

ATT FÖDA ETT DÖTT BARN

- Upplevelser att förmedla till andra

TO GIVE BIRTH TO A STILLBORN CHILD

- Experiences to convey to others

Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2016-01-14

Kurs: Ht14

Författare:

Åsa Andrén

Handledare:

Hanna Ulfsdottir

Examinator:

Ingela Rådestad

SAMMANFATTNING

I Sverige föds 3-4 dödfödda barn per 1000 födda barn. Orsaken till barnadöden förblir för många föräldrar okänt. Studiens syfte var att beskriva vad kvinnor som besvarat ett frågeformulär om tidiga tecken på att barnet skulle dö intrauterint, ville förmedla om sin upplevelse i samband med deras barns död och födelse och om det fanns några skillnader i kvinnans upplevelse beroende på om deras döda barn föddes före graviditetsvecka 28 jämfört med efter graviditetsvecka 28.

Frågeformuläret var tillgängligt från den 1 september 2011 till och med den 31 december 2014 på Spädbarnsfondens hemsida. Efter uppmaningen: ” *Här kan du skriva helt fritt och berätta om något som du vill förmedla och som du inte tycker har tagits upp i detta frågeformulär* ” hade kvinnorna obegränsat utrymme för att förmedla sina erfarenheter. En kvalitativ innehållsanalys utfördes på 290 svar.

Fem kategorier identifierades: Tiden före och efter förlossningen 146 (36%) av svaren, Kontakten med sjukvården 119 (29%), Kunskap 75 (19%), Mötet med barnet 34 (8%), samt Förbättring av vården 31 (8%). Kategorierna handlade om kvinnans upplevelse av bemötandet och stöd som de fått innan, under och efter förlossningen, om otillräcklig kunskap om barnadöd, skapa minnen av barnet och avsaknaden av minnen, om kvinnans känslor inför förlossningen, symtom under graviditeten och om att kvinnorna uppskattade att forskning kring intrauterin död genomförs. Kvinnorna beskrev brister i sin kunskap om att barn kan dö före födelsen och de saknade information om detta under graviditeten. De menade att denna information kan ges inom föräldrautbildningen på mödravårdscentralen. En del kvinnor upplevde bemötandet i samband med deras barns död som bra och tryggt medan andra tyckte att bemötandet hade varit dåligt. Mötet med barnet blev både bra och dåligt och kvinnorna önskade att barnmorskan hade hjälpt dem mer med detta. Kvinnor som fött sitt döda barn efter vecka 28 tog upp att de önskade att deras oro under graviditeten skulle tagits på mer allvar och de upplevde att de var till besvär när de kontaktade barnmorskan.

Nyckelord: intrauterin fosterdöd, upplevelse, barnmorskans roll, anknytning, bemötande

ABSTRACT

In Sweden, 3-4 stillbirths occur per 1,000 births. The cause of infant death remains unknown to many parents. The aim of this study was to describe what, the women who responded to a questionnaire about early signs that the baby would die in utero, wanted to convey about their experiences related to their child's death and birth and if there were any differences in the woman's experience depending on if their dead child was born before 28 weeks of gestation compared to after weeks of pregnancy 28th.

The questionnaire was available from 1 September 2011 to 31 December 2014. Excerpts from Spädbarnsfonden's website was made, where women who lost their children in utero had answered the question: "Here you can write and talk freely about something that you want to convey and you don't think has been addressed in this questionnaire". A qualitative content analysis was performed on 290 responses.

Five categories were identified: The period before and after childbirth 146 (36%) of responses, The contact with health services 119 (29%), Knowledge 75 (19%), Meeting with the child 34 (8%) and Improvement of care 31 (8%). The categories was about a woman's experience of the hospitality given by the hospital staff and support that they received before, during and after childbirth, insufficient knowledge about stillbirth, creating memories, the woman's feelings and symptoms, and that the woman appreciates that research into this happens. The conclusions were that the women described the shortcomings in the knowledge that children can die before birth, and they lacked information about this during pregnancy. The women felt that this information could be provided in the parental training they received within the antenatal care. Some women experienced the hospitality given by the hospital staff, with their child's death as well and confidently, while others found that the hospitality had been bad. The meeting with the child was both good and bad, and the women wished that the midwife had helped them more with this. Women who gave birth to her dead child after week 28 brought up that they wished their anxiety during pregnancy would be taken more seriously and they felt that they were a nuisance when they contacted the midwife.

Keywords: intrauterine death, experience, midwife's perspective, attachment, hospitality

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Förekomst av intrauterin fosterdöd	1
Orsaker och riskfaktorer för intrauterin fosterdöd.....	1
Anknytning till det väntade barnet.....	2
Barnmorskans roll i mötet med den gravida kvinnan	3
Barnmorskansroll när barn föds döda.....	3
Sorgen efter ett dödfött barn.....	5
Stödföreningar	5
Definitioner av begrepp	5
Problemformulering.....	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling	6
Dataanalys.....	7
Forskningsetiska övervägande	8
RESULTAT	8
Grupp 1 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≤ 27 , år 2009 eller tidigare. 10	
Grupp 2 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≥ 28 , år 2009 eller tidigare.. 11	
Grupp 3 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≤ 27 , år 2010 eller senare... 15	
Grupp 4 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≥ 28 , år 2010 eller senare.... 17	
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Slutsats.....	23
Klinisk tillämpbarhet	24
REFERENSER	25

BAKGRUND

Förekomst av intrauterin fosterdöd

I Sverige föddes det 429 döda barn år 2013, det motsvarar 3,8-4 dödfödda barn på 1000 födda barn (Socialstyrelsen, 2014). Sverige har en låg förekomst av intrauterin fosterdöd sett ur ett internationellt perspektiv, förklaringar är ett väl utbyggt system med hälsokontroller för den gravida kvinnan, att svenska kvinnor har ett bra näringstillstånd och bra socioekonomiskt förhållanden i jämförelse med många kvinnor i låginkomstländer (Rådestad, 2009).

Statistik för intrauterin fosterdöd efter 28 fullgångna graviditetsveckor inklusive dödfödda barn med en födelsevikt på 1000 gram eller mer, visar att Finland, Singapore, