

**SAMBANDET MELLAN  
FÖRSTFÖDERSKORS SAMT PARTNERS  
FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSER OCH  
UPPFATTAT SOCIALT STÖD SAMT DERAS  
KÄNSLA AV SAMMANHANG ETT ÅR  
EFTER FÖRLOSSNING – EN  
LONGITUDINELL KOHORTSTUDIE.**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN FIRST-  
TIMES MOTHERS AND PARTNERS BIRTH  
EXPERIENCES AND PERCEIVED SOCIAL  
SUPPORT AND THEIR SENSE OF  
COHERENCE ONE YEAR AFTER  
CHILDBIRTH – A LONGITUDINAL COHORT  
STUDY.**

Examensarbete inom huvudområdet  
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Hösttermin År 2020

Författare: Amanda Bodin, Nadia Karlsson  
Handledare: Caroline Bäckström  
Examinator: Lena Mårtensson

## Sammanfattning

Titel: Sambandet mellan förstföderskor samt partners förlossningsupplevelser och uppfattat socialt stöd samt deras känsla av sammanhang ett år efter förlossningen

Författare: Amanda Bodin, Nadia Karlsson

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Caroline Bäckström

Sidor: 29

Månad och år: augusti, 2020

Nyckelord: Förlossning, stöd, föräldraskap, transition, föräldrar.

---

**Bakgrund:** Att genomgå förlossning och bli förälder för första gången är en av de största händelserna i livet och förlossningsupplevelsen påverkas av flera faktorer. Mer kunskap behövs om sambandet mellan föräldrars förlossningsupplevelser, uppfattat socialt stöd samt deras känsla av sammanhang ett år efter förlossning. **Syfte:** Syftet med studien är att utforska samband mellan förstföderskor samt partners förlossningsupplevelser ett år efter förlossning och deras uppfattning om socialt stöd samt deras känsla av sammanhang. **Metod:** Kvantitativ longitudinell kohortstudie med 380 förstföderskor och 266 partners. Datainsamlingen genomfördes med upprepade enkätutskick mellan en vecka och ett år efter förlossning. Dataanalys genomfördes genom deskriptiv samt analyserande statistik med logistisk binär- och multipel regressionsanalys. **Resultat:** Den multipla regressionsanalysen påvisade att mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning visade samband med: högre skattad betydelse av positiv förlossningsupplevelse, uppfattad normal förlossning, känsla av trygghet och kontroll under förlossning, vid olika mättillfällen i studien. Utöver ovan beskriva samband i den multipla regressionsanalysen visade det sig i den binära regressionsanalysen att uppfattat socialt stöd spelar en betydande roll för förstföderskor förlossningsupplevelse. Studien visar även att en högre skattad känsla av sammanhang hos förstföderskor samt partners står i samband med en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. **Konklusion:** Betydelsen av en positiv förlossning, uppfattad normal förlossning samt känsla av trygghet och kontroll under förlossning påvisar samband med en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning.

## Abstract

Title: The relationship between first-times mothers and partners' birth experiences and perceived social support and their sense of coherence one year after childbirth.

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Author: Amanda Bodin and Nadia Karlsson

Supervisor: Caroline Bäckström

Pages: 29

Month and year: August, 2020

Keywords: Parents, parenthood, transition, childbirth, support.

---

**Background:** Childbirth and becoming a parent for the first time is one of the biggest events in life and the birth experience is affected by several factors. More knowledge is needed about the relationship between parent's birth experiences, perceived social support and their sense of coherence one year after childbirth. **Objective:** The purpose of the study is to explore the relationship between first-time-mothers and partners birth experiences one year after childbirth and their perception of social support and their sense of coherence **Method:** Quantitative longitudinal cohort study with 380 first-time-mothers and 266 partners. The data collection was carried out with repeated questionnaires between one week and one year after delivery. Data analysis was performed through descriptive and analytical statistics with logistic binary and multiple regression analysis. **Results:** The multiple regression analysis showed that more positively perceived childbirth experience one year after childbirth was significantly associated with: higher estimated importance of perceiving positive childbirth experience, perceived normal childbirth, feeling of security and control during childbirth, at various measurement occasions in the study. In addition to the above described, it was found in the binary regression analysis that perceived social support plays a significant role in the childbirth experience of first-time-mothers. The study also shows that a higher valued sense of coherence within first-time-mothers and partners is associated with a more positive birth experience one year after childbirth. **Conclusion:** The importance of a positive birth, perceived normal birth and a feeling of security and control during childbirth demonstrates a connection with a more positive birth experience one year after childbirth.

## **Förord**

Stort tack till vår handledare och ansvarig forskare till "Föräldrastödstudien", Caroline Bäckström. Du har inspirerat oss att skriva magisteruppsats med kvantitativ metod och utvecklat våra kunskaper inom valt område.

Skövde, Augusti 2020

Amanda Bodin & Nadia Karlsson

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
FÖRLOSSNING OCH FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE .....	1
FRÄMJANDE FAKTORER FÖR POSITIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE .....	2
HÄMMANDE FAKTORER FÖR POSITIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE .....	3
BARNMORSKANS ROLL UNDER FÖRLOSSNING .....	3
TRANSITION TILL FÖRÄLDRASKAP .....	4
FÖRÄLDRARS BEHOV AV STÖD .....	5
Professionellt stöd .....	5
Socialt stöd .....	5
KÄNSLA AV SAMMANHANG .....	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>8</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
VAL AV METOD .....	9
MILJÖ .....	9
URVAL .....	9
INKLUSIONSKRITERIER .....	9
DATAINSAMLING .....	10
MÄTINSTRUMENT .....	11
Bakgrundsvariabler .....	11
QPP – Quality of Patient Perspective – KUPP – Kvalitet ur Patientens Perspektiv .....	11
MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support .....	12
SOC-13 - Sense of Coherence .....	12
ANALYS .....	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	14
FÖRFÖRSTÅELSE .....	15
<b>RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
METODDISKUSSION .....	22
RESULTATDISKUSSION .....	24
KONKLUSION .....	28
FÖRSLAG PÅ KLINISK TILLÄMPNING .....	28
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....	28
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>1</b>

## **INLEDNING**

Att genomgå förlossning och bli föräldrar för första gången är en av de viktigaste händelserna i livet. Målsättning inom svensk förlossningsvård är att varje förlossning ska upplevas positiv, vara säker och med så få interventioner som möjligt. Förlossningsupplevelsen påverkas av flera faktorer och några av dem är föräldrars förväntningar och erfarenheter, känslor av kontroll, trygghet och delaktighet i förlossningsprocessen. Barnmorskan som ansvarar för normal förlossning bidrar med det professionella stödet och förväntas uppmärksamma och ta hänsyn till dessa faktorer. Barnmorskan bör även ge föräldrar individuellt anpassat stöd och verktyg så att de kan uppleva förlossning som begriplig, hanterbar och meningsfull. Utöver professionellt stöd har även socialt stöd stor betydelse för förstagångsföräldrar. Familj, vänner och bekanta är exempel på grupper som kan fungera som socialt stöd. Dessa grupper tillför gemenskap och är utvecklande för blivande och nyblivna föräldrar då de delar med sig av sina erfarenheter. Att bli förälder kan beskrivas som en transition vilket liknas vid en förändringsfas, forskning visar att socialt stöd kan främja transition till föräldraskap. Förlossning och transition till föräldraskap har även visat sig ha positiva effekter på föräldrars känsla av sammanhang sex månader efter förlossning. Känsla av sammanhang skattar individens förmåga att hantera svårigheter och stress. Ju högre grad känsla av sammanhang desto bättre förmåga har individen att hantera svåra och stressiga livssituationer. Trots förändrad livssituation och viss påfrestning vid sitt första barns födelse visar forskning att föräldrar finner känsla av sammanhang sex månader efter förlossning. Det finns begränsad forskning om föräldrars förlossningsupplevelse ett år efter förlossning och faktorer som eventuellt påverkar denna upplevelse. Mer kunskap behövs om sambandet mellan föräldrars förlossningsupplevelse, uppfattat socialt stöd och deras känsla av sammanhang ett år efter förlossning. Att undersöka dessa ovan beskrivna faktorer är nödvändigt för att vården ska kunna erbjuda individuellt anpassat stöd och på så sätt främja en positiv förlossningsupplevelse.

## **BAKGRUND**

### **Förlossning och förlossningsupplevelse**

Födelsen av ett barn ses som en emotionell och social händelse där kvinnors egen styrka och förmåga får möjlighet att växa. Miljön kvinnor föder i ska stärka det normala fysiologiska förloppet och föräldraskapet ska underlättas av samhällets strukturer och attityder (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). Förlossningsupplevelsen påverkar kvinnors framtida välbefinnande samt emotionella, fysiska och reproduktiva hälsa (Thies-Lagergren & Johansson, 2018). I förlossningsupplevelsen ingår varje kvinnas och partners upplevelse av händelsen (Socialstyrelsen, 2001) och förlossning ses som en delad upplevelse mellan kvinna och partner (Premberg et al., 2011). För att förlossning ska upplevas så positivt som möjligt bör vården utformas efter individens behov (Socialstyrelsen, 2001). Förväntan, delaktighet, förlossningsförlopp, kontroll, smärta och stöd av vårdpersonal är olika komponenter som används då förlossningsupplevelse ska utvärderas. Förlossningsupplevelsen består av många komponenter och påverkas av tiden före graviditet, under graviditet samt under och efter förlossning (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2004). Svensk förlossningsvård har som målsättning att varje förlossning ska vara säker, med så få interventioner som möjligt, samt vara en positiv upplevelse. Närvaro av partner, doula eller annan önskad person av

födande kvinnor ska uppmuntras (SBU, 2013). WHO:s definition av normal förlossning som också används inom svensk förlossningsvård fokuserar på förloppet, snarare än medicintekniska interventioner och definitionen lyder; ”*graviditet av enkelbörd, graviditetslängd mellan 37+0 och 41+6 (veckor + dagar), vid förlossningens start föreligger inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall, värkarbetet startar spontant, förlopp utan komplikationer från värkarbetets start till efter moderkakans framfödande, barnet föds spontant i huvudbjudning, mor och barn mår bra efter förlossning*” (WHO, 1996). Betydelsefullt att tillägg är att de flesta regioner i Sverige år 2020 ändrade riktlinjer för igångsättning. Gravida kvinnor som befinner sig i graviditetsvecka 41+0 kallas numera in för kontroll och samtal kring eventuell igångsättning. Att starta en förlossning i en lågriskgraviditet vid 41 fullgångna graviditetsveckor istället för vid 42 fullgångna graviditetsveckor förefaller vara säkrare för barnets överlevnad visar en svensk studie av Wennerholm et al. (2019). I studien jämfördes induktion i graviditetsvecka 41 med induktion i graviditetsvecka 42. Perinatal dödlighet visade viss ökning vid induktion i graviditetsvecka 42. Studien av Wennerholm et al. (2019) har omdebatterats och resultatet bör tolkas med försiktighet då studien avbröts i förtid utan fullgod insamlad data. Utfallet hade möjligen sett något annorlunda ut i en större studie.

## **Främjande faktorer för positiv förlossningsupplevelse**

De flesta kvinnor önskar en positiv förlossningsupplevelse och ser det som värdefullt att kunna använda sin egen fysiska och mentala förmåga under förlossning, även då processen är oförutsägbar och smärtsam (Downe et al., 2018). Grunden till en positiv förlossningsupplevelse har beskrivits av kvinnor relaterade till sin egen styrka, en tillförlitlig och respektfull relation med barnmorskan samt förtroende och stöd från partner (Karlström et al., 2015). Kvinnor som erbjuds kontinuerligt stöd under förlossning har en lägre sannolikhet för negativ förlossningsupplevelse (SBU, 2013). Barnmorskans professionella och personliga egenskaper samt känslomässiga uttryck påverkar hur kvinnor uppfattar det givna stödet. Förstföderskor önskar bekräftelse och vill ses som unika individer vid sin första förlossning. Om barnmorskan svarar på detta behov av känslomässigt stöd upplever kvinnor ofta en positiv förlossningsupplevelse, även om processen blir utdragen eller innehåller medicinska komplikationer (Nilsson et al., 2013). Känslor av trygghet i en stödjande miljö beskrivs som avgörande för att kvinnor ska uppleva kontroll under förlossning och för att de ska kunna fokusera på tekniker som gör det möjligt att hantera värkarbetet (Karlström et al., 2015). Smärta har en stor plats i barnafödande men en förlossning kan upplevas positiv oberoende om kvinnor använt smärtlindring eller ej (Berg, 2014). Kvinnor beskriver smärta vid förlossning som positiv även om den upplevs mer intensiv än väntat. Kunskap om att smärtan är övergående och att det kommer smärtfria perioder i värkpaus ger kvinnor styrka att ta sig igenom den smärtsamma fasen (Karlström et al., 2015). Förlossning beskrivs av kvinnor i efterhand som en oundviklig situation, som kräver både kontroll och förlust av kontroll; som att gå med flödet och samtidigt ta kontroll över sig själv. Detta gör förlossning till en mycket komplex process (Lundgren, 2005). Känslan av att “ha kontroll” under förlossning uppnås då kvinnor under värkarbete ges kontinuerlig information, då information är en förutsättning för att kunna ingå i beslutsfattande under förlossning (Gibbins & Thomson, 2001). Att under förlossning få kontinuerlig information av barnmorskan inger en känsla av trygghet och delaktighet även hos blivande pappor (Johansson et al., 2015) och medmammor (Wilton & Kaufmann, 2001; McManus, Hunter & Renn, 2006) vilka uppger att förlossning är en komplicerad situation där de upplever sig vara “utom kontroll”. Blivande pappor upplever ofta en osäkerhet kring

värkarbete samt vilken roll de bör axla under förlossningen (Dellman, 2004; Johansson et al., 2015). Mentala och fysiska förberedelser är avgörande för hur de tar sig an utmaningen som en förlossning innebär. Information, stöd och uppmuntran från barnmorska kan hjälpa blivande pappor att åter uppleva kontroll över situationen (Johansson et al., 2015). Även blivande medmammor upplever en osäkerhet inför förlossning då de har svårt att identifiera sig som en biologisk förälder. Önskan hos medmammor är att bli bekräftade och inkluderade inför förlossning (Dahl et al., 2013). Denna studie ämnar studera både pappor och medmammor förlossningsupplevelser, därmed kommer begreppet partners fortsättningsvis användas, i de fall det är möjligt.

