



Barnmorskeprogrammet

Utvärdering av Auroerverksamheten

– vid en kvinnoklinik i södra Sverige

Jessica Andersson
Britt-Marie Torstensson

Examensarbete, 15 hp
Handledare: Lena Lendahls
Vårterminen 2009

Examinator: Elisabeth Crang-Svalénus
Humanvetenskapliga Institutionen
Högskolan i Kalmar

Högskolan i Kalmar
Institutionen för Hälso- och Beteendevetenskap

Arbetets art: Examensarbete, 15 hp
Barnmorskeprogrammet
Titel: Utvärdering av Auroraverksamheten – vid en
kvinnoklinik i södra Sverige
Författare: Jessica Andersson och Britt-Marie Torstensson
Handledare: Lena Lendahls

Abstract

The main purpose of this study was to evaluate the Aurora clinic (for women afraid of birth/delivery) in the south of Sweden. Questionnaires were sent to 197 women who have had contact with the Aurora clinic during 2007 and 2008. The group of participants contained both pregnant women and women who have given birth. A total of 136 women replied. The results showed that both the average age and the level of education of the women were high. Nulliparas and multi-paras had different reasons for fearing delivery. The study also showed that most women felt that the contact with an Aurora midwife helped them to feel secure and to be better prepared before delivery, that the midwife understood them and took them seriously and that the content of the meetings was satisfactory. Three out of four women, who initially wished for a caesarean section, subsequently accepted a normal delivery. This study supports previous research that shows the importance of the supportive conversation provided at the Aurora clinic for women with fear of delivery.

Keywords: fear of delivery, Aurora, cesaerean section, midwife, safety

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Definition av förlossningsrädsla.....	3
Orsaker till förlossningsrädsla.....	4
Konsekvenser av förlossningsrädsla.....	5
Handläggning av förlossningsrädsla.....	6
Problematisering.....	7
Syfte.....	8
Frågeställningar.....	9
Metod.....	9
Design.....	9
Urval.....	9
Enkätens utformning.....	9
Datainsamlingen.....	10
Databearbetning.....	10
Bortfall.....	10
Etiskt övervägande.....	11
Resultat.....	11
Sociala förhållanden.....	12
Auroraverksamheten.....	12
Orsaker till förlossningsrädsla.....	13
Förlossningsrädsla/oro efter Aurorasamtal.....	15
Kejsarsnittsfrekvens.....	16
Sommaruppehåll.....	18
Förlossningsplan.....	18
Uppföljning efter förlossning.....	18
Diskussion.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	19

Konklusion.....22

Förslag till framtida forskning.....22

Referenser..... 23

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

Bakgrund

Redan på 1700-talet startade den första barnmorskeutbildningen i Sverige. Genom denna förbättring av förlossningsvården samt upprättandet av barnbördshus sjönk mödra- och barnadödligheten drastiskt. Utvecklingen av förlossningsvården sedan 1930-talet har varit omfattande och lett till dagens förhållandevis säkra barnafödande (Waldenström, 2007). Trots det upplever många kvinnor i vår tid stark rädsla/oro inför sin förlossning. Dagens kvinnor kan gemensamt med kvinnor från förr i tiden ha en känsla av att stå ensamma inför förlossningen. Förekommer dessutom hos kvinnan en minskad förmåga att hantera motgångar i livet eller psykisk ohälsa, är risken större att en förlossningsrädsla uppstår (Berg & Lundgren, 2004; Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001).

Flera utländska studier tydde på att förlossningsrädsla förekom även i andra delar av världen. I en intervjustudie med kvinnor som haft en komplicerad förlossning i västra Afrika, beskrev kvinnorna att de kände sig sårbara och osäkra under graviditeten och fruktade att dö under förlossningen. De uttryckte att de saknade stöd från barnmorskan, att hon inte varit snäll och att de inte kunde ställa frågor eller vänta sig några förklaringar. I en del av världen där mödradödligheten är så hög som nästan tio procent, är obstetrisk akutvård av största betydelse. Det innebär att bemötandet av kvinnan och interaktionen med vårdpersonalen måste förbättras för att kvinnorna skulle vilja söka antenatal vård (Grossmann-Kendall, Filippi, De Koninck & Kanhonou, 2001). Resultatet i en australiensisk kvalitativ studie visade att vikten av bra stöd hos barnmorskan och ett gott socialt nätverk var betydelsefullt för att förhindra uppkomsten av förlossningsrädsla (Fisher, Hauck & Fenwick, 2006).

Enligt Salomonsson, Wijma & Alehagen (in press) led 20 procent av den gravida populationen i Sverige av förlossningsrädsla. Av dem var cirka fem procent svårt förlossningsrädda och påverkades negativt i sitt dagliga liv.

Definition av förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla är ett begrepp som ofta blandas ihop med den normala känslan av oro eller spänning ett föräldrapar kan känna inför en förestående förlossning. Det är därför av betydelse att definiera skillnaden på den normala anspänningen inför en förlossning och förlossningsrädsla (SFOG, 2004). *Förlossningsrädsla delas in i fyra undergrupper:*

Lätt förlossningsrädsla innebär en hanterbar oro för kvinnan, och möjlighet finns för förberedelser inför förlossningen. *Måttlig förlossningsrädsla* innebär att kvinnan har en oro som kan vara svår att hantera utan professionellt stöd, men som ändå tillåter ett psykiskt välbefinnande. *Svår förlossningsrädsla* medför att kvinnan inte vågar bli gravid eller föda vaginalt och leder till störningar i det dagliga livet. Det finns även en liten grupp kvinnor som lider av en extrem rädsla, så kallad *förlossningsfobi* eller "*tokofobi*", vilken innebär undvikande av graviditet och vaginalförlossning (SFOG, 2004; Hagberg, Marsál, Westgren, 2008).

Orsaker till förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan både vara primär och sekundär. Vid sekundär förlossningsrädsla har kvinnan ofta en traumatisk förlossningsupplevelse som bakgrundsfaktor. Den primära förlossningsrädslan kan ofta härledas till kvinnans personliga förutsättningar, samt den sociala situation hon befinner sig i. Egenskaper så som ångestbenägenhet, dålig självkänsla och stort kontrollbehov bidrar till utvecklingen av förlossningsrädsla (SFOG, 2004). Berg & Lundgren (2004) menade att historier om traumatiska förlossningar som den unga kvinnan fick berättat för sig kan generera utvecklandet av förlossningsrädsla.

De vanligaste bakgrundsfaktorerna som orsakade förlossningsrädsla var enligt Berg & Lundgren (2004) smärta, sjukhusmiljön, bristande tillit till personalen, att barnet dog eller skadades under förlossningen, att tappa kontrollen, utveckla depression samt rädsla för att själv dö eller bli psykiskt sjuk. Kvinnans relation till den blivande pappan och hans inställning till förlossningen kunde inverka på uppkomsten av förlossningsrädsla. Hagberg et al. (2008) menade att det var vanligt för den förlossningsrädda kvinnan att frukta stora bristningar i underlivet, och att inte få tillbaka ett fungerande sexualliv. Hos förstföderskor kunde misshandel eller sexuella övergrepp ligga till grund för förlossningsrädsla.

Laursen, Hedegaard & Johansen (2007) visade i sin danska cohort studie att kvinnor med låg utbildningsnivå, dåligt socialt nätverk, arbetslöshet, låg ålder, rökning och lågt skattad hälsa var predisponerade för att utveckla förlossningsrädsla. Vidare menade Salomonsson et al. (in press) och Berg & Lundgren (2004) att etnicitet, bristande förlossningsförberedelse, förlossningsmiljö, smärta under förlossning, immobilisering, medicinska interventioner, vårdkontinuitet, depression och sårbarhet associeras med förlossningsrädsla.

Konsekvenser av förlossningsrädsla

I Sverige och övriga västvärlden har antalet kejsarsnitt ökat drastiskt sedan mitten av 1990-talet. Emellertid var kejsarsnittsfrekvensen i Sverige relativt låg vid en internationell jämförelse med Världshälsoorganisationen`s (WHO) generella rekommendation som 1985 låg på 10-15 procent. En undersökning 1990 visade att 10,9 procent av alla graviditeter avslutades med ett kejsarsnitt och år 2001 hade denna siffra stigit till 16,6 procent. Kejsarsnitt på humanitär indikation ökade mellan 1990 och 2001 med 80 procent (Socialstyrelsen, 2005). Hildingsson, Rådestad, Rubertsson & Waldenström (2002) fick i sin omfattande svenska studie fram att åtta procent av kvinnorna hade en önskan om kejsarsnitt i mitten av sin graviditet. De vanligaste orsakerna var svår förlossningsrädsla och tidigare kejsarsnitt. En studie utförd i Hong Kong med 259 deltagare som hade en komplicerad förlossning med sitt första barn, fick deltagarna besvara en enkät sex månader post partum. Det visade sig att 24 procent av kvinnorna önskade planerat kejsarsnitt vid nästa förlossning och orsaken till det var förlossningsrädsla (Pang Man, Leung Tse, Lau Tze, & Hang Chung, 2008).

