

Kvinnors upplevelser av mödrahälsovården under graviditet

Författare

Stina Ringnér Israelsson

Barnmorskeprogrammet 2009

Vårdvetenskap VV3005

Handledare

Marie Klingberg-Alvin

Abstract

Objective: to describe pregnant primiparas and multiparas view about important aspects during pregnancy and how they experience the antenatal care in Sweden.

Design: a descriptive cohort study using data from questionnaires answered in late pregnancy.

Setting: women were recruited from three hospitals in the county council of Västernorrland during 2007.

Participants: the study includes 1035 Swedish-speaking women were resident in the region of Västernorrland in Sweden. The sample consists of 437 primiparas and 598 multiparas.

Findings: information about pregnancy, childbirth and breast-feeding turned out to be more important among primiparas. Primiparas report to be less satisfied with the experience of antenatal care. The largest difference between primiparas (82%) and multiparas (45%) was the importance of information about time following childbirth while the number of satisfied women was however low in both groups. More primiparas (82%) thought it was important for the midwife to make her partner feel involved compare to multiparas (48%). When valuing the overall experience of care during pregnancy, primiparas (85 %) and multiparas (82 %) had an overall positive or very positive experience of antenatal care.

Key conclusions and implications for practice: Although the majority of women had an overall positive experience of Swedish antenatal care, there are issues that they lack in terms of information. The antenatal care could be improved by offering more individualized care based on the primiparas and multiparas needs.

Keywords

Primiparas, multiparas, involvement, antenatal care

Sammanfattning

Kvinnors upplevelse av mödrahälsovården finns beskrivet i svenska studier men det saknas forskning om först- respektive omfödorskors erfarenheter av vården. Syftet med denna studie var att beskriva vad gravida först- respektive omfödorskor ser som viktigt under graviditet samt i vilken utsträckning de upplever att de erhåller detta från mödrahälsovården. Studien har utförts som en beskrivande kohort studie baserad på frågeformulär som besvarats av kvinnor under graviditet. Studien inkluderar 1035 svensktalande kvinnor bosatta i Västernorrland som är en del av norra Sverige. Kvinnorna rekryterades från tre sjukhus i Västernorrland. Urvalet består av 437 förstfödorskor och 598 omfödorskor. Av resultatet framgår att information om graviditet, förlossning och amning skattades högre av förstfödorskor. Förstfödorskor var generellt mindre nöjda med den upplevda vården. Största skillnaden mellan grupperna var information om tiden efter förlossning som skattades som viktig av 82 % av förstfödorskor och 45 % av omfödorskor samtidigt som antalet nöjda kvinnor var lågt i båda grupper. Fler förstfödorskor 82 % än omfödorskor 48 % ansåg att det var viktigt att barnmorskan gjorde hennes partner delaktig. När helhetsintrycket av vården under graviditet uppskattas hade 85 % av förstfödorskorna och 82 % av omfödorskorna en positivt eller mycket positiv erfarenhet av mödrahälsovården. Majoriteten har ett positivt helhetsintryck av mödrahälsovården men det finns brister i information om viktiga ämnen. Mödrahälsovården kan förbättras genom att erbjuda mer individualiserad vård baserad på först- respektive omfödorskors behov.

Nyckelord: förstfödorskor, omfödorskor, delaktighet, mödrahälsovård

Innehåll

BAKGRUND	1
Hälsovård under graviditet och mödrahälsovårdens basprogram	1
Föräldrastöd under graviditet	2
Tidigare svensk forskning	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE.....	4
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	4
METOD.....	4
Population.....	4
Datainsamling.....	5
Frågeformulär.....	5
DATANALYS	6
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
RESULTAT	9
Viktig aspekt inom mödrahälsovården och upplevd erfarenhet av vården hos förstföderskor ...	12
Viktig aspekt inom mödrahälsovården och upplevd erfarenhet av vården hos omföderskor	14
Helhetsintryck av mödrahälsovården	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion.....	17
Betydelsen av information	17
Empati och lyhördhet hos barnmorskan.....	18
Kvinnans partners delaktighet.....	19
Positivt helhetsintryck av mödrahälsovården.....	20
Metoddiskussion.....	21
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	22
SLUTSATSER	22
REFERENSER.....	23

BAKGRUND

Hälsovård under graviditet och mödrahälsovårdens basprogram

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL, 1982:763). Mödrahälsovårdens mål är en god sexuell och reproduktiv hälsa för hela populationen (Rapport nr 59, 2008). Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom. En god reproduktiv hälsa förutsätter bra mödra- och hälsovård som innefattar akut obstetrik och kunskap om sexualitet och reproduktion (Regeringskansliet, 2006).

I mödrahälsovårdens verksamhetsområde ingår hälsovård under graviditet samt stöd i föräldraskap och förberedelse inför förlossning (Socialstyrelsen, 2006).