## **Hämmande faktorer för positiv förlossningsupplevelse**

Oväntad smärta samt oväntade komplikationer som akut kejsarsnitt, förlossning som avslutas instrumentellt med sugklocka eller tång samt värkstimulerande dropp är faktorer som kan hämma en positiv förlossningsupplevelse. Nyblivna pappor rapporterar i högre utsträckning akut kejsarsnitt relaterat till negativ förlossningsupplevelse då de i den stunden upplever känslor av panik samt att de inte förstår vad som händer med deras barn (Nystedt & Hildingsson, 2018). Även känslor av hjälplöshet kan infinna sig, speciellt om förlossningen inte fortskrider som förväntat. Kontinuerligt stöd från barnmorskan är centralt för kvinnor och partners förmåga att hantera denna situation (Lundgren, 2015; Premberg, 2011). Förstföderskor är särskilt utsatta för just långdragen förlossning (Waldenström et al., 2004). Ett långdraget förlopp bidrar till ökad sårbarhet hos föräldrar, detta kan leda till att de upplever sig beroende av sin vårdgivare (Nystedt & Hildingsson, 2018). Cirka 9% av alla förstföderskor bär med sig en negativ förlossningsupplevelse ett år efter födseln (Waldenström et al., 2004). Kvinnor som har erfaret en negativ förlossningsupplevelse rapporterar att deras lust att föda barn igen har reducerats och att de bär med sig svåra minnen vidare i livet (Nystedt & Hildingsson, 2018).

Förlossningsrädsla är ytterligare en faktor som hämmar en positiv förlossningsupplevelse. Förlossningsrädsla påträffas hos både kvinnor och män (Eriksson, 2005). Förlossningsrädsla kan vara både primär och sekundär, vilket innebär att den kan finnas både hos kvinnor som inte har fött barn och hos kvinnor som har fött barn. Förklaringen bakom primär förlossningsrädsla kan böttna i att flickor redan i ungdomen tar del av berättelser och bilder som kan skapa rädsla och ångest inför förlossning. Sekundär förlossningsrädsla är ofta en följd av en tidigare svår förlossningsupplevelse (Hofberg & Ward, 2003). Stark förlossningsrädsla är ofta sekundär och grundar sig på en tidigare negativ förlossningsupplevelse och därför är det viktigt att föräldrar redan vid sitt första barns födelse får så god upplevelse som möjligt (Nilsson, 2014). Generellt sett är kvinnors upplevelser i fokus vid handläggning av förlossning men en studie av Nystedt och Hildingsson (2018) visar att det är viktigt att beakta både kvinnors och mäns förlossningsupplevelser. För att underlätta behandlingen av en eventuell negativ förlossningsupplevelse är det betydelsefullt att barnmorskan bär med sig kunskapen att föräldrars förlossningsupplevelse kan skilja sig från varandra (Nystedt & Hildingsson, 2018).

## **Barnmorskans roll under förlossning**

Att vara barnmorska under förlossning är en komplex och unik situation, där ömsesidigt förtroende samt en trygg förlossningsmiljö ska skapas utifrån föräldrars önskemål. Samtidigt ska barnmorskan använda sin teoretiska och fysiska kunskap för att förse god vård utifrån det



kulturella sammanhanget. Barnmorskan som förstår föräldrars förväntningar och tar hänsyn till deras känsla av osäkerhet kan skraddarsy det professionella stödet. Individuellt anpassat stöd och kontinuitet ökar känsla av kontroll och trygghet samt påverkar förlossningsupplevelse positivt (Thies-Lagergren & Johansson, 2018). En stor del av barnmorskans arbete innebär att bygga relationer där ömsesidigt förtroende infinner sig (Berg et al., 2012). Då barnmorskan möter föräldrar med närvaro, ömsesidighet och respekt kan relationer byggas som kan hålla hela förlossningen (Lyckestam et al., 2014). Barnmorskan är den aktiva guiden under förlossning och bör uttrycka en stark tro på kvinnors förmåga att föda. Barnmorskan ska samtidigt informera och uppmuntra föräldrar samt tillhandahålla verktyg för dem att övervinna utmaningen som förlossning innebär (Berg et al., 2012). Det hör till barnmorskans uppgift att bjuda in respektive partner i det team som arbetar för kvinnans och barnets hälsa under förlossning (Karlström et al., 2015; Lyckestam et al., 2014). Barnmorskan bör uppmuntra till delaktighet under förlossning genom att praktiskt visa hur det är möjligt att stödja kvinnor i värkarbete. Ibland krävs en högre nivå av professionellt stöd från barnmorskan, annars finns det risk för utanförskap (Johansson et al., 2015). Då barnmorskan bär med sig sin teoretiska och fysiska kunskap om förlossning och samtidigt är öppen för föräldrars förlossningsupplevelse, skapar de ny unik kunskap tillsammans. Detta är nödvändigt för att föra vårdprocessen framåt (Lyckestam et al., 2014). Ett naturligt och salutogent förhållningsätt är centralt i barnmorskans profession och betonar att barnafödande är en naturlig fysiologisk process (Berg, 2014). Med ett salutogent förhållningssätt kan barnmorskan sträva efter att ge föräldrar en syn på föräldraskap och förlossning som en förståelig, hanterbar och meningsfull erfarenhet i livet (Bäckström, 2018).

## **Transition till föräldraskap**

Transition är ett viktigt socialpsykologiskt begrepp för hälso- och sjukvårdspersonal som i sitt dagliga arbete träffar människor som befinner sig i olika slags förändringsfaser. En förändring kan handla om hälsostatus, roller, relationer, förmågor eller förväntningar hos en person (Meleis, 1991). Under graviditet kommer föräldrar närmare varandra, de går igenom en gemensam händelse och skapar gemensam erfarenhet. Att bli en familj innebär oftare att relationen stärks. Känslan “vi två” ersätts av känslan “vår familj på tre” (Rijavec Klobucar, 2015). Transition till föräldraskap är en av de viktigaste och största upplevelserna i en människans liv. Att bli förälder för första gången förändrar livssituationen och omställningen som sker när ett litet barn har fötts upplevs som positivt men också som utmanande (Deave et al., 2008). Att bli föräldrar relateras av många till lycka, förhoppning och utveckling men det kan också innebära en stor påfrestning för individen samt påverka parrelation (Ahlborg et al., 2013). Faktorer som främjar transition till föräldraskap är då blivande föräldrar ser föräldraskapet som en naturlig del av livet, upplever sig förberedda och har kunskap inom området, upplever socialt och professionellt stöd samt erbjuds väl fungerande föräldraförberedande stöd. Faktorer som hämmar transition till föräldraskap är då blivande föräldrar har orealistiskt höga förväntningar på sig själva och föräldraskapet, känslor av stress och förlust av kontroll, upplevelser av att vara oförberedd för verkligheten, bristande professionellt stöd samt föräldraförberedande stöd som inte fungerade optimalt. Kontinuerlig kontakt med vårdgivare före och efter förlossning underlättar transition till föräldraskap (Barimani et al, 2017). Det är betydelsefullt att vårdgivare som följer nybildade familjer de första månaderna efter förlossning är tillgängliga samt har kunskap och förmåga att identifiera deras behov av stöd. Detta kan skapa en grund till ett lyckat samspel i familjen under de kommande åren (Gordon & Feldman, 2008).

## **Föräldrars behov av stöd**

### **Professionellt stöd**

I barnmorskans kompetensområde ingår det att främja den normala processen vid graviditet, förlossning, tiden efter förlossning samt anknytning mellan föräldrar och barn (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Alla kvinnor och män har egna specifika behov och barnmorskan bör bemöta föräldrar som unika individer då detta främjar deras personliga utveckling och mognad. Inom barnmorskans ansvarsområde ryms normal förlossning och däri ska föräldraskapet bekräftas samt information, stöd och verktyg erbjudas som underlättar för alla som önskar bli föräldrar (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). Barnmorskans professionella stöd innebär att erbjuda unikt och meningsfullt stöd genom förtroende, tillgänglighet, ömsesidighet samt bekräftelse (Lundgren & Berg, 2007). Barnmorskans roll inom den svenska mödrahälsovården är central; uppgiften är att ge stöd i föräldraskap och föräldragrupper med förlossnings- och föräldraförberedelse (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2008). Barnmorskan bör stötta föräldraskapet och följa resan från nybörjare till mer erfarna föräldrar. Fokus ska riktas till att stärka föräldrars egna resurser och tillgodose de individuella behoven (SOU 2008:131). Föräldraförberedande stöd ska ge föräldrar fördjupad kunskap om deras barns behov och rättigheter, kontakt och gemenskap med andra i samma situation samt stärka dem i sin föräldraroll. Detta bidrar till att föräldrar utvecklar ett gott samspel till sitt barn och stärker en positiv utveckling hos barnet. Det ses mindre risk för psykisk ohälsa och andra hälsoproblem inom familjen om föräldrar erbjuds föräldraförberedande stöd (SOU 2008:131). Upplevt socialt stöd av partner under graviditet har en betydelsefull effekt på kvinnors förlossningsupplevelse. Därför rekommenderas att mödrahälsovården erbjuder utbildning för familjen, speciellt för partner, för att öka kvinnors känsla av stöd under graviditet (Zamani et al., 2019). Förstföderskor med partners har behov av olika typer av stöd genom graviditet, förlossning och tiden efter förlossning. Informativt stöd från vårdgivare gällande förlossning är en viktig del i det föräldraförberedande stödet (Bäckström, 2018). Informativt stöd avser stödja föräldrars handlande, åsikter eller utveckling i olika livssituationer med mål att stärka deras självkänsla (Hall & Wigert, 2010). Att ta emot information underlättas för föräldrar om barnmorskan är erfaren, har avslappnad attityd och visar att hen kan avsätta tid för dem (Barimani et al, 2017). All information ges med full respekt och formas utifrån var och ens behov (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). Även emotionellt stöd är betydelsefullt i det föräldraförberedande stödet, detta upplevs när vårdgivare lyssnar till föräldrars upplevelser, bekräftar samt stöttar dem (Bäckström, 2018). Emotionellt stöd kan barnmorskan ge då hen vårdar föräldrar med omsorg, kärlek och tillit (Hall & Wigert, 2010). Barnmorskan som regelbundet möter föräldrar inför förlossning, är i en unik position för att rikta in vikten av socialt stöd under den barnafödande perioden och tiden efter födseln. Detta kan spela en betydande roll för att mobilisera stöd för nyblivna föräldrar (Hildingsson et al., 2016). Då förstföderskor och partners ges ömsesidigt professionellt stöd och då barnmorskan synliggör partnerns roll underlättas föräldrars kommunikativa förmågor. Även deras samhörighet och förståelse för varandras roller ökar (Bäckström, 2018).

### **Socialt stöd**

Föräldraskap innebär ett stort ansvar som underlättas om det delas och föräldrar är i första hand varandras sociala stöd (Rijavec-Klobucar, 2015). Familj, vänner och bekanta är betydelsefulla grupper inom det sociala stödet, vilka fungerar som ett tryggt nätverk före och efter förlossning. Dessa grupper kan främja transition till föräldraskap då de tillför praktisk information utifrån

sina egna upplevelser kring förlossning, föräldraskap och första tiden med barn (Barimani et al, 2017). Även föräldrar, kollegor, hälso- och sjukvården samt deltagande i föräldragrupp under graviditet och/eller efter förlossning har visat sig ha betydelse för föräldrars förmåga att ta sig an den nya situationen som föräldraskap innebär. (Deave et al., 2008). Att delta i grupper med föräldrar i samma situation har visat sig ge ökat självförtroende hos föräldrar som väntar sitt första barn. De tar även till sig relevant information om barns hälsa och föräldraskap på ett bra sätt (Hanna et. al. 2002; Vehvilainen-Julkunen, 1995). Föräldrar som inkluderas i föräldraförberande stöd under graviditet upplever transition till föräldraskap som positiv och odramatisk. Även förlossningsupplevelse och relation mellan föräldrar påverkas positivt, speciellt i de fallen då båda föräldrar deltar i föräldraförberande stöd. Föräldraförberande stöd erbjuder anordnat socialt stöd och förbereder till jämlikt föräldraskap, vilket kan vara en förutsättning till lyckad parrelation (Mitnick et al., 2009). Förstföderskor beskriver att socialt stöd kan bidra till att de får en förstärkt relation till sin partner samt upplever en känsla av förberedelse inför förlossning och föräldraskap (Bäckström, 2018). Kvinnor beskriver vikten av att ha sin partners sociala stöd och närvaro under förlossning då detta ger ökad trygghet samt en delad förlossningsupplevelse. Om partners kan erbjuda socialt stöd är det viktigt att hen är fysiskt närvarande i rummet under hela förlossningen (Nilsson et al., 2012). Kvinnor som är missnöjda med sin partners sociala stöd efter förlossning tenderar oftare att lämna sin partner (Hildingsson et al., 2016). Då den första glädjen över att vara föräldrar minskar finns det en ökad en risk för skilsmässa och separation, särskilt under barnets första levnadsår. Missnöje av socialt stöd från partner påverkar i hög grad kvinnors emotionella välbefinnande och det finns koppling mellan depressiva symtom och brist på stöd från partner (Gordon & Feldman, 2008).

