

Kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Göteborg

-en tvärsnittsstudie

FÖRFATTARE: Hannan Omeirat

Janet Dahlgren

PROGRAM/KURS: Barnmorskeprogrammet

90 högskolepoäng

Reproduktiv och perinatal hälsa RPH100

HT 2013

OMFATTNING: 15 högskolepoäng

HANDLEDARE: Helen Elden

EXAMINATOR: Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelse av förlossningsvården i Göteborg -en tvärsnittsstudie
Titel (engelsk):	Women´s experiences of maternity care in Gothenburg-a cross sectional study
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Barnmorskeprogrammet, 15 högskolepoäng/Reproduktiv och perinatal hälsa
Kursbeteckning:	RPH100
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36 sidor
Författare:	Hannan Omeirat och Janet Dahlgren
Handledare:	Helen Elden
Examinator:	Margareta Mollberg

SAMMANFATTNING

Enligt WHO (2012) ska förlossningsvård innebära att kvinnan ska kunna föda sitt barn på ett säkert och tryggt sätt. Hon ska kunna känna att hon får en säker vård och bli omhändertagen. För att den födande kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse har kontinuerligt stöd visat sig vara av yttersta vikt. Syftet med denna tvärsnittsstudie var att undersöka kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Göteborg och se om det fanns några skillnader i förlossningsvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra och Sahlgrenska Universitetssjukhuset Mölndal. Mätinstrumentet KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv) som modifierats för att passa förlossningssjukvården användes. Trehundra svensktalande nyförlösta kvinnor på förlossningsklinikerna i Göteborg erbjöds att delta i undersökningen som pågick veckorna 10-11 samt 20, 2013. Svarefrekvensen var 50 % (n=151/300). KUPP bestod främst av skattningsskalor men det fanns även frågor där respondenten hade möjlighet att skriva kommentarer om sin förlossningsupplevelse och ge förslag till förbättringar av vården. Resultatet visade att barnmorskorna på de båda klinikerna gav ett gott bemötande, god information, hög förståelse och respekt. Kvinnorna upplevde ett gott stöd ifrån sin barnmorska och kommenterade att de var särskilt nöjda med sin ansvariga

barnmorska. Som förslag till förbättringar angav kvinnorna att miljön på förlossningsavdelningarna kunde förbättras samt att bemanningen av barnmorskor ökas. Sammanfattningsvis ansåg kvinnorna som deltog i undersökningen att de fått en trygg och säker vård under förlossningen. Huruvida denna uppfattning gäller alla kvinnor som vårdades under perioden är osäkert på grund av det stora bortfallet i undersökningen.

ABSTRACT

According to WHO (2012), a women shall be able to deliver her baby safe and secure. She must feel that she is safe and being cared for. A positive birth experience and continuous support have been proved to be most important for women. The purpose of this cross-sectional study was to explore women's experiences of maternity care in Gothenburg and evaluate if there are differences in women's experiences of maternity care in Sahlgrenska University Hospital/Ostra and Sahlgrenska University Hospital/Molndal. The modified QPP (Quality from the Patient's Perspective) was used. QPP consists primarily of rating scales, but it also contains questions where the respondent can write comments about her birth experience and suggest improvement of the care. In all, 300 Swedish speaking newly delivered women were invited to participate in the study during week 10-11 and 20, 2013. The response rate was 55% (n = 151/300). The results showed that the midwives at both clinics gave good care and information, where highly understanding and, treated the women with respect. Women experienced good support and commented that they were particularly pleased with their responsible midwife. Suggestions for improvement were that the environment should be renovated and that the staff of midwives should increase. In conclusion, the women thought that they had experienced a safe and secure childbirth. However, whether this opinion applies to all the women at the maternity wards during the study period is uncertain because of the large drop-out rate.

Keywords

Delivery care, Midwife, Respect, Support

INNEHÅLL	
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
TEORETISK REFERENSRAM	2
STÖD	2
VÄLBEFINNANDE	3
BEMÖTANDE	4
KONTROLL, TRYGGHET OCH SJÄLVKÄNSLA	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
ANSATS	7
VALIDITET OCH RELIABILITET	7
URVAL	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	9
ETISKA OCH FORSKNINGENS ÖVERVÄGANDE	9
RISK/NYTTA ANALYS	10
RESULTAT	10
BAKGRUNDSDATA	10
UPPLEVELSEN OCH BETYDELSEN AV INFORMATION	13
UPPLEVELSEN OCH BETYDELSEN AV	
BARNMORSKANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT	14
UNDERSKÖTERS KOR OCH LÄKARNAS BEMÖTANDE	16
UPPLEVELSEN OCH BETYDELSEN AV	
FÖRLOSSNINGSVÅRDEN	17
SAMRÅD, BEHOV OCH FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE	18
PERSONALENS BEMÖTANDE AV NÄRSTÅENDE	

OCH DENNES BEHOV	19
FÖRLOSSNINGSMILJÖ	20
MILJÖN PÅ SJUKHUSET OCH MÖJLIGHET TILL	
TIDIG ANKNYTNING TILL BARNET	21
KONTROLL, TRYGGHET OCH SJÄLVKÄNSLA	22
VÄLBEFINNANDE EFTER FÖRLOSSNINGEN	22
RESPONDENTERNAS EGNA KOMMENTARER OM VÅRDEN	22
DISKUSSION	23
METODDISKUSSION	23
RESULTATDISKUSSION	25
Upplevelsen av barnmorskans bemötande och stöd	25
Amning och anknytning till det nyfödda barnet	26
Bemötande av annan personal	26
Säker vård och smärtlindring	27
Atmosfär och miljön	27
Uppleva känsla av kontroll	28
Känslö- samt fysiskt tillstånd	28
Konklusion/praktisk implikation/framtida forskning	29
REFERENSER	30
BILAGOR	34

INLEDNING

Livets största händelse för kvinnan anses vara att föda barn, det är många tankar, känslor och funderingar under tiden som kvinnan är gravid. Det finns olika upplevelser av förlossningen för kvinnor och det är svårt att på förhand veta hur det kommer att bli den dagen kvinnan ska åka till förlossningen och föda sitt barn. Som blivande barnmorskor är det viktigt med kunskap om hur gravida kvinnor upplever vården i samband med förlossningen.

BAKGRUND

Världshälsoorganisationen (WHO, 2012) beskriver att förlossningsvård skall innebära att kvinnan ska kunna föda sitt barn på ett säkert och tryggt sätt. Hon ska kunna känna att hon får en säker vård och bli omhändertagen. Fokus under vårdtiden ska vara på kvinnan och barnets hälsa och säkerhet, det ska finnas resurser som kan användas vid en akut situation. Kontinuerligt stöd har visat sig vara viktigt för den födande kvinnan och för en positiv förlossningsupplevelse samt att det har betydelse för om kvinnan föder spontant med vaginalförlossning eller instrumentellt med sugklocka eller sectio (Lundgren, 2009)

Evidensbaserad vård har genom åren vuxit sig starkare och sätter den vetenskapliga kunskapen i fokus. Kravet på tekniken kring barnets säkerhet vid förlossning har ökat genom åren vilket har lett till att mer teknisk utrustning framtagits samtidigt som diskussionerna kring nyttan av den har debatterats. Att arbeta med evidensbaserad vård innebär att arbeta systematiskt och medvetet med vården som patienterna får och grunden för evidensbaserad vård utgörs då av vetenskapligt bevisad forskning (Socialstyrelsen, 2001).

Sundström (2009) skriver att i Sverige har utvecklingen av förlossningsvården förändrats och utvecklats ifrån 1940-talet då de flesta kvinnor födde hemma och till nu då majoriteten föder på sjukhus. En del gravida kvinnor upplever förlossningsvården som mycket god medan andra kvinnor kan berätta om sina skräckuppfyllda minnen kring förlossningen och dess vård. En sak som de flesta gravida kvinnor upplever positivt är teknikens utveckling såsom undersökningar, smärtlindring och handläggande av förlossningen. Tekniken kring vården har gett många av kvinnorna en ökad trygghet som i sin tur kan ge en bättre förlossningsvård.

För dessa kvinnor har även stödet och bemötandet varit en stor del i deras upplevelse av förlossningsvården, att bli sedda och respekterade ger dessa kvinnor en bättre upplevelse. Alla

kvinnor är dock inte nöjda med varken de undersökningar, tekniker eller det stöd som ges av barnmorskorna (Sundström, 2009).

Övergången till moderskap är en stor livshändelse som medför en stor dramatisk förändring i kvinnans och mannens livssituation. Kvinnan utsätts för nya utmaningar under graviditeten vilket medför ett stort behov av information och stöd. Hjälpen och stödet kvinnan får under förlossningen kan påverka hennes liv under en lång tid. För att kunna ge lämplig vård under förlossningsprocessen krävs en förståelse för kvinnans upplevelser (Mercer, 1995).

Barnmorskans kompetensbeskrivning innehåller rekommendationer om barnmorskans yrkeskunnande, förhållningssätt och beskriver hur barnmorskan ska hantera normal graviditet och förlossning. I kompetensbeskrivningen står det att den vård som den förlösande kvinnan får ska vara trygg, säker och av god kvalitet (Socialstyrelsen, 2006).

Rudman (2007) har analyserat dataresultat från KUB-projektet (Kvinnors Upplevelser av Barnafödande) i vilken 3000 svensktalande kvinnor deltog. De fick svara på tre enkäter: den första i tidig graviditet, nummer två när barnen var två månader gamla och nummer tre när barnet fyllt ett år. Resultatet visade att 780/3000 (26 %) kvinnor inte var nöjda med förlossningsvården. Kvinnorna var mest missnöjda med omhändertagandet och bemötandet och kommunikationen med barnmorskor. De påpekade även brister i personligt stöd, information och möjligheter till medbestämmande. Kritiken av vården på BB (Barnbördshuset) handlade om brist på uppmärksamhet från vårdpersonalen, att hemgången inte var individanpassad samt avsaknaden av information och stöd om amning. De kvinnor som hade vårdats på små sjukhus och avdelningar där mannen kunde stanna kvar på natten var mest nöjda.