I Eriksson, Jansson & Hambergs (2006) och Nilsson & Lundgrens (2007) studier framkom det att förlossningsrädda kvinnor kunde se ett kejsarsnitt som en lösning och ett sätt att undvika en vaginal förlossning. Det kunde stå i vägen för insikten om en stor operations risk och därmed den vaginala förlossningens fördelar. Vidare framkom att kvinnor med önskan om kejsarsnitt ofta kände skuldkänslor över sitt val, både inför sitt ofödda barn och omgivningen. Hagberg et al. (2008) menade också att kvinnan skämdes över sin belägenhet att inte passa in och att uppta vårdens resurser.

Sjögren (2003) påtalade även barnafaderns betydelse för kvinnans tro till sin egen förmåga att föda barn. Många män till förlossningsrädda kvinnor hyste en egen förlossningsrädsla och hade låg tilltro till sin partners förmåga att föda vaginalt. De kände även oro över att inte kunna stödja sin kvinna på ett bra sätt under en normal förlossning.

Föräldraskap och moderlighet har under tidigare generationer varit ett naturligt inslag i de kvinnliga egenskaperna. Förlossningsrädsla kunde utgöra ett hinder för anknytningen mellan mor och barn, och kunde även störa förhållandet mellan fadern och barnet, då förlossningsrädda kvinnor ofta hade svårt att relatera till föräldraskap (Faxelid et al., 2001).

Ytterligare en aspekt som bidrog till förlossningsrädsla, kunde vara att kvinnan kände stor otrygghet i att inte veta om hon fick vårdplats på den förlossningsavdelning hon tillhörde. Den gravida kvinnan som balanserade på gränsen till en uttalad rädsla/oro kunde känna sig lämnad ensam med ovissheten, vilket kunde resultera i önskan om planerat kejsarsnitt som garanterade dem en vårdplats. Den ökade kostnaden som en ökad kejsarsnittsfrekvens innebar, gick heller inte att bortse ifrån (Sjögren, 2003).

Handläggning av förlossningsrädsla

De flesta gravida kvinnor kände en viss oro inför den kommande förlossningen. De hoppades att allt skulle gå bra och att barnet var friskt. Den oron kunde anses normal och var ofta hanterbar för kvinnan. Stödande samtal med barnmorskan på Mödrahälsovården samt närstående var ofta tillräckligt. För 20 år sen ökade uppmärksamheten kring förlossningsrädsla och man såg ett behov av ett mer riktat stöd till kvinnor med stark förlossningsrädsla. I samband med det startades den första Auroraverksamheten i Göteborg. Under det efterföljande decenniet etablerades liknande verksamheter på de flesta av landets regionala sjukhus (SFOG, 2004; Hagberg et al., 2008). Syftet med verksamheten var att minska förlossningsrädsla och att förlossningsupplevelsen skulle bli så positiv som möjligt, oavsett förlossningssätt. Kvinnan skulle känna trygghet, få ökad kunskap, bättre självförtroende och större tilltro till sin förmåga att föda barn. Det grundläggande inom all Auroraverksamhet var att kvinnan/paret fick träffa en förlossningsbarnmorska en eller ett flertal gånger (SFOG, 2004). Antalet samtal och frekvensen berodde på kvinnans önskemål samt när i graviditeten första kontakten togs (Sjögren, 2005). Åmark & Ryding (2006) fick fram i sin studie att kvinnorna ansåg att ett bra bemötande av barnmorskan, och ett sakligt argumenterande kring olika förlossningssätt utan att nedvärdera, gjorde kvinnorna mer mottagliga för information och kunskap. Olofsson (2003) ansåg att en förlossningsplan var nödvändig för kvinnans trygghet under förlossningen och det var viktigt att personalen respekterade de ramar som upprättats.

Flera studier visade att om behov fanns gavs möjlighet till samtal med obstetriker, psykolog, kurator eller psykiatriker. Det viktigaste var dock att en individuell behandlingsplan upprättades, eftersom förlossningsrädsla tog sig olika uttryck och grundade sig på varierande orsaker. Uppföljning efter förlossningen var av största vikt då förlossningsrädda kvinnor löpte större risk att få en negativ upplevelse av sin förlossning och var mer benägna att utveckla posttraumatiskt stressymtom (PTSS) (Hagberg et al., 2008; SFOG, 2004; Sjögren, 2005).

Samtalsterapi hade enligt utförda studier inom området varierande effekt. Ryding, Persson, Onell & Kvist (2003) fann också i sin studie att de förlossningsrädda kvinnor som fått särskilt samtalsstöd under graviditeten rapporterade trots det en mer negativ förlossningsupplevelse och större förekomst av PTSS, än jämförelsegruppen som inte hade uttryckt rädsla.

Studiegruppen beskrev dock att de var överlag nöjda med vården. Det framkom även att endast tre procent av de förväntade sex procenten förlossningsrädda gravida, sökte hjälp eller stöd för sin rädsla. Det kunde anses märkligt, trots ett relativt lågt antal studiedeltagare på 53 kvinnor i varje grupp, vilket även diskuterades i studien huruvida kvinnorna inte gav uttryck för sin rädsla eller helt enkelt inte ville ha hjälp.

I en finsk randomiserad studie jämfördes två grupper med förlossningsrädsla där den ena fick intensiv terapi och den andra gruppen konventionell terapi. Resultatet visade att graviditets- och förlossningsrelaterad oro och ångest samt förlossningsarbetets längd minskade i gruppen som fick intensiv terapi. Intressant var att 50-60 procent av de kvinnor som initialt önskade kejsarsnitt accepterade vaginal förlossning, vilket gällde för båda grupperna (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen & Halmesmäki, 2001). Ett liknande resultat framkom i Eriksson, Jansson & Hambergs (2006) kvalitativa studie där kvinnorna beskrev hur viktigt det var med samtal kring deras förlossningsrädsla. De framhöll att barnmorskans roll som den inkännande, lyssnande och förstående, var avgörande för deras förlossningsupplevelse. Salomonsson et al. (in press) belyste att en tidig identifikation av kvinnor med förlossningsrädsla, individualiserad omvårdnad, kvinnans egna förlossningsförberedelser, stödperson under förlossningsarbete och uppföljningssamtal var faktorer som hade betydelse för barnmorskans arbete och hjälpte henne att ge god och adekvat omvårdnad. Vidare framkom det i studien att barnmorskans arbete med förlossningsrädda kvinnor var känslomässigt krävande och tog mycket tid i anspråk.

Problematisering

Förlossningsrädsla är ett tillstånd som i olika grad påverkar kvinnan/paret i det dagliga livet innan, under och efter graviditet. Kvinnan/paret har inte samma möjlighet att njuta och glädjas åt sin graviditet då ångest och oro dominerar. Ett flertal studier visar att även om antalet kvinnor med svår förlossningsrädsla är konstant, så ökar stadigt antalet kvinnor med lätt till måttlig förlossningsrädsla. En konsekvens av det är att kvinnor i större grad önskar planerat kejsarsnitt vilket medför större risker för både mor och barn. För vården är handläggning av förlossningsrädda kvinnor/par resurskrävande, både ur ett kostnads- och tidsperspektiv.

Auroraverksamheten vid aktuell kvinnoklinik i södra Sverige startades för cirka 10 år sedan. Någon utvärdering av verksamheten är inte gjord. För att kunna utveckla och kvalitetssäkra vården av förlossningsrädda kvinnor i regionen, vill vi med den här studien undersöka målgruppens upplevelse av Auroraverksamheten.

Aurorabarnmorskorna vid den aktuella kvinnokliniken beskriver samtalsproceduren som följande;

”Efter inkommen remiss rings kvinnan upp och tid för samtal om cirka 60 minuter bokas. Vid besök är mannen välkommen om så önskas. Samtalet inleds med att Aurorabarnmorskan presenterar sig själv och verksamheten samt syftet med ett Aurorasamtal. Kvinnan uppmuntras att själv berätta om sin rädsla/oro och tidigare upplevelser. Aurorabarnmorskans huvuduppgift är att ledsaga kvinnan genom samtalet, lyssna, skapa tillit till personalen och trygghet inför förlossningen. En visning av Förlossnings- och BB avdelningen utförs i den mån det är möjligt för att skapa trygghet i miljön. Målet med samtalen är att ge kvinnan möjlighet att glädjas åt sin graviditet och underlätta anknytningen till barnet, känna trygghet inför sin förlossning, skapa självförtroende och hitta sina egna resurser inför födandet. En Födelseplan eller Förlossningsplanering med läkare kan vara till god hjälp för att skapa trygghet.”