## **Känsla av sammanhang**

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, beskriver i sin bok "Hälsans mysterium" (2005) begreppet SOC som står för känsla av sammanhang (sense of coherence). Alla människor utsätts under livets gång för olika typer av kriser, stress och problem som behöver lösas. En del av individer klarar av att möta svårare utmaningar i större grad än andra och kan till och med behålla god hälsa. Antonovsky menar att en person som går igenom svåra utmaningar lär sig att möta både mot- och medgångar på ett hanterbart sätt. Känsla av sammanhang är inte konstant, utan förändras beroende på livssituation. Upplevs utmaningar som begripliga, hanterbara och meningsfulla får livet sitt sammanhang. Antonovsky (2005) beskriver begreppen inom SOC på följande sätt: *begriplighet* innebär att en grundläggande upplevelse är det som sker i ens inre och yttre värld och är förutsägbar, begriplig och strukturerad. På så vis är människan kapabel att ta emot yttre stimulanser och upplevelsen blir då konkret och tydlig. *Hanterbarhet* innebär att det finns resurser för att människan skall kunna möta det som sker och att människan vågar lita på sin förmåga att hantera det som sker. Sociala resurser som familj, vänner, omgivning kan fungera som stöd i den svåra situationen. *Meningsfullhet* innebär att människan ser livets utmaningar som meningsfulla och värda känslomässig investering och engagemang samt att det finns stark motivation att ta sig an en utmaning (Antonovsky, 2005).

Högre grad känsla av sammanhang främjar positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor med stark känsla av sammanhang tenderar ha en positiv och avslappnad attityd under förlossning och kan hålla fokus på barnet som är på väg. Kvinnor med bristande känsla av sammanhang däremot uttrycker en mer negativ och orolig attityd under förlossning och riktar större fokus på själva värdarbetet, som ett resultat snarare än en process (Fergusson & Davis, 2019). Förstföderskor och partners uppger sämre kvalitet i parrelation sex månader efter förlossning jämförelsevis

med parrelationen under graviditet. De rapporterade dock en högre känsla av sammanhang sex månader efter förlossning jämförelsevis med känsla av sammanhang under graviditet. Detta visar att förlossning och transition till föräldraskap hade positiv påverkan på föräldrarnas förmåga att hantera livets utmaningar trots att kvaliteten i parrelationen minskade (Bäckström et al, 2018). Högre känsla av sammanhang efter förlossning har även visat sig vara förknippat med en bättre funktion inom familj och äktenskap (Ngai & Ngu, 2016). Transition från partnerskap till föräldraskap är en av livets största omställningar och kan upplevas som en svår period. Dock visar forskning att ju högre grad känsla av sammanhang som föräldrar upplever under denna transition, desto större förmåga har de att gemensamt hantera de utmaningar som kommer (Antonovsky & Sourani, 1988).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Att genomgå förlossning och bli förälder för första gången är en av de största händelserna i livet. Förlossningsupplevelsen påverkas av flera faktorer, däribland tidigare erfarenheter och förväntningar, professionellt och socialt stöd samt upplevd trygghet, kontroll och delaktighet under förlossning. En av barnmorskans viktiga uppgifter är att främja positiv förlossningsupplevelse, uppmärksamma föräldrars individuella behov samt de faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen. Uppfattat socialt stöd formas av partner, familj, vänner och bekanta vilka fungerar som ett tryggt nätverk före, under och efter förlossning. Socialt stöd från dessa grupper kan främja positiv förlossningsupplevelse och transition till föräldraskap då de tillför kunskap utifrån egna upplevelser av förlossning och föräldraskap. En högre grad av känsla av sammanhang efter förlossning förknippas med bättre funktion inom familj och äktenskap. Tidigare forskning visar att förlossning och transition till föräldraskap har positiva effekter på föräldrars känsla av sammanhang sex månader efter förlossning. Trots förändrad livssituation och viss påfrestning upplever föräldrar sin vardag mer begriplig, hanterbar och meningsfull efter sitt första barns födelse. Känsla av sammanhang och uppfattat socialt stöd påverkas av flera faktorer och är något som kan förändras över tid. Med ökad kunskap om föräldrars förlossningsupplevelse ur ett längre tidsperspektiv, ställt i relation till uppfattat socialt stöd samt känsla av sammanhang kan barnmorskor och andra professioners möjligheter att främja positiva förlossningsupplevelser öka.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att utforska samband mellan förstfödelskor samt partners förlossningsupplevelser ett år efter förlossning och deras uppfattade sociala stöd samt känsla av sammanhang.

## METOD

Denna studie är en del av ett större forskningsprojekt vid namn ”Föräldrastödsstudien”, vilken innehåller både kvalitativa och kvantitativa studier. I ”Föräldrastödsstudien” följs förstföderskor och deras partners från graviditet till åtta år efter förlossning (Bäckström, 2018). Det övergripande syftet med ”Föräldrastödsstudien” är att studera förstföderskors samt partners upplevelser, uppfattningar och effekter av professionellt och socialt stöd i relation till deras förlossningsupplevelser och känsla av sammanhang. Deltagare har under sin medverkan i ”Föräldrastödsstudien” fått svara på upprepade enkäter vid följande mättillfällen: graviditetsvecka 25 (E1); första veckan efter förlossning (E2); sex månader efter förlossning (E3); ett år efter förlossning (E4); två år efter förlossning (E5); fyra år efter förlossning (E6) och åtta år efter förlossning (E7). I denna studie inkluderas mättillfälle E2-E4.

### Val av metod

För att besvara syftet med föreliggande studie, har kvantitativ longitudinell kohortstudie genomförts. Kvantitativ metod studerar numeriska data som kan kvantifieras i kategorier eller siffror och gör det möjligt att generalisera utifrån en mindre grupp (Eliasson, 2018). Studier där data samlas hos samma personer vid mer än en tidpunkt och under en längre period kallas för longitudinella (Polit & Beck, 2017). Studier där definierade grupper i en avgränsad population följs under en period för att studera populationens utfall kallas för kohortstudier (Polit & Beck, 2017). I kohortstudier identifieras personer utifrån vissa kriterier och de utgör då den så kallade kohorten. Därefter följs kohorten framåt i tiden och på så vis går det att följa i vilken utsträckning egenskaper i kohorten utvecklas (Eljertsson, 2019).

### Miljö

Deltagarna för denna studie rekryterades inom ramen för ”Föräldrastödsstudien” i ett geografiskt område med ca 260 000 invånare, i en mellanstorstad, i ett antal mindre städer samt på landsbygden. Vid tillhörande länssjukhus sker cirka 2700 förlossningar per år.

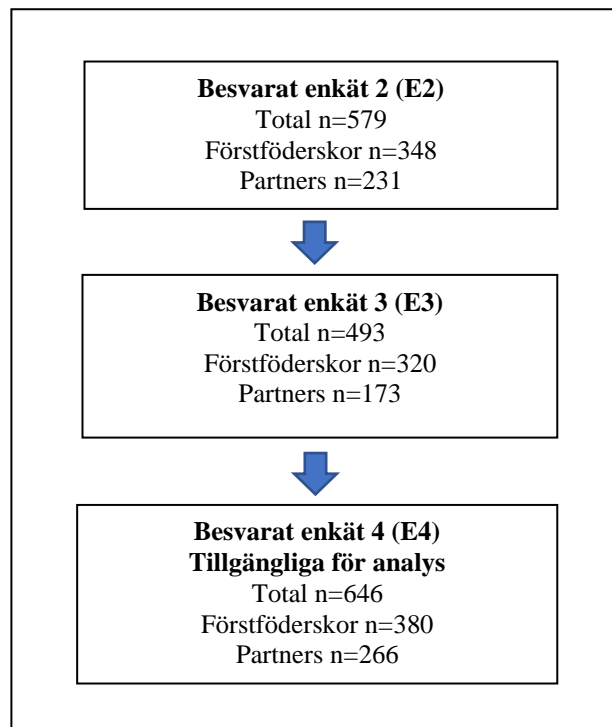
### Urval

#### Inklusionskriterier

I studien inkluderades förstföderska med partner väntade sitt första gemensamma barn eller precis fött sitt första gemensamma barn, graviditet av enkelbörd. Vid första enkätundersökning befann sig föräldrarna i graviditetsvecka 25 och planerade sin förlossning på sjukhus i aktuellt geografiskt område. Föräldraparet hade tillräckligt goda kunskaper i svenska för att förstå muntlig och skriftlig information.

Rekrytering till ”Föräldrastödsstudien” pågick under perioden september 2014 – april 2016. Cirka 3400 föräldrar var under angiven tidsperiod aktuella för ”Föräldrastödsstudien” (förstföderskor  $n=1700$  och partners  $n=1700$ ). Initialt ombads barnmorskor att tillfråga blivande föräldrar, som motsvarade angivna inklusionskriterier, om deras intresse av att delta i studien i samband med att de kom till rutinbesök hos mödrahälsovården. Deltagare till ”Föräldrastödsstudien” rekryterades enligt tillgänglighetsurval, vilket innebär att rekrytera de deltagare som är mest tillgängliga för studien (Polit & Beck, 2017). Antal rekryterade deltagare blev lägre än förväntat och detta förklarades av att inte alla blivande föräldrar informerades om studien. Vad som låg till grund för detta förklarades av hög arbetsbelastning samt glömska att

informera om "Föräldrastödsstudien". Fortsättningsvis rekryterades föräldrar via BB och de deltagare som inte fyllde i E2 på BB sändes enkät via mail under första veckan efter förlossning. Antal föräldrar som av barnmorskor tillfrågades att delta i "Föräldrastödsstudien" är inte känt, dock kan det presenteras hur många föräldrar som har besvarat respektive enkät. Sammanlagt besvarade 918 föräldrar enkät E1 i "Föräldrastödsstudien" (förstföderskor n=489; partners n=429) och inkluderades därmed i studien. I föreliggande studie inkluderades de 646 föräldrar (förstföderskor n=380; partners n=266), som svarat på enkät ett år efter förlossning (E4).



Figur 1. Ovan presenteras flödesschema i n (antal) för studiens deltagare vid E2 (en vecka efter förlossning) E3 (sex månader efter förlossning) samt E4 (ett år efter förlossning).

## Datinsamling

Data till denna studie samlades in via webbaserade enkätutskick vilka skickades till deltagarnas mail under graviditet och efter förlossning. Webbaserade enkäter är en väl fungerande datainsamlingsmetod för att nå ut till många deltagare under en kort tid (Eljertsson, 2019). Enkäterna var specifikt utformade till "Föräldrastödsstudien", tre av dessa (E2, E3 samt E4) valdes ut för denna studie. Upp till tre påminnelser skickades till de deltagare som inte hade svarat på det första utskicket. Enkäter som ingår i denna studie undersöktes 2014 hur väl de uppfattades av föräldrar, då dem ingick i två pilotstudier med cirka 40 deltagare. Dessa två pilotstudier ansågs vara, för föräldrarna, hanterbara och lätta att förstå (Bäckström et al., 2018). De validerade instrument som inkluderats från enkäterna i denna studie var förlossningsupplevelse (QPP), socialt stöd (MSPSS) samt känsla av sammanhang (SOC-13).

## Mätinstrument

Enkäterna bestod av olika mätinstrument som beskrivs i följande text.

### Bakgrundsvariabler

Bakgrundsvariabler som studerats består av frågor som rör deltagarnas ålder, kön, födelseland, civilstånd, sysselsättning och ekonomi. Bakgrundsvariabler är oberoende vilket bidrar till att bygga en allmän bild av populationen som skall undersökas (Barmark & Djurfeldt, 2015) samt har betydelse för dataanalys där förhållandet mellan olika variabler skall studeras (Ejlertsson, 2019).

### QPP – Quality of Patient Perspective – KUPP – Kvalitet ur Patientens Perspektiv

I de enkäter som besvarats ingår påståenden som rör deltagarnas förlossningsupplevelse, QPP (Quality of Patient Perspective). Dessa är valda ur den förkortade versionen av ett specifikt frågeformulär vid namn KUPP (Kvalitet ur Patientens Perspektiv), framtaget av Wilde Larsson (2001). KUPP som frågeformulär gör det möjligt att få svar på hur patienten upplever kvaliteten av vården. Deltagarna har lämnat sina svar utifrån en likertskala vilken har avsikt att skatta attityder, uppfattningar eller upplevelser (Barmark & Djurfeldt, 2019). Frågeformuläret består av sex områden vilka beräknas var för sig där högre antal poäng indikerar mer positiv upplevelse:

- 1) positiv förlossningsupplevelse QPP1;
- 2) betydelse av positiv förlossningsupplevelse QPP2;
- 3) upplevelse av normal förlossning QPP3;
- 4) betydelse av upplevelse normal förlossning QPP4;
- 5) upplevelse av trygghet vid förlossning QPP5;
- 6) upplevelse av kontroll vid förlossning QPP6.

Påståenden *“Jag hade en positiv förlossningsupplevelse när mitt barn föddes”* (QPP1) och *“Jag upplevde att förlossningen var normal när mitt barn föddes”*(QPP3) besvarades på en fyrgradig likertskala (range 1–4) med svarsalternativ mellan *“instämmer helt”* och *“instämmer inte alls”* samt svarsalternativ *“ej aktuellt”*.

Påståenden *“Så här betydelsefullt var det för mig att jag hade en positiv förlossningsupplevelse när mitt barn föddes”*(QPP2) och *“Så här betydelsefullt var det för mig att jag upplevde förlossningen som normal när mitt barn föddes”*(QPP4) besvarades på en fyrgradig likertskala (range 1–4) med svarsalternativ mellan *“allra största betydelse”* och *“liten/ingen betydelse”* samt svarsalternativ *“ej aktuellt”*.

Påståenden *“I vilken utsträckning kände du att du hade kontroll över situationen under förlossningen?”* (QPP5) och *“I vilken utsträckning kände du dig trygg under förlossningen?”*(QPP6) besvarades på en sexgradig likertskala (range 1–6) med svarsalternativ från *“i mycket stor utsträckning”* till *“inte alls”*.

KUPP benämns fortsättningsvis som QPP i denna studie.



## **MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support**

Mätinstrumentet MSPSS utvecklades för att fånga och undersöka individens uppfattning av socialt stöd från tre specifika dimensioner: *familj*, *vänner* samt *övriga betydelsefulla*. Mätinstrumentet består totalt av 12 påståenden vilka har besvarats i sjugradig likertskala (range 1–7) med alternativ från “instämmer inte alls” till “instämmer helt”. Varje dimension kan ge värden från 4 till 28. Det totala värdet (index) för deltagarens upplevelse av socialt stöd beräknas genom en sammanställning av de 12 olika påståendena och kan ge resultat mellan 12 och 84. Ju högre summa siffror desto högre socialt stöd upplever individen (Zimet et al., 1988). I föreliggande studie används den svenska versionen av MSPSS vilken är validerad (Ekbäck et al., 2013).

