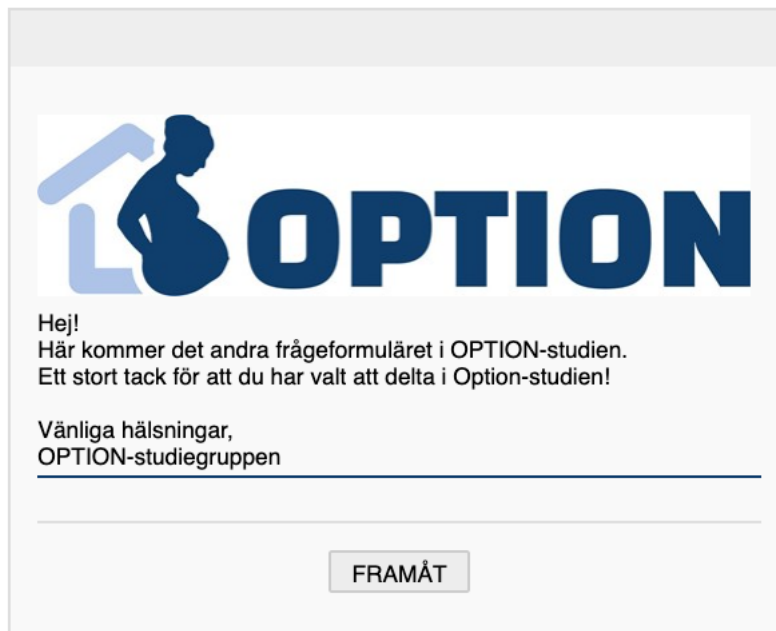


OPTION enkät 2, partner

A screenshot of a survey introduction screen. At the top, there is a header bar. Below it, the OPTION logo is displayed. The main text reads: "Hej! Här kommer det andra frågeformuläret i OPTION-studien. Ett stort tack för att du har valt att delta i Option-studien!". Below this, it says "Vänliga hälsningar, OPTION-studiegruppen". There is a horizontal line below the signature. At the bottom center, there is a button labeled "FRAMÅT".

Hej!  
Här kommer det andra frågeformuläret i OPTION-studien.  
Ett stort tack för att du har valt att delta i Option-studien!

Vänliga hälsningar,  
OPTION-studiegruppen

FRAMÅT

Tack för att du delta i OPTION studien.  
Följande frågor ska besvaras 3 månader efter förlossningen.

---

Resulterade graviditeten i ett barn som lever?

- Ja
  - Nej
  - Vill inte uppge
- 

**Om du vill fortsätta ditt deltagande i studien är det viktigt att du besvarar alla frågorna i enkäten som följer. Om inte något av alternativen under en viss fråga helt skulle passa, ange då det som ligger närmast**

---

FRAMÅT

**Fathers for the first time questionnaire (FTFQ)/Förstagångsfäders upplevelse av förlossning**

Fyll i enkäten genom att ta ställning till varje påstående och sätta ett kryss i den ruta som bäst stämmer överens med vad Du tycker.

Sätt ett kryss per fråga (förutom fråga fyra där Du får kryssa i flera alternativ).

Om Du inte är säker på vad Du tycker, välj det alternativ som känns mest rätt.

I slutet av enkäten finns det utrymme att lämna fler synpunkter om Du önskar det.

1. Är det barn som fötts ditt första barn?  Ja  Nej

2. Hur föddes barnet?  Vid en vanlig förlossning  
 Med hjälp av sugklocka/tång  
 Med akut kejsarsnitt  
 Med planerat kejsarsnitt

3. Hur har du förberett dig inför förlossningen?  Föräldrautbildning på MVC (där du har deltagit vid minst två tillfällen)

Ingick det någon fysisk träning (t.ex. profylaxandning och/eller (avslappning):

- Fristående profylaxkurs
- Läst på internet (ej chattat)
- Chattat, diskuterat med andra på internet
- Läst egna böcker
- Talat med familj, vänner och arbetskollegor
- På annat sätt

Specificera hur:

