaga 1) (Sohlberg & Sohlberg, 2013). Det fanns en redan utvecklad enkät (First-time fathers

questionnaire, FTFQ) som använts i en tidigare studie (Premberg, Taft, Hellström & Berg, 2012). Enkäten var validerad och reliabilitetstestad i ovan nämnda studie och svarade mot denna studies syfte. Frågorna bedömdes vara relevanta även för nyblivna mödrar och anpassades för att rikta sig till dem. Enkäten bestod av totalt 31 frågor varav åtta var demografiska frågor, fyra handlade om vilken typ av förlossningsförberedande information deltagarna erhållit och var de inhämtade informationen. Fem frågor var ja/nej frågor. Fråga 9 handlade om hur informanterna kommit i kontakt med den förlossningsförberedande informationen och det var den enda frågan där det var tillåtet med flera svarsalternativ. Fråga 3 och 5 var följdfrågor som besvarades med fritext. Resterande 20 frågor behandlade respondenternas erfarenhet av informationen samt deras delaktighet och nöjdhet i den perinatale perioden. Dessa frågor var uppdelade i olika tidsperioder kring den perinatale perioden. Innan förlossningen avsåg tiden innan de kommer till förlossningsavdelningen, under förlossningen innefattade den tiden de befann sig på förlossningsavdelningen och efter var den tiden då de befann sig på BB. Svarsalternativen på de 20 frågorna var uppdelade i fyra olika svarsalternativ: Stämmer helt, stämmer delvis, stämmer lite grann och stämmer inte alls. Av de 20 frågorna behandlade elva stycken delaktighet utifrån om kvinnorna kände att de kunde påverka val under förlossningen, om de kände att personalen lyssande samt om de kände sig välkomna på förlossningen (fråga nummer 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27). Resterande nio frågor behandlade nöjdhet utifrån om kvinnan upplevde att förberedelserna fungerat väl, om kvinnan kände sig väl förberedd samt om informationen varit tillräcklig och betydelsefull (fråga nummer 12, 13, 14, 18, 20, 28, 29, 30, 31).

Datainsamling

Datainsamlingen har utförts på en BB-avdelning i södra Sverige där alla nyförlösta kvinnor skrivs in efter förlossning oavsett om det varit komplikationsfritt eller inte. Den ansvariga verksamhetschefen informerades skriftligen om studien och dennes medgivande erhöles innan datainsamlingen påbörjades. En pilotstudie bestående av fyra enkäter utfördes för att validera studien. Dessa enkäter granskades för att se om informanterna hade fyllt i frågorna och att svaren kunde tolkas. Pilotstudien belyste huruvida frågorna hade hög innehållsvaliditet eller ej (Sohlberg & Sohlberg, 2013). Datainsamling skedde under tiden maj-oktober 2017. Totalt delades 225 enkäter ut med hjälp av vårdpersonalen på den aktuella BB-avdelningen. Ett informationsbrev till de som arbetade på avdelningen lämnades ut. Enkäterna hade ett

försättsblad med information om studien som respondenten kunde läsa innan de besvarade frågorna. Respondenterna besvarade frågorna självständigt och konfidentiellt. Det fanns en brevlåda tillgänglig på avdelningen där respondenterna själva kunde lämna den ifyllda enkäten. Brevlådan tömdes med jämna mellanrum av författarna själva. Den utsatta insamlingsperioden var maj-augusti, men eftersom det minsta antalet enkäter då inte var uppfyllt förlängdes period till oktober och därefter fick insamlingen avslutas pga. studiens tidsbegränsning. Av de 225 enkäter som delades ut samlades 167 enkäter in. Av dessa fick 17 exkluderas på grund av att de var ofullständigt ifyllda och därmed inte kunde tolkas rätt.

Analys av data

Den deskriptiva analysen av enkäterna har genomförts med hjälp av dataanalysprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS 24). Detta har gett en lättöverskådlig bild av resultatet (Olsson & Sörensen, 2011). Demografiska data och förlossningsförberedelser redovisas som antal och procent, både för hela gruppen och uppdelat på först- och omfödorskor. Deltagarnas ålder presenterades i både median och kvartiler, detta för att ge en bättre bild av spridningen i datamängden (Lantz, 2013). För kvantitativ redovisning av och delaktigheten totalt och uppdelat efter tidsperioderna före, under och efter förlossningen poängsattes frågorna nummer 12-31 från ett till fyra. En lägre poäng indikerar att kvinnorna har en högre grad av delaktighet och nöjdhet. För varje kvinna beräknades medelvärde för samtliga av dessa frågor, men även för perioden före (fråga nummer 12-16), under (fråga nummer 17-28) och efter förlossningen (fråga nummer 29-31). Grupperna först- och omfödorskor jämfördes med icke-parametriskt test (Mann-Whitney U-test) eftersom jämförda variabler följde en ordinalskala. Därefter jämfördes subgrupperna till förstfödorskorna som hade deltagit i FUB eller inte med samma icke-parametriska test. Medianvärden och kvartiler redovisas för alla grupper och subgrupper. En signifikansnivå på 0,05 valdes (Wahlgren, 2012).