Inom varje landsting finns detaljerade besöksprogram för hälsovård under graviditet (Rapport nr 59, 2008). Besöksprogrammet innehåller rutinkontroller och provtagning för att identifiera fysiologiska och psykologiska riskfaktorer. Det medicinska basprogrammet rekommenderar 8-9 besök för friska gravida kvinnor som inte fött barn (förstföderskor) och 7-8 besök för friska gravida kvinnor som fött barn sedan tidigare (omföderskor). Ett rutinmässigt ultraljud erbjuds alla kvinnor i graviditetsvecka 16-20 för att bestämma graviditetens längd, fastställa att fostret lever, räkna antalet foster och att granska fostrets anatomi. I graviditetsövervakningen ingår undersökningar och information som riktar sig till alla kvinnor och deras partners. Alla besök och åtgärder som utförs i mödravården är frivillig. Barnmorskan ansvarar för den normala graviditeten och utför de flesta arbetsuppgifter på mödrahälsovården (Hagberg, Marsál & Westgren, 2008, SoS: 1996:7). Förlossningsförberedelse och föräldrastöd vävs in i varje besök hos barnmorskan. Kvinnans partner spelar en central roll för hennes hälsorelaterande beteende och det är viktigt att hennes partner känner sig delaktig i graviditeten (Rapport nr 59, 2008).

Föräldrastöd under graviditet

Målet för föräldrastöd inom mödravård är att ge ökade kunskaper om graviditet, förlossning, det nyfödda barnet och det tidiga föräldraskapet (SOU, 2008:131). Det finns beskrivet i flera studier (Spector, 2006: Dudley, Roy, Kelk, Berard, 2001) att föräldrars mentala hälsa påverkar det nyfödda barnets fysiska, sociala och känslomässiga utveckling.

Det kan vara en stor fysisk, psykisk och social omställning att bli förälder (Van Bussel, Spitz & Demyttenaere, 2009). Gibbins och Thomson (2001) menar att en positiv attityd från barnmorskan under graviditet och förlossning kan innebära en känsla av kontroll och delaktighet hos kvinnan. Kiehl och White (2003) har studerat förhållandet mellan mödrars anpassning under graviditet och postpartum. De mödrar som upplevde en större anpassning under graviditet och trodde på sig själva var bättre förberedda inför förlossning, hade mer kontroll över förlossningsupplevelsen och uppgav bättre förhållande med sin partner samt uppfattade större delaktighet i barnets omvårdnad från sin partner.

Barnmorskan bör med en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Vidare ska hon visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (Socialstyrelsen, 2006). En studie (Gamble, Creedy & Teakle, 2007) visar att majoriteten av kvinnorna anser att förhållandet med sin vårdgivare under graviditet och förlossning är mycket viktigt. Det finns även beskrivet i en annan studie (Bondas, 2002) att gravida kvinnor ville dela sin graviditet med barnmorskan i en förtroendeingivande lugn atmosfär baserad på intresse och mänsklighet hos barnmorskan. Att stöd från barnmorskan är viktigt för den gravida kvinnan finns beskrivet i ett flertal studier (Douglas, Cervin & Bower, 2007: Schneider, 2002: Hildingsson & Thomas, 2007: Novick, 2009).

Tidigare svensk forskning

Hildingsson, Rådestad och Waldenström (2002) har studerat gravida kvinnors förväntningar på mödrahälsovården i Sverige. Det framkom att övervakning av barnets hälsa var den viktigaste aspekten och näst viktigaste moderns hälsa och att hennes partner känt sig involverad i vården. I Hildingsson och Rådestads (2005) studie var den starkaste orsaken till missnöje är att barnmorskan inte gett stöd eller inte uppmärksammat partnerns behov.

Kvinnorna var dock mindre nöjda med den känslomässiga aspekten jämfört med den medicinska (Hildingsson, Rådestad & Waldenström 2005). Majoriteten av gravida kvinnor i Sverige anser att den viktigaste proceduren i mödravården är kontroll av blod och urinprov, avlyssnande av fosterljud samt mätning av symfys- fundus- mått vilket innebär att man följer tillväxten av moderns mage (Ladfors, Eriksson, Mattsson, Kyleback, Magnusson & Milsom, 2001).

Studier visar dock att majoriteten av svenska kvinnor är nöjda med mödrahälsovården (Hildingsson & Rådestad, 2005; Hildingsson, Rådestad & Waldenström, 2005).

PROBLEMFÖRMULERING

Kvinnors förväntningar på mödrahälsovården finns beskrivet i svenska studier men det saknas forskning om först- respektive omföderns upplevda erfarenhet av vården. Denna studie vill belysa gravida kvinnor med olika paritet och deras upplevelse av vården samt få en helhetsbild av kvinnornas erfarenhet vilket kan öka förståelsen för kvinnan och hennes partners behov av vård och information.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva vad gravida först- respektive omföderskor ser som viktigt under graviditet samt i vilken utsträckning de upplever att de erhåller detta från mödrahälsovården.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Vad tycker gravida först- respektive omföderskor är viktiga aspekter i mödrahälsovården jämfört med upplevda erfarenheter av vården?

Hur upplever gravida förstföderskor mödrahälsovården jämfört med omföderskor?

METOD

En deskriptiv kohort studie baserad på data från frågeformulär som besvarats av kvinnor under graviditet.

Population

Kvinnor som inte fött barn (förstföderskor) och kvinnor som fött barn sedan tidigare (omföderskor) bosatta i Västernorrland i Sverige deltar i studien. Av de 1035 kvinnor som deltar är 437 av kvinnorna förstföderskor och 598 av kvinnorna omföderskor.