TEORETISK REFERENSRAM

STÖD

I Kompetensbeskrivningen för barnmorskor framkommer att stödja kvinnan är en central del av barnmorskans arbete. Forskning har också visat att stödet som den födande kvinnan får kan vara avgörandet för hur resten av vårdtiden på förlossningen och BB blir. Att veta vilket stöd som ska ges, hur det ska ges och när det behövs kan upplevas som svårt eftersom alla födande

kvinnor har olika behov och därför är det viktigt att det individanpassas (Socialstyrelsen, 2006).

Lundgren (2009) skriver att det kan vara svårt att veta när stödet för kvinnan ska initieras men tidigare studier har visat att ju tidigare som den födande kvinnan får stöd av barnmorskan har betydelse för kvinnans upplevelse av vården. Att stödja innebär att finnas där när kvinnan behöver hjälp, praktiskt kan det innebära att hjälpa kvinnan med avslappnande andning under värkarbetet, berätta om det som händer/ska hända eller bara finnas i rummet. I Storbritannien finns nationella riktlinjer (2007) utformade som innebär att kvinnan ska erbjudas ”one-to-one care”, vilket betyder att kvinnan ej ska lämnas ensam mer än några få korta stunder under förlossningsprocessen. Detta förfarande har resulterat i att kvinnans smärtor minskar som medför att behov av smärtlindring minskar. Vidare får kvinnorna en bättre förlossningsupplevelse och de lämnar sjukhuset tidigare än kvinnor som inte får vård med one-to-one care.

Berg & Lundgren (2007) menar att ett positivt minne av förlossning och vården efteråt beror på hur vårdpersonalen agerar under tiden som kvinnan föder. Att vårda är att stödja och stärka och det är en viktig aspekt som vårdpersonal måste ha med sig i arbetet. De menar att det kan vara inspirerande att hitta ett sätt som stödjer och stärker kvinnan som vårdas och att det kan vara svårt eftersom alla kvinnor har individuella behov. Att stödja och stärka innebär att ta ansvar och respektera det normala förloppet, det kan beskrivas som att hitta en balans för kvinnan och anpassa vården för hur förlossningen går. En studie i Brasilien av Bruggemann, Parpinelly, Osis, Cecatti och Neto (2007) (n=212) visade att gravida kvinnor som haft stöd under förlossningen av en person som de själva valt upplevde smärta och eventuella komplikationer positivare än kvinnor som inte fått stöd.

VÄLBEFINNANDE

Att bli förälder är en stor övergång för kvinnan och beskrivs som en process som innefattar medvetenhet, engagemang och förändring. Barnmorskans hanterande under förlossningen och vården efteråt kan påverka hur kvinnan upplever välbefinnande och får en positiv övergång till föräldraskapet. Därför är barnmorskans agerande viktigt, stödet är en stor grund och betydelsefullt för kvinnans upplevelse. Att ha ett livsperspektiv är en god utgångspunkt för de som vårdar dessa kvinnor. Livsperspektiv innebär att se kvinnan utifrån hennes egna

förutsättningar och behov, det finns inga rätt eller fel för denna professionella vårdform utan den anpassas individuellt (Berg & Lundgren, 2009).

Bergh (2002) menar att hälsa är att främja kvinnans välbefinnande och utgör grunden för alla barnmorskor inom förlossningen och välbefinnande kan beskrivas som ett tillstånd med att ha inre balans och harmoni. För kvinnan kan upplevelsen av välbefinnande vara att känna hopp och tillit till barnmorskan under förlossningen. Behovet av stöd är stort och rädslan att känna sig ensam kan minska av att barnmorskan har kännedom om hur de ska handla. För att kvinnan ska uppleva välbefinnande efter förlossningen är det viktigt att barnmorskan har kännedom om kvinnan och hennes livserfarenheter.

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det att människans välbefinnande beror helt på hur hälsan är. Det är vårdpersonalens skyldighet att ge människor som behöver vård för att öka välbefinnandet och därmed förbättra deras hälsa. Med vårdpersonal menas alla som vårdar patienter såsom barnmorskor, sjuksköterskor, läkare med flera.

BEMÖTANDE

Bergh (2002) menar att bemötandet är viktigt för barnmorskans arbete när det gäller födande kvinnor. Eftersom kvinnorna är så utsatta är det viktigt för all vårdpersonal som vårdar dessa kvinnor att vara lyhörda, att kunna sätta sig in i deras situation och respektera dem. ICM (2011) skriver att bemötandet ska anpassas av människans psykiska, fysiska och emotionella behov.

För vårdpersonalen krävs det att förhållningssättet till patienter är korrekt och värdigt. Hur personalen agerar kan sätta spår på hur patienterna upplever sin vård. Som vårdare krävs det att man bemöter människor ur ett etiskt perspektiv och att den vårdetik som finns för just den arbetsplatsen anammas. Det kan medföra att stunden för vårdandet blir bra för patienten och att upplevelsen inte gör att de skräms att söka sjukvård igen (Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763).

Att bygga en god relation och lyssna på patienten är stor fördel för att vården ska upplevas som god av patienten. Att söka vård innebär att ge av sig själv, ibland när det gäller intima saker som vårdpersonal kan uppfatta som banal kan vara mycket jobbig för patienten att berätta om. Då är det viktigt att vården sker på en nivå som patienten uppfattar som trygg och säker. Det är en balans för vårdpersonalen att skapa en god relation som bygger på

ömsesidighet och inte forcera fram något som patienten inte känner sig bekväm med (Kalkas & Sarvimäki, 1996).

Bemötandet ska vara av vänlig karaktär, vara av respekt för individen och vara icke-dömande. Det är viktigt för vårdpersonalen att förklara varje steg av vårdprocessen för att patienten ska känna sig trygg och säker. Att uppmuntra när behovet finns, att stödja och stärka när situationen krävs kan vara svårt att ta emot för den behövande men om bemötandet sker på ett bra sätt så är det lättare att ta emot den hjälp som erbjuds och behövs (WHO, 2012).

KONTROLL, TRYGGHET OCH SJÄLVKÄNSLA

Att ha självkontroll är viktigt för patienter som vårdpersonal möter, det är ett sätt att bevara integritet och ha ett självbestämmande i sin vård. Självkontroll kan beskrivas med ansträngningar att styra sina känslor och handlingar (Chard, 2010). Chang, Bidewell, Huntington, Daly, Johnson, A, Wilson, H, Lambert, V.A. & Lambert, C-E (2007) har beskrivit i sin studie hur viktigt det är för patienter att ha kontroll i vårdsituationer där deras känslor och kropp sätts i fokus. De menar att det är patienters chans att få yttra sina känslor och kunna hantera situationer som de befinner sig i.

Alla patienter som vårdas på sjukhus behöver trygghet, det är viktigt för hälsan och kan vara avgörande för hur lång tid de måste vårdas på sjukhus. Det är en svår arbetsuppgift för vårdpersonal men kan de skapa en god kontakt med patienten så kommer ofta tryggheten till patienten automatiskt och då får vårdpersonalen det lättare att fortsätta sin vård. Att skapa trygghet kan handla om att ge patienten ett förtroende, skapa god kontakt med anhöriga och tillfredsställa både fysiska och psykiska behov (Bergh, 2002). Hochschild & Hodnett (1983) samt Gates, Hofmeyr & Sakala (2011) menar att trygghet är ett betydelsefullt element för kvinnor som ska föda. Om känner sig kvinnan trygg upplevs förlossning mer positivt, det gäller både för hennes fysiska hälsa men framförallt så betyder trygghet mycket på det emotionella planet då kvinnan blir säker och lugn i barnmorskans närvaro.

Om vården till patienten gör att denne känner sig trygg, har kontroll och får god insyn i sin vård ger det en avgörande självkänsla till patienten. Det är en grundsten för vårdpersonal att sträva efter att ha en välmående och positiv patient eftersom alla lagar som personalen har grundar sig på att ge säker vård och vård av god kvalitet. Man får aldrig kränka en patient eller ge vård som inte patienten själv gått med på (Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763).

PROBLEMFORMULERING

WHO menar att alla kvinnor ska kunna föda barn på ett tryggt och säkert sätt. Kvinnan ska få god omvårdnad och känna sig säker i vårdens händer. Det är viktigt för den gravida kvinnan och hennes partner att barnmorskan som är ansvarig för deras barns förlossning arbetar säkert och enligt gällande riktlinjer.

Hur barnmorskan agerar, säger och handlar kan vara avgörande för hur kvinnornas förlossningsupplevelse blir. Att skapa ett förtroende och en god relation med den ansvariga barnmorskan är mycket viktigt för kvinnan och hennes partner, det är god förutsättning för att de ska uppleva och minnas förlossningen som positiv. För barnmorskan handlar det också om att ge individuellt stöd och finnas där för dem och förutse behov samt agera efter vad som händer under förlossningsprocessen. Det saknas vetenskapliga studier som undersökt hur kvinnor upplever förlossningsvården i Sverige, vilket motiverar denna studies genomförande och som kan leda till förbättringar av förlossningsvården.

SYFTE

Syftet med denna enkätstudie var att undersöka nyförlösta kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Göteborg samt att ta reda om det fanns några skillnader i upplevelser av förlossningsvården på Östra och Mölndals sjukhus.