Författarnas förhoppning är att studien ska kunna vara till nytta för personal inom Auroraverksamheten, tillika övrig personal på Förlossning/BB och Mödravård. Ytterligare en förhoppning är att studien ska kunna belysa Auroraverksamhetens betydelse i omhändertagandet av de förlossningsrädda kvinnorna. Utvärderingen kan eventuellt också påvisa om behov av förändringar behövs. Under åren 2007 och 2008, tiden denna studie berör, hade Auroraverksamheten remisstopp från den 1 april till den 1 september.

Syfte

Syftet med denna studie var att utvärdera Auroraverksamheten vid en Kvinnoklinik i södra Sverige enligt följande frågeställningar.

Frågeställningar

- Vilka kvinnor söker till Auroraverksamheten?
- Vilka är orsakerna till förlossningsrädsla?
- Hur påverkades kvinnans rädsla/oro inför förlossningen efter samtalskontakt?
- Hur stor andel av kvinnorna som önskade kejsarsnitt födde vaginalt efter samtalskontakt?
- Hur påverkades kvinnorna av sommaruppehållet?

Metod

Design

Studien är empirisk och enkät valdes som datainsamlingsmetod.

Urval

Samtliga kvinnor som hade kontakt med Auroraverksamheten vid aktuell kvinnoklinik under 2007 eller 2008, en eller ett flertal gånger, inkluderades i studien. Studien inkluderade både de som var gravida och hade en pågående kontakt, samt de som fött sitt barn och hade avslutat sin kontakt, totalt 197 kvinnor.

Enkätens utformning

Inför enkäternas utformning fördes diskussion med Aurorabarnmorskorna, som gavs möjlighet att framföra vad de ansåg viktigt i utvärderingen av verksamheten. Därefter utformades enkäten, som diskuterades med en statistiker och en del frågor justerades. Det som från början var en enkät, blev till tre enkäter. En enkät till dem som var gravida, men ännu inte fött sitt barn, en till dem som fött sitt barn och den sistnämnda till dem som varit i kontakt med Auroraverksamheten, men av olika anledningar inte blivit gravida. Efter information från Aurorabarnmorskorna framkom det att den sistnämnda gruppen var så liten att den inte bildade tillräckligt underlag för en enskild enkät. Därför beslutades att använda två enkäter, för de olika målgrupperna gravida och förlösta. Enkäterna testades på sex kvinnor för att testa frågorna, som en form av validering.

Datainsamlingen

Datainsamlingen skedde med hjälp av enkät. En enkät vände sig till dem som fortfarande var gravida och bestod av 33 frågor. En enkät vände sig till dem som hade fött sitt barn och bestod av 40 frågor. Deltagarna gavs möjlighet till egna kommentarer på sista sidan, vilka inte analyserades i denna studie. Studiedeltagarna ombads att besvara den enkät som gällde dem och skicka tillbaka enkäten i medföljande svarskuvert inom två veckor. En påminnelse skickades ut till de studiedeltagare som inte besvarat enkäten inom fyra veckor efter första utskicket.

Enkäterna innehöll frågor om ålder, utbildning, bostadsförhållanden, familj, paritet, tidigare förlossningssätt och orsak till deras förlossningsrädsla. Dessutom ställdes frågor som berörde kvinnornas kontakt med Auroraverksamheten (se bil. 1 och 2). Frågorna berörde vilken tidpunkt första kontakten togs, om kvinnorna var nöjda med innehållet i samtalet, vilka personalkategorier de träffade, känslan av trygghet inför förlossningen och om kvinnorna ändrade sin ursprungliga uppfattning om förlossningssätt efter samtal. Kvinnorna fick skatta sin förlossningsrädsla innan och efter samtalskontakten med Auroraverksamheten på en *Visual Analog Scale* (VAS-skala) från 0-10, där 0 var ingen rädsla och 10 var värsta tänkbara rädsla.

Databearbetning

Insamlad enkätdata sammanställdes och analyserades med hjälp av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 14. Deskriptiv analys har använts och kvantitativ data redovisas dels i text och dels i figurer och tabell. Där skillnader förekom prövades dessa med t-test samt chi-två test för att se om signifikans förelåg. Icke parametriskt test, teckentest och Wilcoxon test, användes för att testa differenserna i VAS-skalan gällande förlossningsrädsla/oro före och efter kontakt med Auroraverksamheten. För signifikans gällde att p -värdet var mindre än fem procent = 0.05.

Bortfall

Enkäten sändes ut till 197 kvinnor och totalt svarade 136 kvinnor, vilket ger en svarsfrekvens på nästan 70 procent. De kvinnor som inte besvarade enkäten utgör externt bortfall. En obesvarad enkät kunde bland annat bero på att uppgiftslämnaren inte var villig att delta i studien, inte gick att nå eller inte hade vågat bli gravid efter kontakt med Auroraverksamheten. Det fanns även ett internt bortfall som innebar att vissa frågor i enkäten

inte besvarades av alla deltagare. Det berodde på att vissa av frågorna inte kunde besvaras av förstföderskorna, samt att flera av frågorna inte kunde besvaras av de kvinnor som endast haft kontakt med Auroraverksamheten efter sin förlossning. Dessutom var det ett fåtal studiedeltagare som inte besvarade enstaka frågor. För att reducera eventuell skevhet i materialet, orsakat av det interna bortfallet, har hänsyn tagits vid statistiska beräkningar.

Etiskt övervägande

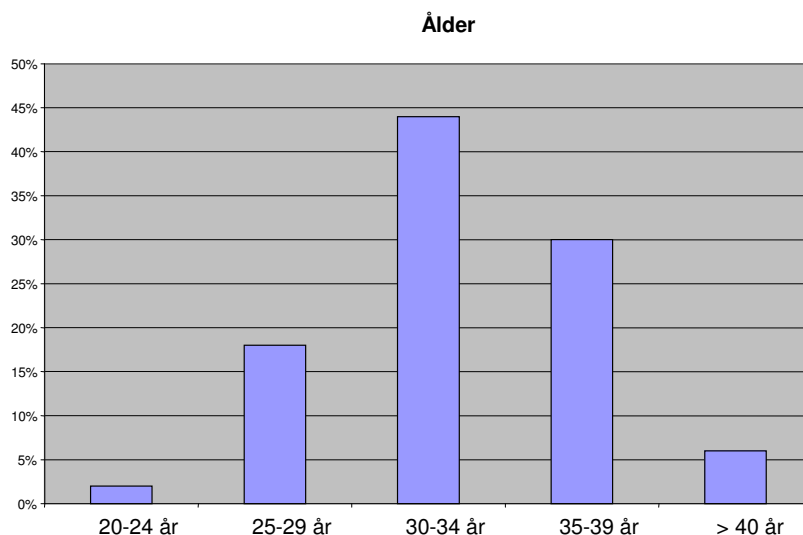
Studiedeltagarna tillfrågades skriftligt om de ville delta i studien och blev informerade om att deltagandet var frivilligt, samt att uppgifter om deltagarna hanterades konfidentiellt.

Svarskuverten försågs med en kod, för att ett påminnelsebrev skulle kunna skickas ut efter tre till fyra veckor. Studien godkändes av verksamhetschef och tillförordnad chef på förlossningsavdelningen, tjänstgörande vid en kvinnoklinik i södra Sverige.

Etiskt godkännande ansöktes och godkändes ifrån det lokala Forskningsetiska Rådet (Beslutsnummer 1/2009).

Resultat

Under år 2007 och 2008 var antalet förlösta kvinnor vid den aktuella kvinnokliniken 3 516 och av dessa kvinnor var det 197 (5,6 procent) som fick kontakt med Auroraverksamheten på grund av sin förlossningsrädsla. Av dem var 48 (35 procent) förstföderskor och 88 (65 procent) omföderskor. Det totala antalet deltagare bestod av 136 kvinnor, 43 procent av kvinnorna var mellan 30-34 år och drygt 30 procent hade en ålder mellan 35-39 år. Medelåldern var 33 år, den yngsta var 20 år och den äldsta var 44 år (figur 1).



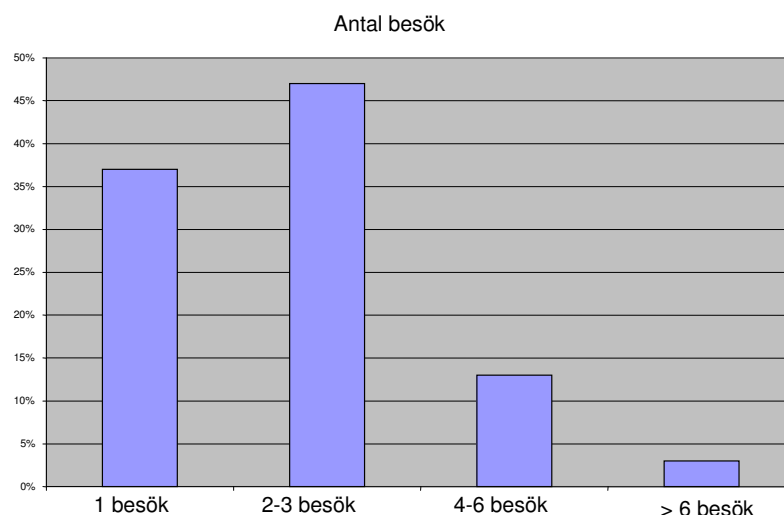
Figur 1. Ålder på kvinnorna som besökte Auroraverksamheten under 2007 och 2008.