Datainsamling

Frågeformulär

”Föda barn i västernorrland” var en regional studie i Västernorrland om kvinnors och mäns upplevelser av att föda barn som vände sig till alla kvinnor och medföljande partner som under år 2007 genomgick den rutinmässiga ultraljudsundersökningen som erbjuds graviditetsvecka 17-18. Till studien rekryterades gravida par från tre sjukhus i Västernorrland. Syftet med studien var att få kunskap om hur kvinnor och män upplever graviditet och barnafödande vilket kan öka förståelsen för kvinnors och mäns perspektiv och ge underlag för vidare forskning. Brev med information om studien ”Föda barn i västernorrland” skickades ut till alla gravida par som väntade på det rutinmässiga ultraljudet ca 2 veckor innan undersökningen. De par som var svensktalande och deltog vid det rutinmässiga ultraljudet tillfrågades av barnmorskor om de ville delta i studien förutsatt att det var en viabel graviditet utan större missbildningar.

De par som var intresserade att delta i studien fick det första frågeformuläret tilldelat direkt efter undersökningen. Alla frågeformulär besvarades individuellt.

Det andra frågeformuläret delades ut i graviditetsvecka 32-36 och det tredje frågeformuläret två månader efter förlossning samt det fjärde och sista frågeformuläret delades ut ett år efter förlossning. Föräldrar som förlorat barnet under graviditeten exkluderades.

Resultatet av ett urval av frågor från det första och andra frågeformuläret som besvarats av kvinnor under graviditet presenteras i den här studien. Det första frågeformuläret inkluderade frågor om sociodemografisk och obstetrisk bakgrund samt tobaksvanor innan och under graviditet.

Det andra frågeformuläret inkluderade frågor om antal besök på mödravården, antal läkarbesök under graviditet samt 12 påståenden om hur kvinnorna upplevt mödranhälsovården.

Frågeformuläret innehöll en 5-siffrig skattningsskala där kvinnorna kunde uppskatta vilka aspekter inom mödranhälsovård kvinnorna fann viktiga (av allra största betydelse(1), av stor betydelse(2), av ganska stor betydelse(3), av liten betydelse(4), inte aktuellt(5) samt en 5-siffrig skattningsskala som kvinnorna kunde uppskatta hur olika påståenden överensstämde med deras upplevelse av vården (instämmer helt(1),

instämmer till stor del(2), instämmer inte alls(3), har inte tänkt på frågan(4), inte aktuellt(5). Kvinnorna fick även uppskatta sitt helhetsintryck av mödrahälsovården (mycket positivt, positivt, varken positivt eller negativt, negativt, mycket negativt). Ett exempel på ett av de tolv påståenden om hur kvinnorna upplever mödrahälsovården som är hämtat ur det andra frågeformuläret visas i tabell 1.

Tabell 1 visar exempel på påstående med två olika skattningsskalor.

Exempel på påstående; Barnmorskan gör min partner delaktig

a) Så här är det för mig	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Inte aktuellt
b) Så här viktigt är det för mig	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Inte aktuellt

DATANALYS

Statistisk data var bearbetad i Package for Social Sciences, SPSS (Newell & Burnard, 2006) och presenteras som deskriptiv statistik i proportioner. Resultatets variabel har klassificerats som "Viktig aspekt för kvinnan" (av allra största betydelse + av stor betydelse) vad kvinnorna tycker är betydelsefulla aspekter inom mödrahälsovården jämfört med "Kvinnans upplevda erfarenhet" (instämmer helt + instämmer till stor del) till hur olika påståenden överensstämde med kvinnornas erfarenhet av vården. Resultatets klassificerade variabler har kalkylerats. Kvinnorna fick ta ställning till dessa 12 påståenden i denna studie utifrån de 5-siffriga skattningsskalorna. Deras svar motsvarar vilka aspekter de finner viktiga i mödrahälsovården samt kvinnornas erfarenhet av vården. Förstföderna och omfödernas svar på de 12 olika påståenden hur de upplevt mödrahälsovården redovisas i procentsats och presenteras i tabell samt löpande text.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Ett godkännande har skaffats för hela studien "Föda barn i västernorrland". Projektet har genomgått forskningsetisk prövning vid regionala etikkomittén vid Umeå Universitet. Denna studie tar del av data som berör kvinnornas upplevelse av graviditet och förlossning. All data har blivit kodad och personer går inte att identifiera.

RESULTAT

Av de 1035 kvinnor som deltog i studien var 42 % (n=437) förstföderskor och 58 % (n=598) omföderskor. Paritet hos kvinnorna i studien ses i tabell 2.

Tabell 2 Antal barn kvinnorna fött tidigare.

Antal barn kvinnan fött tidigare	Gravida kvinnor n=1035 n (%)
0	437 (42.2)
1	373 (36)
2	117 (11.3)
3	45 (4.3)
>4	14 (1.3)
Saknas	49 (4.7)

En jämn fördelning kan ses mellan kvinnor som inte fött barn och de kvinnor som fött barn tidigare där 42 % av de gravida kvinnorna har inte fött barn och 36 % av de gravida kvinnorna har fött ett barn tidigare.

Tabell 3 visar sociodemografiska data för först- respektive omföderskor. Majoriteten (95 %) av kvinnorna som deltog i studien är gifta eller sammanboende. Majoriteten (98 %) är födda i Sverige och ett fåtal (2 %) födda i andra nordiska eller europeiska länder eller andra länder (Sydamerika, Asien och Afrika). Kvinnorna är bosatta i Västernorrland som är en del av norra Sverige. Hälften av kvinnorna (51 %) är högskola/universitetsutbildade och mindre än hälften (40 %) har gått ut gymnasium. Majoriteten (82 %) av kvinnorna använde inte tobak innan eller under graviditet och endast ett fåtal snusade (2 %) eller rökte (4 %) under graviditet.