METOD

I föreliggande studie användes mätinstrumentet KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv). Det är ett mätinstrument som använts och som modifierats av B, Wilde-Larsson, Larsson, G, Larsson, M & Starrin, B (1994) för att passa som mätinstrument i förlossningsvården i Sverige. De frågor som modifierats gäller hur de födande kvinnorna upplevde sin förlossning, hur barnmorskans förhållningssätt var och hur kvinnorna själva kunde känna sig trygga och ha kontroll över sin förlossning. Det nya mätinstrumentet testades på 739 kvinnor från 32 olika förlossningskliniker i Sverige, resultatet visade att KUPP med fördel kunde användas på kvinnor som blivit förlösta och det var syftet med deras studie. Fördelen med KUPP-formuläret är det så kallade mät-indexet. Detta index ger en helhetsbild av resultatet där olika kombinationer av svaren om uppfattad verklighet och subjektiv betydelse ger vårdgivaren

olika mätvärden att utgå ifrån. Lika höga variabler på uppfattad verklighet och subjektiv betydelse indikerar god vård medan olika variabler indikerar bristfälligheter i vården och signalerar att åtgärder måste vidtas (Wilde-Larsson, Larsson, Kvist och Sandin, 2009).

KUPP innehöll 67 frågor där både upplevelser och betydelser kring förlossningsvården togs upp, svarsalternativen varierade ifrån fem till tre gradig lickertskala. I KUPP var det 64 frågor av kvantitativ ansats medan resterande frågor var kvalitativa där kvinnorna med egna ord kunde beskriva sin förlossningsupplevelse och ge förslag till förbättring. Enkäten började med frågor om kvinnornas bakgrund såsom ålder, utbildning, födelseland, graviditetsvecka vid förlossning, barnets vikt med mera. Därefter tog frågorna upp hur kvinnornas upplevelser och betydelser av förlossningsvården såsom god information, barnmorskans närvaro och stöd med mera. Formuläret är inte bifogat i denna studie då KUPP är skyddat och inte får publiceras.

Reproduktionsmedicinska enheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har nyligen genomfört en studie där KUPP använts med den är ännu inte publicerad.

ANSATS

En tvärsnittsstudie med KUPP utfördes. Ejlertsson (2005) beskriver att tvärsnittsstudier är den vanligaste undersökningsmetoden och kan utföras på en stor grupp under en kort tid. KUPP innehåller mest slutna frågor men den har några öppna frågor där kvinnorna ~~fritt~~ kan svara på sin upplevelse med egna ord.

Eggeby & Söderberg (2003) anser att kvantitativa metoder kan användas när forskare vill undersöka en större grupp. Det är viktigt att det görs ett slumpmässigt urval eller en totalundersökning för att resultatet ska kunna generaliseras. Bryman (2011) anser att det är enklare att analysera data då svarsalternativen utgörs av slutna frågor och att det ökar jämförbarheten. Nackdelen är att viktig data kan gå förlorad då respondenterna inte kan uttrycka sig fritt utan styrs av de svarsalternativ som finns.

VALIDITET OCH RELIABILITET

Enkäten innehöll svarsalternativ av kvantitativt karaktär men även frågor som var utformade kvalitativt. Polit & Beck (2004) menar att kvantitativ ansats är strukturerad och enkel att

använda om något skall undersökas ute i verkligheten. KUPP är ett lämpligt mätinstrument med god validitet. Frågorna var relevanta för syftet för denna studie och för att svarsalternativen passade bra in på hur kvinnorna upplevde sin förlossning. Patel & Davidsson (2003) beskriver validitet som att forskarna verkligen undersöker det som var tänkt att undersöka. När det gäller reliabiliteten, det vill säga KUPP's mätnoggrannhet så anses den av författarna som bra då undersökningen skett på ett tillförlitligt sätt. Kvinnorna fick själva svara på frågorna utan att bli övervakade och påverkade av författarna vilket ökar reliabiliteten. Reliabiliteten är också god på grund av att alla kvinnor fick besvara enkät med samma frågor och svarsalternativ vilket medför att risken för att författarna ska få fel resultat är mindre än om vi valt att göra intervjuer (Gellerstedt, 2004). Enligt Denscombe (2009) är reliabilitet ett mätinstrument som kan mäta vad två olika grupper anser om en viss sak utan att påverka varandra och att det inte blir någon skillnad i resultatet. För att kunna lita på jämförelsen mellan två grupper är det viktigt att de två grupperna inte skiljer sig åt i bakgrunds resultat.

URVAL

Inför denna studie valdes deltagarna genom att de blivit förlösta på normalförlossningen inom det senaste dygnet vid SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)/Östra och SU/Mölndal. Alla kvinnor som fött barn under veckorna 10-11 på SU/Östra och SU/Mölndal samt vecka 20 på SU/Östra under 2013 blev erbjudna att delta i studien. Eftersom KUPP var skriven på svenska uteslöts kvinnor som inte var svensktalande, detta för att undvika felaktigt resultat på grund av svårigheter att förstå frågorna. Utöver kravet på att vara kvinnorna skulle vara svensktalande fanns inga andra inklusionskriterier.

DATAINSAMLING

Författarna delade ut 100 enkäter på vardera BB avdelning på SU/Östra och SU/Mölndals sjukhus inom ett dygn efter förlossningen. Då bortfallet först var 46 enkäter på SU/Östra delades ytterligare 100 enkäter ut på SU/Östra. Detta medförde att antal enkäter från SU/Östra sjukhuset blev fler än från SU/Mölndals sjukhus. Deltagarna fick besvara enkäten när de vårdades på BB. Den besvarade enkäten lades i en låda som var avsedd för ändamålet. En av författarna fanns i mån av tid på plats för att dela ut enkäterna samt besvara eventuella frågor

kring enkäten. Patel & Davidsson (2003) anser att närvaro vid enkät utdelningen kan vara av stor fördel eftersom deltagarna då kan fråga saker som de undrar över under tiden som de besvarar enkäten.

DATAANALYS

När alla enkäter blivit besvarade gick författarna igenom svaren Efter det registrerades svaren genom att de skrevs in i SPSS 15,0 (Statistical Package for the Social Sciences). Det är ett kalkylprogram avsett för att analysera kvantitativ data (Nyberg, 2000). För att kunna mata in all data formulerades frågorna om till variabler och svarsalternativen till siffor. Sedan gjordes en deskriptiv analys, där antal svar (n), min-max värden, medelvärde med tillhörande standardavvikelse och median med kvartiler räknades ut. Därefter utfördes statistiska analyser. Mann Whitney U-Test och Chi 2-test användes för analys av ordinaldata och t-test för analys av kontinuerliga variabler. Några citat valdes ut som styrkte resultatet av KUPP.

ETISKA- OCH FORSKNINGSOÖVERVÄGANDE

För den här studien behövdes inget tillstånd ifrån Etiska nämnden eftersom studien godkänns av Verksamhetschefen för Obstetrikern i Göteborg, dels för att forskningen gjordes av studenter under utbildning och att deltagandet i studien var frivilligt. Däremot fick alla deltagare skriva under ett formulär där de garanterades konfidentialitet och hur deras medverkande i studien skulle användas.

Patel & Davidsson (2003) tycker att det är viktigt vid enkätstudier att förklara om deltagarna varit anonyma eller inte. Skillnaden mellan anonyma eller konfidentiella enkäter är just att vid anonyma enkäter finns inga nummer, namn eller annat som kan spåra deltagarna.

Respondenterna fick innan deltagandet skriva på ett samtycke där de medgav sitt deltagande, att deras uppgifter var konfidentiella och att deras data inte skulle kunna identifieras i uppsatsen (Patel & Davidsson, 2003).

Kvinnorna fick även muntlig information och ett följebrev medföljde i enkäten. Patel & Davidsson (2003) uttrycker att deltagarinformationen (bilaga 1) som följer med enkäten är betydelsefull och måste innehålla all information som finns gällande studien samt att den ska

vara korrekt utformad. Författarna tog kontakt med Verksamhetschefen för Obstetrikern i Göteborg för att få godkännande (bilaga 2). Efter det kontaktades berörda chefer på förlossningsklinikerna och BB-avdelningarna för studien och få ett godkännande.

RISK/NYTTA ANALYS

En risk med studien kan vara att kvinnor upplever det integritetskränkande att svara på frågor i en enkät. De kan känna stress över att behöva fylla i en enkät när de är fullt upptagna med att lära känna barnet och etablera amning etc. eftersom tiden på BB idag vanligtvis är kort (ett till två dygn). Nyttan med studien kan bli att den leder till ny kunskap om hur kvinnor upplever sin förlossning och att det kan leda till förbättringsförslag som kan påverka vården positivt.

RESULTAT

Rubrikerna i resultatet är framtagna av författarna genom att KUPP delades upp i olika områden utifrån frågornas innebörd.

BAKGRUNDSDATA

Resultatet visar att bakgrundsdata (Tabell 1) skiljer sig åt mellan förlossningsklinikerna vid SU vad gäller kvinnornas ålder, etnicitet och paritet. Fler utlandsfödda och fler yngre kvinnor (16-25år) födde barn på SU/Östra i jämförelse med SU/Mölndal, medan fler äldre kvinnor (36-45år) födde barn på SU/Mölndal. På SU/Mölndal vårdades fler kvinnor i latensfas.

De nyförlösta kvinnornas civilstånd, utbildning, gestationsvecka vid förlossningen samt andel tidigare genomgångna vaginala förlossningar skiljer sig inte åt mellan de båda förlossningsklinikerna. Största andelen av barnen föddes vaginalt i fullgången tid (vecka 37-42).