Sociala förhållanden

Av studiedeltagarna (n=136) bodde 98,5 procent tillsammans med make/sambo. Drygt 96 procent bodde tillsammans med barn i åldern 0-6 år, 11 procent i åldern 7-12 år och nio procent 13 år och äldre. Totalt bodde 80 procent i villa/radhus, 12 procent i hyresrätt och åtta procent i bostadsrätt. Vid förfrågan om utbildningsnivå svarade drygt 56 procent att de hade universitets- eller högskoleutbildning, 39 procent hade utbildning på gymnasial nivå och resterande fem procent hade grundskoleutbildning. Det var inga signifikanta skillnader mellan först- och omföderskor (p=0,347).

Auroraverksamheten

Flertalet kvinnor, 77 procent, fick information om Auroraverksamheten genom deras barnmorska på Mödrahälsovården. Ungefär 14 procent sökte på eget initiativ eller fick vetskap om Auroraverksamheten genom släkt eller vänner. Resterande nio procent informerades av läkare eller annan vårdpersonal. Flertalet kvinnor gick på två-tre besök (figur 2). De flesta kvinnor, 78 procent var nöjda med antalet besök och 20 procent hade velat komma på fler besök. Endast två procent upplevde att det var för många besök.



Figur 2. Antal besök vid Auroraverksamheten.

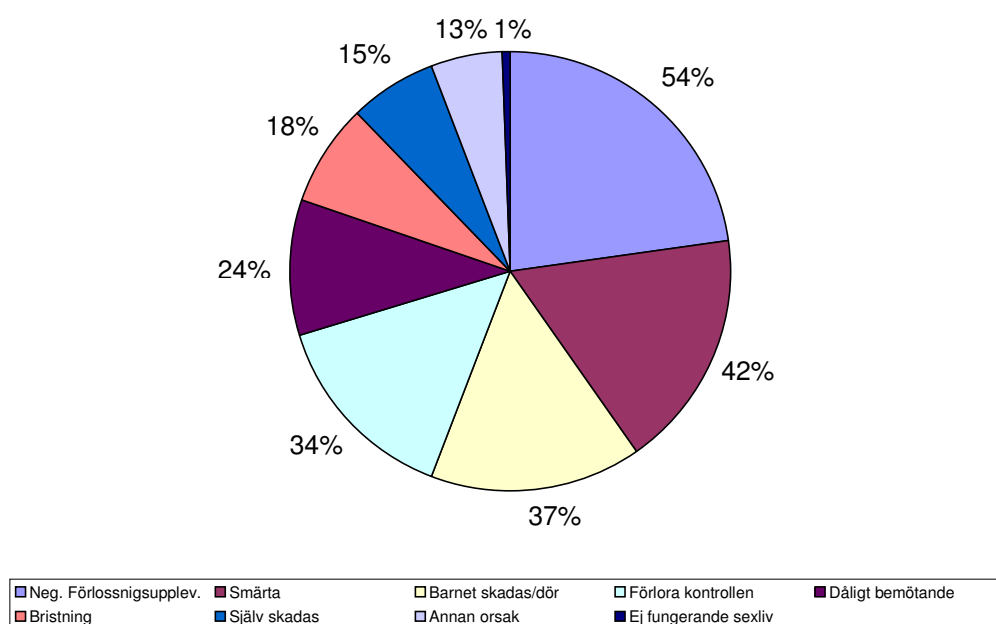
Tiden för ett Aurasamtal var cirka 60 minuter, vilket upplevdes lagom av 92 procent av kvinnorna (n=135). Av resterande studiedeltagare tyckte fem procent att tiden var för kort och två procent att den var för lång.

Av de kvinnor som kom på sitt första besök innan graviditetsvecka 25, upplevde de flesta (84 procent) att det var rätt tidpunkt. Av dem som kom senare på sitt första besök, det vill säga efter graviditetsvecka 25, ansåg 35 procent att de gärna kommit tidigare (n=135).

Orsaker till förlossningsrädsla

Bland studiedeltagarna upplevde 54 procent att tidigare negativ förlossningsupplevelse utgjorde den största orsaken till deras förlossningsrädsla/oro. Andra orsaker som låg till grund för rädsla/oro inför förlossningen för många kvinnor var smärta (42 procent), att barnet skulle skadas eller dö (37 procent) och att förlora kontrollen (34 procent). Nedanstående cirkeldiagram utgör inte 100 procent då studiedeltagarna givits möjlighet att välja mer än en orsak till sin förlossningsrädsla/oro (n=126) (figur 3).

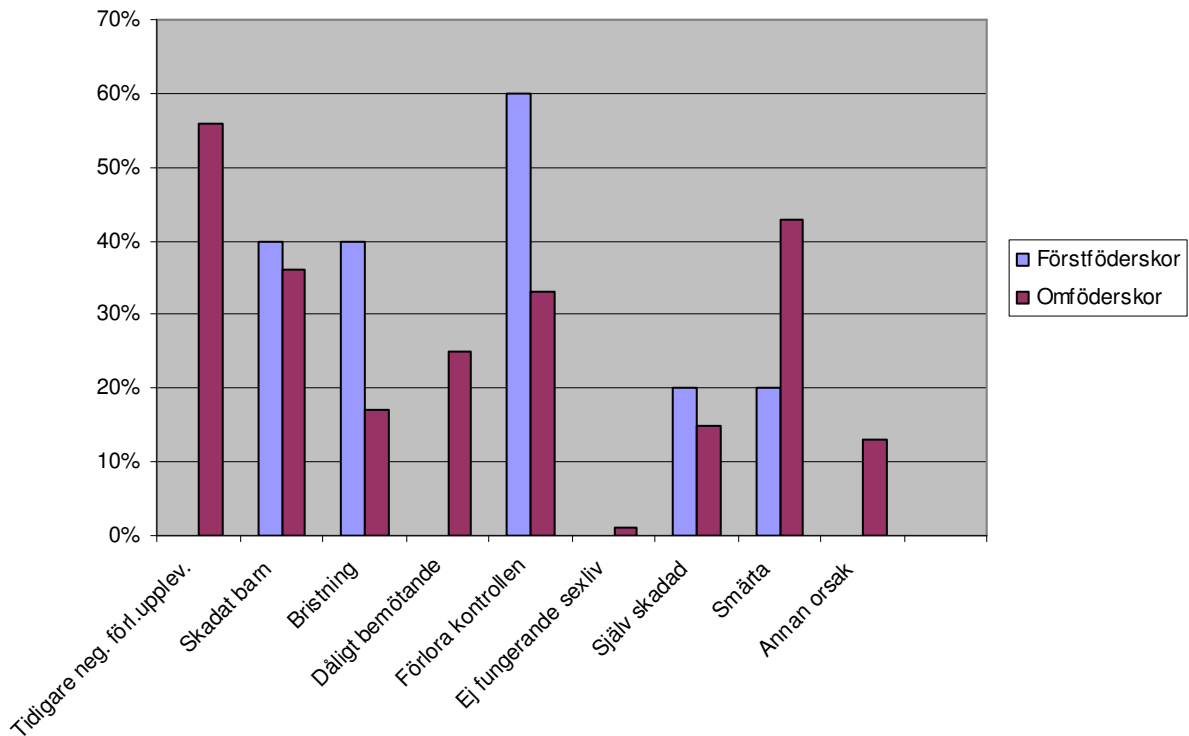
Orsaker till förlossningsrädsla



Figur 3. Orsaker till förlossningsrädsla hos både förstföderskor och omföderskor.

Studien visade att förstföderskorna var mest rädda för att förlora kontrollen, därefter var det att barnet skulle bli skadat eller dö samt stor bristning i underlivet. I gruppen omföderskor var det en tidigare negativ förlossningsupplevelse som låg till grund för den största rädslan/oron. Att bli dåligt bemött av personalen var något som endast omföderskor oroade sig för (figur 4). Studien visade inga signifikanta skillnader i orsaker till förlossningsrädsla mellan först- och omföderskor.

Orsaker till förlossningsrädsla hos först- respektive omfödelskor



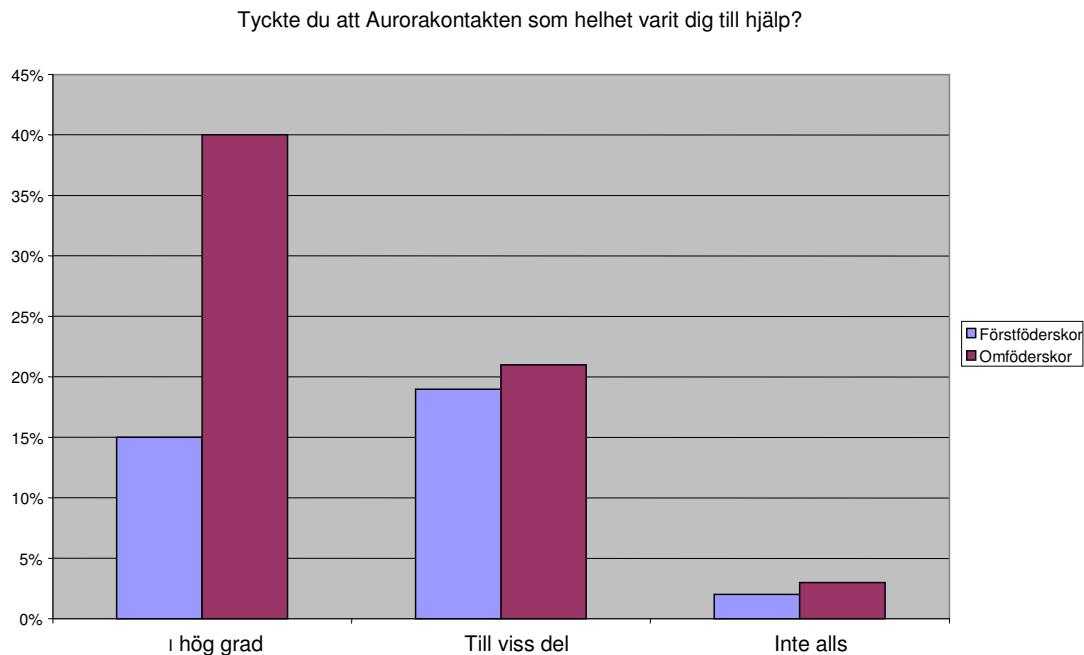
Figur 4. Orsaker till förlossningsrädsla hos först- respektive omfödelskor.

Förlossningsrädsla/oro efter Aurorasamtal

När studiedeltagarna tillfrågades om innehållet i samtalen hos sin Aurorabarnmorska (n=135) tyckte 85 procent att de var nöjda, resterande 15 procent var inte nöjda. Det var ingen skillnad mellan först- och omfödelskor ($p=0,955$). Vidare ansåg 81 procent att de i hög grad hade möjlighet att ta upp frågor och problem, 18 procent ansåg att de endast kunde göra det till viss del och en procent tyckte att de inte hade någon möjlighet alls att ta upp frågor och problem. Samtliga kvinnor besvarade frågan om de kände sig trodda och tagna på allvar under samtalet. Av kvinnorna upplevde 82 procent att de blev trodda i hög grad, 16 procent till viss del och endast två procent tyckte inte alls att de kände sig trodda eller tagna på allvar. Inte heller här förekom någon skillnad mellan först- och omfödelskor ($p=0.514$).

På frågan om Aurorakontakten som helhet varit kvinnan till hjälp (n=134) inför och efter förlossning ansåg hela 95 procent att den varit dem till hjälp. Ingen signifikant skillnad förekom mellan först- och omfödelskor ($p=0,083$). Av förstfödelskorna var 15 procent nöjda med Aurorakontakten i hög grad och av omfödelskorna var nästan 40 procent nöjda med

Aurorakontakten i hög grad. Endast fem procent ansåg att de inte alls blivit hjälpta av sin Aurorakontakt (figur 5).



Figur 5. Kvinnornas upplevelse av Aurorakontakten som helhet.

Kvinnorna tillfrågades om Aurorakontakten hjälpte dem att bli mer trygga inför sin förlossning. Det var 93 procent (n=122) av kvinnorna som upplevde att Aurorasamtalen ökat deras trygghet inför förlossningen i hög grad (42 procent) eller till viss del (51 procent). Ingen signifikant skillnad mellan först- och omföderskor kunde ses ($p=0.198$).

Avslutningsvis i enkäten fick kvinnorna skatta sin rädsla/oro inför förlossningen, före och efter samtalskontakt med Aurorabarnmorska, på en VAS-skala. Kvinnorna (n=129) skattade sin rädsla/oro signifikant lägre ($p<0,05$) efter samtalskontakt än före. Det var 112 av kvinnorna som skattade sin rädsla/oro mindre efter samtalskontakt än före, och fyra kvinnor skattade sin rädsla/oro större efter samtalskontakt än före.

Kejsarsnittsfrekvens

Totalt i studien, både bland de förlösta och bland de gravida, hade 61 procent (n= 127) av kvinnorna en önskan om kejsarsnitt. I tabellen nedan presenteras önskemål om kejsarsnitt och förlossningsutfall bland de vid studiens tidpunkt förlösta kvinnorna, varav 58 procent (n=120)

hade önskemål om kejsarsnitt i hög grad eller till viss del. Av dessa förlöstes 15 procent med planerat kejsarsnitt och nio procent med akut kejsarsnitt. I gruppen som inte hade någon önskan om kejsarsnitt (42 procent) förlöstes drygt sju procent med kejsarsnitt, varav knappt två procent med planerat kejsarsnitt. I jämförelse mellan dem som önskade kejsarsnitt och dem som inte hade önskan om kejsarsnitt var det ungefär lika många i båda grupperna som förlöstes normalt (tabell 1).

Tabell 1. Önskemål om kejsarsnitt och förlossningsutfall (=120).

Förlossningsutfall i antal (%)	Önskemål om kejsarsnitt		
	I hög grad	Till viss del	Inte alls
PN	12 (10%)	21 (17,5%)	35 (29,2%)
Planerat kejsarsnitt	15 (12,5%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)
Akut kejsarsnitt	10 (8,3%)	1 (0,8%)	7 (5,8%)
VE	3 (2,5%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)
Tång	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Annan komplicerad förlossning	0 (0%)	2 (1,7%)	3 (2,5%)

Bland förstfödorskorna (n=48) var det 19 kvinnor som önskade kejsarsnitt och av dem var det en kvinna som blev förlöst med planerat kejsarsnitt och åtta kvinnor som förlöstes med akut kejsarsnitt. Det var 51 omfödorskor (n=88) som önskade kejsarsnitt och 17 av dem blev förlösta med planerat kejsarsnitt och tre med akut kejsarsnitt.

På frågan om kvinnorna kände sig påverkade i sin önskan om kejsarsnitt av läkare (n= 65) eller barnmorska (n=75), svarade 75 procent att de kände sig påverkade i hög grad eller till viss del. Resterande 25 procent kände ingen påverkan alls. Efter samtal med barnmorska ändrade 37 procent uppfattning om hur de ville bli förlösta och 63 procent ändrade sig inte. Bland dem som var på läkarsamtal ändrade 25 procent uppfattning om förlossningssätt och 75 procent vidhöll sitt ursprungliga önskemål om kejsarsnitt. Inga skillnader kunde ses mellan först- och omfödorskor.

Sommaruppehåll

Av de 23 studiedeltagare som var i behov av Aurorasamtal under sommaruppehållet juni - augusti, upplevde 18 kvinnor att uppehållet påverkade deras förlossningsförberedelse negativt.

Förlossningsplan

En förlossningsplan innebar att ett kontrakt mellan kvinnan och vårdgivaren upprättades, vilket kunde innebära att förlossningen avslutades efter ett visst antal timmar eller om kvinnan blev för trött. Av förstföderskorna var det 13 kvinnor och bland omföderskorna var det 43 kvinnor som fick en förlossningsplan upprättad (n=56), vilket inte var någon signifikant skillnad ($p=0,051$). Det var det hela 99 procent som upplevde att förlossningsplanen ökade deras trygghet inför förlossningen.

Uppföljning efter förlossning

Av studiedeltagarna (n=127) var det 54 procent som fick uppföljande samtal på BB avdelningen och 46 procent som inte fick. Av dem som inte fick uppföljande samtal, ville 66 procent ha haft det. Av de förlösta kvinnorna (n=127) blev 47 procent uppringda av sin Aurorabarnmorska efter förlossningen. Efter förlossningen var 19 procent på besök (n=122) hos sin Aurorabarnmorska. Det framkom att 13 procent av kvinnorna som inte blev erbjudna besök efter sin förlossning, hade velat komma på besök. Resterande 68 procent som inte var på ett uppföljande besök ansåg inte heller det nödvändigt. Av studiedeltagarna (n=127) var det fem procent som fick professionellt samtalsstöd hos psykolog eller kurator efter förlossningen.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av en kvantitativ ansats grundades på förhoppning om ett bredare underlag för utvärdering av Auroraverksamheten. Antalet studiedeltagare utgjordes av 197 kvinnor, vilket är tillräckligt för en enkätstudie. Samtliga kvinnor som haft kontakt med Auroraverksamheten har inkluderats i studien, vilket innebär att ingen yttre påverkan har gjorts på urvalet.

Två enkäter utformades med hjälp av statistiker för att frågeställningarna skulle bli så tydliga som möjligt och svarsalternativen lämpliga. Dock kunde misstänkas att de kvinnor som på grund av en negativ förlossningsupplevelse endast haft kontakt med Auroraverksamheten efter sin förlossning (sju procent) hade svårighet att fylla i enkäten. Det berodde på att flertalet frågor var ställda som om man haft kontakt med Auroraverksamheten under sin graviditet. Emellertid påverkar inte det resultatet då hänsyn tagits till internt bortfall.

Användande av mätinstrument för ångest och depression (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD*), samt för förlossningsrädsla (*Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, W-DEQ version A*) i studien övervägdes. Bägge mätinstrumenten uteslöts på grund av att studiedeltagarnas kontakt med Auroraverksamheten varierade mellan två år till en månad, vilket hade försvårat ifyllandet av dessa skalor eftersom känslor förändras med tiden. Resultatet hade då minskat i trovärdighet. Istället användes en VAS-skala för skattning och jämförelse av kvinnornas rädsla/oro inför förlossningen, innan och efter samtalskontakt på Auroraverksamheten. Författarna har dock spekulerat kring om frågan kan ha misstolkats av några studiedeltagare, och att de istället har skattat deras rädsla/oro inför och efter förlossningen.

Resultatdiskussion

Studiens svarsfrekvens uppgick till nästan 70 procent, vilket anses vara en tillräcklig grund för resultatanalys.

I studien framkom det att 56 procent av kvinnorna hade universitetsutbildning, vilket motsäger resultatet i Laursens et al. (2007) cohort studie, vilken visade att kvinnor med låg utbildningsnivå var predisponerade för förlossningsrädsla. Författarna har spekulerat kring olika anledningar till de olika resultaten, bland annat om svenska kvinnor har en högre medelålder för barnafödande än de danska. Äldre kvinnor har i större utsträckning hunnit med att utbilda sig innan de bildar familj. En annan anledning kan vara att kvinnor med högre utbildning tenderar att söka information och hjälp i högre grad och har lättare för att uttrycka sig verbalt än kvinnor med lägre utbildning. Vidare skiljer Laursens et al. (2007) fynd om låg social status med aktuell studies resultat som visar på en hög andel med samboförhållande och villabostad. Deltagarna i aktuell studie hade en medelålder på 33 år vilket också skiljer sig från resultatet ovanstående danska studie där yngre kvinnor representerades i högre grad än äldre kvinnor bland de förlossningsrädda.

Av omföderna var det 24 procent som oroade sig för att bli dåligt bemötta av personalen. Det var ingen av förstföderna som uppgav dåligt bemötande som orsak till sin förlossningsrädsla (n= 125). Eftersom det endast var omföderna som angav dåligt bemötande som orsak till sin förlossningsrädsla, tyder det på tidigare negativ upplevelse. Det stöds av Berg & Lundgren (2004) som menade att bristande tillit till personalen var en av de största orsakerna till förlossningsrädsla. Bristande tillit till personalen är ett allvarligt problem som bör uppmärksammas och diskussion bör föras om hur det kan förbättras.

Av de kvinnor som initialt önskade kejsarsnitt var det ungefär 75 procent som födde vaginalt, vilket får anses uppfylla den aktuella Auroraverksamhetens målsättning om att undvika kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla. Omföderna som önskade kejsarsnitt fick planerade kejsarsnitt i större utsträckning än förstföderna. En sannolik orsak kan vara att omföderna har en tidigare negativ förlossningsupplevelse och kan därför ha svårare att känna trygghet inför en vaginal förlossning. Ett liknande resultat fick Saisto et al. (2001) i sin studie där 50-60 procent av kvinnorna accepterade vaginal förlossning efter samtalsterapi.

Bland de kvinnor som påverkades av Auroraverksamhetens sommaruppehåll, var det 80 procent som tyckte att det hade påverkat deras förlossningsförberedelser negativt. Dock var det endast 23 kvinnor som svarade att de var påverkade av sommaruppehållet, vilket var något förvånande. Kommentarer från studiedeltagarna tyder på att Aurorabarnmorskan har ordnat extra samtalstider trots sommaruppehållet, vilket gjort att en del kvinnor inte känt sig negativt påverkade i sina förlossningsförberedelser. En annan anledning kan vara remisstoppet (1 april-1 september) som gör att många gravida kvinnor inte ens får möjlighet att söka till Auroraverksamheten. Eftersom barnmorskan på Mödrahälsovården inte kunde remittera de förlossningsrädda kvinnorna till Auroraverksamheten under denna period, kunde kvinnorna inte informeras om verksamheten och således inte veta om det hade påverkat deras förlossningsförberedelser. Resultatet i aktuell utvärdering har påvisat att Aurorasamtal har stor betydelse för att öka förlossningsrädda kvinnors trygghet inför sin förlossning. Det kan därför tyckas vara diskriminerande mot de förlossningsrädda kvinnor som hade behövt samtalsstöd hos Aurorabarnmorska under tiden för remisstopp. Tiden som bokas för ett Aurorasamtal är 60 minuter, vilket behövs för att hinna fördjupa sig i orsakerna till kvinnans förlossningsrädsla. Salomonsson et al. (in press) belyser i sin studie att barnmorskans arbete med förlossningsrädda kvinnor var känslomässigt krävande och tog mycket tid i anspråk.

Dessutom är det grundläggande enligt SFOG (2004) att en Aurorabarnmorska ska arbeta aktivt på en förlossningsavdelning. Barnmorskan på Mödrahälsovården har oftast inte resurser att boka besök som överstiger de 20-30 minuter ett rutinbesök normalt tar, de ska dessutom hinna med graviditetskontroller under den tiden.

Resultatet i denna studie visar att en förlossningsplan ökar kvinnans trygghet inför förlossning, vilket stöds av Olofsson (2003) som ansåg att en förlossningsplan var nödvändig för att öka kvinnans trygghet inför sin förlossning.

Det var ungefär lika många kvinnor som fick ett uppföljande samtal på BB, som inte fick det. Bland de kvinnor som inte fick ett uppföljande samtal efter förlossningen hade 66 procent velat ha det. Enligt Hagberg et al. (2008), SFOG (2004) och Sjögren (2005) var det av betydelse att uppföljning efter förlossningen skedde. De menade att förlossningsrädda kvinnor var mer benägna att få en negativ förlossningsupplevelse och att utveckla PTSS. Därför anser författarna att uppföljande samtal på BB bör prioriteras, särskilt med förlossningsrädda kvinnor. Enligt resultatet i Saistos et al. (2001) studie minskade den förlossningsrelaterade oron/ängesten i gruppen som fick intensiv terapi, de hade även en kortare förlossning, vilket styrker samtalets betydelse. Samtal med Aurorabarnmorska eller barnmorska på BB är viktigt att erbjuda, då det kan ha betydelse för kvinnans framtida inställning till graviditet och förlossning. Uppföljning behövs för att kvinnan ska kunna bearbeta sin förlossningsupplevelse och etablera en ostörd anknytning till sitt nyfödda barn. Rutiner över uppföljning vid aktuell kvinnoklinik behöver ses över, för att kvalitetssäkra vården av förlossningsrädda kvinnor. Ett samtal efter förlossning måste anses lika viktigt som inför förlossning. Emellertid visade denna studies resultat att det inte hade någon större betydelse för kvinnorna om samtalskontakten med Aurorabarnmorskan skedde under ett besök eller via telefonkontakt.

Kvinnorna gavs som avslutning i enkäten möjlighet att skriva egna kommentarer. Dessa kommentarer innehöll många tankar, som hade varit intressanta att analysera. Det fanns inte i denna studie tidsmässigt utrymme för en kvalitativ analys, men författarna kände att möjligheten att få uttrycka sig kunde vara värdefull för studiedeltagarna.

Konklusion

Auroraverksamhetens mål är att bland annat öka förlossningsrädda kvinnors trygghet under sin graviditet och inför sin förlossning. Ökad trygghet ger kvinnan större möjlighet att glädjas åt sin graviditet och att knyta an till sitt barn. Slutligen menar författarna att en positiv förlossningsupplevelse är en vinst för individen, familjen, vården och samhället.

Förslag till framtida forskning

Aktuell studie kan utgöra ett underlag för en fördjupning inom området, där mannens betydelse för kvinnans förlossningsrädsla vore intressant att undersöka. Tidigare forskning visar att män till förlossningsrädda kvinnor kunde hysa en egen rädsla/oro inför förlossningen och därmed påverka kvinnans förlossningsförberedelser negativt. Att få mannen att känna trygghet under graviditeten och inför förlossningen, kan öka hans resurser att stödja kvinnan i sin förlossningsrädsla.