Tabell 3. Sociodemografisk bakgrund av alla kvinnor som deltog i studien.

	Förstföderskor n=437 n (%)	Omföderskor n=598 n (%)
Civil status		
Gift eller sambo	431(98.6)	556(92.9)
Annan familjesituation	2(0.4)	3(0.5)
Ensamstående	2(0.4)	0
Saknas	2(0.4)	39(6.5)
Födelseland		
Sverige	431(98.6)	587(98.1)
Andra länder	6(1.3)	11(1.8)
Utbildning		
Grundskola	19(4.3)	21(3.5)
Gymnasium	174(39.8)	241(40.3)
Högskoleutbildning/Universitet	237(54.2)	293(48.9)
Annan utbildning	4(0.9)	1(0.1)
Saknas	3(0.6)	42(7)
Tobaksvanor		
Rökning <i>innan</i> graviditet	69(15.7)	69(11.5)
Ej rökning	364(83.2)	490(81.9)
Saknas	3(0.6)	39(6.5)
Rökning <i>under</i> graviditet	13(2.9)	26(4.3)
Ej rökning	422(96.5)	532(88.9)
Saknas	1(0.2)	40(6.6)
Snusning <i>innan</i> graviditet	73(16.7)	61(10.2)
Ej snusning	361(82.6)	498(83.2)
Saknas	2(0.4)	39(6.5)
Snusning <i>under</i> graviditet	8(1.8)	16(2.6)
Ej snusning	426(97.4)	541(90.4)
Saknas	1(0.2)	41(6.8)

Tabell 4. Antal besök hos barnmorskan och läkare under graviditet.

<u>Antal besök hos barnmorska</u>	Förstföderskor n= 437 n (%)	Omföderskor n= 598 n (%)
0	0	4(0.6)
1-3	21(4.8)	62(10.3)
4-6	307(70.2)	403(67.3)
7-9	73(16.7)	63(10.5)
>10	12(2.7)	19(3.1)
Saknas	24(5.4)	47(7.8)
<u>Antal besök hos läkare</u>		
0	180(41.1)	235(39.2)
1	139(31.8)	159(26.5)
2-3	90(20.5)	130(21.7)
4-5	16(3.6)	46(7.6)
>6	5(1.1)	14(2.3)
Saknas	7(1.6)	14(2.3)

Tabell 4 visar antal besök kvinnorna gjort hos barnmorskan och läkare under graviditeten. Majoriteten (70 %) av förstföderskorna har varit på 4-6 besök hos barnmorskan jämfört med 62 % av omföderskorna. Sexton procent av förstföderskorna har varit på 7-9 besök jämfört med tio procent av omföderskorna. Endast ett fåtal av båda grupperna har varit på fler än 10 besök hos barnmorskan på mödrahälsovården. Av förstföderskorna har 41 % inte varit på något läkarbesök vilket är likställt med andelen omföderskornas (39 %). En tredjedel (31 %) av förstföderskorna har varit på 1 läkarbesök vilket är jämförligt med andelen omföderskor (26 %). Endast fyra procent av förstföderskorna och åtta procent av omföderskorna har varit på 4-5 läkarbesök.

Viktig aspekt inom mödrahälsovården och upplevd erfarenhet av vården hos förstföderskor

Resultatet visar kvinnors skattning av vad som upplevs vara viktigt inom mödravården och hur de skattat sin upplevda erfarenhet av vården.

Tabell 5 visar kvinnans rangordning av vilka aspekter som är viktiga jämfört med kvinnans upplevda erfarenheter av vården.

		Förstföderskor n = 437 n (%)	
<u>Viktig aspekt för kvinnan</u> n (%)		<u>Kvinnans upplevda erfarenhet</u> n (%)	
Information om förlossning	390(89.2)	Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om min hälsa	375(85.8)
Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om mina besvär och tar mig på allvar	384(87.8)	Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om mina besvär och tar mig på allvar	338(77.3)
Information om graviditet	375(85.8)	Information om graviditet	330(75.5)
Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om min hälsa	372(85.1)	Barnmorskan visar engagemang Och bryr sig om mig	308(70.4)
Medicinsk omvårdnad	366(83.7)	Medicinsk omvårdnad	303(69.3)
Information om tiden efter förlossning	358(81.9)	Barnmorskan förstår min situation	300(68.6)
Barnmorskan gör min partner delaktig	358(81.9)	Barnmorskan ger mig allt stöd jag behöver	291(66.5)
Barnmorskan visar engagemang och bryr sig om mig	352(80.5)	Barnmorskan ger mig känslomässig omvårdnad	278(63.6)
Barnmorskan ger mig allt stöd jag behöver	351(80.3)	Barnmorskan gör min partner delaktig	272(62.2)
Barnmorskan förstår min situation	344(78.7)	Information om förlossning	198(45.3)
Information om amning	342(78.2)	Information om amning	176(40.2)
Barnmorskan ger mig känslomässig omvårdnad	341(78)	Information om tiden efter förlossning	84(19.2)

Det framkom vissa skillnader i förstföderskornas upplevelse av vad kvinnorna rangordnar som viktiga aspekter jämfört med deras upplevda erfarenhet av vården.