Exempel påstående: “*Jag har goda vänner som ger mig stöd*”, “*Min familj ställer alltid upp för mig*”, “*Min partner hjälper mig mycket*”, “*Min partner och jag har för tillfället en ansträngd relation*” och “*Jag känner mig uppskattad av min partner*”.

## **SOC-13 - Sense of Coherence**

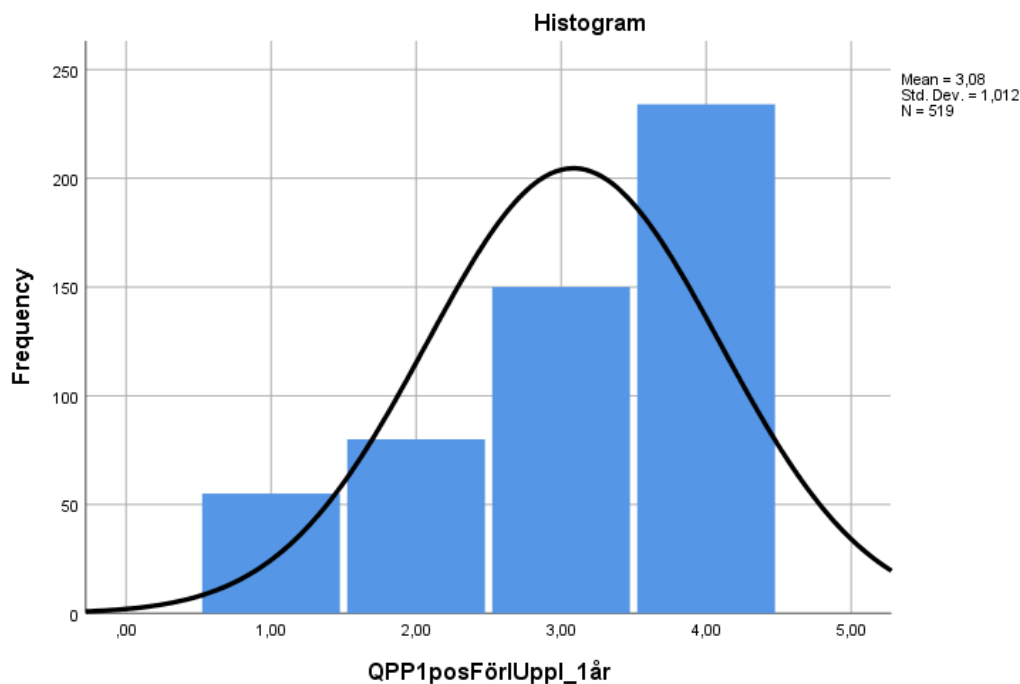
SOC-13 är en förkortad version av SOC-29, vilket är ett instrument som används för att mäta en individs känsla av sammanhang. SOC-13 innehåller 13 påståenden vilka omfattar tre dimensioner; *meningsfullhet*, *begriplighet* samt *hanterbarhet*, svaren presenteras på en likertskala. Deltagarna i denna studie har givits 13 påståenden och varje påstående har sju svarsalternativ (range 1–7). Svaren går från den ena ytterligheten till den andra, ju starkare deltagaren upplever en känsla, desto närmare påståendet ska svaret placeras. Meningsfullhet beräknas utifrån fyra påståenden med svars skala 4–28, begriplighet beräknas utifrån fem påståenden med svars skala 5–35 och hanterbarhet beräknas utifrån fyra påståenden med svars skala 4–28. Det totala värdet för deltagarens känsla av sammanhang (SOC-13 index) beräknas genom en sammanställning av de 13 olika påståendena med svars skala 13–91. Värde 76–91 poäng indikerar en hög grad av känsla av sammanhang, 61–75 poäng indikerar en måttlig grad av känsla av sammanhang och 30–60 poäng indikerar en låg grad av känsla av sammanhang (Antonovsky, 1993).

Exempel påstående: “*Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?*”; “*Har du mycket motstridiga känslor och tankar?*”; “*Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?*”

## **Analys**

Samtliga deltagare som har inkluderats i denna studie har besvarat E4, många av dem även webbenkät E2 samt E3, detta var dock inget krav för att inkluderas i analysen. Rådata förflyttades från webbenkäterna i datorprogrammet EvaSys till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 25 vari den analyserades. Deskriptiv statistik är den del inom statistiken som beskriver och sammanfattar en mängd data vilket var passande för denna studie. Dataanalys har därmed genomförts med hjälp av lägesmått, så kallat medelvärde, samt spridningsmått, så kallad standardavvikelse. Medelvärde beskriver ett genomsnittligt värde i dataserie och standardavvikelse beskriver den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet för en mängd observationer (Djupfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2016). En deskriptiv analys av data har fullföljts i syfte att beskriva olika spridningsmått såsom

standardavvikelse och medelvärde. De variabler som valdes ut för analys var kön, födelseland, civilstånd, sysselsättning, ekonomi, QPP, MSPSS, SOC-13. Efter analys fördes data över till tabeller i Word med avsikt att få en schematisk bild av resultatet. Tabellerna presenterar beskrivande statistik över deltagarnas svar i form av procent, medelvärde, standardavvikelse samt variationsvidd. Ett tillvägagångssätt för att analysera variabler och illustrera data grafiskt är att använda sig av histogram så detta skapades för utfallsvariabeln; *positiv förlossningsupplevelse* (QPP1) vid ett år (E4). Histogram visar tydligt vilka värden som ligger långt ifrån de andra och är användbart vid kontinuerliga variabler och vid diskreta variabler med ett stort antal värden (Ejlertsson, 2019).



Figur 2. Histogram för utfallsvariabeln; *positiv förlossningsupplevelse* (QPP1) vid ett år (E4). M= medelvärde, Std. Dev= standardavvikelse, N = antal.

Då data för utfallsvariabeln (QPP1, E4) visade sig vara icke normalfördelad blev det omöjligt för dataanalys med parametriska tester, vilka kräver en normalfördelad utfallsvariabel. Därmed har en logistisk regressionsanalys (Ejlertsson, 2019) använts med avsikt att analysera vilka faktorer som har samband med förstfödernas och partners förlossningsupplevelser ett år efter förlossning. Strax före den logistiska regressionsanalysen konstruerades en ny variabel för utfallsvariabeln (QPP1, E4). Den nya variabeln var dikotomiserad vilket betyder att de två lägsta värdena för QPP (1–2) fördes samman till ett värde (1) och de två högsta värdena för QPP (3–4) fördes samman till ett värde (2). I den logistiska regressionsanalysen gavs då deltagarsvar som motsvarade 1 ("instämmer inte alls") eller 2 ("instämmer delvis") värdet 1 i variabeln som användes. Vidare motsvarade deltagarsvar 3 ("instämmer till stor del") eller 4 ("instämmer helt") och gavs värdet 2 i variabeln som användes. Initialt genomfördes univariata logistiska regressioner för varje enskild faktors samband med förstfödernas och partners förlossningsupplevelser ett år efter förlossning. Analys genomfördes separat för förstfödernas och partners. På samma sätt genomfördes analys för alla deltagare där förstfödernas och

partners studerades som en gemensam grupp (total). De faktorer som föll ut signifikanta i de univariata logistiska regressionsanalyserna, fördes därefter samman i en multivariat logistisk regression för att studera vilka faktorer som hade starkast samband med förstföderskor och partners förlösningsupplevelser ett år efter förlösning (QPP1, E4).

## Etiska överväganden

Etiska regler i forskningsarbete är viktiga och omfattar professionella, juridiska och sociala skyldigheter gentemot deltagarna (Polit & Beck, 2017). Enligt Vetenskapsrådet (2017) ska fyra etiska principer som gäller inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning följas:

- *Informationskravet* innebär att forskaren ska informera deltagare om deras uppgift i projektet samt om de villkor som gäller för deras deltagande. De ska därmed upplysas om att deltagandet är frivilligt samt att de har rätt att avbryta sin medverkan. Informationen ska omfatta alla de inslag i den aktuella undersökningen som rimligen kan tänkas påverka deras villighet att delta. Deltagarna i denna studie har fått information om studiens syfte och genomförande samt att de har rätt att avbryta deltagandet när de önskar utan att ange bakomliggande orsak.
- *Samtyckeskravet* innebär att forskaren ska inhämta deltagares samtycke. De som medverkar i en undersökning har rätten att självständigt bestämma om hur länge och på vilka villkor de deltar i en studie. Deltagare ska kunna avbryta sin medverkan utan att detta medför negativa följder för dem. I sitt beslut att delta eller avbryta sin medverkan får inte deltagarna utsättas för olämplig påtryckning eller påverkan. Beroendeförhållanden bör inte föreligga mellan forskaren och tilltänkta deltagare. Deltagarna i denna studie fick ge informerat samtycke till deltagande då de fått information innan de fyllde i blanketten.
- *Konfidentialitetskravet* innebär att all personal i forskningsprojekt som omfattar användning av etiskt känsliga uppgifter om enskilda, identifierbara personer bör underteckna en förbindelse om tystnadsplikt beträffande sådana uppgifter. Alla uppgifter om identifierbara personer ska antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående. I synnerhet gäller detta uppgifter som kan uppfattas vara etiskt känsliga. Detta innebär att det ska vara praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt uppgifterna. Endast ansvarig forskare för ”Föräldrastödstudien” har tillgång till deltagarnas identitetsuppgifter. Deltagarna gavs information hur deras personuppgifter samt insamlade data skulle hanteras och förvaras. Författarna för denna studie har endast tillgång till kodat material och därmed ingen tillgång till deltagarnas identitet. Analyser har genomförts på gruppnivå, ej enskild individnivå.
- *Nyttjandekravet* innebär att uppgifter om enskilda, insamlade för forskningsändamål, inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra syften som ej är av vetenskaplig art. Personuppgifter insamlade för forskningsändamål får inte användas för beslut eller åtgärder som direkt påverkar den enskilde (vård, tvångsintagning, etc.) utom efter särskilt medgivande av den berörda. Deltagarna i *Föräldrastödstudie* är informerade om att insamlad data kommer att användas endast i nämnda studie och presenteras i vetenskapliga tidskrifter. Deltagarna informerades om deras rätt att ta del av resultat och har fått kontaktuppgifter till ansvarig forskare.

Den pågående *Föräldrastödstudie* har fått etisk godkännande av Etikprövningskommittén i Göteborg (Dnr: 197-14; Dnr T: 623-14).

”*Föräldrastödstudien*” bygger på de svar som deltagarna lämnat via webbenkäter. Dessa enkäter är omfattande och innehåller ett stort antal frågor kopplade till flera olika mätinstrument. Frågorna rör deltagarnas kön, ålder, civilstånd, ekonomi, socialt stöd, parrelation, amning och anknytning. Ett etiskt dilemma som deltagarna ställs inför är hur mycket av sitt privatliv de vill dela med sig av. Författarna till föreliggande studie hyser respekt för deltagarnas integritet då de av olika anledningar valt att ej svara på samtliga frågor.

## **Förförståelse**

Författarna till denna studie har med sig praktiska samt teoretiska kunskaper kring graviditet, förlossning och den första tiden efter förlossning då de studerat två terminer på barnmorskeprogrammet vid Högskolan i Skövde och har viss arbetserfarenhet inom kvinnosjukvården. Författarna bär även med sig personliga förlossningsupplevelser, av skilda karaktär. Författarna till föreliggande studie har ej tidigare arbetat med kvantitativ metod. Litteratur som beskriver kvantitativ metod och dess analys har varit till god hjälp under processen. Genom handledning och diskussion individuellt och i grupp med andra barnmorskestudenter och har författarna skapat sig kunskap och förståelse för valt ämne och metod.

## RESULTAT

För analys av denna studie ingick 646 föräldrar, varav 380 förstföderskor och 266 partners. Sociodemografi såsom ålder, födelse-land, civilstånd, sysselsättning och ekonomi hos dessa deltagare har beräknats med deskriptiv statistik och presenteras i Tabell 1. Ett antal deltagare har valt att inte besvara samtliga frågor som rör bakgrundsvariabler vilket orsakat internt bortfall, detta presenteras i % under respektive fråga i Tabell 1. Deltagarna i studien var mellan 17 och 75 år, för förstföderskor var medelåldern 27.8 år (M= 27.8) och för partners 30.6 år (M= 30.6).

	<b>Total</b> (n=646)	<b>Förstföderska</b> (n=380)	<b>Partner</b> (n=266)
<b>Deltagare</b>			
<b>Kön, n (%)</b>			
Kvinna	137 (21.2)	136 (35.8)	1 (0.4)
Man	83 (12.8)		83 (31.2)
Annat	1 (0.2)		1 (0.4)
Ej besvarat, n (%)	425 (65.8)	244 (64.2)	181 (68)
<b>Ålder</b>			
M (SD) R	28.9 (5.2) 17–75	27,8 (4.2) 17–42	30.6 (6.1) 21–75
Ej besvarad, n (%)	69 (10.7)	32 (8.4)	37 (13.9)
<b>Civilstånd, n (%)</b>			
Sambo	353 (54.6)	219 (57.6)	134 (50.4)
Gift	167 (25.9)	101 (26.6)	66 (24.8)
Särbo	1 (0.2)	1 (0.3)	
Ensamstående	4 (0.6)	3 (0.8)	1 (0.4)
Ej besvarad	121 (18.7)	56 (14.7)	65 (24.4)
<b>Sysselsättning, n (%)</b>			
Yrkesarbetande	262 (40.6)	117 (30.8)	145 (54.5)
Föräldraledig	295 (45.7)	230 (60.5)	65 (24.4)
Studerande	19 (2.9)	14 (3.7)	5 (1.9)
Arbetsökande, sjukskrivna samt annan sysselsättning	16 (2.5)	9 (2.3)	7 (2.6)
Ej besvarad	54 (8.4)	10 (2.6)	44 (16,6)
<b>Födelse-land, n (%)</b>			
Sverige	211 (32.7)	127 (33.4)	84 (31.6)
Länder utanför Sverige	10 (1.5)	9 (2.4)	1 (0.1)
Ej besvarad	425 (65.8)	244 (64.2)	181 (68.0)
<b>Uppfattad ekonomi, n (%)</b>			
Ansträngd	66 (10.2)	47 (12.4)	19 (7.1)
Tillräcklig	202 (32.2)	134 (35.3)	78 (29.3)
God	208 (32.2)	125 (32.9)	83 (31.2)
Mycket god	38 (5.9)	17 (4.5)	21 (7.9)
Ej besvarad	122 (18.9)	57 (15.0)	65 (24.4)

n= antal deltagare; M= medelvärde; SD= standardavvikelse; R= range (variationsvidd).

I Tabell 2 presenteras deskriptiv statistik: medelvärde (M= Mean), standardavvikelse (SD) samt variationsvidd (Range) för mätinstrumenten QPP, MSPSS samt SOC-13 hos deltagarna som besvarat enkät en vecka efter förlossning (E2), sex månader efter förlossning (E3) samt ett år efter förlossning (E4). Det som framkommer i den deskriptiva statistiken är att förlossningsupplevelse varierar över tid. När alla deltagare studerades som en gemensam grupp (total) skattades förlossningsupplevelse (QPP1) som lägst (M= 2.9) en vecka efter förlossning (E2) för att sedan skattas högre (M= 3.1) sex månader efter förlossning (E3) och fortsättningsvis skattas (M= 3.1) ett år efter förlossning (E4). Resultatet av den deskriptiva statistiken visar att partners i högre grad än förstföderskor upplevde förlossningen som positiv vid samtliga mättillfällen (E2, E3, E4).

Tabell 2

Deskriptiv statistik för mätinstrumenten QPP, MSPSS och SOC-13 hos deltagare som besvarat E2, E3 och E4.

	1 vecka efter förlossning (E2)			6 mån efter förlossning (E3)			1 år efter förlossning (E4)		
	Total (n=579) Mean (SD) Range	Förstföderskor (n=348) Mean (SD) Range	Partners (n=231) Mean (SD) Range	Total (n=493) Mean (SD) Range	Förstföderskor (n=320) Mean (SD) Range	Partners (n=173) Mean (SD) Range	Total (n=646) Mean (SD) Range	Förstföderskor (n=380) Mean (SD) Range	Partners (n=266) Mean (SD) Range
<b>QPP</b>									
QPP1 Positiv förlossningsupplevelse	2.9 (0.9) 1-4	2.8 (0.97) 1-4	3.1 (0.9) 1-4	3.1 (1.0) 1-4	3.0 (1.1) 1-4	3.4 (0.9) 1-4	3.1 (1.0) 1-4	2.9 (1.7) 1-4	3.3 (0.9) 1-4
QPP2 Betydelse av positiv förlossningsupplevelse	3.1 (0.8) 1-4	3.2 (0.8) 1-4	3.0 (0.9) 1-4	3.2 (0.8) 1-4	3.2 (0.8) 1-4	3.1 (0.9) 1-4	3.19 (0.8) 1-4	3.3 (0.8) 1-4	3.1 (0.8) 1-4
QPP3 Upplevelse normal förlossning	2.9 (1.1) 1-4	2.9 (1.0) 1-4	2.8 (1.1) 1-4	3.1 (1.1) 1-4	3.1 (1.1) 1-4	3.1 (1.1) 1-4	3.1 (1.0) 1-4	3.1 (1.7) 1-4	3.1 (0.9) 1-4
QPP4 Betydelse av upplevelse normal förlossning	2.9 (0.9) 1-4	3.1 (0.9) 1-4	2.9 (0.9) 1-4	3.1 (0.9) 1-4	3.1 (0.9) 1-4	2.9 (0.9) 1-4	3.0 (0.9) 1-4	3.0 (0.9) 1-4	2.9 (0.9) 1-4
QPP5 Upplevelse av trygghet vid förlossning	5.1 (1.0) 1-6	5.2 (1.1) 1-6	5.1 (0.98) 1-6	5.1 (1.1) 1-6	5.2 (1.1) 1-6	4.9 (1.1) 1-6	5.0 (1.1) 1-6	5.1 (1.7) 1-6	4.8 (1.2) 1-6
QPP6 Upplevelse av kontroll vid förlossning	4.0 (1.4) 1-6	4.1 (1.3) 1-6	3.9 (1.4) 1-6	3.9 (1.4) 1-6	4.0 (1.4) 1-6	3.7 (1.4) 1-6	3.9 (1.3) 1-6	4.1 (1.3) 1-6	3.7 (1.3) 1-6
<b>MSPSS index</b>	78.4 (7.9) 18-84	79.5 (6.7) 43-84	77.1 (8.9) 18-84	73.2(10.8)34-84	74.5 (10.5) 34-84	71.1 (11.1) 38-84	72.5 (11.6) 20-84	73.5 (11.1) 34-84	70.9 (12.3) 20-84
<i>Dimensioner:</i>									
Familj	26.0 (3.4) 4-28	26.3 (3.3) 4-28	25.8 (3.5) 4-28	24.4 (4.3) 7-28	24.6 (4.4) 7-28	24.0 (4.0) 9-28	24.0 (4.8) 4-28	24.1 (4.9) 4-28	23.8 (4.7) 4-28
Vänner	25.0 (4.0) 8-28	25.5 (3.7) 10-28	24.4 (4.3) 8-28	23.1 (4.8) 4-28	23.5 (4.9) 4-28	22.4 (4.6) 4-28	22.9 (4.9) 5-28	23.4 (4.8) 6-28	22.2 (5.2) 5-28
Övr. Betydelsefulla	27.3 (2.0) 4-28	27.6 (1.5) 11-28	26.9 (2.5) 4-28	25.8 (3.4) 10-28	26.4 (2.9) 14-28	24.8 (3.9) 10-28	25.5 (3.7) 6-28	25.9 (3.4) 13-28	24.9 (4.1) 6-28
<b>SOC-13 index</b>	71.6 (10.6) 31-91	71.3 (10.8) 31-90	71.9 (10.4) 35-91	70.4(11.9)27-91	70.2 (12.2) 27-90	70.8 (11.4) 38-91	70.6 (12.4) 25-91	70.3 (12.8) 25-91	71 (11.9) 32-91
<i>Dimensioner:</i>									
Begriplighet	26.5 (4.9) 9-35	26.2 (5.0) 10-35	26.9 (4.9) 9-35	26.0 (5.4) 10-35	25.9 (5.6) 10-35	26.4 (5.1) 13-35	26.3 (5.6) 8-35	26.2 (5.7) 8-35	26.4 (5.4) 11-35
Hanterbarhet	21.7 (3.8) 5-28	21.5 (3.9) 5-28	22.0 (3.6) 8-28	21.5 (4.2) 5-28	21.2 (4.4) 5-28	22.0 (3.8) 10-28	21.4 (4.4) 5-28	21.2 (4.5) 8-28	21.8 (4.1) 5-28
Meningsfullhet	23.3 (3.4) 11-28	23.5 (3.4) 11-28	23.1 (3.4) 13-28	22.9 (3.7) 9-28	23.1 (3.7) 9-28	22.5 (3.7) 9-28	22.9 (3.7) 7-28	23.1 (3.8) 7-28	22.7 (3.6) 12-28

n= antal deltagare; Mean= medelvärde; SD= standardavvikelse; R= range (variationsvidd).

**QPP**= Quality of Patient Perspective; **MSPSS** = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; **SOC-13**= Sense of Coherence

**QPP** 1-4; Range 1-4 QPP 5-6; Range 1-6. **MSPSS**-index: Dimensioner: *Familj, Vänner, Övriga Betydelsefulla*; variationsvidd 4–28. Range 12–84.

**SOC-13**-index: Dimensioner: *Begriplighet*; variationsvidd 5–35, *Hanterbarhet*; variationsvidd 4–28, *Meningsfullhet*; variationsvidd 4–28. Range 13–91.

I Tabell 3 presenteras resultat för den univariata logistiska regressionen för bakgrundsvariabler, QPP, MSPSS samt SOC-13. De variabler som visade samband med mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning var påståenden som ingick i QPP 2–6 vid E2, E3 och E4, majoriteten av dessa visade ( $p = <0.001$ ), se Tabell 3. En högre grad av känsla av sammanhang (SOC-13 index) vid E4 hos total (alla deltagare) visade samband med mer positiv förlossningsupplevelse ( $p = 0.034$ ) ett år efter förlossning. Uppfattat socialt stöd (MSPSS index) hos förstföderskor vid E3 visade samband med mer positiv förlossningsupplevelse ( $p = 0.002$ ) ett år efter förlossning. Likaså uppfattat socialt stöd (MSPSS index) hos förstföderskor vid E4 visade samband med mer positiv förlossningsupplevelse ( $p = 0.009$ ) ett år efter förlossning. Deltagarnas bakgrundsvariabler visade ej signifikanta samband för deras förlossningsupplevelse vid ett år.



Tabell 3

Resultat över univariat logistisk regression för deltagarnas bakgrundsvariabler, QPP, MSPSS och SOC-13

	Total (n=646)		Förstföderskor (n=380)		Partners (n=266)	
	Exp(B)	p-värde	Exp(B)	p-värde	Exp(B)	p-värde
Ålder (år)	1.14	0.252	0.96	0.785	1.06	0.771
<b>E4</b> Civilstånd	0.97	0.785	1.01	0.921	0.84	0.388
<b>E4</b> Ekonomi	1.16	0.143	1.19	0.161	0.95	0.803
<b>QPP E2</b>						
QPP1 Positiv förlossningsupplevelse	9.28	<0.001	8.70	<0.001	11.33	<0.001
QPP2 Betydelse av positiv förlossningsupplevelse	2.10	<0.001	2.50	<0.001	1.98	<0.001
QPP3 Upplevelse normal förlossning	4.03	<0.001	4.81	<0.001	4.79	<0.001
QPP4 Betydelse av upplevelse normal förlossning	1.55	<0.001	1.60	<0.001	1.76	0.007
QPP5 Upplevelse av trygghet vid förlossning	2.94	<0.001	3.06	<0.001	4.07	<0.001
QPP6 Upplevelse av kontroll vid förlossning	2.87	<0.001	3.74	<0.001	2.76	<0.001
<b>E3</b>						
QPP1 Positiv förlossningsupplevelse	13.70	<0.001	11.56	<0.001	20.38	<0.001
QPP2 Betydelse av positiv förlossningsupplevelse	1.87	<0.001	2.27	<0.001	1.64	0.013
QPP3 Upplevelse normal förlossning	4.18	<0.001	4.18	<0.001	7.66	<0.001
QPP4 Betydelse av upplevelse normal förlossning	1.85	<0.001	2.14	<0.001	1.86	0.004
QPP5 Upplevelse av trygghet vid förlossning	3.13	<0.001	3.62	<0.001	4.41	<0.001
QPP6 Upplevelse av kontroll vid förlossning	3.15	<0.001	4.84	<0.001	2.54	<0.001
<b>E4</b>						
QPP1 Positiv förlossningsupplevelse	Did not converge		Did not converge		Did not converge	
QPP2 Betydelse av positiv förlossningsupplevelse	2.03	<0.001	2.59	<0.001	1.63	0.01
QPP3 Upplevelse normal förlossning	5.01	<0.001	5.06	<0.001	6.54	<0.001
QPP4 Betydelse av upplevelse normal förlossning	2.04	<0.001	2.34	<0.001	1.80	0.003
QPP5 Upplevelse av trygghet vid förlossning	1.58	<0.001	1.51	0.001	2.26	<0.001
QPP6 Upplevelse av kontroll vid förlossning	1.67	<0.001	1.76	<0.001	2.01	0.001
<b>E2 MSPSS index</b>	1.00	0.987	1.15	0.333	0.98	0.902
<i>Familj</i>	0.98	0.847	1.04	0.774	0.90	0.693
<i>Vänner</i>	1.06	0.573	1.18	0.218	1.10	0.593
<i>Övr. betydelsefulla</i>	0.87	0.334	1.06	0.792	0.87	0.542
<b>E3 MSPSS index</b>	1.20	0.081	1.52	0.002	0.90	0.647
<i>Familj</i>	1.10	0.350	1.25	0.067	0.79	0.331
<i>Vänner</i>	1.25	0.035	1.47	0.002	1.01	0.981
<i>Övr. betydelsefulla</i>	1.10	0.368	1.66	0.001	0.87	0.501
<b>E4 MSPSS index</b>	1.20	0.056	1.38	0.009	1.08	0.663
<i>Familj</i>	1.12	0.240	1.21	0.103	0.97	0.887
<i>Vänner</i>	1.22	0.042	1.36	0.013	1.18	0.346
<i>Övr. betydelsefulla</i>	1.17	0.094	1.39	0.009	1.05	0.780
<b>E2 SOC-13 index</b>	1.14	0.214	1.24	0.095	0.89	0.597
Dimensioner:						
<i>Begriplighet</i>	1.09	0.422	1.19	0.166	0.75	0.212
<i>Hanterbarhet</i>	1.30	0.014	1.42	0.007	0.94	0.780
<i>Meningsfullhet</i>	1.04	0.702	1.09	0.496	1.06	0.775
<b>E3 SOC-13 index</b>	1.13	0.236	1.21	0.121	0.90	0.648
Dimensioner:						
<i>Begriplighet</i>	1.10	0.357	1.15	0.241	0.88	0.589
<i>Hanterbarhet</i>	1.28	0.015	1.39	0.006	0.86	0.526
<i>Meningsfullhet</i>	0.99	0.941	1.05	0.725	0.97	0.911
<b>E4 SOC-13 index</b>	1.23	0.034	1.25	0.052	1.15	0.483
Dimensioner:						
<i>Begriplighet</i>	1.19	0.079	1.26	0.044	0.99	0.977
<i>Hanterbarhet</i>	1.22	0.046	1.19	0.131	1.16	0.456
<i>Meningsfullhet</i>	1.23	0.039	1.22	0.091	1.37	0.103
QPP= Quality of Patient Perspective; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; SOC-13= Sense of Coherence						
E2= en vecka efter förlossning, E3= sex månader efter förlossning, E4= ett år efter förlossning.						
Did not converge = QPP1 konvergerade ej med QPP1 i binär logistisk regression, omöjlig uträkning för SPSS.						

Tabell 4 presenterar resultatet för den multipla logistiska regressionsanalysen. Resultatet visade att flera olika områden för QPP påvisade samband med en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning (QPP1, E4): större betydelse av en positiv förlossningsupplevelse hos förstföderskor (QPP3, E2) ( $p=0.026$ ); högre upplevelse av normal förlossning hos total (QPP2, E2) ( $p=0.021$ ); högre *upplevelse av normal förlossning* hos total (QPP2, E3) ( $p=0.002$ ); högre *upplevelse av trygghet vid förlossning* hos total (QPP6, E3) ( $p=0.047$ ) samt högre *upplevelse av kontroll vid förlossning* hos förstföderskor (QPP5, E3) ( $p=0.012$ ).

Tabell 4  
Resultat över multipel logistisk regression för deltagarnas QPP samt MSPSS index och SOC-13 index

	Total (n=646)		Förstföderskor(n=380)		Partners (n=266).	
	Exp (B)	p-värde	Exp (B)	p-värde	Exp (B)	p-värde
<b>QPP</b>						
<b>E2</b>						
QPP1 Positiv förlossningsupplevelse	*		*		*	
QPP2 Betydelse av positiv förlossningsupplevelse	1.51	0.068	1.99	<b>0.026</b>	1.35	0.548
QPP3 Upplevelse normal förlossning	1.67	<b>0.021</b>	1.64	0.133	2.89	0.109
QPP4 Betydelse av upplevelse normal förlossning	0.77	0.277	0.58	0.091	1.98	0.285
QPP5 Upplevelse av trygghet vid förlossning	1.46	0.057	1.19	0.530	2.76	0.065
QPP6 Upplevelse av kontroll vid förlossning	1.19	0.401	1.35	0.341	1.99	0.311
<b>E3</b>						
QPP1 Positiv förlossningsupplevelse	*		*		*	
QPP2 Betydelse av positiv förlossningsupplevelse	1.17	0.497	1.39	0.280	0.39	0.195
QPP3 Upplevelse normal förlossning	1.91	<b>0.002</b>	1.77	<b>0.044</b>	5.46	<b>0.014</b>
QPP4 Betydelse av upplevelse normal förlossning	0.84	0.482	1.12	0.713	1.01	0.993
QPP5 Upplevelse av trygghet vid förlossning	1.45	<b>0.047</b>	1.46	0.223	5.09	<b>0.010</b>
QPP6 Upplevelse av kontroll vid förlossning	1.49	0.056	2.25	<b>0.012</b>	0.64	0.443
E3 MSPSS index			1.07	0.874		
E4 MSPSS index			0.65	0.260		
E4 SOC-13 index	0.259					
*= Ej uträknad						
QPP= Quality of Patient Perspective; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; SOC-13= Sense of Coherence						
E2= en vecka efter förlossning, E3= sex månader efter förlossning, E4= ett år efter förlossning						

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att utforska samband mellan förstföderskors samt partners förlossningsupplevelser, socialt stöd och deras känsla av sammanhang ett år efter förlossning. Studiens resultat grundar sig på tre webbaserade enkäter med kvantitativ design. Valet av metod bestod i önskan att systematiskt beskriva upplevelser hos ett större antal föräldrar och om resultatet sedan var möjligt att generalisera mot populationen. Att generalisera i det statistiska sammanhanget handlar om att det resultat som kommit fram ur en förhållandevis liten grupp, med viss grad av säkerhet kan säga något om hela populationens egenskaper (Barmark & Djurfeldt, 2019). Obearbetade data från ett större projekt vid namn *"Föräldrastödsstudien"* användes i föreliggande studie. Fördelen med att använda redan insamlade data är att det är tidssparande, den besparade tiden användes till att utveckla kunskaper i dataanalys och dess genomförande. För att införskaffa kunskaper i dataanalys fick författarna till denna studie av sin handledare en personlig undervisning av programmet SPSS. Även en Power Point presentation gällande SPSS funktioner skapad av handledaren var till stor hjälp vid genomförande av dataanalys. Kurslitteratur inom statistik användes i stor utsträckning och är presenterad i referenslista.

Viktiga kriterier när kvalitet ska bedömas i en kvantitativ studie är validitet och reliabilitet. Validitet är ett mått på hur väl ett mätinstrument mäter det som beträffas att mätas och reliabilitet visar mätinstrumentets pålitlighet och huruvida studien är reproducerbar (Barmark & Djurfeldt, 2019). Ett sätt att öka studiens validitet är att presentera en rik beskrivning av populationen och dess kontextuella omständigheter (Dahmström, 2011) vilket presenteras i Tabell 1. Ålder, födelseland, sysselsättning samt civilstånd ansågs som en rik beskrivning i den population som studerades i denna studie. Ett annat sätt att öka validitet när kvantitativ analys utförs är att använda största möjliga urval (Dahmström, 2011). Urval för denna studie var tillgänglighetsurval vilket innebär att de deltagarna som var tillgängliga för studien inkluderades. Enligt Polit och Beck (2017) bör storleken vara minst 10–15 individer per oberoende variabel när en multipel regressionsanalys utförs och detta kriterium levde föreliggande studie upp till då deltagargruppen bestod av 664 individer. Mätinstrument som användes i studien var QQP (KUPP), MSPSS och SOC-13. MSPSS och SOC-13 är väletablerade samt validerade mätinstrument inom internationell och svensk forskning (Langius & Björvall, 1996; Antonovsky, 1993; Zemet et al., 1988). Att använda redan sammanställda och grundligt testade mätinstrument är fördelaktigt då det stärker studiens reliabilitet. Det skapar även gynnsammare förutsättningar för jämförandet av den egna studiens resultat mot andra studier som använt likadana mätinstrument (Barmark & Djurfeldt, 2019). En svensk validerad version av MSPSS användes i studien (Ekbäck et al., 2013) vilket sannolikt ökar tillförlitlighet för studien. Mätinstrumentet QQP avser att mäta patientens upplevelse av kvalitet i vården och innehåller 66 frågor i sin helhet. För *"Föräldrastödsstudien"* valdes de frågor ut ur QQP som berör förlossningsupplevelse. QQP som mätinstrument med samtliga frågor inkluderat är validerat (Larsson et al., 2001), dock inte de frågor som rör förlossning. Då enstaka frågor lyfts ut ur ett mätinstrument anses valideringen inte längre giltig (Henricson, 2017) vilket kan ses som en svaghet för studien. Enkäterna som har använts i denna studie har testats i två pilotstudier vilka visade att enkäterna var för deltagarna hanterbara och lätta att förstå (Bäckström et al., 2018) vilket kan ses som en styrka för mätinstrumentet QQP i föreliggande studie. Då utvalda frågor används i undersökning av samma område och samma

målgrupp ökar tillförlitligheten (Henricson, 2017). För att se om de utvalda frågorna fungerar skilda från ett större mätinstrument krävs ny validering. En ny validering för att undersöka hur enstaka QPP frågor fungerar fanns inte inom tidsramen för en magisteruppsats. Att använda ett fullständigt QPP formulär i *"Föräldrastödsstudien"* ansågs inte fördelaktigt eftersom enkäterna riskerade bli alltför omfattande eftersom de berör flera olika områden såsom socialt stöd (MSPSS), känsla av sammanhang (SOC), amning, parrelation, professionellt stöd med flera. Att skapa alldeles för långa enkäter riskerar att deltagaren inte fyller i hela enkäten och/eller avslutar sitt deltagande vilket ytterligare en anledning till varför *"Föräldrastödsstudien"* valde ut enstaka QPP frågor för att skatta förlossningsupplevelser. För att uppnå en högre svarsfrekvens skickades upprepade påminnelser till deltagarna som inte svarade på respektive enkät. Allmänna intressen till ämnen som rör förlossningsvård hos blivande eller nyblivna föräldrar kan eventuellt öka motivation till deltagande i studier som denna.

Det finns flera olika validerade mätinstrument som syftar till att mäta just förlossningsupplevelser. Childbirth experience questionnaire (CEQ) (Dencker et al., 2010) är ett mätinstrument med intentionen att skatta kvinnors förlossningsupplevelse ur flera dimensioner för att därefter kunna utröna om och vilken typ stöd de är i behov av i sin eftervård. Labour Agency Scale (LAS) (Hodnett & Simmons-Tropea, 1987) är ett mätinstrument av med avsikt att skatta kvinnors förväntningar och upplevelser av personlig kontroll under förlossning. Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) (Wijma et al, 1998) är ett frågeformulär som rör förväntningar och erfarenheter där kvinnor skattar rädsla inför och efter förlossning. The Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI) (Lowe, 1993) är ytterligare ett mätinstrument där kvinnor skattar hur väl de upplever sig hanterat sin förlossning. Det som skiljer dessa ovan beskrivna mätinstrument från QPP i föreliggande studie är att QPP ringar in ett större område än bara förlossningsupplevelse samt inkluderar både förstföderskor och partners upplevelse av förlossning. Det kan vara svårt att fånga barnafödande och förlossningsupplevelser med kvantitativa metoder då de är komplexa fenomen och som i den här studien, är styrda av de mätinstrument som används. Om studien istället hade genomförts med kvalitativ metod, med hjälp av individuella intervjuer hade föräldrars upplevelser kunnat presenteras på ett djupare vis men då för ett färre antal individer.

Då studiens målgrupp är förstföderskor och partners, gjordes rekryteringen via mödrahälsovård och BB-avdelning. Rekrytering via mödrahälsovård kan anses fördelaktig eftersom större majoritet av gravida kvinnor är inskrivna i mödrahälsovård, kommer på regelbundna kontroller och kan framstå som lättillgänglig målgrupp. Dock av olika anledningar informerades inte alla förstföderskor och partners om studien vilket påverkat antal deltagare negativt och ledde till färre deltagare i undersökningstillfälle E1. En kompletterad rekrytering via BB-avdelning gjorde att flera deltog i undersökningstillfällena E2, E3 och E4. Totalt deltog 664 individer i denna studie, varav 380 förstföderskor och 266 partners. Brist på kunskap om hur många föräldrar som tillfrågats om deltagande i det större forskningsprojektet *"Föräldrastödsstudien"* är en svaghet för studien då det inte fördes någon statistik över detta. Det som kan redovisas är hur många deltagare som accepterade att delta och sedan svarade i varje enkät, E2-E4, var god se flödesschema, Figur 1. Det interna bortfallet för studien visade sig då 664 av 918 möjliga deltagare besvarade E4, detta kan dock anses vara en god svarsfrekvens med tanke på att det inkluderar tre mätillfällen E2-E4. Internt bortfall är vanligt förekommande i longitudinella studier då deltagare tappar lust och motivation att svara på samtliga enkäter (Dahlström, 2011).

Enkäterna var skrivna på svenska, därmed var studien begränsad till svensktalande. Resultat hade eventuellt varit annorlunda om icke svensktalande förstföderskor och partners inkluderades i studien då kulturella aspekter kan påverka både uppfattning av "normal

förlossning”, förväntningar av sjukvården och betydelse av socialt stöd (Boerleider et al., 2013). Enkäternas påståenden var skrivna med slutna svarsalternativ, utan möjlighet att uttrycka sig i fri text, detta kan ha inskränkt föräldrarnas möjlighet att uttrycka fler tankar om sin förlossningsupplevelse, vilket kan ses som en begränsning för studien. I föreliggande studie användes mätinstrument QQP (KUPP), MSPSS och SOC-13. MSPSS och SOC-13 är väletablerade och validerade mätinstrument inom internationell och svensk forskning (Langius & Björvall, 1996; Antonovsky, 1993; Zemet et al., 1988). En svensk validerad version av MSPSS användes i studien (Ekbäck et al., 2013) vilket sannolikt ökar tillförlitlighet för studien. Mätinstrumentet QQP avser att mäta patientens upplevelse av kvalitet i vården och innehåller 66 frågor i sin helhet. För ”Föräldrastödstudien” valdes de frågor ut ur QQP som berör förlossningsupplevelse. QQP som mätinstrument med samtliga frågor inkluderat är validerat (Larsson et al., 2001), dock inte de frågor som rör förlossning. Då enstaka frågor lyfts ut ur ett mätinstrument anses valideringen inte längre giltig (Henricson, 2017) vilket kan ses som en svaghet för studien. Enkäterna som har använts i denna studie har testats i två pilotstudier vilka visade att enkäterna var för deltagarna hanterbara och lätta att förstå (Bäckström et al., 2018) vilket kan ses som en styrka för mätinstrumentet QQP i föreliggande studie. Då utvalda frågor används i undersökning av samma område och samma målgrupp ökar tillförlitligheten (Henricson, 2017). För att se om de utvalda frågorna fungerar skilda från ett större mätinstrument krävs ny validering. En ny validering för att undersöka hur enstaka QQP frågor fungerar fanns inte inom tidsramen för en magisteruppsats. Att använda ett fullständigt QQP formulär i ”Föräldrastödsstudien” ansågs inte fördelaktigt. Enkäterna riskerade bli alltför omfattande eftersom de berör flera olika områden såsom socialt stöd (MSPSS), känsla av sammanhang (SOC), amning, parrelation, professionellt stöd med flera. Att skapa alldeles för långa enkäter riskerar att deltagaren inte fyller i hela enkäten och/eller avslutar sitt deltagande vilket ytterligare en anledning till varför ”Föräldrastödsstudien” valde ut enstaka QQP frågor för att skatta förlossningsupplevelser. För att uppnå en högre svarsfrekvens skickades upprepade påminnelser till deltagarna som inte svarade på respektive enkät. Allmänna intressen till ämnen som rör förlossningsvård hos blivande eller nyblivna föräldrar kan eventuellt öka motivation till deltagande i studier som denna.

I den univariata regressionsanalysen visade uppfattat socialt stöd (MSPSS index) och känsla av sammanhang (SOC-13 index) samband med en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning (QPP1), dock föll dessa ej ut signifikant i den multipla regressionsanalysen. En möjlig förklaring till detta kan bero på att utgångsvariabeln QQP1 var nära besläktat med övriga QQP (2–6). Eventuellt hade andra signifikanser visat sig om deltagarna varit fler. Positiv förlossningsupplevelse (QPP1) valdes bort i den multipla regressionsanalysen då den ansågs stark nog att kunna skilja ut övriga variabler.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att utforska samband mellan förstföderskor samt partners förlossningsupplevelser ett år efter förlossning och deras uppfattade sociala stöd samt känsla av sammanhang. Resultatet av denna studie visar att en större betydelse av positiv förlossningsupplevelse hos förstföderskor en vecka efter förlossning gav en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. Kvinnors uppfattning om stundande förlossning påverkas av deras förväntningar, vilka i sin tur inverkas av tidigare erfarenheter, förberedelser och det professionella stöd som erbjuds (Cornally et al., 2014). Föräldrar kan ha höga förväntningar inför sin första förlossning, både vad gäller medicinsk säkerhet och upplevelsen som sådan (Demirci et al., 2018). Att ha höga förväntningar inför stundande förlossning visar

sig inte påverka kvinnors förlossningsupplevelse, dock ses låga förväntningar resultera i en mindre positiv förlossningsupplevelse (Green et al., 1990). Förväntningar som de blivande föräldrarna har med sig när de kommer till förlossningen påverkas av flera faktorer, en av dessa faktorer är informationsflödet från media men också erfarenheter från familj, vänner och bekanta. Föräldrar bör ges möjlighet att utforska varandras förväntningar inför förlossning och hur dessa eventuellt kan påverka deras roller under förlossning (Johansson et al., 2015). Det professionella stödet som erbjuds under graviditet är därmed viktig för att skapa en balanserad bild av kommande förlossning (Waldenström, 1999). Stöd från barnmorskan under graviditet och förlossning har visat sig ha betydelse för kvinnors förlossningsupplevelse, upp till två år efter förlossning (Waldenström, 2003).

Resultatet i föreliggande studie visar att en högre upplevelse av normal förlossning en vecka efter förlossning samt sex månader efter förlossning gav en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning, detta gällde både för förstföderskor och partners. En normal första förlossning med en positiv upplevelse är viktig när det gäller framtida graviditeter och förlossningar. Ett naturligt och salutogent förhållningsätt är centralt i barnmorskans profession där barnafödande är en naturlig fysiologisk process (Berg, 2014). Barnmorskan bär ansvar att främja normal förlossning, därmed av stor vikt att hen har kunskap om den normala förlossningen för att kunna se när det normala avviker (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019). Definition "normal förlossning" kan uppfattas på olika vis hos gravida/födande kvinnor, partners och barnmorskan på förlossningsavdelningen (Scamell & Alaszewski, 2012). WHO's rapport: Care in Normal Birth: a practical guide (1996) är resultatet av ett globalt försök att komma överens om en förenad syn på vad en normal förlossning är. Någon svensk motsvarighet till denna rapport finns ej vilket kan ses som en svaghet, då förlossningsvården skiljer mycket mellan u- och i-länder. En normal förlossning är på många håll i världen en hemförlossning, medan i Sverige är en normal förlossning en förlossning på sjukhus. Majoriteten födande kvinnor, även i föreliggande studie, uppfattar sin förlossning som normal (Sandin-Bojö et al., 2008). Dock skiljer sig kvinnors uppfattning om normal förlossning något i jämförelse med WHO: s (1996) definition. Kvinnor rapporterar att värkstimulerande dropp, ryggmärgsbedövning och klipp vid framfödandet kan upplevas vara en del av en normal förlossning liksom observation av barnet efter förlossning och att kvinnan vårdas på grund av större blödning. Detta indikerar olika syn på normalitet inom barnafödande (Sandin-Bojö et al., 2008; Scamell & Alaszewski, 2012). Trots år av debatter och forskning är begreppet "normal förlossning" inte universal eller standardiserad. Det som visat sig under de senaste två decennierna är en ökning av vårdens arbetssätt att initiera, påskynda, avsluta, reglera och övervaka den fysiologiska processen som förlossning innebär, där målet har varit att förbättra resultaten för kvinnor och barn. Summan av detta medför en ökad mängd interventioner under förlossning vilket tenderar att underminera kvinnors egen förmåga att föda. Detta kan leda till följder, som en mer negativ förlossningsupplevelse (WHO, 2018). Det har visat sig även i svenska studier att kvinnor och partners som genomgått förlossning som innehållit interventioner uppper en mer negativ födelseupplevelse (Waldenström et al., 2004; Nystedt & Hildingsson, 2018). Samtidigt har kvinnor upplevt en "normal förlossning" där interventioner ägt rum och poängterat att interventionerna varit av stor betydelse för förlossningsupplevelsen (Sandin-Bojö et al., 2008). Forskning visar att kvinnor uppper stark tilltro till barnmorskan under förlossning och förlitar sig därmed ofta till barnmorskans "val av intervention" (Gibbins & Thomson, 2001). Barnmorskan har därför ett etiskt ansvar att hålla sig informerad om den för individen bästa evidensbaserade vården samt att genomföra kritisk granskning av praxis som en del av den fortsatta professionella utvecklingen (Sandin-Bojö et al., 2008).

I en artikel av Scamell och Alaszewski (2012) ställs frågan varför barnmorskan som är engagerad i normal förlossning inte kan formulera normalitet. Barnmorskan uppger sig ofta, liksom obstetrikerna, fokusera på risker som är möjliga med en förlossning, vilket ökar interventioner. Dock antyder barnmorskan att normalitet går hand i hand med yrket samt att förlossning kan förbli "normal" även om den innehåller vissa interventioner (Scamell & Alaszewski, 2012). Bryar och Sinclair (2011) resonerar kring två tänkbara modeller för vård av gravid: graviditet som en normal livshändelse kontra den medicinska obstetriska graviditetsmodellen. Den sistnämnda definierar graviditet som ett potentiellt patologiskt tillstånd som kräver interventioner, där det ovanliga är intressant, informationen till individen är begränsad och fysisk vård betonas snarare än vård av individen. Graviditet som en normal livshändelse sätter kvinnor i centrum, där varje graviditet är en unik och kvinnor med familj gör informerade val. Därav är det nödvändigt att sätta fokus på dem som föder snarare än dem som vårdar (Bryar & Sinclair, 2011). För att förlossningen ska kunna vara normal är det viktigt att barnmorska och läkare har en gemensam syn på vad normal förlossning är och att de tillsammans arbetar för att förlossningen ska vara och fortsätta att vara normal, för att på så vis främja en positiv förlossningsupplevelse.

Resultatet visar att en högre upplevelse av trygghet vid förlossning vid sex månader gav en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning, detta gällde både för förstföderskor och partners. Blivande föräldrar beskriver att när det professionella stödet inkluderar partners roll och perspektiv, ökar deras kunskap om hur de kan förbereda sig inför, känna och agera under förlossning, vilket också ökade känslor av lugn och säkerhet (Bäckström, 2018). Betydelsen av en ömsesidig relation mellan barnmorskan och blivande föräldrar är en central del för att föräldrar ska uppleva trygghet under förlossning. Barnmorskan inger stabilitet då hen är fysiskt och mentalt närvarande i rummet där förlossningen äger rum (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012). Att uppleva sin första förlossning i en trygg miljö tillsammans med partner har stor betydelse för kvinnors förmåga att ta emot stöd. Då barnmorskan svarar på kvinnors enskilda behov under förlossning, anser kvinnor att de får det stöd de behöver (Nilsson et al., 2012). Trygghet under förlossning ökar också känslor av kontroll (Berg et al., 1996). Resultatet i föreliggande studie visar att ökad upplevelse av kontroll vid förlossning hos förstföderskor vid sex månader gav en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. Känslan av kontroll vid förlossning uppnås genom stöd från partner samt positiva attityder och kontinuerlig information från barnmorskan som vårdar (Gibbins & Thomson, 2001). Kvinnor lyfter betydelsen av guidning inför och under förlossning, då detta gör det möjligt för dem att förbereda sig inför värkarbete samt delta i beslutsfattande under förlossning (Cornally et al., 2014). Känslan av kontroll är av stor betydelse för att kvinnor ska uppleva sig delaktiga i sin förlossning (Gibbins & Thomson, 2001). Brister kvinnors förmåga att själva delta och ta beslut under sin förlossning ökar känslor av att vara utom sin kropp och inte själv vara den som föder (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012). För att nå målet att kvinnor och partners ska uppnå en positiv förlossningsupplevelse är det av stor vikt att de känner sig delaktiga i processen och får kontinuerligt stöd av barnmorskan (Waldenström, 1999).

Resultatet från den univariata logistiska regressionen visar att höge grad av upplevt socialt stöd (MSPSS) sex månader samt ett år efter förlossning gav en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning, hos förstföderskor. Tidigare forskning visar att förstföderskor upplever högre socialt stöd, jämfört med partner, både under graviditet, första veckan efter förlossning samt sex månader efter förlossning (Bäckström, 2018). Kvinnor är i större utsträckning än partners föräldralediga under barnets första levnadsår och söker därmed sociala kontakter på flitigare vis än den förälder som direkt återgått till arbete en kort tid efter förlossning. Nyblivna föräldrar är i första hand varandras sociala stöd, de delar på det stora ansvaret över barnet och

familjen (Rijavec-Klobucar, 2015) men de saknar ofta egen erfarenhet av förlossning och föräldraskap, därför är det viktigt att få stöd från sin omgivning (Barimani et al, 2017). Det uppfattade sociala stödet som ingår i MSPSS (Ekbäck et al., 2013) delas i tre dimensioner: familj, vänner och övriga betydelsefulla. Dessa grupper finns i individens omgivning och fungerar som ett tryggt nätverk både före och efter förlossning. Genom att tillföra både praktisk och känslomässig kunskap utifrån egna erfarenheter (Barimani et al, 2017) kan dessa grupper främja positiv förlossningsupplevelse. Socialt stöd kan vara av betydelse för att småbarnsföräldrar ska kunna uppleva hälsa (Ahlborg et al., 2013). Förstföderskor beskriver att socialt stöd bidrar till att de känner en förstärkt relation till sin partner och upplever känslor av förberedelse inför förlossning och föräldraskap (Bäckström, 2017). Upplevt socialt stöd från omgivningen och en god relation till sin partner under barnets första levnadsår kan bidra till att förstföderskor hanterar förlossning och föräldraskap på ett gott sätt vilket i sin tur kan leda till en mer positiv förlossningsupplevelse.

Att delta i utbildning som rör föräldraförberedande stöd utvidgar förstföderskors sociala nätverk då de möter andra blivande föräldrar i samma situation (Fabian et al., 2005). Under rådande Covid-19 pandemin har dessa utbildningstillfällen dragit in i de allra flesta regioner i Sverige vilket i sin tur kan påverka i vilken utsträckning förstföderskor upplever sig kunna förbereda sig för förlossning samt föräldraskap. Covid-19 pandemin medför också att partners har begränsad tillgång att vara med inför, under och efter förlossning då sjukhusen valt att följa specifika restriktioner för att förebygga smittspridning. Detta kan påverka nyblivna föräldrars förlossningsupplevelse då de inte får vara tillsammans på det sätt de önskar. Att få stöd från sin partner under förlossning, att dela förlossningsupplevelse är av stor betydelse både för förstföderskor (Nilsson et al., 2012) och blivande pappor (Premberg et al., 2011). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2018) ska omhändertagandet efter förlossningen fokusera på kvinnor och barns behov men även se till familjens välbefinnande. Under rådande omständigheter ställs högre krav på barnmorskan som i sin tur förväntas erbjuda både professionellt och socialt stöd, då inte partners tillåts medverka under hela vårdtiden. Att involvera blivande pappor under graviditet och förlossning har stor betydelse för födande kvinnors upplevelse av givet stöd. Blivande pappor som känner sig uteslutna från mödrahälsovården uppger att det svårt att veta vad som förväntas av dem inför förlossning (Widarsson et al., 2015). Även medmammor rapporterar en osäkerhet inför förlossning då det för dem upplevs ansträngt att inte kunna identifiera sig som biologisk förälder (Dahl et al., 2015). Då partners exkluderas ur delar av förlossningen som nu under rådande pandemi finns risk att förstföderskor förlorar den viktigaste personen som kan erbjuda socialt stöd. Avsaknaden av socialt stöd från partner i samband med barnafödande kan leda till en mindre positiv förlossningsupplevelse hos förstföderskor då det i föreliggande studie visar att upplevt socialt stöd leder till en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning.

Resultatet från den univariata logistiska regressionen visar att högre grad av SOC (känsla av sammanhang) ett år efter förlossning hos samtliga deltagare visar samband med mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. Känsla av sammanhang ses som en hälsofrämjande resurs vilken stärker motståndskraften och utvecklar ett positivt hälsotillstånd hos individen (Eriksson & Lindström, 2005). Individens förmåga att upprätthålla hälsa är kopplad till individens känsla av sammanhang, som innebär förmåga att hantera stressfaktorer i livet och uppfattningen av livet såsom begripligt, hanterbart och meningsfullt (Antonovsky, 1993). Kvinnor som upplever högre grad känsla av sammanhang upplever samtidigt mindre stress efter förlossning (Hildingsson, 2016). Den deskriptiva statistiken för denna studie visar att deltagarnas känsla av sammanhang skattades till måttlig, vid samtliga mättillfällen; E1 (M= 71.6), E2 (M= 70.4), E3 (M= 70.6). Tidigare forskning visar att känsla av sammanhang hos



kvinnor och män varierar över tid; en studie av Ahlborg et al. (2013) presenterar att deltagarnas känsla av sammanhang sjönk fyra år efter förlossning, för att sedan öka åtta år efter förlossning. Känsla av sammanhang är inte ett stabilt värde utan förändras under livets gång och denna förändring kan bero på olika faktorer såsom ålder, ekonomi, utbildning och allmänt hälsotillstånd (Ferguson et. al., 2015). En finsk studie presenterar, å andra sidan, att män och kvinnors emotionella resurser snarare än socioekonomiska omständigheter är förknippade med känsla av sammanhang. Dessa resurser inkluderar bland annat kvalitet inom parrelationen, socialt stöd samt barnets livsvillkor (Volanen et al., 2004). Nyblivna föräldrar upplever en betydande nedgång i den familjära och äktenskapliga funktionen den första tiden efter förlossning, ändock rapporteras av samma grupp en högre känsla av sammanhang under samma tid (Ngai & Ngu, 2016). Föreliggande studie visar att föräldrar som upplever sin vardag mer hanterbar, begriplig och meningsfull skattar sin förlossningsupplevelse mer positiv ett år efter förlossning. Barnmorskan har en värdefull roll i att främja positiva förlossningsupplevelser då hen möter föräldrar inför, under och efter förlossning. Då barnmorskan möter blivande föräldrar med ett öppet förhållningssätt, kontinuerligt stöd och fortlöpande information samt lämnar utrymme för föräldrars önskan och behov kan en mer positiv förlossningsupplevelse främjas.

## **Konklusion**

Resultatet i föreliggande studie visar att det för förstföderskor är betydelsefullt med en positiv förlossningsupplevelse samt att uppleva kontroll under förlossning för att uppfatta en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. Förstföderskor och partners som upplever en normal förlossning samt trygghet under förlossning uppger en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. Uppfattat socialt stöd hos förstföderskor visar samband med en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning. Föreliggande studie visar även att en högre skattad känsla av sammanhang står i samband med en mer positiv förlossningsupplevelse ett år efter förlossning.

## **Förslag på klinisk tillämpning**

Föreliggande studie visar att uppfattat socialt stöd och känsla av sammanhang har samband med förlossningsupplevelse ett år efter förlossning bland förstföderskor och partners. Barnmorskor inom mödrahälsovård bör vara uppmärksamma för bristande socialt stöd hos blivande föräldrar. Genom kontinuerlig kontakt med ansvarig barnmorska kan eventuella brister eller uteblivit socialt stöd identifieras tidigt och det professionella stödet kopplas in. Professionellt liksom socialt stöd har betydelse för föräldrars förlossningsupplevelse, därmed är det av värde att barnmorskan främjar föräldrarnas tillgång till föräldrautbildning i varierande och anpassade former.

## **Förslag till fortsatt forskning**

- Kvalitativa intervjuer med förstföderskor och deras partners där de får definiera vad en normal förlossning betyder för dem.

- Utvärdering av förlossningsupplevelser med mätinstrument som är validerade för just förlossningsupplevelser i relation till SOC och MSPSS.
- Identifiering av faktorer som påverkar känsla av sammanhang (SOC) i samband med barnafödande.

## REFERENSLISTA

Ahlborg, T., Berg, S. & Lindvig, J. (2013). Sense of coherence in first-time parents: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(6), 623–9. <https://doi.org/10.1177/1403494813484992>

Antonovsky, A. (2011). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)

Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 79–92. <https://doi.org/10.2307/352429>

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>

Barmark, M. & Djupfeldt, G. (2015). *Statistisk verktygslåda - att förstå och förändra världen med siffror*. Studentlitteratur.

Berg, M. (2014). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I: *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Berg, M. & Lundgren, I. (Red). Studentlitteratur.

Berg, M., Ólafsdóttir, ÁÓ., Lundgren, I. (2012). A midwifery model of women-centred childbirth care - In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>

Boerleider, A., W., Francke, A., L., Mannien, J., Wiegers, T., A. & Deville, W. (2013). *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1658-1666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.009>

Britton, J. R. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 33(2), 37–44. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.658464>

Bryar, R. & Sinclair, M. (2011). Conceptualizing midwifery. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (ed. 2:1, s. 16–58). Houndmills: Palgrave Macmillan.

Bäckström, C. (2018). *Professional and social support for first-time mothers and partners during childbearing*. Doktorsavhandling. Jönköping: Jönköping University, School of Health and Welfare. DiVA Jönköpings University. <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:1170624/FULLTEXT01.pdf>

Bäckström, C., Kåreholt, I., Thorstensson, S., Golsäter, M. & Mårtensson, B., L. (2018). Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 56–64. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.001>

- Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., Mårtensson, L., B. & Thorstensson, S. (2017). "It makes you feel like you are not alone": expectant first-time mother's experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.02.007>
- Cornally, P., Butler, M., Murphy, M., Rath, A. & Cauty, G. (2014). Exploring women's experiences of care in labour. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 89-94.
- Dahl, B., Fylkesnes, A. M., Sorlie, V. & Malterud, K. (2013). Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography. *Midwifery*, 29(6), 674–681. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.008>.
- Dahmström, K. (2011). *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Deave, T., Johnson, D. & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(30), 1–11. <http://doi:10.1186/147-2393-8-30>
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10(81). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>
- Dellman, T. (2004). "The best moment of my life": a literature review of fathers' experience of childbirth. *Women and Birth*, 17(3), 20–26. [https://doi.org/10.1016/S1448-8272\(04\)80014-2](https://doi.org/10.1016/S1448-8272(04)80014-2)
- D., Kabukcuglu, K., Haugan, G. & Aune, I. (2019). "I want a birth without interventions": Women's childbirth experiences from Turkey. *Women and Birth*, 32(6), 515–522. <https://doi.org/10.1016/j.wombli.2018.12.011>
- Djupfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhaden, O. (2016) *Statistisk verktygslåda - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, OT., Bonet, M. & Gülmezoglu, AM. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Plos One*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Ekbäck, M., Benzein, E., Lindberg, M. & Arestedt, K. (2013). The Swedish Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) – a psychometric Evaluation Study in Women With Hirsutism and Nursing Students. *Health Qual Life Outcomes*, 10(11), 168-175. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-168>
- Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. 4:e upplaga. Studentlitteratur.
- Eljertsson, G. (2019a). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur.
- Eljertsson, G. (2019b). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity av Antonovsky's Sense of Coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiol Community health*, 59(5), 460–466. <https://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.018085>.

- Fabian, H., M., Rådestad, I., J. & Waldenström, U. (2005). Childbirth and Parenthood Education Classes in Sweden. Women's Opinion and Possible Outcomes. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436–443. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x>
- Ferguson, S. & Davis, D. (2019). 'I'm having a baby not a labour': Sense of coherence and women's attitudes towards labour and birth. *Midwifery*, 79, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102529>
- Fergusson, S., Davis, D., Rowne, J. & Taylor, J. (2015). Sense of coherence and childbearing choices: A cross sectional survey. *Midwifery*, 31(11), 1081-1086. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.012>
- Gibbins, J & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302–313. <https://doi:10.1054/midw.2001.0263>
- Gordon, I. & Feldman, R. (2008). Synchrony in the Triad: A Microlevel Process Model of Coparenting and Parent-Child Interactions. *Family Process*, 47(4), 465–479. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00266.x>
- Green, J., Coupland, V. & Kitzinger, J. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15–24. <https://doi:10.1111/j.1523-536x.1990.tb00004.x>
- Hall, O., C., E. & Wigert, H. (2010). Familjeinriktad neonatalvård. I M. Berg & I. Lundgren (Red). Att stödja och stärka - Vårdande vid barnafödande. (s. 191–204). Studentlitteratur.
- Hanna, BA., Edgecombe, G., Jackson, CA. & Newman, S. (2002). The importance of first-time parent groups for new parents. *Nursing & Health Science*, 4(4), 209-214. <https://doi:10.1046/j.1442-2018.2002.00128.x>
- Henricson, M. (red). (2017). Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur.
- Hildingsson, I. (2016). Sense of coherence in pregnant and new mothers – A longitudinal study of a national cohort of Swedish speaking womwn. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.001>
- Hofberg, K. & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Medical Journal*, 79, 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>
- Hodnett, E. D. & Simmons-Tropea, D. A. (1987). The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 301–310. <https://doi:10.1002/nur.4770100503>.
- Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), 9–18, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>

Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(251) <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>

Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018). Svenska Barnmorskeförbundet. Hämtad 3 januari, 2020, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Langius, A. & Björvell, H. (1996). The Salutogenic Model and the Sense of Coherence Scale in Nursing Research – A Methodological Report. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol 16, Issue 1. <https://doi.org/10.1177/010740839601600106>

Larsson, W., B., G., Larsson, M., & Starrin, B. (2001). KUPP - Kvalitet Ur Patientens Perspektiv. Vårdförbundet

Lowe, N.K. (1993). Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2),141–149. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160209>

Lundgren, I. (2015). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346–354. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.01.001>

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-women relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228. <https://doi.org/10.1111/j1471-6712.2007.00460.x>

Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I. & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.008>

McManus, A., J., Hunter, L., P. & Renn, H. (2006). Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(1), 13-23. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00008.x>

Meleis, AI. (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. J.B. Lippincott Company

Mitnick, D., M., Heyman, R., E. & Smith Slep, A., M. (2009). Changes i Relationship Satisfaction Across the Transition to Parenthood: A Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6): 848-852. <https://doi.org/10.1037/a0017004>

Ngai, FW. & Ngu, SF. (2016). Family sense of coherence and family and marital functioning across the perinatal period. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.001>

Nilsson, C. (2014). Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. I: *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Red. Berg, M. & Lundgren, I. (2014). Studentlitteratur.

Nilsson, L., Thorsell, T. & Hertfelt Wahn, E. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, Volume 2013, Article ID 349124, 6 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/349124>

Nilsson, L., Thorsell, T., Zandren Hammar, P., Pethrus, K. & Ekström, A. (2012). Most important for first time mothers during labor is to be respected for their needs, to feel involved in the care and support from their partners. *Journal of Nursing & Care*, 1(4), 6 pages. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1168.1000114>

Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of childbirth - A cross-sectional survey. *Women and Birth*, 31, 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.002>

Polit, D., F. & Beck, C., T. (2017) *Nursing research. Generating and Evidence for Nursing Practice*. Tenth edition. Wolters Kluwer.

Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A-L. & Berg, M. (2011). First-time Fathers' Experiences of Childbirth - A Phenomenological Study. *Midwifery*, 27(6), 848–853. <https://doi:10.1016/j.midw.2010.09.002>.

Rijavec Klobucar, N. (2015). The Role of Spirituality n Transition to Parenthood: Qualitative Research Using Transformative Learning Theory. *Journal of Religion Health* (55), 1345–1358. <https://doi:10.1007/s10943-015-0088-4>

Sandin-Bojö, A-K., Wilde Larsson, B. & Hall-Lord, M-L. (2008). Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2993–3003. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02123.x>

SBU. (2013). *Kontinuerligt stöd till kvinnor under förlossning*. Statens beredning för medicinsk och social utveckling. Hämtad 4 januari, 2020, från [https://www.sbu.se/2013\\_08](https://www.sbu.se/2013_08)

Scamell, M. & Alaszewski, A. (2012). Fateful moments and the categorization of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth. *Health, Risk & Society*, 14(2), 207–221. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.661041>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2004). *Förlossningsupplevelsen*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Hämtad den 10 januari, 2020 från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Hämtad 20.01-10 från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning vid normal förlossning*. Hämtad 19 december, 2019, från [https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)

SOU 2008:131. Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 20 januari, 2020, från <https://www.regeringen.se/49b6a7/contentassets/e48e18fd326e48a4892aefd0f311b873/foraldrastod---en-vinst-for-alla-sou-2008131>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2019). Vision 2019. Hämtad 19 december, 2019, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2019/06/Svenska-Barnmorskeforbundet-VISION-2019.pdf>

Thies-Lagergren, L. & Johansson, M. (2018). Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences - A cross-sectional study. *Women and Birth*, 32(3), 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.163>

Vetenskapsrådet. (2017). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad den 3 januari, 2020, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vehvilainen-Julkunen, K. (1995). Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 731-737. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22040731.x>

Volanen, S-M., Eero, L., Silventoinen, K. & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European journal of public health*, 14, 322–330. <https://doi:101093/eurpub/14.3.322>

Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-82. [https://doi: 10.1016/s0022-3999\(99\)00043-4](https://doi: 10.1016/s0022-3999(99)00043-4)

Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1):17–27. <https://doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>.

Wennerholm, U-B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Brismar Wendel, S., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A-K., Elden, H., Stephansson, O. & Hagberg, H. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*, 367: l6131. <https://doi:10.1136/bmj.l613>

WHO. (1996). Care in normal childbirth: a practical guide. Safe Motherhood, Family and Reproductive Health. World Health Organization, Geneva, Swezerland. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/childbirth/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/childbirth/en/)

WHO. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf>

Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P. & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1059–68. <https://doi.org/10.1111/jocn.12784>.

Wilton, T. & Kaufmann, T. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17, 203-211. <https://doi:10.1054/midw.2001.0261>



Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 19(2), 84–97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>

Zamani, P., Ziaie, T., Mokhtari-Lakehc, N. & Kazemnejad-Leili, E. (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery*, 75, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.838170>

## ARBETSFÖRDELNING

### Amanda Bodin

### Nadia Karlsson

Sökning i databaser, artiklar till bakgrund.	Sökning i databaser, artiklar till bakgrund.
Genomläsning och granskning av vetenskapliga artiklar och litteratur, bakgrund.	Genomläsning och granskning av vetenskapliga artiklar och litteratur, bakgrund.
Sammanställning av tidigare forskning, bakgrund.	Sammanställning av tidigare forskning, bakgrund.
Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer.	Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer.
Val och genomläsning av metodlitteratur.	Val och genomläsning av metodlitteratur.
Sammanställning av metod.	Sammanställning av metod.
Dataanalys i SPSS.	Utformning av tabeller.
Utformning av figurer och tabeller.	Dataanalys i SPSS.
Sammanställning av resultat.	Sammanställning av resultat.
Formulering och bearbetning av metoddiskussion.	Formulering och bearbetning av metoddiskussion.
Formulering och bearbetning av resultatdiskussion.	Formulering och bearbetning av resultatdiskussion.
Redigering av text och korrekturläsning.	Redigering av text och korrekturläsning.