Tabell 1. Bakgrundsdata för de förlösta kvinnorna Siffrorna anger antal n i [%]. Totalt bortfall <n=6

	SU/Östra (n=89)	SU/Mölnadal (n=62)	p
Ålder (år)			
16-25	4.6	3.2	0,02*
26-35	80.8	77	NS
36-45	4.5	19	0,02*
Civilstånd			
Gift/Sammanboende	93	100	NS
Ensamstående	3.4	0	NS
Utbildning			
Grundskola	2.2	3.2	NS
Gymnasium	26	32.3	NS
Högskola/Universitet	70	65	NS

P-values from Mann-Whitney U test; Z P-values from t-test. NS= ej statistisk signifikant. P-värden enligt ANOVA *=P<0,05

Fortsättning Tabell 1. Bakgrundsdata för de förlösta kvinnorna Siffrorna anger antal n i [%]. Totalt bortfall <n=6

	SU/Östra (n=89)	SU/Mölnadal (n=62)	p
Födelseland			
Sverige	78	87	NS
Finland, Norge & Danmark	3.4	0	NS
Annat land i Europa	5.6	4.8	NS
Annat land utanför Europa	14.6	8	NS
Primipara			
Primipara	61.8	51.6	NS
Multipara	34.8	48.4	NS
Latensfas vid ankomst till förlossningsavdelningen			
Ja	11.2	27.4	0,017*
Nej	87	73	NS
Gestationsvecka vid partus			
> 42	2.2	8	NS
Prematur förlossning (< 37)	5.6	1.6	NS
37-42	90	90	NS
Förlossningssätt			
Spontan vaginal förlossning	76.4	71	NS
Instrumentell förlossning/sugklocka	5.6	6.5	NS
Elektivt kejsarsnitt	9	6.5	NS
Akut kejsarsnitt	7.9	16	NS
Barnets vikt (kg)			
2-3	14.6	13	NS
3,1-4	61	70	NS
>4	19	16	NS

P-values from Mann-Whitney U test; Z P-values from t-test. NS= ej statistisk signifikant. P-värden enligt ANOVA *=P<0,05

UPPLEVELSEN OCH BETYDELSEN AV INFORMATION

Upplevelsen vad gäller information för de nyförlösta kvinnorna vid SU-Östra och SU-Mölnadal sjukhus skiljde sig inte åt statistiskt. Det som framkom från enkäterna var att flertalet kvinnor var väldigt nöjda med informationen de fick relaterat till hur betydelsefullt det var för dem.

Tabell 2. Upplevelse och betydelsen av information om undersökningar och egenvård, N =151. Svartalernativ 1-5, höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD), MD samt {25-75 percentil} Bortfall < 5

Variabler	SU/Östra (n=89)			SU/Mölnadal (n=62)			p
	M (SD)	Md	Kv	M (SD)	Md	Kv	
Belåtenhet om given information om							
hur undersökningar & behandlingar							
skulle gå till	4.6 (0.8)	5.0	{4-5}	4.4 (0.7)	5.0	{4-5}	NS
resultatet av undersökningar & behandlingar	4.6 (0.9)	5.0	{4-5}	4.5 (0.8)	5.0	{4-5}	NS
egenvård; värdet av att byta läge	3.9 (1.4)	4.0	{3-5}	4.0 (1.3)	5.0	{3-5}	NS
egenvård; värdet av att inta dryck	3.8 (1.5)	4.0	{3-5}	3.7 (1.4)	4.0	{3-5}	NS
och lätt mat							
Betydelse av god information om							
hur undersökningar & behandlingar							
skulle gå till	4.4 (0.8)	5.0	{4-5}	4.3 (0.8)	4.0	{4-5}	NS
resultatet av undersökningar & behandlingar	4.4 (1.0)	5.0	{4-5}	4.5 (0.8)	5.0	{4-5}	NS
egenvård; värdet av att byta läge	3.8 (1.2)	4.4	{3-5}	3.8 (1.2)	4.0	{3-5}	NS
egenvård; värdet av att inta dryck & lätt mat	3.5 (1.4)	4.0	{3-5}	3.5 (1.4)	4.0	{2-5}	NS

P-values from Mann-Whitney U test; Z P-values from t-test. NS= ej statistisk signifikant. P-värden enligt ANOVA *=P<0,05

UPPLEVELSEN OCH BETYDELSEN AV BARNMORSKANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Resultatet visar att fler kvinnor ansåg att de blev bemötta med respekt av sin barnmorska på SU/Östra, se tabell 3. I övrigt skiljde sig inte upplevelsen av barnmorskans förhållningsätt åt mellan kvinnorna på de båda förlossningsklinikerna. Barnmorskans förhållningsätt upplevdes generellt väldigt positivt under förlossningsarbetet, medan amningsstödet på förlossningen upplevdes vara sämre.

Tabell 3. Upplevelsen och betydelsen av barnmorskans bemötande, förståelse och stöd. Fem svarsalternativ (1-5), höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}.

Variabler	SU/Östra		SU/Mölnadal		p
	M (SD)	Md Kv	M (SD)	Md Kv	
Upplevelsen av att barnmorskan					
bemötte mig med respekt	4.0 (0.3)	5.0 {5-5}	4.8(0.5)	5.0 {5-5}	0,011*
verkade förstår hur jag upplevde min situation	4.7 (0.6)	5.0 {5-5}	4.7 (0.6)	5.0 {4-5}	NS
visade engagemang; ”brydde sig om mig”	4.8 (0.4)	5.0 {5-5}	4.8 (0.6)	5.0 {5-5}	NS
gav mig bästa möjliga stöd					
under förlossningen	4.8 (0.5)	5.0 {5-5}	4.8 (0.5)	5.0 {5-5}	NS
var hos mig så mycket jag önskade					
under värkarbetet	4.4 (1.3)	5.0 {4-5}	4.4 (1.1)	5.0 {4-5}	NS
var hos mig så mycket jag önskade					
under krystningsarbetet	4.4 (1.3)	5.0 {5-5}	4.3 (1.4)	5.0 {4-5}	NS
gav mig bästa möjliga stöd när jag ammade					
barnet första gången på förlossningen	3.4 (1.3)	4.0 {3-5}	4.0 (1.3)	4.0 {3-5}	NS
Betydelsen av att barnmorskan					
bemötte mig med respekt	4.9 (0.4)	5.0 {5-5}	4.8 (0.47)	5.0 {5-5}	NS

P-values from Mann-Whitney U test; Z P-values from t-test. NS= ej statistisk signifikant. P-värden enligt ANOVA *=P<0,05

Fortsättning Tabell 3. Upplevelsen och betydelsen av barnmorskans bemötande, förståelse och stöd. Fem svarsalternativ (1-5), höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}.

Variabler	SU/Östra	SU/Mölnadal	p
	M (SD) Md Kv	M (SD) Md Kv	
verkade förstå hur jag upplevde			
min situation	4.8 (0.5) 5.0 {5-5}	4.8 (0.5) 5.0 {5-5}	NS
visade engagemang; ”brydde sig om mig”	4.8 (0.4) 5.0 {5-5}	4.8 (0.6) 5.0 {5-5}	NS
gav mig bästa möjliga stöd			
under förlossningen	4.8 (0.5) 5.0 {5-5}	4.8 (0.5) 5.0 {5-5}	NS
var hos mig så mycket jag önskade			
under värkarbetet	4.4 (1.3) 5.0 {4-5}	4.4 (1.0) 5.0 {4-5}	NS
under krystningsarbetet	4.4 (1.3) 5.0 {5-5}	4.3 (1.4) 5.0 {4-5}	NS
gav mig bästa möjliga stöd när jag			
ammade barnet första			
gången på förlossningen	4.0 (1.2) 4.0 {3.5-5}	4.0 (1.3) 4.0 {3.5-5}	NS

P-värden enligt ANOVA *=P<0,05, NS=Non signifikant

UNDERSKÖTERS KOR OCH LÄKARNAS BEMÖTANDE

Undersköterskornas och läkarnas bemötande upplevdes positivt av kvinnorna på både SU-Östra och SU-Mölnadal sjukhus. Det fanns inga statistiska skillnader mellan SU-Östra och SU-Mölnadal sjukhus, varför resultatet från båda förlossningsklinikerna presenteras tillsammans.

Tabell 4. Upplevelsen och betydelsen av undersköterskornas och läkarnas bemötande, förståelse och stöd. Fem svarsalternativ (1-5), höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}. Totalt bortfall <6.

Variabler	SU/Östra			SU/Mölnadal			p
	M (SD)	Md	Kv	M (SD)	Md	Kv	
Upplevelsen av att undersköterskorna							
bemötte mig med respekt	4.6 (0.9)	5.0	{4-5}	4.5 (1.1)	5.0	{4-5}	NS
verkade förstå hur jag upplevde min situation	4.2 (1.3)	5.0	{4-5}	4.3 (1.3)	5.0	{4-5}	NS
visade engagemang; ”brydde sig om mig”	4.2 (1.3)	5.0	{4-5}	4.4 (1.2)	5.0	{4-5}	NS
Betydelsen av att undersköterskorna							
bemötte mig med respekt	4.4 (1.0)	5.0	{4-5}	4.1 (1.3)	5.0	{4-5}	NS
verkade förstå hur jag upplevde min situation	4.1 (1.3)	5.0	{4-5}	4.1 (1.3)	5.0	{4-5}	NS
visade engagemang; ”brydde sig om mig”	4.0 (1.3)	5.0	{4-5}	5.0 (6.8)	5.0	{4-5}	NS
Upplevelsen av att läkarna							
bemötte mig med respekt	4.7 (0.9)	5.0	{5-5}	4.6 (0.9)	5.0	{5-5}	NS
verkade förstå hur jag upplevde min situation	4.4 (1.2)	5.0	{4-5}	4.3 (1.0)	5.0	{4-5}	NS
visade engagemang; ”brydde sig om mig”	4.3 (1.2)	5.0	{4-5}	4.4 (1.0)	5.0	{4-5}	NS
Betydelsen av att läkarna							
bemötte mig med respekt	4.5 (1.0)	5.0	{5-5}	4.7(0.8)	5.0	{5-5}	NS
verkade förstå hur jag upplevde min situation	4.4 (1.2)	5.0	{4-5}	4.5(0.9)	5.0	{4-5}	NS
visade engagemang; ”brydde sig om mig”	4.4 (1.0)	5.0	{4-5}	4.6 (0.9)	5.0	{4-5}	NS

P-values from Mann-Whitney U test; Z P-values from t-test. P-värden enligt ANOVA *=P<0,05, NS= ej statistisk signifikant.