Majoriteten gravida förstföderskor (89 %) rangordnar aspekten information om förlossning högst medan mindre än hälften (45 %) upplever att de tagit del av denna information. Även information om tiden efter förlossning skattas högt hos kvinnorna (82 %) medan antalet nöjda kvinnor var mycket lågt då endast omkring nitton procent anser att de tagit del av denna information. Likaså information om amning skattas högt av förstföderskorna (78 %) medan endast fyrtio procent av kvinnorna upplever att detta påstående överensstämmer med deras erfarenhet av vården. Att barnmorskan gör kvinnans partner delaktig är viktigt för majoriteten av förstföderskorna (82 %) medan endast sextiotvå procent av kvinnorna upplever att barnmorskan faktiskt gör det.

Däremot skattar förstföderskorna (86 %) information om graviditet högt vilket kvinnorna upplever att de får. Även den medicinska omvårdnaden är viktig för majoriteten (84 %) av kvinnorna vilket stämmer överens med deras erfarenhet. Även att få prata om sina besvär och bli tagen på allvar (88 %) samt få prata om sin hälsa (85 %) är viktiga aspekter vilket även kvinnorna upplever att de får. Det är vissa egenskaper hos barnmorskan som rangordnas högt av kvinnorna. Tabell 5 visar att barnmorskan visar engagemang och att hon bryr sig om, förstår kvinnans situation och att barnmorskan ger kvinnan allt stöd hon behöver är viktiga aspekter. Dessa påståenden är förenliga till stor del med hur kvinnorna upplever vården.

Viktig aspekt inom mödrahälsovården och upplevd erfarenhet av vården hos omfödorskor

Tabell 6 visar kvinnans rangordning av aspekter som är viktiga jämfört med kvinnans upplevda erfarenheter av vården

		Omfödorskor n = 598 n (%)	
<u>Viktig aspekt för kvinnan</u> n (%)		<u>Kvinnans upplevda erfarenhet</u> n (%)	
Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om mina besvär och tar mig på allvar	510(85.2)	Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om min hälsa	498(83.2)
Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om min hälsa	481(80.4)	Barnmorskan ger mig möjlighet att prata om mina besvär och tar mig på allvar	470(78.5)
Barnmorskan ger mig stöd	462(77.2)	Information om graviditet	457(76.4)
Medicinsk omvårdnad	459(76.7)	Barnmorskan visar engagemang och bryr sig om mig	417(69.7)
Barnmorskan visar engagemang och bryr sig om mig	458(76.5)	Barnmorskan förstår min situation	411(68.7)
Barnmorskan ger mig känslomässig omvårdnad	448(74.9)	Medicinsk omvårdnad	388(64.8)
Barnmorskan förstår min situation	446 (74.5)	Barnmorskan ger mig känslomässig omvårdnad	386(64.5)
Information om graviditet	422(70.5)	Barnmorskan ger mig stöd	383(64)
Information om förlossning	378(63.2)	Barnmorskan gör min partner delaktig	218(36.4)
Barnmorskan gör min partner delaktig	288(48.1)	Information om förlossning	216(36.1)
Information om tiden efter förlossning	269(44.9)	Information om amning	182(30.4)
Information om amning	248(41.4)	Information om tiden efter förlossning	126(21)

Det framkom att omfödernas skattning av vilka aspekter de finner viktiga stämmer till stor del överens med deras erfarenhet av vården.

Majoriteten gravida omfödernas (85 %) rangordnar aspekten att få prata om sina besvär och bli tagen på allvar högst vilket även kvinnorna upplever att de får.

En större del av kvinnorna (80 %) anser att det är viktigt att få möjlighet att prata om sin hälsa vilket överensstämmer med kvinnornas erfarenhet av vården. Det fanns

egenskaper hos barnmorskan som kvinnorna skattades som viktiga. Tabell 6 visar att barnmorskan visar engagemang och att hon bryr sig om, förstår kvinnans situation och att barnmorskan ger kvinnan allt stöd hon behöver är viktiga aspekter hos kvinnorna.

Dessa påståenden är förenliga med hur kvinnorna upplever vården.

Den medicinska omvårdnaden är viktig för en stor del av omfödernas (77 %) vilket stämmer överens med kvinnornas erfarenhet av vården.

Däremot skattar 63 % av omfödernas information om förlossning som en viktig aspekt medan endast 36 % av kvinnorna upplever att de tagit del av denna information.

Information om tiden efter förlossning rangordnas lågt (45 %) liksom information om amning (41 %) samtidigt som antalet nöjda kvinnor enbart är nitton procent respektive trettio procent. Att barnmorskan gör kvinnans partner delaktig är viktigt för knappt hälften av omfödernas (48 %) medan trettiosex procent av kvinnorna upplever att barnmorskan faktiskt gör det.

Helhetsintryck av mödrahälsovården

Tabell 8 visar kvinnornas helhetsintryck av mödrahälsovården. Majoriteten (84 %) av förstföderna har ett mycket positivt (37 %) eller positivt (47 %) helhetsintryck vilket överensstämmer med omföderna där 27 % har ett mycket positivt eller positivt 54 % helhetsintryck. Endast ett fåtal (0.6%) av förstföderna har ett negativt helhetsintryck och bland omföderna har minoriteten ett negativt (2 %) eller mycket negativt (0.1%) helhetsintryck av mödrahälsovården.

Tabell 8. Kvinnors helhetsintryck av mödrahälsovården

	Förstföderna n= 437 n (%)	Omföderna n= 598 n (%)
Mycket positivt	162(37)	167(27.9)
Positivt	209(47.8)	323(54)
Varken positiv eller negativt	52(11.8)	81(13.5)
Negativt	3(0.6)	12(2)
Mycket negativt	0	1(0.1)
Saknas	11(2.5)	14(2.3)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva vad gravida först- respektive omfödernor ser som viktigt under graviditet samt i vilken utsträckning de upplevt att de erhållit detta från mödrahälsovården. Det framkom skillnader hos kvinnorna beroende på paritet gällande vilka aspekter de fann viktiga inom mödravård jämfört med den upplevda erfarenheten av vården. Detta kan tolkas som att de blivande föräldrarna hade olika behov beroende på om de väntade sitt första barn och hade haft barn sedan tidigare. Ett viktigt fynd är dock att förstfödernorna var mer nöjda med den upplevda vården än omfödernorna.

Betydelsen av information

Resultatet visar att information om förlossning, amning och tiden efter förlossning är en viktig aspekt för förstfödernor medan få kvinnor upplever att de tagit del av denna information. Jungmarker (2008) har i sitt icke-publicerade examensarbete studerat de 935 förstagångspappor och pappor med barn sedan tidigare som deltog i studien "Föda barn i västernorrland". Det framkom att information om förlossning, tiden efter förlossning och graviditet var viktigare för förstagångspapporna. Förstfödernorna skattade information om tiden efter förlossning högre än omfödernor samtidigt som antalet nöjda kvinnor var lågt i båda grupperna. Detta kunde även ses i Jungmarkers icke-publicerade examensarbete (2008) där största skillnaden mellan förstagångspappor och pappor med barn sedan tidigare var vikten av information om tiden efter förlossningen. Även i andra studier fanns det ett behov hos gravida kvinnor av information om graviditet (Hildingsson & Thomas, 2007, Novick, 2009; Deave, Johnson & Ingram, 2008) och information om amning (Schneider, 2002).

Fabian, Rådestad och Waldenström (2005) har studerat förstföderskors uppfattning om förlossning och föräldraskap beroende på om de deltagit i en föräldrautbildning eller inte. Det framkom inga skillnader i förlossningssmärta, förlossningssätt, förlossningserfarenhet, amning eller föräldrafärdigheter i grupperna. Däremot upplevde kvinnorna som deltog i föräldrautbildning att de fick ett större socialt kontaktnät efter träffarna.

Denna studie visar på ett tydligt gap mellan vilka aspekter om information som kvinnorna finner viktiga medan denna information saknas i mödrahälsovården. Det är intressant att reflektera över hur mottagliga framförallt gravida förstföderskor är för information under sin graviditet samt hur behovet av information kan se ut beroende på paritet. Att förstföderskor skattar viktiga aspekter högre än omföderskor kan bero på förväntningar på barnmorskan och innehållet i träffarna på mödrahälsovården. Barnmorskans personlighet kan ha en stor inverkan eftersom den påverkar kvinnans upplevelse av vården.

Tabak och Özmen (2008) har studerat gravida kvinnors förväntningar på barnmorskans kommunikativa kompetens jämfört med aktuell erfarenhet av vården. Det framkom att kvinnorna skattade den förväntade empatiska förmågan högre än den upplevda erfarenheten. Egenskaper hos barnmorskan som hade betydelse för den empatiska förmågan var pålitlighet, ärlighet och uppmuntran.

Empati och lyhördhet hos barnmorskan

Resultatet visar att möjligheten att få prata om sin hälsa, prata om sina besvär och bli tagen på allvar är viktiga aspekter i båda grupperna som även stämmer överens med kvinnornas erfarenhet av vården. Att barnmorskan är vänskaplig, stödjande, respektfull, uppmärksam och icke-fördömande är önskvärda karaktäristiska hos barnmorskan av gravida kvinnor i andra studier (Hildingsson & Thomas, 2007, Novick, 2009).

I Jungmarkers icke-publicerade examensarbete (2008) var det dock viktigare med stöd och känslomässig omvårdnad för förstagångspapporna.

Det finns gravida kvinnor som utvecklat ett förtroende för barnmorskan baserat på den kunskap och empati barnmorskan förmedlar (Plantin, Karlsson & Dykes, 2007).

Andra studier (Mathibe-Neke, 2008; Gibbins & Thomson, 2001) visar att det finns gravida kvinnor som haft förhoppningar att få individanpassad vård, guidning i sin graviditet, få kontinuitet samt att få känna sig delaktig i vården.

Detta kan innebära att det är nödvändigt att barnmorskan försöker förstå hur kvinnan och hennes partner upplever sin förändrade situation för att paret ska uppleva stöd från barnmorskan.

I en metaanalys (Nicholls & Webb, 2006) uppskattade gravida kvinnor en barnmorska som hade bra kommunikationsförmåga och som var stöttande, deltagande och kunnig samt att kvinnan behandlades individuellt.

Det är anmärkningsvärt att kvinnans partners delaktighet inte upplevs tillfredställande vid besök på mödrahälsovården. Samtidigt är det intressant att omföderskorna skattar sin partners delaktighet betydligt lägre än omföderskorna. Det kan vara så att barnmorskan enbart fokuserar på den gravida kvinnan och att hennes partner inte upplever sig som en del av kvinnan och det ofödda barnet vilket resulterar ett utanförskap.

Kvinnans partners delaktighet

Resultatet visar att det var viktigare bland förstföderskor att barnmorskan gör kvinnans partner delaktig. Även i Jungmarkers icke-publicerade examensarbete (2008) ansåg fler försttagångspappor att det var viktigt att barnmorskan fick honom att känna sig involverad. I andra studier (Hildingsson & Thomas, 2007; Hildingsson, Rådestad & Waldenström, 2002) finns det beskrivet att det var viktigt för kvinnan att såväl hon själv och att hennes partner känt sig delaktiga i vården.