Att identifiera förlossningsrädda kvinnor vid rätt tidpunkt under graviditeten kan ha stor betydelse för att kunna erbjuda samtalsstöd på Auroramottagning. Ett förslag är att utforma ett frågeformulär som är särskilt utformat för att identifiera förlossningsrädda kvinnor eller kvinnor som är predisponerade för förlossningsrädsla. Ifyllandet av frågeformuläret kan exempelvis ske vid inskrivningssamtalet på Mödrahälsovården. Genom att stödja förlossningsrädda kvinnor med Aurorasamtal kan kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla undvikas, vilket genererar i en mer kostnadseffektiv vård ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Författarna vill tacka Aurorabarnmorskorna vid aktuell kvinnoklinik för deras tid och engagemang under arbetet med denna studie.

Referenser

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. & Lundgren, I. (2004). *Att stödja och stärka – vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, C., Jansson, L. & Hamberg, K. (2006). Women`s experiences of intense fear related to childbirth investigated in a swedish qualitative study. *Midwifery*, 22, 240-248.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Fisher, C., Hauck, Y. & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women´s fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science and Medicine*, 63, 64-75.
- Grossmann-Kendall, F., Filippi, V., De Koninck, M. & Kanhonou, L. (2001). Giving birth in maternity hospitals in Benin: Testimonies of Women. *Reproductive Health Matters*, 9, 90-98.
- Hagberg, H., Marsál, K. & Westgren, M. (2008). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C. & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 618-623.
- Nilsson, C. & Lundgren, I. (2007). Women´s lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2007.01.017
- Olofsson, N. (2003). *Förlossningssmärta - och dess behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Pang Man Wah, Leung Tse Ngong, Lau Tze Kin & Hang Chung Tony Kwok. (2008). Impact of first childbirth on changes in Women´s Preference for Mode of Delivery: Follow-up of a Longitudinal Observational Study. *Birth*, 35, 121-128.
- Ryding, E-L., Persson, Å., Onell, C. & Kvist, L. (2003). An evaluation of medwife´s counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavia*, 82, 10-17.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E., Könönen, T. & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *The American College of Obstetricians & Gynecologists*, 98, 820-826.
- Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (in press). Swedish midwife`s perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* (2008), doi:10.1016/j.midw.2008.07.003
- SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). (2004). *Förlossningsrädsla*. ARG-rapport Nr 51. Östervåla: Elanders Tofters.

Sjögren, B. (2003). Förlossningsrädsla utmanar vården – kejsarsnitt är inte enda lösningen, professionellt stöd under graviditeten och planerad förlossning kan vara en hjälp för många. *Läkartidningen*, 100, 2932-2935.

Sjögren, B. (2005). *Psykosocial obstetrik – Kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Waldenström, U. (2007). *Föda barn – från naturligt till högteknologiskt*. Kristianstad: Kristianstads boktryckeri AB.

Åmark, H. & Ryding, E. (2006). Kvinnor som önskar kejsarsnitt – Ångest, risktänkande och skam vanligt, enligt kvalitativ studie. *Läkartidningen*, 103, 950-953.

Information om studien.

Auroraverksamheten vid Kvinnokliniken, Centrallasarettet Växjö.

Många kvinnor söker hjälp på grund av förlossningsrelaterad oro/rädsla. Inom förlossningsvården på CLV finns en verksamhet för de kvinnor som känner oro/rädsla inför sin förlossning (Auroraverksamheten) som du har eller har haft kontakt med. Därför vänder vi oss till Dig som besökt Auroraverksamheten med en enkät. Dina erfarenheter är värdefulla för oss att få ta del av, för att kvalitetssäkra och utveckla verksamheten.

Vi ber dig därför att fylla i medföljande enkät och skicka tillbaka till oss i bifogat svarskuvert inom 2 veckor. Deltagandet är frivilligt och uppgifterna kommer att hanteras konfidentiellt, d.v.s. materialet kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga och presenteras på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan spåras eller kännas igen.

Vi som genomför studien på uppdrag av Landstinget Kronoberg är två barnmorskestuderande, som tillsammans med en erfaren barnmorska/handledare, gör detta i form av en kandidatuppsats inom vår utbildning.

Om du i samband med ifyllandet av enkäten får tankar och funderingar som gör att du skulle vilja prata med din Aurorabarnmorska, går det bra att ta kontakt med förlossningsavdelningen.

Har du frågor eller funderingar som rör studien går det bra att ta kontakt med någon av oss.

Jessica Andersson,
Barnmorskestuderande,
Tel: 070-2905512

Britt-Marie Torstensson,
Barnmorskestuderande,
Tel: 0730-890390

Lena Lendahls, barnmorska och forskningsledare,
FoU- centrum, Landstinget Kronoberg.
Tel: 0470-586339
E-post: lena.lendahls@ltkronoberg.se

BESVARAS AV DIG SOM ÄR GRAVID

(DU KAN BORTSE IFRÅN DEN GRÖNA ENKÄTEN, SOM
BARA FYLLS I AV DEM SOM FÖTT BARN)

ENKÄT RÖD

Besvaras av dig som är gravid

Bakgrund

1. Vilket år är du född?.....

2. Vilken är den högsta utbildningen du har?

Om du studerar kryssa i den utbildning du går. Sätt bara ett kryss!

- Grundskola
- 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
- 3-4-årigt gymnasium
- KY-utbildning (Kvalificerad yrkesutbildning)
- Universitet eller högskola: 2,5 år eller kortare (mindre än 120p/180hp)
- Universitet eller högskola: 3 år eller längre (120p/180hp eller mer)
- Annan utbildning, vilken?.....

Bostadsförhållanden

3. Hur bor du?

- Egen villa/radhus
- Bostadsrätt/andelsrätt
- Hyresrätt
- Inneboende, studentlägenhet/rum
- Annat

4. Med vem delar du bostad?

Du kan ange flera alternativ!

- Make/sambo
- Barn - Hur gamla är de?
 - 0-6 år
 - 7-12 år
 - 13-15 år
 - 16 år eller äldre

- Föräldrar/syskon
- Andra vuxna
- Ingen

Graviditet

5. Har du tidigare fött barn?

- Nej
- Ja

Fråga 7-9 besvaras endast av dig som tidigare fött barn

7. Vilket/vilka förlossningssätt har du varit med om?

- Normal förlossning
- Planerat kejsarsnitt
- Akut kejsarsnitt
- Sugklocka
- Tång
- Annan komplicerad förlossning, t.ex. stor blödning, dåligt barn etc.

8. Har du vid tidigare förlossningar haft ett uppföljande samtal under BB-tiden med barnmorska?

- Ja
- Nej

9. Har du vid tidigare förlossning/förlossningar haft kontakt med Auroraverksamheten?

- Ja
- Nej

10. Hur fick du information om Auroraverksamheten?

- Genom din barnmorska på Mödrahälsovården
- Genom läkare på Mödrahälsovården
- Genom annan vårdpersonal
- Eget initiativ
- Släkt/vänner

11. Vid vilken tidpunkt kom du till Auroraverksamheten för ditt första samtal?

- Innan planerad graviditet
- Graviditetsvecka -15
- Graviditetsvecka 16-24
- Graviditetsvecka 25-30
- Graviditetsvecka 31-35
- Graviditetsvecka 36 eller mer
- Efter förlossningen

12. Var det rätt tidpunkt för dig att komma för samtal?

- Nej, jag hade gärna kommit tidigare
- Ja, det var rätt tidpunkt
- Nej, jag hade gärna kommit senare

13. Hur många besök var du på?

- 1
- 2-3
- 4-6
- Fler

14. Var det rätt antal besök?

- Nej, jag hade gärna kommit på fler besök
- Ja, det var lagom många besök
- Nej, det var för många besök

15. Var tiden för samtalet lagom lång?

- Ja, den var lagom lång
- Nej, den var för kort
- Nej, den var för lång

16. Var du nöjd med innehållet i samtalet?

- Ja, jag var nöjd
- Nej, jag var inte nöjd

17. Fick du möjlighet att ta upp de frågor och problem som du önskade?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

18. Vad är orsaken till din rädsla/oro inför förlossningen?

- Smärta
- Att själv skadas
- Att barnet skadas eller dör
- Att förlora kontrollen
- Att bli dåligt bemött av personalen
- Att få stora bristningar i underlivet
- Tidigare negativ förlossningsupplevelse
- Att inte få tillbaka ett fungerande sexliv
- Annan orsak

19. Upplever du att du blir trodd och tagen på allvar under ditt/dina samtal hos Aurorabarnmorskan?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

20. Tycker du att Aurorakontakten hjälper dig att bli bättre förberedd inför förlossningen?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

21. Gör Aurorakontakten att du känner större trygghet inför din förlossning?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

22. Har du på grund av din förlossningsrädsla/oro varit på besök hos läkare inom Auroraverksamheten?

- Ja
- Nej

23. Hade du en önskan om kejsarsnitt innan din första kontakt med Auroraverksamheten?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls —————→ gå vidare till fråga 27

24. Känner du att barnmorska/läkare på Auroramottagningen försöker påverka din önskan om kejsarsnitt?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

25. Ändrade du uppfattning om hur du vill bli förlöst efter samtal med läkare?