UPPLEVELSEN OCH BETYDELSEN AV FÖRLOSSNINGSVÅRDEN

Förlossningsvården på både SU-Östra och SU-Mölnadal uppfattades av kvinnorna som säker och tillförlitlig. Vad gäller smärtlindringen under förlossningen var den tillfredställande i de fall då det var aktuellt med farmakologisk smärtlindring. Vid icke farmakologisk behandling smärtlindring var nöjdheten lägre liksom vid smärtlindring i samband med suturering.

Tabell 5. Upplevelse av vården på förlossningen och dess betydelse för belåtenhet av densamma. Svartalernativ 1-5, höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}. Bortfall < 6.

Variabler	SU-Östra		SU/Mölnadal		p
	M (SD)	Md Kv	M (SD)	Md Kv	
Upplevelsen av att jag fick					
säker medicinsk vård under förlossningen	4.8 (0.6)	5.0 {5-5}	4.0 (0.9)	5.0 {5-5}	NS
den icke farmakologiska smärtlindringen					
jag önskade under förlossningen	3.5 (1.8)	4.0 {1-5}	3.3 (1.8)	4.0 {1-5}	NS
den farmakologiska smärtlindringen					
jag önskade under förlossningen	4.4 (1.2)	5.0 {4-5}	4.7 (0.9)	5.0 {5-5}	NS
den smärtlindring jag önskade					
när bristningar och klipp syddes	3.9 (1.7)	5.0 {3-5}	3.6 (1.8)	5.0 {1-5}	NS
Betydelsen av att jag fick					
säker medicinsk vård i samband med	4.9 (0.4)	5.0 {5-5}	4.7 (0.8)	5.0 {5-5}	NS
förlossningar					
den icke farmakologiska smärtlindringen					
jag önskade under förlossningen	3.6 (1.7)	4.0 {1-5}	3.3 (1.7)	4.0 {1-5}	NS
den farmakologiska smärtlindringen					
jag önskade under förlossningen	4.6 (1.0)	5.0 {5-5}	4.7 (0.9)	5.0 {5-5}	NS
den smärtlindring jag önskade					
när bristningar och klipp syddes	4.0 (1.6)	5.0 {3-5}	3.7 (1.7)	5.0 {1-5}	NS

P-värden enligt ANOVA *=P<0,05, NS=Non signifikant

SAMRÅD, BEHOV OCH FÖRLOSSNINGSSUPPLEVELSE

Både upplevelsen och betydelsen av samråd om vården d v s delaktighet, att egna behov respekterades och förlossningsupplevelsen för kvinnorna upplevdes vara bra.

Tabell 6; Upplevelsen och betydelsen om samråd, behov och förlossningsupplevelsen. N=151, svarsalternativ 1-5, höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}.

Variabler	SU/Östra		SU/Mölnadal		p
	M (SD)	Md Kv	M (SD)	Md Kv	
Upplevelsen av att jag hade bra möjlighet					
att samråda vid beslut om min vård	4.3 (1.0)	5.0 {4-5}	4.5 (0.8)	5.0 {4-5}	NS
Betydelsen av att jag hade bra möjlighet					
att samråda vid beslut om min vård	4.5 (1.0)	5.0 {4-5}	4.5 (0.9)	5.0 {4-5}	NS
Upplevelsen av att min vård styrdes					
av mina behov snarare än av					
personalens rutiner	4.3 (1.0)	5.0 {4-5}	4.4 (0.8)	5.0 {4-5}	NS
Betydelsen av att min vård styrdes					
av mina behov snarare än av					
personalens rutiner	4.5 (0.9)	5.0 {4-5}	4.5 (0.7)	5.0 {4-5}	NS
Upplevelsen av att jag					
hade en positiv förlossningsupplevelse	4.3 (0.9)	5.0 {4-5}	4.4 (0.9)	5.0 {4-5}	NS
upplevde att förlossningen var normal	4.2 (1.2)	5.0 {4-5}	4.3 (1.1)	5.0 {3-5}	NS
Betydelsen av att jag					
hade en positiv förlossningsupplevelse	4.6 (0.7)	5.0 {4-5}	4.6 (0.7)	5.0 {4-5}	NS
upplevde att förlossningen var normal	4.3 (1.0)	5.0 {4-5}	4.2 (1.1)	5.0 {3-5}	NS

P-värden enligt ANOVA *=P<0,05, NS=Non signifikant

PERSONALENS BEMÖTANDE AV NÄRSTÅENDE OCH DENNES BEHOV

Personalens bemötande och stöd gentemot de närstående upplevdes som god och ingen statistisk säkerställd skillnad fanns mellan SU-Östra och SU-Mölnåls kliniker. I de nyförlösta kvinnornas svar framkom negativa upplevelser när det gällde att tillgodose närståendes fysiska behov, såsom t ex möjligheten till avlastning.

Tabell 7; Upplevelse och betydelse om hur mina närstående bemöttes, respekterades och fick stöd. N=151, svarsalternativ 1-5, höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}.

Variabler	SU/Östra			SU/Mölnåls			p
	M (SD)	Md	Kv	M (SD)	Md	Kv	
Upplevelsen av att mina närstående							
bemöttes med respekt	4.9 (0.4)	5.0	{5-5}	4.9 (0.4)	5.0	{5-5}	NS
fick bästa möjliga stöd av personalen							
under förlossningen	4.7 (0.7)	5.0	{5-5}	4.6 (0.7)	5.0	{4-5}	NS
uppmuntrades att delta vid förlossningen	4.5 (1.1)	5.0	{4-5}	4.7 (0.8)	5.0	{5-5}	NS
fysiska behov tillgodosågs t.ex fick möjlighet till paus	3.8 (1.7)	5.0	{2-5}	3.6 (1.7)	4.0	{1-5}	NS
verkade förstå hur jag upplevde min situation	4.8 (0.5)	5.0	{5-5}	4.7 (0.6)	5.0	{5-5}	NS
gav mig bästa möjliga stöd under förlossningen	4.9 (0.4)	5.0	{5-5}	4.9 (0.4)	5.0	{5-5}	NS
Betydelsen av att mina närstående							
bemöttes med respekt	4.8 (0.5)	5.0	{5-5}	4.4 (0.5)	5.0	{5-5}	NS
fick bästa möjliga stöd av personalen							
under förlossningen	4.5 (0.8)	5.0	{4-5}	4.5 (0.8)	5.0	{4-5}	NS
uppmuntrades att delta vid förlossningen	4.4 (1.0)	5.0	{4-5}	4.5 (0.3)	5.0	{4-5}	NS
fysiska behov tillgodosågs, t. ex. fick möjlighet till paus	3.8 (1.6)	5.0	{3-5}	3.4 (1.6)	4.0	{2-5}	NS
verkade förstå hur jag upplevde min situation	4.8 (0.5)	5.0	{5-5}	4.7 (0.7)	5.0	{5-5}	NS
gav mig bästa möjliga stöd under förlossningen	4.9 (0.4)	5.0	{5-5}	4.8 (0.6)	5.0	{5-5}	NS

P-värden enligt ANOVA *=P<0,05, NS=Non signifikant

FÖRLOSSNINGSMILJÖ

Generellt var kvinnorna nöjda med atmosfären på båda SU-Östra och SU-Mölndals sjukhus men de ansåg att det går att förbättra trivseln i förlossningsrummen. Betydelsen av en bekväm stol och trivsamt rum uppgavs vara mindre betydelsefullt för kvinnor som vårdades på SU/Mölndal. Det framkom då kvinnorna hade möjlighet att skriva egna kommentarer i enkäten.

Tabell 8; Upplevelsen och betydelsen om miljön på förlossningsavdelningen. svarsalternativ 1-5, höga poäng = större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}. Bortfall <7

Variabler	SU/Östra		SU/Mölndal		p
	M (SD)	Md Kv	M (SD)	Md Kv	
Upplevelsen av att det var					
en trivsam atmosfär på avdelningen	4.5 (1.0)	5.0 {4-5}	4.6 (0.8)	5.0 {4-5}	NS
Betydelsen av att det var					
en trivsam atmosfär på avdelningen	4.4 (0.9)	5.0{4-5}	4.6 (0.6)	5.0 {4-5}	NS
Upplevelsen av att jag hade tillgång till					
en bekväm säng	4.1 (1.2)	5.0 {3-5}	4.4 (0.9)	5.0 {4-5}	NS
en bekväm stol	4.2 (0.9)	4.5 {1-5}	4.1 (1.0)	4.0 {4-5}	NS
de hjälpmedel som jag önskade	4.5 (0.8)	5.0 {1-5}	4.5 (0.9)	5.0 {1-5}	NS
ett trivsamt rum	4.1 (0.9)	4.0 {3-5}	4.0 (1.0)	4.0 {3-5}	NS
Betydelsen av att jag hade tillgång till					
en bekväm säng	4.3 (1.0)	5.0 {4-5}	4.2 (0.9)	4.5 {4-5}	NS
en bekväm stol	4.1 (1.0)	4.0 {1-5}	3.9 (1.0)	4.0 {3-5}	NS
de hjälpmedel som jag önskade	4.4 (0.8)	5.0 {1-5}	4.1 (1.0)	4.0 {1-5}	NS
ett trivsamt rum	4.1 (0.9)	4.0 {3-5}	3.9 (1.0)	4.0 {3-5}	NS

P-värden enligt ANOVA *=P<0,05, NS=Non signifikant

MILJÖN PÅ SJUKHUSET OCH MÖJLIGHET TILL TIDIG ANKNYTNING MED BARNET

Fler kvinnor på SU/Östra än jämfört med nyförlösta kvinnor på SU/Mölndal ansåg att möjlighet till egen toalett var viktigt för deras nöjdhet med miljön på förlossningsavdelningen.