Deave et al (2008) menar att det finns kvinnor som upplevt stöd under graviditeten medan männen känt sig involverade i graviditeten men exkluderade från besök på mödravården.

Det kan vara lättare för män att fokusera på den medicinska aspekten eftersom det kan ge mannen en känsla av kontroll och förståelse för vad som händer med det ofödda

barnet medan det kan vara svårare att förstå den psykologiska omställningen som sker hos kvinnan.

Den medicinska aspekten skattas något högre bland förstföderskor (84 %) jämfört med omföderskor (77 %) men är inte den aspekten kvinnorna rangordnade högst. Detta resultat skiljer sig något från Jungmarkers (2008) opublicerade examensarbete där majoriteten män (Jungmarker, 2008) och andra studier där kvinnor (Hildingsson, Rådestad & Waldenström, 2002; Ladfors et al, 2001) ansåg att den medicinska omvårdnaden var den viktigaste aspekten inom mödrahälsovården.

Positivt helhetsintryck av mödrahälsovården

Majoriteten av kvinnorna i båda grupperna har ett mycket positivt eller positivt helhetsintryck av mödrahälsovården. Det är anmärkningsvärt att förstföderskornas upplevelse av vad som är viktigt inte stämmer överens med deras upplevda erfarenhet av vården samtidigt har de ett mer positivt helhetsintryck av mödrahälsovården än omföderskorna.

Det finns även andra studier som visar att majoriteten av kvinnorna varit nöjda med vården under graviditet (Wiegers, 2009; Maderueolo, Haro, Pérez, Cercas, Valentin & Morán, 2006; Lawrance, Ershoff, Mendez & Petitti, 1999; Hildingsson & Rådestad, 2005; Hildingsson, Rådestad & Waldenström, 2005).

Åsikter och riskfaktorer hos de kvinnor i Sverige som är missnöjda med vården intra- och postpartum har studerats. Faktorer som påverkade kvinnornas missnöje var kvinnans ålder > 25 år, om kvinnan var singel, brist på delaktighet vid beslutfattande och stöd från barnmorskan, otillräckligt med tid och uppmuntran för amningsstöd och bristande stöd från sin partner (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006).

Van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham och Fitzmaurice (2003) menar att det finns faktorer som förklarar positiva helhetsintryck av vården. Ju färre vårdgivare desto större sannolikhet att kvinnorna var nöjda med vården. Det kan även finnas ett samband mellan karaktäristiska hos vårdgivaren samt psykosociala omständigheter som påverkar helhetsintrycket.

Metoddiskussion

I denna studie fick gravida kvinnor svara på påståenden om hur de upplevt mödravården i graviditetsvecka 33-36 vilket kan ha påverkat resultatet eftersom de inte avslutat sin graviditet utan haft fortsatta besök på mödravården och därmed erhållit mer information och vård.

Frågeformulären har baserats på tillgänglig forskning och frågor som tidigare används i en nationell svensk studie om barnafödande (Hildingson & Rådestad, 2005; Hildingson, Waldenström & Rådestad, 2002) användes vilket stärker validiteten. En brist med metoden kan dock vara att i frågeformuläret kan tre av fem alternativ vid varje påstående tolkas som ett positivt svar varför det vore intressant att se om resultatet skiljer sig om svarsalternativen varit annorlunda. Skattningsskalan är likväl endast ett mått på kvinnans subjektiva uppfattning av hur hon upplever vården. De frågor som kan studeras närmare är de som haft ett större bortfall av respondenter och utreda huruvida det är frågans utformning eller en grupp kvinnor som väljer att inte svara på frågan. Det interna bortfallet på de 12 påståenden (0,2-2,0 %) och risken att detta påverkar studiens resultat är begränsat. En begränsning med studien är även att icke-svensktalande kvinnor inte representeras i studien. Kvinnorna är bosatta i såväl storstäder som landsbygd i olika delar av regionen Västernorrland och har olika grad av utbildning. Det är ett relativt stort antal kvinnor som deltog i studien som bedöms vara tillräckligt stort för att besvara frågeställningen (Willman & Stoltz, 2002). Dessa faktorer kan ses som styrkor med studien vilket möjliggör en viss generalisering (Newell & Burnard, 2006).

Många kvinnor upplevde att de inte fått information om förlossning, tiden efter förlossning och information om amning men det säger inget om informationen i sig. Ytterligare en styrka med studien är att den beskriver såväl förstföderskor som omföderskors erfarenhet av mödrahälsovården.

FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Det finns behov av ytterligare forskning inom mödrahälsovården för att utveckla vården och på så sätt förbättra vården till gravida kvinnor och deras partner.

Det behövs även mer forskning om förstföderskors respektive omföderskors behov av vård och information. Det vore dessutom intressant att studera hur information påverkar den gravida kvinnan, hennes partner och föräldraskapet. Betydelsefullt skulle vara att utreda om information om tiden efter förlossning till gravida kvinnor och deras partner kan öka tryggheten hos de blivande föräldrarna och förbättra relationen till deras nyfödda barn. Vidare också att utforska barnmorskans uppfattning och erfarenhet av hur kvinnans partner kan bli mer delaktig i vården.