Inte alls

4. Hur väl fungerade din förberedelse?  Mycket bra  
 Bra  
 Varken bra eller dåligt  
 Dåligt  
 Mycket dåligt

Inför förlossningen...	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer lite grann	Stämmer inte alls
5. ...kände jag mig välinformerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...kände jag mig väl förberedd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...fick vi vård på den förlossningsavdelning som vi valt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...kände jag mig välkommen när jag ringde till förlossningsavdelningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...blev jag väl mottagen vid ankomsten till förlossningsavdelningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I samband med förlossningen...	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer lite grann	Stämmer inte alls
10. ...kände jag mig positivt uppmärksammas av personalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...fick jag tillräckligt med information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...fick jag vägledning i hur jag skulle stödja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...saknade jag viss information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...förekom situationer som jag helst skulle ha avstått ifrån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under förlossningen kände jag...	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer lite grann	Stämmer inte alls
15. ...oro för min fru/flickvän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...oro för barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...oro för att något skulle gå fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...oro för att jag inte skulle klara av att ge stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...oro inför det okända	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...oro för hur jag skulle reagera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under förlossningen...	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer lite grann	Stämmer inte alls
21. ...kände jag att barnmorskor och övrig personal var intresserade av att jag mätte bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...erbjöd sig vårdpersonal att stödja min fru/flickvän så att jag fick möjlighet till ett avbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ...upplevde jag förloppet som skrämmande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...blev jag omfamnad och tröstad när jag var ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Efter förlossningen...	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer lite grann	Stämmer inte alls
25. ...blev jag visad hur man håller barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ...blev jag uppmuntrad att hålla barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Upplevde du förlossningen som du väntat dig?  Ja  Nej

### Bakgrundsinformation

28. Vilken relation har du till barnets mor?  Gift/sammanboende  
 Särbo  
 Vän  
 Ingen relation

29. Är du född utanför Sverige?  Ja  Nej

30. Om ja, vilket land?

31. Är en eller båda av dina föräldrar födda utanför Sverige?  Ja  Nej

32. Om ja, vilket land/länder?

33. Vilken är din högsta utbildningsnivå?  Grundskola  
 Gymnasieskola  
 Högskola/universitet

34. Hur gammal är du?  (År)

35. Kön  Man  
 Kvinna  
 Annat

FRAMÅT

### Sida 2 av 10 sidor

Här följer frågor om upplevelsen av igångsättningen av din förlossning, ringa in en siffra från 1 till 10 som motsvarar din upplevelse.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Hur tycker du att din partners förlossning var?	Mycket lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycket svår
2. Hur skattar du din upplevelse av igångsättningen av din partners förlossning nu när du tänker tillbaka på den?	Mycket bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inte alls bra
3. Hur smärtsam tycker du att igångsättningen av din partners förlossning var?	Inte smärtsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket smärtsam
4. Hur orolig var du under igångsättningen av din partners förlossningen?	Inte alls orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket orolig
5. Skulle du vilja att din partner skulle ha samma handläggning vid en framtida igångsättning av förlossning?	Definitivt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Definitivt inte
6. Skulle du rekommendera en vän samma handläggning vid igångsättning av sin förlossning som din partner hade?	Definitivt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Definitivt inte

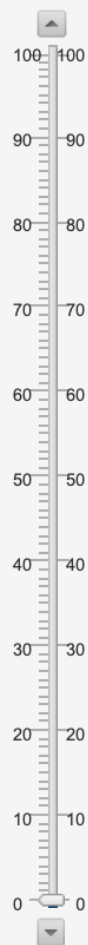
FRAMÅT



**Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.**

Den här skalan är numrerad från 0 till 100.  
100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.  
0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.  
Klicka på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.

**Bästa hälsa du  
kan tänka dig**



**Sämsta hälsa du  
kan tänka dig**

Jag vill inte svara

FRAMÅT



---

## Hälsoenkät

Klicka under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

---

### 1. Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

### 2. Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem med att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

### 3. Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

### 4. Smärtor / besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

### 5. Oro / nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
  - Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
  - Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd
- 

FRAMÅT

## The General Self-Efficacy Scale (GSES)

## DIN UPPFATTNING OM HUR DU HANTERAR SVÅRIGHETER OCH UTMANINGAR I ALLMÄNHET

Hantering av problem och utmaningar	Tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Instämmer delvis	Instämmer helt
Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad som än händer klarar jag mig alltid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilket problem jag än ställs inför kan jag hitta en lösning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När problem uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRAMÅT



### The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Hur mår Du?

Var snäll och markera det svar, som bäst stämmer överens med hur Du känt Dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur Du mår idag.