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Helsingforsdeklarationen ska forskare förhålla sig till etiska principer när medicinsk forskning på människor bedrivs. Detta innebär att deltagarnas rättigheter alltid ska övervägas och hållas i fokus utifrån självbestämmanderätt, integritet och värdighet (World Medical Association, 2008). För att kunna försäkra sig om detta måste en risk- nytta analys göras. Om

riskerna överväger nyttan med studien ska forskningen inte genomföras. I denna studie fanns det en risk att kvinnorna efter förlossningen skulle kunna känna att de var missnöjda med sina förberedelser och fått bristfällig information via BMM. Nyttan var att mammorna fick en chans att reflektera över sina förlossningsförberedelser i relation till förlossningserfarenheten samt att informationen som ges skulle kunna utvecklas genom eventuella fynd ur studien. Nyttan bedömdes överväga riskerna med denna studie. Risk-nytta analys har gjorts fortlöpande under studiens gång för att kunna garantera att nyttan övervägt riskerna (Olsson & Sörensen, 2011).

För att bedriva forskning som involverar människor krävs det enligt lagen om etikprövning en godkänd etikprövning (SFS 2003:460). Föreliggande studie har fått ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Genom informationen på enkätens försättsblad informerades de utvalda respondenterna om att deras medverkan var konfidentiell och frivillig. De informerades om att de när som helst under ifyllandet av enkäten kunde avbryta och dra tillbaka sin medverkan i studien. För att de skulle känna sig trygga med att svaren behandlas konfidentiellt fick de själva möjlighet att lämna den besvarade enkäten i en brevlåda (Helgesson, 2015).

Resultat

Demografiska data

I studien inkluderades 150 nyförlösta mammor som hade svarat på samtliga frågor i enkäten, deras demografiska data visas i tabell 1. Dessa kvinnor var i åldrarna 19-40 år, där medianåldern var 29 år (kvartilavståndet 26-33 år). Medianåldern för förstföderskor var 28 (kvartilavstånd 25-29 år) och för omföderskor 33 (kvartilavstånd 29-35 år). Något över hälften var högskoleutbildade. Det fanns en viss skillnad i utbildningsnivå mellan först- och omföderskor, där ett större antal omföderskor var mer högutbildade. De flesta som deltog i studien var födda i Sverige (90 %), och hade även föräldrar som var födda i Sverige. Majoriteten (97,3%) av alla deltagarna var gifta/sammanboende. Drygt hälften av kvinnorna var förstföderskor.

Tabell 1 Demografiska data på respondenterna			
	Alla	Först- föderskor	Om- föderskor
Variabler	n (%)	n (%)	n (%)
Relationsstatus			
Gift/sammanboende	146 (97)	79 (96)	67 (99)
Särbo	2 (1)	2 (2)	0 (0)
Ingen relation	2 (1)	1 (1)	1 (2)
Totalt	150 (100)	82 (100)	68 (100)
Födelse land			
Sverige	135 (90)	74 (90)	61 (90)
Utanför Sverige	15 (10)	8 (10)	7 (10)
Totalt	150 (100)	82 (100)	68 (100)
Föräldrars födelse land			
Sverige	124 (83)	70 (85)	54 (79)
Utanför Sverige	26 (17)	12 (15)	14 (21)
Totalt	150 (100)	82 (100)	68 (100)
Utbildningsnivå			
Grundskola	4 (3)	1 (1)	3 (4)
Gymnasieskola	62 (41)	40 (50)	22 (32)
Högskola/universitet	84 (56)	41 (50)	43 (63)
Totalt	150 (100)	82 (100)	68 (100)
Medianålder (Kv)	29 (26-33)	28 (25-29)	33 (29-35)

Tabell 2 visar kvinnors förlossningsförberedelser. De vanligaste förberedelserna bland förstföderskor var FUB, läst på internet och talat med familj/vänner. Bland omföderskor var det få som gått FUB. För övrigt var det inte någon större skillnad mellan grupperna gällande förberedelser.