Tabell 9; Möjligheten och betydelsen om att ha tillgång till faciliteter samt möjlighet till anknytning. N=151, svarsalternativ möjlighet 1-3, där 1=Nej, 2=Ej aktuellt och 3=Ja. Svarsalternativ betydelse 1-5, höga poäng=större belåtenhet. Värden anges i M (SD) Md {Kvartil}. Bortfall < 6

Variabler	SU/Östra		SU/Mölndal		p
	M (SD)	Md Kv	M (SD)	Md Kv	
Möjligheten av att jag hade tillgång till					
en egen toalett	2.9 (0.4)	3.0 {3-3}	2.0 (1.0)	3.0 {1-3}	0.000***
radio/bandspelare	2.4 (0.8)	3.0 {2-3}	2.2 (1.0)	2.0 {1-3}	0.022*
lägga barnet hud mot hud inom en					
halvtimme efter förlossningen	2.9 (0.5)	3.0 {3-3}	2.9 (0.6)	3.0 {3-3}	NS
lägga barnet till bröstet inom två					
timmar efter förlossningen	2.9 (0.5)	3.0 {3-3}	2.8 (0.5)	3.0 {3-3}	NS
Betydelsen av att jag hade tillgång till					
en egen toalett	4.3 (1.2)	5.0 {4-5}	3.3 (1.3)	3.0 {2-4}	0.000***
radio/bandspelare	2.5 (1.4)	3.0 {1-3}	2.3 (1.3)	2.0 {1-3}	NS
lägga barnet hud mot hud inom en					
halvtimme efter förlossningen	4.7 (0.8)	5.0 {5-5}	4.5 (0.8)	5.0 {4-5}	NS
lägga barnet till bröstet inom två					
timmar efter förlossningen	4.6 (0.9)	5.0 {4-5}	4.5 (0.9)	5.0 {4-5}	NS

P-values from Mann-Whitney U test; Z P-values from t-test.. P-värden enligt ANOVA *=P<0.05. NS= ej statistisk signifikant

KONTROLL, TRYGGHET OCH SJÄLVKÄNSLA

Majoriteten av kvinnorna som genomgått en spontan vaginal förlossning kände att de hade tillfredsställande kontroll under förlossningen. Kvinnorna som förlöstes med kejsarsnitt eller med sugklocka upplevde att de inte hade kontroll över situationen. Under förlossningen upplevde de flesta kvinnorna trygghet och stolthet. Kvinnorna på SU/Östra upplevde att de var positivt uppmärksammade av personalen i samband med förlossningen ($p=0,009$). På SU/Mölnadal kände sig kvinnorna mer ignorerade av personalen i samband med förlossningen än på SU/Östra ($p=0,009$). Enstaka kvinnor, på båda förlossningsklinikerna inom SU, har svarat att personalen bidrog till att de upplevde sig misslyckade under förlossningen.

VÄLBEFINNANDE EFTER FÖRLOSSNINGEN

Några dagar efter förlossningen upplevdes de nyförlösta kvinnornas psykiska välbefinnande var lika god på både SU-Östra och SU-Mölnalds förlossningskliniker. Det fysiska hälsotillståndet hos kvinnorna på SU-Mölnalds sjukhus efter förlossningen var bättre än hos kvinnorna på SU-Östra sjukhuset ($p=0,001$). Samtliga kvinnor som besvarat enkäten kunde tänka sig att få vård i framtiden vid respektive förlossningsklinik.

RESPONDENTERNAS EGNA KOMMENTARER OM FÖRLOSSNINGSVÅRDEN

Kvinnorna gavs en möjlighet att skriva egna kommentarer på enkäterna. De kunde skriva kommentarer om sina upplevelser av vården, om det fanns något som de var särskilt nöjda med och även ge förslag till förbättringar. Det framkom att kvinnorna var särskilt nöjda med sin ansvariga barnmorska samt övrig personal. Vid förslag på förbättringar skrev kvinnorna att de önskade tillgång till egen toalett och att de tyckte att förlossningsavdelningarnas miljö kunde moderniseras och göras mera trivsamma. Kvinnorna ansåg också att bemanningen av barnmorskor borde öka. Generellt sett upplever kvinnorna som förlöstes på SU-Östra och SU-Mölnadal förlossningskliniker vara väldigt nöjda med förlossningsvården då samtliga nyförlösta kvinnor kan tänka sig få vård på respektive enhet i framtiden. Det styrks av följande exempel på citat som kvinnorna skrev; *”Min barnmorska var fantastisk”. Jag vill ha samma barnmorska nästa gång*, *”Utan henne hade vi aldrig klarat det”* och *”Trots att det var mycket stress på avdelningen fick barnmorskan oss att känna att vi var de enda där”*.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

KUPP (Wilde-Larsson et al, 2009) användes för att undersöka nyförlösta kvinnors nöjdhet av förlossningsvården i Göteborg. Det stämde mot föreliggande studies syfte då det är ett mätinstrument som utarbetats speciellt för detta ändamål. I hopp om att eventuellt kunna generalisera resultaten valdes tvärsnittsstudie istället för intervjuer. Nackdelen med KUPP är att enkäten innehåller många frågor. Det styrks av Ejvegård (2009) som menar att felaktigt resultat kan uppstå då många frågor har flera svarsalternativ och att deltagarna inte orkar svara på alla frågor utan struntar i frågor med flera svarsalternativ. Att använda en validerad enkät innebär att den är konstruerad för att mäta det den avser att göra.

Att använda mätinstrument för att mäta en tidigare upplevelse kan utgöra risk för recall bias, det vill säga att patienten inte minns händelsen korrekt. Studien handlar om kvinnors upplevelser av förlossningsvården vid SU-Östra och SU-Mölndals sjukhus samt om det fanns några skillnader i vården dem emellan. För att få ett så trovärdigt resultat som möjligt delades KUPP ut samma dag eller dagen efter förlossningen så att kvinnorna hade upplevelser färskt i minnet.

Om enkäterna hade delats ut under andra veckor kunde resultatet blivit annorlunda då svarsfrekvensen kanske hade blivit högre. Eventuellt kunde resultatet blivit annorlunda ut om författarna delat ut enkäten till de nyförlösta kvinnorna redan på förlossningsavdelningen. BB valdes för att kvinnorna skulle få möjlighet att landa i sin nya roll som mamma och samtidigt hunnit fundera lite på sin förlossningsupplevelse.

Bortfallet kan förklaras med att det inte alltid var någon av författarna som delade ut enkäten eller fanns närvarande på BB när kvinnorna skulle fylla i den.

Av 300 enkäter besvarades 151 vilket visar att bortfallet sammanlagt var 50 % och att det kan vara en risk för selektionens bias. Varför bara 50 % av kvinnorna svarade vet inte författarna men en teori är att kvinnorna antingen var trötta precis efter förlossningen och inte var motiverade att fylla i en sådan omfattande enkät som KUPP är (67 frågor) eller att de valde att avbryta deltagandet efter att ha läst den.

Vissa barnmorskor på BB var författarna till föreliggande studie behjälpliga med att dela ut enkäten på kvällarna till de nyförlösta kvinnorna men de hann inte alltid dela ut enkäterna. I mån av tid fanns en av författarna närvarande på respektive BB avdelning för att svara på eventuella frågor från kvinnorna när det gällde ifyllandet av enkäten.

Om en intervjustudie hade gjorts istället för tvärsnittsstudie kan resultatet ha blivit annorlunda. Då hade deltagarnas själva fått berätta om sina upplevelser och egna ord använts istället för de färdigformulerade svarsalternativ som fanns i mätinstrumentet. En annan synpunkt är förstås att om en intervjustudie utförts så hade färre kvinnors upplevelser av förlossningsvården undersökts. En del resultat är svåra att värdera. Om möjligheten att ställa följdfrågor vid en intervju funnits kanske resultaten hade blivit lättare att värdera (Bryman, 2011).

En svaghet med studien är att bara 151/300 (50 %) kvinnor besvarade enkäten. De kvinnor som deltog i studien var nöjda med vården och hade en positiv förlossningsupplevelse. Resultatet måste dock tolkas med försiktighet då risk för selektionsbias föreligger p.g.a. det stora bortfallet (Gellerstedt, 2004).

Cluett & Bluff (2006) anser att tvärsnittsstudier kan innebära att resultatet påverkas av att deltagarnas upplevelser styrs av fasta svarsalternativ. För att öka trovärdigheten av studiens resultat valdes ett mätinstrument som validitet- och reliabilitetstestat för att mäta kvaliteten av förlossningsvård. En tvärsnittsstudie är också lämplig då en större grupps upplevelser av vård skall undersökas under en begränsad tid (Bryman, 2011).

När det gäller reliabiliteten i studien så får den anses vara god. KUPP kan användas på andra förlossningskliniker i Sverige eftersom alla förlossningskliniker arbetar efter samma författningar och lagar (Gellerstedt, 2004).

RESULTATDISKUSSION

Resultatet av studien visar att nyförlösta var väldigt nöjda med förlossningsvården vid både SU-Östra och SU-Mölnbalds sjukhus. Informationen som de födande kvinnorna fick på de olika klinikerna angående undersökning, behandling och resultat upplevdes som god. Kvinnorna upplevde att det är betydelsefullt att få information gällande undersökningar och om förlossningsprocessen. Att få veta var i förlossningsförloppet de befann sig hade stor effekt på hur de upplevde hela förlossningsförloppet. Detta styrks av Hälso- och Sjukvårdslagen. I den står det information kan inverka på kvinnans hälsa och vårdtid (Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763).