- Ja
- Nej

26. Ändrade du uppfattning om hur du vill bli förlöst efter samtal med Aurorabarnmorska?

- Ja
- Nej

27. Upprättades någon form av förlossningsplan?
(t.ex. att förlossningen avbryts och avslutas med kejsarsnitt vid ett överenskommet antal timmar, eller om du blir för trött)

- Ja
- Nej

28. Om ja, ökar den din känsla av trygghet inför förlossningen?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

29. Tycker du att Aurorakontakten som helhet har varit dig till hjälp så här långt?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

30. Var du i behov av samtalskontakt med Aurorabarnmorska under sommaruppehållet?

(Auroraverksamheten håller stängt under juni, juli och augusti)

- Ja
- Nej

31. Om ja, upplevde du att sommaruppehållet påverkade dina förlossningsförberedelser negativt?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

32. Gradera din förlossningsrädsla/oro som du upplevde den innan din kontakt med Auroraverksamheten, markera med ett kryss på linjen där 0 står för ingen rädsla/oro alls och 10 för värsta tänkbara rädsla/oro

0 _____ 10

BESVARAS AV DIG SOM FÖTT DITT BARN

**(DU KAN BORTSE IFRÅN DEN RÖDA ENKÄTEN, SOM
BARA FYLLS I AV DEM SOM ÄR GRAVIDA)**

ENKÄT GRÖN

Besvaras av dig som fött barn

Bakgrund

1. Vilket år är du född?.....

2. Vilken är den högsta utbildningen du har?

Om du studerar kryssa i den utbildning du går. Sätt bara ett kryss!

- Grundskola
- 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
- 3-4-årigt gymnasium
- KY-utbildning (Kvalificerad yrkesutbildning)
- Universitet eller högskola: 2,5 år eller kortare (mindre än 120p/180hp)
- Universitet eller högskola: 3 år eller längre (120p/180hp eller mer)
- Annan utbildning, vilken?.....

Bostadsförhållanden

3. Hur bor du?

- Egen villa/radhus
- Bostadsrätt/andelsrätt
- Hyresrätt
- Inneboende, studentlägenhet/rum
- Annat

4. Med vem delar du bostad?

Du kan ange flera alternativ!

- Make/sambo
- Barn - Hur gamla är de?
 - 0-6 år
 - 7-12 år
 - 13-15 år
 - 16 år eller äldre
- Föräldrar/syskon

- Andra vuxna
- Ingen

Graviditet

5. Vilket datum födde du ditt senaste barn?

År: mån: dag:

6. Vilket barn i ordning var det?

- 1:a \longrightarrow Hoppa till fråga 10.
- 2:a
- 3:e
- Ange

Fråga 7-9 besvaras endast av dig som fött mer än ett barn:

7. Vilket/vilka förlossningssätt har du varit med om?

- Normal förlossning
- Planerat kejsarsnitt
- Akut kejsarsnitt
- Sugklocka
- Tång
- Annan komplicerad förlossning t.ex. stor blödning, dåligt barn etc.

8. Har du vid tidigare förlossningar haft ett uppföljande samtal under BB-tiden med barnmorska?

- Ja
- Nej

9. Har du vid tidigare förlossning/förlossningar haft kontakt med Auroraverksamheten?

- Ja
- Nej

10. Hur fick du information om Auroraverksamheten?

- Genom barnmorska på Mödrahälsovården
- Genom läkare på Mödrahälsovården
- Genom annan vårdpersonal
- Eget initiativ

- Släkt/vänner

11. Vid vilken tidpunkt kom du till Auroraverksamheten för ditt första samtal?

- Innan planerad graviditet
- Graviditetsvecka -15
- Graviditetsvecka 16-24
- Graviditetsvecka 25-30
- Graviditetsvecka 31-35
- Graviditetsvecka 36 eller mer
- Efter förlossningen

12. Var det rätt tidpunkt för dig att komma för samtal?

- Nej, jag hade gärna kommit tidigare
- Ja, det var rätt tidpunkt
- Nej, jag hade gärna kommit senare

13. Hur många besök var du på?

- 1
- 2-3
- 4-6
- Fler

14. Var det rätt antal besök?

- Nej, jag hade gärna kommit på fler besök
- Ja, det var lagom många besök
- Nej, det var för många besök

15. Var tiden för samtalet lagom lång?

- Ja, den var lagom lång
- Nej, den var för kort
- Nej, den var för lång

16. Var du nöjd med innehållet i samtalet?

- Ja, jag var nöjd
- Nej, jag var inte nöjd

17. Fick du möjlighet att ta upp de frågor och problem som du önskade?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

18. Vad var orsaken till din rädsla/oro inför förlossningen?

- Smärta
- Att själv skadas
- Att barnet skadas eller dör
- Att förlora kontrollen
- Att bli dåligt bemött av personalen
- Att få stora bristningar i underlivet
- Tidigare negativ förlossningsupplevelse
- Att inte få tillbaka ett fungerande sexliv
- Annan orsak

19. Upplevde du att du blev trodd och tagen på allvar under ditt/dina samtal hos Aurorabarnmorskan?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

20. Tyckte du att Aurorakontakten hjälpte dig att bli bättre förberedd inför förlossningen?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

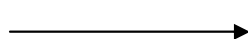
21. Gjorde Aurorakontakten att du kände dig trygg inför din förlossning?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

22. Har du på grund av din förlossningsrädsla/oro varit på besök hos läkare inom Auroraverksamheten?

- Ja
- Nej

23. Hade du en önskan om kejsarsnitt innan din första kontakt med Auroraverksamheten?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls  gå vidare till fråga 27

24. Kände du någon gång att barnmorska/läkare på Auroramottagningen försökte påverka din önskan om kejsarsnitt?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

25. Ändrade du uppfattning om hur du ville bli förlöst efter samtal med läkare?

- Ja
- Nej

26. Ändrade du uppfattning om hur du ville bli förlöst efter samtal med Aurorabarnmorska?

- Ja
- Nej

27. Upprättades någon form av förlossningsplan?

(t.ex. att förlossningen skulle avbrytas och avslutas med kejsarsnitt efter ett överenskommet antal timmar, eller om du blev för trött).

- Ja
- Nej

28. Om ja, ökade den din känsla av trygghet inför förlossningen?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

29. Hur förlöstes du?

- Normal förlossning
- Planerat kejsarsnitt
- Akut kejsarsnitt
- Sugklocka
- Tång
- Annan komplicerad förlossning t.ex. stor blödning, dåligt barn etc.

30. Hur upplevde du din förlossning?

- Bättre än förväntat
- Som förväntat
- Sämre än förväntat

31. Hade du något uppföljande samtal under BB-tiden med barnmorska?

- Ja
- Nej

32. Om nej, hade du velat ha ett uppföljande samtal under BB-tiden med barnmorska?

- Ja
- Nej

33. Hade du telefonkontakt med din Aurorabarnmorska efter din förlossning?

- Ja
- Nej

34. Blev du erbjuden besök hos din Aurorabarnmorska efter din förlossning?

- Ja, men jag ansåg inte nödvändigt med besök efter förlossningen
- Ja, jag gick på besök hos Aurorabarnmorskan efter förlossningen
- Nej, men jag ansåg heller inte det nödvändigt med besök efter förlossningen
- Nej, men jag skulle ha velat gå på besök efter förlossningen

35. Har du efter förlossningen fått samtalsstöd?

- Nej
- Ja, kryssa för vilken:
 - Sjuksköterska
 - Läkare
 - Psykolog
 - Kurator
 - Annan person inom Hälso- och Sjukvård

36. Tycker du att Aurorakontakten som helhet har varit dig till hjälp?

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

37. Var du i behov av samtalskontakt med Aurorabarnmorska under sommaruppehållet?

- Ja
- Nej  gå vidare till fråga 39

38. Upplevde du att sommaruppehållet påverkade dina förlossningsförberedelser negativt? (Auroraverksamheten är stängd juni, juli och augusti).

- I hög grad
- Till viss del
- Inte alls

39. Gradera din förlossningsrädsla/oro som du upplevde den innan din kontakt med Auroraverksamheten, markera med ett kryss på linjen där 0 står för ingen rädsla/oro alls och 10 för värsta tänkbara rädsla/oro

0 _____ 10

40. Gradera din förlossningsrädsla/oro som du upplevde den efter din kontakt med Auroraverksamheten, markera med ett kryss på linjen där 0 står för ingen rädsla/oro alls och 10 för värsta tänkbara rädsla/oro

0 _____ 10

41. Egna kommentarer

Tack för din medverkan!