Tabell 2 Typ av förlossningsförberedelser

Variabler	Förstföderskor (82 st)	Omföderskor (68 st)
	n (%)	n (%)
FUB* via MVC*	66 (80)	7 (10)
Fristående profylaxkurs	14 (17)	8 (12)
Läst på internet	65 (79)	40 (59)
Chattat	18 (22)	11 (16)
Läst bok	45 (55)	23 (34)
Talat m familj m.m.	68 (83)	50 (74)

Tabell 3 visar att det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan först- och omföderskor gällande delaktighet och nöjdhet som helhet ($p=0,004$), inför förlossningen ($p=<0,001$) och efter förlossningen ($p=0,004$). Omföderskorna fick lägre poäng vilket indikerar att de kände sig mer delaktiga och nöjda än förstföderskorna. Under förlossningen fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

Tabell 3 Förlossningserfarenheten och delaktighet oavsett förberedelse

Index	Alla	Förstföderskor (82 st)	Omföderskor (68 st)	P
	Md (Q1-Q3)	Md (Q1-Q3)	Md (Q1-Q3)	
Helhet	1,50 (1,30 – 1,70)	1,55 (1,40 – 1,75)	1,40 (1,25 – 1,64)	0,004
Inför	1,20 (1,00 - 1,45)	1,30 (1,00 – 1,60)	1,00 (1,00 – 1,20)	<0,001
Under	1,67 (1,42 – 1,92)	1,67 (1,50 – 1,92)	1,58 (1,33 – 1,83)	0,11 (NS)
Efter	1,33 (1,33 – 1,67)	1,67 (1,33 – 1,67)	1,33 (1,00 – 1,67)	0,004

Fyra svarsalternativ (1-4), låga poäng = större belåtenhet. Md - Median, Q1 - första kvartilen/25e percentilen, Q3 tredje kvartilen/75e percentilen; Mann-Whitney U-test

Tabell 4 visar att oberoende av om förstföderskorna deltagit i FUB eller inte fanns det ingen signifikant skillnad i delaktighet och nöjdhet varken som helhet, inför, under eller efter förlossningen.

Tabell 4 Förlossningserfarenhet och delaktighet hos förstfödernor
baserat på deltagande i FUB* via BMM*

Index	Gått FUB (66 st)	Ej gått FUB (16 st)	p
	Md (Q1-Q3)	Md (Q1-Q3)	
Helhet	1,60 (1,40 – 1,75)	1,50 (1,41 – 1,65)	0,51 (NS)
Inför	1,40 (1,00 – 1,60)	1,20 (1,00 – 1,60)	0,51 (NS)
Under	1,71 (1,50 – 1,94)	1,63 (1,50 – 1,90)	0,71 (NS)
Efter	1,67 (1,33 – 1,67)	1,33 (1,33 – 1,92)	0,72 (NS)

Fyra svarsalternativ (1-4), låga poäng = större belåtenhet. Md - Median, Q1 - första kvartilen/25e percentilen, Q3 tredje kvartilen/75e percentilen; Mann-Whitney U-test

*FUB - Föräldrautbildning, * BMM – Barnmorskemottagning

Vidare visar resultatet att det inte fanns någon signifikant skillnad ($p > 0,05$) i utbildningsnivå bland förstfödernor baserat på om de gått FUB eller inte. Ovanstående har inte presenterats i någon tabell.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien är en tvärsnittsstudie, vilket ger en aktuell bild av hur något ser ut just nu. Nackdelen kan vara att resultatet inte är giltigt en längre tid framåt (Polit & Beck, 2012).

Vid dataanalysen har statistikprogrammet SPSS 24 använts. Inmatningen har skett manuellt vilket kan medföra en risk att det blir fel vid inmatningen (Wahlgren, 2012). Det kan vara en fördel att använda sig av enkäter då deltagarna är anonyma. Deltagarnas svar påverkas inte heller på samma sätt av författarna som det kan göra vid en intervjustudie. Nackdelen med enkät som instrument kan vara att deltagarna inte erbjuds möjlighet att be om hjälp om en fråga är svårtolkad. En annan nackdel är att författarna själva inte har möjlighet till följdfrågor om det vid något tillfälle skulle behövas (Ejlertsson, 2004).

Enkäten som har använts i tidigare studier är tillförlitlig och har validitet då den mäter det som den är avsedd att mäta (Premberg et al, 2012). Frågorna ändrades från att vara tilltänkta till nyblivna pappor till att rikta sig till de nyblivna mödrarna, vilket i sig inte påverkar validiteten. En pilotstudie gjordes som visade att enkäten var tydlig och välformulerad, därför gjordes inga vidare ändringar. Eftersom kvinnorna besvarade enkäten nästan direkt i samband

till förlossningen har de upplevelsen färskt i minnet, men hade studien gjorts om en lägre tid senare hade resultatet kunna bli annorlunda eftersom minnet av upplevelser kan ändras över tid (Waldenström, 2003). Studien hade en tidsbegränsning vilket gjorde att det var mer tidseffektivt att dela ut samtliga enkäter vid en och samma BB-avdelning. Alternativet hade varit att enkäterna delats ut via BMM på efterkontrollen, vilket hade varit mer tidskrävande. För att få en bättre generell bild av studien hade det varit av fördel att dela ut enkäten på fler sjukhus i både större och mindre städer. Detta var dock inte möjligt att utföra under den begränsade tidsperioden.

Resultatet kanske hade blivit annorlunda om även de som genomgått kejsarsnitt hade inkluderats, detta eftersom deras upplevelse kan skilja sig från de kvinnor som fött vaginalt. Det finns en tidigare studie som visat att de som genomgått planerat kejsarsnitt varit mindre nöjda jämfört med de som fött vaginalt (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2011). En annan anledning till att de exkluderades var att många av de frågorna som fanns i enkäten inte var anpassade för de som genomgick kejsarsnitt.

Om de kvinnor som inte talade svenska inkluderats i studien kunde detta ha gett en bättre bild av hur populationen i samhället ser ut. Det kan också ha påverkat resultatet eftersom det kan finnas vissa kulturella skillnader kring förlossningsförberedelse och förlossningsupplevelse. Det kan även vara skillnad att vara gravid och föda barn i ett nytt land där de eventuellt talar ett annat språk och har en annan kultur (Hoang & Kilpatrick, 2009). Anledningen till att de som inte talade svenska valdes bort var att det hade varit alltför tidskrävande att översätta enkäten till flera olika språk samt att validera översättningen.

Resultatdiskussion

I denna studie framkom det att det fanns en signifikant skillnad mellan först- och omfödorskors delaktighet och nöjdhet av förlossningen som helhet respektive före och efter. Detta var oberoende av vilken typ av förberedelser de använt sig av. Detta kan bero på att omfödorskor har en tidigare erfarenhet av förlossning och vet vad de kan förvänta sig (Jokic-Begic, Zigic & Nacic Rados, 2014). Vidare visar en kvalitativ studie att omfödorskor kände sig mer förberedda än förstfödorskor eftersom de kunde ställa mer specifika frågor relaterat till sina tidigare upplevelser och erfarenheter (Heberlein, Picklesimer, Billings, Covington-Kolb, Farber & Frongillo, 2016). Då flera studier pekar på att omfödorskor är mer förberedda inför förlossningen kan det vara mer lämpligt att lägga ett större fokus på förstfödorskorna.

Detta för att kunna utveckla och förändra informationen som är riktad till dem för att öka deras delaktighet och nöjdhet. Enligt Antonovsky (2005) kan en tidigare erfarenhet ge en ökad delaktighet i form av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och därmed ge en känsla av sammanhang. Utifrån detta skulle förlossningsförberedelser kunna vara till fördel för förstföderskor för att bidra till en känsla av sammanhang.

På vilket sätt först- och omföderskorna har förberett sig skiljer sig en del åt. Den största skillnaden är att majoriteten av förstföderskorna har gått FUB, medan antalet omföderskor som har gått FUB är låg. Enligt statistik från Socialstyrelsen (2014) bekräftas det att majoriteten av de som deltar i FUB är förstföderskor och att andelen omföderskor som deltar är låg. En möjlig anledning till att omföderskor inte deltar skulle kunna vara att de inte erbjuds att delta i föräldrautbildning. Detta skulle kunna bero på att de förväntas ha kunskap sedan tidigare och att resurserna inom verksamheten inte räcker till. Hade alla erbjudits hade kanske fler omföderskor gått FUB.

Studien kom också fram till att det mellan förstföderskor som gått FUB eller inte ej fanns någon signifikant skillnad i delaktighet och nöjdhet över förlossningen. Föreliggande studie rapporterar inget om hurvida FUB leder till större nöjdhet eller inte under förlossningen. Anledningen till detta är att de kvinnor som valde att inte delta i FUB kanske var nöjdare och hade mer kunskaper redan från början än de som valde att gå FUB. Genom att delta i FUB kan det ha lett till att de sedan hamnade på samma nivå av nöjdhet. I tidigare studier framgår några gemensamma bakgrundsorsaker hos kvinnor som inte deltar i FUB. Orsakerna till ointresset och oförmågan att delta är bland annat att kvinnorna har ett annat språk än svenska, har en låg utbildningsnivå, har haft en oplanerad men välkommen graviditet, har haft negativa förväntningar på den kommande förlossningen, har varit arbetslös, har rökt under graviditeten, har haft funderingar på abort, har haft låg närvaro på BM-besök och/eller har haft negativa förväntningar på det tidiga föräldraskapet (Fabian, Rådestad & Waldenström, 2004; Fabian, Rådestad & Waldenström, 2005).

I föreliggande studie finns det ingen signifikant skillnad i utbildningsnivå hos de förstföderskor som har gått FUB eller inte. Det skulle kunna bero på att antalet som inte har gått FUB är lågt och därför inte kan ge en bra bild. Det kan finnas ett behov att specialisera FUB för de som har speciella behov för att kunna nå ut till fler. Exempel på inriktningar kan

vara tex. olika kulturella bakgrunder, unga föräldrar, ensamstående mödrar och homosexuella föräldrar (Widarsson, 2012).

Det finns varierande sätt att skaffa sig information på med olika typer av upplägg vilket gör att fler personers behov kan tillgodoses. I denna studie framgick det att förutom att delta i FUB var de vanligaste förberedelserna att tala med familj och vänner, läsa på internet och att läsa relevant litteratur. Fabian (2008) påvisade att dagens FUB har en uppbyggnad som är mest lämpad för de som har en god socioekonomisk situation, vilket också stärker vikten av att kunna erbjuda olika utbildningsalternativ. I ett mer långsiktigt perspektiv har det visat sig att de förstföderskor som hade gått en strukturerad föräldrautbildning i högre utsträckning fortfarande hade en god förlossningsfarenhet fem år efter sin förlossning (Maimburg, Væth & Dahlen, 2016). Brixval et al., (2016), undersökte i en randomiserad studie skillnader i erfarenheten av förlossningen efter att ha deltagit i föräldrarutbildning via storföreläsning alternativt mindre grupper. Föreliggande studie påvisades inte någon skillnad i erfarenheten av förlossningen, men att de som ingått i de mindre grupperna väntade längre med att åka in till sjukhuset när förlossningen startade. I en kvantitativ studie från 2016 av Karabulut, Coşkuner Potur, Doğan Merih, Cebeci Mutlu & Demirci har de kommit fram till att deltagande i föräldrautbildning minskade förlossningsrädslan, vilket skulle kunna resultera i en positivare förlossningsfarenhet. Detta belyser att det skulle vara av fördel att nå ut till fler kvinnor genom individualiserad föräldrautbildning för att kunna bidra till en bättre förlossningserfarenhet. Widarsson et al. (2012) har i sin kvalitativa studie föreslagit att dagens mödrahälsovård ska utformas så att den blir mer patientcentrerad. Utifrån ovanstående framgår det att för olika personer passar det ena eller andra alternativet bättre. Därför är det av relevans att kunna erbjuda de blivande mödrarna och deras partners möjlighet att välja det alternativ som passar dem bäst. I dagens samhälle utvecklas sociala medier mycket och samma information finns att tillgå på flera olika sätt. Information finns på många platser i form av olika privata kurser och föreläsningar och internetbaserade kurser och poddar som alternativ till den traditionella föräldrautbildningen på BMM. Att som barnmorska på BMM vara uppdaterad med alternativ till gruppöreläsningar borde utifrån detta vara viktigt (Socialstyrelsen, 2006; Socialstyrelsen, 2014).

Föräldrautbildningen innefattar dock mer än själva förlossningen. Den innefattar bland annat amning, första tiden med barnet och förväntningar på föräldraskapet. Även om det inte finns

studier som entydigt visar att FUB ger en bättre förlossningserfarenhet finns det andra aspekter på varför det är viktigt att blivande föräldrar ges möjlighet att delta. Studier visar att FUB ger ett ökat socialt nätverk, varför det är viktigt att erbjuda det även till omfödernor då det kan vara en anledning till att de vill delta (Fabian, 2008; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004).

Ett sätt att öka delaktigheten för den födande kvinnan är att skriva ett förlossningsbrev (Deering et al., 2007). I denna studie framgår inte om de kvinnor som deltagit skrivit något förlossningsbrev eller inte. En kohortstudie pekar på att de kvinnor som hade en förlossningsplan var mindre nöjda med sin förlossning jämfört med de som inte hade skrivit ett förlossningsplan. De visar vidare på att där finns en association mellan de med förlossningsbrev och ett mindre antal interventioner under förlossningen (Afshar, Mei, Gregory, Kilpatrick & Esakoff, 2017). Detta skulle kunna bero på att de som skrivit ett förlossningsbrev haft en bild av hur förlossningen skulle vara och därmed blev besvikna om detta inte kunde uppfyllas. Det hade varit intressant för resultatet i denna studie om en fråga kring förlossningsbrev inkluderats i enkäten.

Resultatet i denna studie visar att både först- och omfödernor överlag är relativt nöjda med sin förlossning samt sina förberedelser. Hade samma frågor ställts en tid senare kan det hända att resultatet hade varit annorlunda (Waldenström, 2004; Waldenström, 2003).

Föräldrautbildningen påverkar inte kvinnans förlossningserfarenhet enligt Fabian (2008), i denna studie går det inte att påvisa om FUB har någon effekt på delaktigheten eller inte. De flesta kvinnorna i föreliggande studie har däremot uttryckt att de tycker att föräldrautbildningen har varit tillräckligt bra. Detta skulle kunna bero på att kvinnorna direkt efter förlossningen är lättade för att förlossningen är över och att barnet mår väl. Ibland kan det ta lite längre tid för de negativa känslorna att komma till ytan eftersom kvinnan just då mest är tacksam för att allting har gått bra (Maimburg et al., 2016).

Eftersom urvalet i föreliggande studie är begränsat är det svårt att kunna dra en generell slutsats. Liknande studier med fler deltagare skulle behöva göras för att få en mer generell bild av hur FUB påverkar förlossningserfarenheten samt hur FUB skulle kunna utvecklas på bästa sätt.

Konklusion och implikationer

Studien visar att förlossningserfarenheten och delaktigheten inte är beroende av vilken typ av förberedelser kvinnan använt sig av. Det visar även att förstföderskor som gått FUB inte känner sig mer delaktiga och nöjda än de som inte gått FUB. Det fanns en signifikant skillnad mellan först- och omföderskors förlossningserfarenhet där omföderskorna var något nöjdare. Resultatet påvisade att FUB inte ger någon ökad delaktighet och nöjdhet för kvinnan i den perinatale perioden, vilket kan tyda på att FUB behöver utvecklas mer för att kunna passa olika individer i samhället. Mer forskning inom området behövs. Barnmorskan har en viktig roll i arbetet med utvecklingen av FUB och att komma fram till olika sätt för att individanpassa den.

Referenser

- Afshar, Y., Mei, J., Gregory, K., Kilpatrick, S., & Easkoff, T. (2017). Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*, 1-7. doi:10.1111/birt.12320
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Axelsen, S., Brixval, C., Koushede, V., & Thygesen, L. (2002). Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a Danish randomized trial. *Sexual & reproduktive Healthcare*, 10, 32-34. doi:10.1016/j.srhc.2016.03.003
- Bai, J., Bauman, A., Mohsin, M., & Wong, F. (2002). Parity and pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(2), 274-278.
- Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M., & Berlin, A. (2017). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 31(57), 1-7. doi:10.1016/j.midw.2017.10.021
- Bengtsson, K. (den 02 04 2017). *1177.se*. Hämtat från <http://www.1177.se/Blekinge/Gravid/Forlossning/Praktiska-rad-infor-forlossning/Forlossningsbrev/2017>
- Berglund, A., Lundberg, G., Sandén, E., Lindroth, M., Lindholm, E., & Nilses, C. (2008). Mödrahjälpvårdens utveckling och uppdrag. i L.-Å. Mattsson, *Mödrahälsovård. Sexuell och reproduktiv hälsa SFOG*. (ss. Rapport nr 59, 7-14). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2010). A randomised controlled multicenter trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*, 27(5), 195-200. doi:10.1016/j.midw.2010.07.005
- Butler, M., Sheehy, L., Kington, M., Walsh, M., Brosnan, M., Murphy, M., . . . Barry, T. (2014). Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness and preparation for pregnancy. *Midwifery*, 31, 418-25. doi:10.1016/j.midw.2014.12.002
- Cook, K., & Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. 21(3): 158-168. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. doi:10.1891/1058-1243.21.3.158
- Deering, S., Zaret, J., McGaha, K., & Satin, A. (2007). Patients presenting with birth plans: A case-control study of delivery outcomes. *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 52(10), 884-887.
- Dencker, A., & Wiklund, I. (2016). Komplikationer i samband med förlossningen. i *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (ss. 545-547). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