#### UNDER DE SENASTE 7 DAGARNA

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan:
  - Lika bra som vanligt
  - Nästan lika bra som vanligt
  - Mycket mindre än vanligt
  - Inte alls
2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:
  - Lika mycket som vanligt
  - Något mindre än vanligt
  - Mycket mindre än vanligt
  - Inte alls
3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett:
  - Ja, för det mesta
  - Ja, ibland
  - Nej, inte så ofta
  - Nej, aldrig
4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning:
  - Nej, inte alls
  - Nej, knappast alls
  - Ja, ibland
  - Ja, mycket ofta
5. Jag har känt mig skrämmd eller panikslagen utan speciell anledning:
  - Ja, mycket ofta
  - Ja, ibland
  - Nej, ganska sällan
  - Nej, inte alls
6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket:
  - Ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls
  - Ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
  - Nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
  - Nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt
7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova:
  - Ja, mesta tiden
  - Ja, ibland
  - Nej, sällan
  - Nej, aldrig
8. Jag har känt mig ledsen och nere:
  - Ja, för det mesta
  - Ja, rätt ofta
  - Nej, sällan
  - Nej, aldrig
9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit:
  - Ja, nästan jämt
  - Ja, ganska ofta
  - Bara någon gång
  - Nej, aldrig
10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:
  - Ja, rätt så ofta
  - Ibland
  - Nästan aldrig
  - Aldrig

FRAMÅT

### The Pain and Catastrophizing Scale (PCS)

Någon gång upplever vi alla smärta eller besvär. Det kan gälla huvudvärk, tandvärk eller ont från musklerna. Vi är intresserade av de tankar och känslor Du har när Du upplever smärta, ont eller besvär. Använd skalan nedan för att skatta i vilken utsträckning dessa tankar och känslor gäller just Dig.

När jag känner smärta, besvär eller ont...	0 - inte alls	1 - i liten utsträckning	2 - i måttlig utsträckning	3 - i stor utsträckning	4 - hela tiden
1. oroar mig jämt för att smärtan inte ska gå över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. känner jag att jag inte orkar fortsätta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. är det förfärligt och jag tror att det aldrig kommer att bli bättre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. är det fruktansvärt och jag känner att det överväldigar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. känner jag att jag inte står ut med det längre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. blir jag rädd att smärtan ska förvärras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. tänker jag på andra smärtsamma erfarenheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. väntar jag otåligt på att smärtan ska försvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. kan jag inte sluta tänka på det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tänker jag hela tiden på hur ont det gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. tänker jag hela tiden på hur mycket jag vill att smärtan ska gå över	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. finns det ingenting som jag kan göra för att lindra smärtan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. undrar jag om något allvarligt har hänt mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For any information on the use of the PCS, please contact Mapi Research Trust, Lyon, France.  
Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org>

Copyright © 1995 Michael J.L Sullivan. All Rights Reserved.

FRAMÅT

### Känsla av sammanhang - Antonovsky's Livsfrågeformulär – korta formuläret

	1	2	3	4	5	6	7	
1. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?	mycket sällan eller aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket ofta
2. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer som du trodde du kände väl?	har aldrig hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	har ofta hänt
3. Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken?	har aldrig hänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	har ofta hänt
4. Hittills har ditt liv:	helt saknat mål och mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	genomgående haft haft mål och mening
5. Känner du dig orättvist behandlad?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
6. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du skall göra?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
7. Är dina dagliga sysslor en källa till:	glädje och djup tillfredsställelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	smärta och leda
8. Har du mycket motstridiga känslor och tankar?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
9. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
10. Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en "olycksfågel". Hur ofta har du känt det så?	aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket ofta
11. När något har hänt, har du vanligtvis funnit att:	du över- eller undervärderade dess betydelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du såg saken i dess rätta perspektiv
12. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig
13. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?	mycket ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mycket sällan/aldrig

FRAMÅT

Sida 9 av 10 sidor

Här följer tre fri-text frågor som du kan kommentera med egna ord

Hur upplevde du din partners förlossning?

Hur upplevde du igångsättningen av din partners förlossning?

Är det något annat du vill delge oss?

Tack för ditt deltagande!

FRAMÅT