SLUTSATSER

Denna studie bekräftar att majoriteten av kvinnorna är nöjda med mödrahälsovården. Mödrahälsovården kan ge stöd åt såväl först- respektive omföderskor genom att barnmorskan ger kvinnan möjlighet att prata om sin hälsa, besvär och att kvinnan blir tagen på allvar.

Mödrahälsovården kan ge utökad information om förlossning, amning och tiden efter förlossning till framförallt förstföderskor vilket kvinnorna uppger att de saknar.

Förstföderskors samt omföderskors behov behöver bemötas och individualiseras inom mödrahälsovårdens verksamhet.

Mödrahälsovården kan utvecklas genom att ge ett förbättrat stöd till såväl kvinnans som till hennes partner.

Påståenden ur frågeformuläret som användes i denna studie kan utforskas ytterligare genom att använda dem i kvalitativ forskning för att få en djupare förståelse för gravida kvinnors förväntningar på mödrahälsovården.

REFERENSER

- Bondas.T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*. 1, 61-71.
- Deave. T., Johnson. D., & Ingram. J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8,30.
- Douglas. S., Cervin. C., & Bower. K.N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Canadian family Physician*. 5, 874-879.
- Dudley. M., Roy. K., Kelk. N., & Berard. D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 3, 187-202.
- 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 Scandinavia*. 5, 436-443.
- Gamble. J., Creedy. D.K., & Teakle.B. (2007). Women's expectations of maternity services: a community-based survey. *Women birth*. 3, 115-120.
- Gibbins. J., & Thomson. A.M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. 4, 302-313.
- Hagberg. H., Marsal. K., & Westgren. M. (2008). *Obstetrik*. Studentlitteratur. Lund.
- Hildingsson, I., & Thomas. J.E. (2007). Women's perspectives on maternity service in Sweden: processes, problems, and solutions. *Journal of midwifery and women's health*. 2, 126-133.
- Hildingsson, I., & Rådestad I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of advanced nursing*. 52, 239-249.
- Hildingsson, I., Rådestad. I., & Waldenström. U. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia* .2, 118-125.
- Hildingsson, I., Rådestad. I., & Waldenström. U. (2005). Number of antenatal visit and women's option. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia*. 3, 248-254.
- HSL (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialstyrelsen.
- Jungmarker, E. (2008). Swedish father's experiences of antenatal care.

- Kiehl. E.M & Whit . M.A (2003) Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the united states. *Scandinavia journal of caring science*. 17, 96-103
- Ladfors, L., Eriksson. M., Mattsson. L- ., Kyleback. K., Magnusson. L., & Milsom. I.(2001). A population based study of Swedish women´s options about antenatal, delivery and postpartum care. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia*. 2, 130-136.
- Lawrence. J.m., Ershoff.D., Mendez. C., & Petitti. DB. (1999). Satisfaction with pregnancy & newborn care: development and results of a survey in health maintenance organization. *American journal of managed care*. 11, 1407-1413.
- Maderueolo JA., Haro. AM., Pérez. F., Cercas. LJ., Valentin. AB., & Mor n. E. (2006). Women´s satisfaction with pregnancy follow-up. Differences among healthcare levels. *Gaceta Sanitaria*. 1,31-39.
- Mathibe-Neke. J.M. (2008). The expectations of pregnant women regarding antenatal care. *Curatonis*. 3, 4-11.
- Newell. R., & Burnard. P. (2006). *Vital notes for nurses: Research for evidence-based practise*. Blackwell publishing.
- Nicholls. L., & Webb. C. (2006). What makes at good midwife? An intergrative review of methodologically- diverse research. *Journal of advanced nursing*. 4, 414-429.
- Novick. G. (2009). Women´s experience of prenatal care: an intergrative review. *Journal of midwifery and women´s health*. 3, 226-237.
- Ny. P., Plantin. L., Karlsson. E.D., & Dykes. A-K. (2007). Middle Eastern mother´s in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner´s involvement. *Reproductive health*. 4, 4-9.
- Rapport nr 59 (2008). *M drah lsov rd, Sexuell och Reproduktiv H lsa*. Svensk f rening f r obstetrik och gynekologi. Arbets & referensgruppens rapportserie.
- Regeringskansliet (2006). *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa*. Utrikesdepartementet.
- Schneider. Z. (2002). An Australian Study of women´s experiences of their first pregnancy. *Midwifery*. 3, 238-249.
- Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
- SoS rapport(1996:7). *Hälsovård f re, under och efter graviditet*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- SOU (2008:131). *Föräldrastöd- en vinst f r alla. Nationell strategi f r samh llets stöd och hj lp till f r ldrar i deras f r ldrskap*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Spector. A. (2006). Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*. 27, 867-883.

Tabiak. R.S., & Özmen. A. (2008). Communication related expectations and actual experience of pregnant woman. *The Anatolian journal of clinical investigation*. 1,11-15.

Van Bussel. J.CH., Spitz. B., & Demyttenaere. K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders*. 1-3, 232-242.

Van Teijlingen. ER., Hundley. V., Rennie. A.M., Graham. W., & Fitzmaurice. A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: "what is, must it still be best". *Birth*. 2, 75-82.

Waldenström. U., Rudman. A., & Hildingsson. I. (2006). Intrapartum och postpartum care in Sweden: women's opinions and riskfactors for not being satisfied. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia*. 5, 551-560.

Wiegers. TA. (2009). The quality of maternity care services as experienced by woman in Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9, 9-18.

Willman. A., & Stoltz. P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur. Lund