- Engman, J., Väfors Fritz, M., Fängström, K., Kerstis, B., Larsson, L., Ehn Magnusson, A., Smeds, L., Stenhammar, C., Wallby, T., Wells, M., Widarsson, M., & Åhman, A. (2009). *Föräldrastöd i Sverige idag - vad, när och hur?* i A Sarkadi (Red.), *Rapport till Statens folkhälsoinstitut*. Visby: Nomen.
- Fabian, H. (2008). *Women who do not attend parental classes during pregnancy or after birth*. (doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Women's and Children's health. Hämtat från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39205/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fabian, H., Rådestad, I., & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 226-35. doi:10.1016/j.midw.2004.01.003
- Fabian, H., Rådetad, I., & Waldenström, U. (2004). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 436-43. doi:10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x
- Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J., & Davis, D. (2015). Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, 158-65. doi:10.1016/j.midw.2015.11.017
- Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women and birth*, 26, 5-8. doi:10.1016/j.wombi.2012.09.003
- Forslund Frykedal, K., Rosander, M., Berlin, A., & Barimani, M. (2015). With or without the group: Swedish midwives' and child healthcare nurses' experience in leading parent education. *Health Promotion International*, 899-907. doi:10.1093/heapro/dav082
- Gleichmann, L. (2004). *Föräldraskap mellan styrning och samhällsomvandling. En studie av syn på föräldrar och relation mellan familj och samhälle under perioden 1957-1997*. Studies in Educational Science. Stockholm: HSL förlag.
- Hallgren, A., & Lundgren, I. (2010). Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. i M. Berg, & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande* (ss. 85-116). Lund: Studentlitteratur.
- Hallgren, A., & Lundgren, I. (2010). Förlossningsförberedelser och metoder för att hantera förlossningen. i M. Berg, & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande* (ss. 85-116). Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Herberlein, Picklesimer, Billings, Covinton-Kolb, Farber, & Frongillo. (2016). Qualitative comparison of women's perspectives on the functions and benefits of group and individual prenatal care. *Journal of Midwifery womens health*, 61(2), 224-234. doi:10.1111/jmwh.12379

- Hildingsson, I., Andersson, E., & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time - A comparative study of two cohorts of women. *5*, 51-70. doi:10.1016/j.srhc.2014.01.001
- Hoang, H., & Kilpatrick, S. (2009). Having a baby in the new land: a qualitative exploration of the experiences of Asian migrants in rural Tasmania, Australia. *Rural and Remote Health, 9*(1), 56-59.
- ICM. (2011). Hämtat från International Code of Ethics for Midwives: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf> [Hämtad 23 Februari 2017]
- Jokic'-Begic', N., Zigic', L., & Nakic 'Rados, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology, 35*(1), 22-28. doi:10.3109/0167482X.2013.866647
- Karabulut, Ö., Coskuner Potur, D., Dogan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev, 63*, 60-67. doi:10.1111/inr.12223
- Karlström, Ö., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual and Reproductive Healthcare, 2*(3), 93-99. doi:10.1016/j.srhc.2011.03.002
- Kemp, J., & Sandall, J. (2008). Normal birth, magical birth: the role of the 36-week birth talk in caseload midwifery practice. *Midwifery, 26*(2), 211-221. doi:10.1016/j.midw.2008.07.002
- Lantz, B. (2013). *Grundläggande statistisk analys*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016). Förlossningens förlopp. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (ss. 446-457). Lund: Studentlitteratur.
- Maimburg, R., Vaeth, M., & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women Birth, 29*(5), 450-454. doi:10.1016/j.wombi.2016.02.003
- NE, N. (u.d.). Hämtat från <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/ordböcker/#/sok/ne-ordbok-sv-sv?q=delaktighet> [Hämtad 20 Februari 2017]
- Nordström, L., & Wiklund, I. (2016). Förlossning - fysiologi och handläggning. i K. Marsál, & I. Westgren (Red.), *Obstetrik* (ss. 107-122). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Persson, E., Fridlund, B., & Dykes, A.-K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*(1), 118-125. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00442

- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Premberg, Å., Taft, C., Hellström, A.-L., & Berg, M. (2012). Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(1), 35-39. doi:10.1186/1471-2393-12-35
- SFOG. (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport 37*. Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, Samordningsbarnmorskorna inom SBF, Mödra och barnhälsopsykologernas förening. Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
- SFS. (2003:460). *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS. (2014:822). *Hälso-och sjukvårdslagen*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.se> den 20 02 2017
- Socialstyrelsen. (2011). *Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa - en kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-35> den 20 02 2017
- Socialstyrelsen. (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.se> den 20 02 2017
- Sohlberg, P., & Sohlberg, B.-M. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber.
- The World Medical Association. (2008). *World Medicine Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtat från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> [Hämtad 1 April 2017]
- Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248-54.
- Waldenström, U. (u.d.). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31(2), 102-107. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00287
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31, 17-27. doi:doi:10.1111/j.0730-7659.2004.0270

WHO. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.who.int/classifications/icf/en/> den 20 02 2017

Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: A qualitative study. *The Journal of perinatal education*, 21, 36-44.

Bilaga 1, Enkät

Enkät

Ta ställning till varje påstående genom att sätta ett kryss i den ruta som bäst stämmer överens med vad Du tycker. Sätt ett kryss per fråga (förutom fråga nio där Du får kryssa i flera alternativ). Om Du inte är säker på vad Du tycker, välj det alternativ som känns mest rätt. I slutet av enkäten finns det utrymme att lämna fler synpunkter om Du önskar det.

Bakgrundsinformation

1. Vilken relationsstatus har du?

- Gift/sammanboende
- Särbo
- Vän
- Ingen relation

2. Är du född utanför Sverige?

- Ja
- Nej

3. Om ja, vilket land?

.....

4. Är en eller båda av dina föräldrar födda utanför Sverige?

- Ja
- Nej

5. Om ja, vilket land/länder?

.....

6. Vilken är din högsta utbildningsnivå?

- Grundskola
- Gymnasieskola
- Högskola/universitet

7. Hur gammal är du?

..... år

8. Är det barn/ de barn som fötts ditt/dina första barn?

- Ja
- Nej

9. Hur har du förberett dig inför förlossningen? (Här får flera svarsalternativ anges)

- Föräldrautbildning på MVC (där du har deltagit vid minst två tillfällen)
- Fristående profylaxkurs
- Läst på internet (ej chattat)
- Chattat, diskuterat med andra på internet
- Läst egna böcker
- Talat med familj, vänner och arbetskollegor
- På annat sätt

Om du ej gått föräldrautbildning på MVC, gå till fråga 12

10. Under din föräldrautbildning på MVC, fick du möjlighet att diskutera och utbyta erfarenheter med andra i samma situation som du?

- Ja
- Nej

11. Under din föräldrautbildning på MVC, fick din partner möjlighet att delta i pappagrupp/partnergrupp?

- Ja
- Nej

12. Jag upplevde att mina förberedelser sammantaget fungerade väl?

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

Inför förlossningen...

13. ...kände jag mig välinformerad

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

14. ...kände jag mig väl förberedd

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

15. ...kände jag mig välkommen när jag ringde till förlossningsavdelningen

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

16. ...blev jag väl mottagen vid ankomsten till förlossningsavdelningen

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

I samband med förlossningen...

17. ...kände jag mig positivt uppmärksamrad av personalen

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

18. ...fick jag tillräckligt med information

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

19. ...fick jag vägledning

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

20. ...saknade jag viss information

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

21. ...förekom situationer som jag helst skulle ha avstått ifrån

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

Under förlossningen kände jag...

22. ...oro för barnet

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

23. ...oro för att något skulle gå fel

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

24. ...oro för att jag inte skulle klara förlossningen

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

25. ...kände jag att jag kunde påverka val av förlossningsställningar

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

26. ...kände jag att jag kunde påverka val av smärtlindring

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

27. ...kände jag att barnmorskor och övrig personal lyssnade på mig

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

28. ...upplevde jag förloppet som skrämmande

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

Efter förlossningen...

29. Upplevde du förlossningen som du väntat dig?

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

30. Upplevde du att informationen du fick inför förlossningen var tillräcklig?

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

31. Upplevde du att informationen du fick inför förlossningen var betydelsefull för dig?

- Stämmer helt
- Stämmer delvis
- Stämmer lite grann
- Stämmer inte alls

Tack för din medverkan!

Lämna enkäten till personalen på BB eller i den brevlåda som finns uppsatt på avdelningen.