Upplevelsen av barnmorskans bemötande och stöd

Resultatet visade att barnmorskorna på de båda förlossningsklinikerna gav ett gott bemötande, hög förståelse, stort stöd och respekt. Kvinnorna som fött barn på kvinnor SU-Östra sjukhuset upplevde att barnmorskorna bemötte dem med mer respekt än kvinnorna på SU-Mölnbald. Ett bra bemötande av all involverad vårdpersonal som respekterar, ser och är lyhörda för kvinnans behov kan vara avgörande för hur kvinnornas förlossningsupplevelse blir (Bergh, 2002).

Lundgren och Berg (2009) skriver i sin studie att det ska finnas ömsesidighet och tilltro mellan barnmorskan och kvinnan. Barnmorskan ska bekräfta, stötta och förstå varje kvinnas unika behov, detta medför en god interaktion mellan kvinnan och barnmorskan. De nyförlösta kvinnorna upplevde ett gott stöd ifrån sin barnmorska och de skrev i de öppna frågorna att de var särskilt nöjda med den ansvariga barnmorskan. Det finns evidens för att stöd vid förlossning är avgörande och enligt Waldenström (1999) är stöd under förlossningen den viktigaste aspekten för om kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse. Brist på stöd kan påverka både kvinnans och barnets hälsa. Enligt Lundgren (2009) är det viktigt att tillgodose kvinnans och partnerns behov vare sig det gäller fysiska eller psykiska behov. Om deras behov inte är tillfredsställda finns risken att deras upplevelse av förlossningen påverkas negativt och inte blir det fina minne som de önskat och trott.

Socialstyrelsen (2001) skriver att stöd bara har fördelar när en kvinna ska föda. Närståendes stöd är väldigt viktigt men kvinnan bör också ha tillgång till kunnig personal som kan bidra till en så säker, normal och positiv förlossning som är möjlig. Kennedy (1995) håller med om

att det bästa stödet som kvinnan kan få under förlossningen är av barnmorskan och partnern. Dessutom har det visat sig att om den födande kvinnan känner sig trygg, så känner sig även partnern trygg, vilket är en god förutsättning för en bra förlossningsupplevelse för dem båda.

Amning och anknytning till det nyfödda barnet

När det gällde den första amningen var det fler nyförlösta kvinnor som upplevde brister om bästa möjliga stöd ifrån barnmorskan. Enligt deltagarna kan bristen på stöd vid amning på förlossningen bero på att det finns för lite personal på förlossningsavdelningarna. Dabrowski (2007) betonar vikten av tidig amning och hur viktigt det är för samspelet mellan mor och barn. Att barnet ligger hud mot hud har betydelse för hur amningen i framtiden blir. Det är betydelsefullt att Hälso- och sjukvårdspersonal ger föräldrarna adekvat och vetenskapligt belagd information om amning. Nakao, Moji, Honda och Oishi (2008) har visat att barn som ammas i första vakenhetsperioden efter förlossningen ammas i högre utsträckning vid fyra månaders ålder än nyfödda barn som inte fått denna möjlighet.

Anknytning till det nyfödda barnet börjar direkt efter förlossningen, så fort barnet är avtorkat och mår väl ska mamma få barnet till bröstet. Dabrowski (2007) berättar i sin studie att anknytningen mellan mor och barn underlättas om detta sker så i så snar anslutning som möjligt efter förlossningen. Barnet knyter an till sin mamma snabbare genom att ligga hud mot hud och förbättrar genom det möjligheten till en god relation dem emellan. Lundgren (2009) skriver att om barnet läggs hud till hud inom en halvtimme efter födelsen tappar barnet inte sin temperatur lika lätt, utan hålls varm av mammas kroppsvärme samt att barnet tar tag om bröstvårtan snabbare.

Bemötande av annan personal

De nyförlösta kvinnor som träffade läkare har bara positiva erfarenheter och anser att läkarnas hjälp vid förlossningen varit viktig för dem. Kvinnorna var mycket nöjda med mötet och läkarnas engagemang och förståelse. Ansvar för hur vårdrelationen utvecklas ligger alltid hos vårdaren som i vårdmötet ska uppmärksamma patientens behov och välbefinnande. Flera faktorer relaterat till båda parter, vårdare och patient, bidrar till om vårdrelationen blir bra eller dålig. Det kan exempelvis vara brist på tid, osäkerhet, oförmåga och rädsla (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). I Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) läses

att all sjukvård ska ges på samma villkor oberoende vilken kategori av vårdpersonal vederbörande tillhör. Även vårdmötet med undersköterskorna visade sig vara positivt. Evertsson (1995) anser att undersköterskorna är oumbärliga inom vården och att de ofta får ett lägre status än barnmorskorna och läkarna trots sitt viktiga arbete.

Säker vård och smärtlindring

Resultatet visade att nyförlösta kvinnor upplevde sin förlossningsvård som medicinskt säker på de båda förlossningsklinikerna inom SU. De var också nöjda med smärtlindringen de fick i de fall där medicinsk smärtbehandling var aktuell. Det understryks av WHO (2012) att det är viktigt att kvinnor ska kunna känna sig säkra och väl omhändertagen under förlossningen. Det ska även vid akuta situationer finnas resurser att tillgå om det uppstår komplikationer i samband med förlossningen. Fokus i vårdsituationen måste läggas på att tänka på att engagera patienten i alla beslut om dennes vård och på att utgå ifrån kvinnans individuella behov. I SOSFS 2005 (1982:763) står det att vårdpersonal ska engagera patienten i vården och att den ska bygga på självbestämmande och att patientens integritet ska beaktas. Det finns tyvärr beskrivet att personal på grund av hög arbetsbelastning glömmer att göra patienten delaktig i sin vård (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

På både SU-Östra och SU-Mölndal visade resultatet att kvinnorna upplevde att de hade goda möjligheter att påverka beslut om sin vård och att det var deras egna behov som styrde vården snarare än personalens rutiner. Att detta är viktigt styrks av Hedberg & Sätterlund Larsson (2004) som menar att det är viktigt för den vård som patienten får att personalen inte blir avbruten i sitt arbetsmoment eftersom det kan innebära en stor medicinsk risk för patientens hälsa.

Atmosfären och miljön

När det gäller atmosfären och miljön samt tillgång till hjälpmedel på de olika förlossningsklinikerna skiljde sig resultaten åt. I flera fall var det inte aktuellt med några hjälpmedel som t.ex gästol eller saccosäck t kan ha påverkat resultatet då kvinnorna ej använde de hjälpmedel som fanns tillhands. Emellertid så var de nyförlösta kvinnor generellt nöjda med atmosfären på förlossningsavdelningen även om några kvinnor gav förslag till förbättringar som skulle göra miljön trivsammare. I Kompetensbeskrivningen för

barnmorskor (2006) står det tydligt skrivet att personalen kan medverka till att miljön kring patienten blir trevlig, värna om estetiska aspekter och att rummen blir tilltalande inredda för att patienten ska känna sig lugn och trygg under vårdtiden.

Uppleva känsla av kontroll

Halldorsdottir (1996) visade i sin avhandling att vårdas av en stödjande barnmorska under förlossningsarbetet gav kvinnorna en känsla av kontroll över situationen och sig själva. Det framkom också att kontroll var en viktig aspekt för att de födande kvinnorna skulle uppleva förlossningen som positiv. När kvinnorna väl kände att de hade kontroll över situationen så upplevde de att de var både stolta över sig själva och modiga.

Resultatet visar att kvinnorna som upplevde en tillfredställande kontroll under förlossningen. De kvinnor som inte upplevde att de hade kontroll var de som förlöstes med kejsarsnitt eller sugklocka. Samtidigt kände kvinnorna på de båda förlossningsklinikerna trygghet, stolthet och att de var positivt uppmärksammade av personalen i samband med förlossningen. Adams & Bianchi (2008) menar i sin studie att kvinnors trygghet är en viktig balans i tiden mellan förlossning och födsel av barnet. Barnmorskan måste vara lyhörd, tillgodose kvinnors behov samt vara närvarande för att kvinnan ska uppleva trygghet.

Känsl- samt fysiskt tillstånd

Enstaka kvinnor i studien uppgav att personalen bidrog till att de kände sig misslyckade i samband med förlossningsprocessen. Eftersom förlossningsprocessen är en situation utan återvändo för kvinnan kan hon känna sig hjälplös. Då är det viktigt att barnmorskan i sitt bemötande inte ignorerar kvinnans känsla. Barnmorskan bör uppmuntra kvinnan så att hon kan känna sig stolt över det hon presterar i förlossningsprocessen, vilket kan stärka henne att fortsätta kämpa mot förlossningen mål som innebär att bli mamma (Lundgren, 2005).

Det fysiska hälsotillståndet hos de nyförlösta kvinnorna var ungefär likadant på SU-Östra sjukhuset som på SU- Mölndal. Orsaken till det kan vara att arbetsbelastningen på SU-Östra sjukhuset är lite högre än på SU-Mölndals sjukhus vilket leder till att personalen inte har lika mycket tid för varje födande kvinna. Det psykiska välbefinnandet hos de nyförlösta kvinnorna var lika stor på de båda förlossningsklinikerna. Emmanuel och St. John (2010) berättar om en

maternell stress hos kvinnor som nyligen blivit mammor och att den kan innehålla upplevelser som pendlar mellan lycka och sorg. Den kan ge sig i uttryck som psykisk ohälsa, stress och svårigheter att hitta sin nya identitet.

Generellt sett verkar kvinnorna i vara väldigt nöjda med förlossningsvården då samtliga av dem kan tänka sig få vård där på nytt. Förlossningsupplevelsen påverkar kvinnans framtida hälsa, föräldraskapet och relationen mellan kvinnan och hennes partner. En positiv upplevelse kan stärka kvinnans självförtroende till skillnad mot .en traumatisk förlossningsupplevelse. Den kan öka risken för förlossningsdepression och förlossningsrädsla och leda till att kvinnor väljer att avstå från en ny graviditet (Berg & Lundgren, 2009).

Konklusion/praktisk implikation/framtida forskning

Resultaten visar att nyförlösta kvinnor som besvarat KUPP var nöjda med förlossningsvården i Göteborg oberoende om de födde sina barn på SU/Östra eller SU/Mölndal. Viktiga aspekter som framkom ur resultatet var information, stöd och trygghet av vårdpersonal och närstående, att bli behandlad med respekt av vårdpersonalen, att bli lyssnad på och att bli behandlad som en unik person. Kvinnorna tyckte att miljön på förlossningsavdelningarna kan förbättras och att bemanningen av barnmorskor kan ökas.

REFERENSER

- Adams, E-D & Bianchi, A-L (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 37(1). 106-115.
- Bergh, M (2002). *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. (Akad.anh). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Berg, M & Lundgren, I (2009). *Att stödja och stärka-vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur; Lund.
- Bruggemann, O, M., Parpinelly, M, A., Osis, M, JD. Cecatti, J, G., Neto, A, S. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive health*. Brazil.
- Bryman, A (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB
- Chang, E.M.L., Bidewell, J.W., Huntington, A.D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V.A. & Lambert, C.E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-1362.
- Chard, R. (2010). How Perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors. *AORN Journal*, 91(1), 132-145.
- Cluett, E. & Bluff, R. (2006). *Principles and practice of research in midwifery*.
- Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. Dabrowski, G.A (2007). Skin-to-skin contact, given birth back to mothers and babies. *Nursing for women 's health*. 11:1.64-71.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O & Fagerberg, I (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Denscombe, M (2009) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejvegård, R (2009). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ejlertsson, G (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur: Lund.
- Eggeby, E. & Söderberg, J. (2003). *Kvantitativa metoder – för samhällsvetare och humanister*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Emmanuel, E. & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (9), 2104-2115.
- Evertsson, L. (1995) *Vårdbiträden och undersköterskor – en ouppmärksam professionshistoria*. I: Johansson, S. (red) *Sjukhus och hem som arbetsplats*. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland. Stockholm: Gotab.
- Gellerstedt, M (2004). *M12-medicinsk statistik*. Holmbergs: Malmö AB.

- Halldorsdottir, S. (1996) *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*. Linköpings Universitet.
- Hedberg B., Sätterlund-Larsson U-B. (2004). Enviromental elements effecting the decisionmaking process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (3) 316-324.
- Hochschild, Arlie Russell (1983) *The managed heart: commercialization of human feeling*. London: University of Carlifornia Press, Ltd.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2011). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2.
- Kennedy H P. The essence of nurse-midwifery care. The woman´s story. *Journal of Nurse-Midwifery* 1995;40(5):410-417.
- Kalkas, H & Sarvimäki, A (1996). *Omvårdnadsetikens grunder*. Stockholm: Liber.
- Mercer, RT. (1995). *Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. Springer. New York.
- Nakao, Y., Moji, K., Honda, S & Oishi, K. (2008). Initiation of breastfeeding within 120 minuetes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese woman; A self administered questionnarie survey. *International Breastfeeding Journal*. 3:1.
- National Colloborating Centre for Women´s and Children´s Health. *Intrapartum Care-Care for healthy women and their children during childbirth*. London: RCOG Press; 2007.
- Nyberg, R (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar-med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife – woman relationship. *Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228. Lundgren I. *Att vårda kvinnor med normal förlossning*. (Lundgren I, Berg M (Red.)
- Lundgren I. *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 105-128.
- Lundgren I. Swedish women´s experiences of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 2005;21(4):346-354.
- Patel , R & Davidson, B (2003). *Forsknings metodikens grunder-att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D-F & Tatano-Beck, C (2004). *Nursing research-Principles and Methods* (7th edition). Philidelphia: Lippicott Whilliams & Wilkins.
- Rudman, A. (2007). *Women´s evaluations of intrapartum and postpartum care. Thesis for doctoral degree. Department of woman and child health, Karolinska institutet, Stockholm, Sweden*.
- Sundström, K från (Kaplan, A & Hogg, B & Hildingsson, I & Lundgren, I) (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Studentlitteratur; Lund.

Waldenström U. *Föda barn: Från naturligt till högteknologiskt*. Kristianstad: Karolinska Institutet University Press; 2009

Wilde-Larsson, B, Larsson, G, Larsson, M & Starrin, B (1994). Quality of care development of a patient-centered questionnaire based on grounded theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 8, 39-48.

Wilde-Larsson, B & Larsson, G & Kvist, L & Sandin-Bojö, A-K. Women's opinions of intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of clinical Nursing*. 2009:1-13.

REFERENSER HÄMTADE FRÅN INTERNET

<http://www.who.int/en/>. Hämtad 2012-12-14.

LAGTEXT

ICM (2011). International Code Of Etics For Midwives. Hämtad 2012-02-17

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

SOSFS 2005 s. 121 (1982:763).

Socialstyrelsen, (2001). Handläggning av normal förlossning, state of the art. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen.

Bilaga 1**GÖTEBORGS UNIVERSITET**

Sahlgrenska akademien,
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar till barnmorskor vid Göteborgs universitet. En del av utbildningen till barnmorska består av ett examensarbete (magisteruppsats) då vi fördjupar oss i ett ämne inom ramen för barnmorskans arbete.

Syftet med vår studie är att undersöka nyblivna mammors upplevelser av förlossningsvårdens kvalitet. För att undersöka detta tillfrågar vi alla nyblivna mammor på SU/Östra sjukhuset och SU/Mölndal som vårdas på förlossningsavdelningarna och BB under vecka 10-11, 2013 om de vill medverka i studien.

Våra förhoppningar är att resultatet skall leda till en ökad kunskap om vården vid förlossning som kan användas för vidare utveckling av vården.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helt avbryta utan specifik och utan att det påverkar Din vård.

Vi hoppas att Du tar dig tid att besvara enkäten som innehåller 67 frågor och beräknas ta cirka 20 minuter att fylla i.

Data från studien kommer att lagras i ett register och databehandlas. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till registret. Vid bearbetning av data och redovisning av resultaten i uppsatsen kommer en enskild individ ej att kunna urskiljas. Endast de som är ansvariga för studien har tillgång till "kodnyckeln". Då data från studien kommer att redovisas i uppsatsen kommer enskilda individers uppgifter inte att kunna identifieras.

Tack för din medverkan!

Hannan Omeirat

Janet Dahlgren

Har Du frågor är Du välkommen att höra av Dig till oss via e-post eller telefon:

Hannan Omeirat
E-post: guskhahab@student.gu.se
Tfn 0707-548518

Janet Dahlgren
E-post: gusdahlja@student.gu.se
Tfn 0707-488377

Handledare:
Helen Elden
Universitetslektor, Med dr, Barnmorska
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs universitet
E-post: helen.elden@gu.se
Tfn 0702-887 882

Samtycke

Studie: Om nyblivna mammors upplevelse förlossningsvårdens kvalitet.

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna studie som handlar om nyblivna mammors upplevelse förlossningsvårdens kvalitet. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser för pågående eller framtida behandling.

Hantering av data

Datamaterialet kommer att sparas för att möjliggöra granskning. Ingen obehörig kommer att få tillgång till det och då data från studien kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Göteborg den _____

Namn: _____

Namnförtydligande _____

Personnummer (10 siffror) _____

Göteborg: April/Maj 2013

Barnmorskestudenter: Hannan Omeirat & Janet Dahlgren

Bilaga 2**GÖTEBORGS UNIVERSITET**

Sahlgrenska akademien,
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar till barnmorskor vid Göteborgs universitet. En del av utbildningen till barnmorska består av ett examensarbete (magisteruppsats) då vi fördjupar oss i ett ämne inom ramen för barnmorskans arbete.

Syftet med vår studie är att undersöka nyblivna mammors upplevelser av förlossningsvårdens kvalitet. Våra förhoppningar är att resultatet skall leda till en ökad kunskap om vården vid förlossning som kan användas för vidare utveckling av vården.

För att undersöka detta tillfrågar vi alla nyblivna mammor på SU/Östra sjukhuset och SU/Mölndal som vårdas på förlossningsavdelningarna och BB under vecka 10-11, 2013 om de vill medverka i studien.

De kvinnor som väljer att medverka kommer att få fylla i ett för Förlossningsvård speciellt utformat KUPP (kvalitet Ur Patientens Perspektiv) av (Wilde-Larsson, B, 2009, bilaga 1). KUPP) är ett instrument som mäter kvalitet ur patientens perspektiv och det har använts/används i stora delar av Europa. KUPP består av 67 frågor och det tar cirka tjugo minuter att fylla i. Kvinnorna kommer att erhålla muntlig och skriftlig information om studien (bilaga 2). De kommer att informeras om att deltagandet är frivilligt och att de kan avböja deltagandet utan att ange något skäl och utan att det påverkar deras vård. De kommer också att informeras om att resultaten av studien inte kommer att kunna kopplas till enskilda personer.

Hannan Omeirat

Janet Dahlgren

Har Du frågor är Du välkommen att höra av Dig till oss via e-post eller telefon:

Hannan Omeirat
E-post: guskahab@student.gu.se
Tfn 0707-548518

Janet Dahlgren
E-post: gusdahlja@student.gu.se
Tfn 0707-488377

Handledare:
Helen Elden
Universitetslektor, Med dr, Barnmorska
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs universitet
E-post: helen.elden@gu.se. Tfn 0702-887 882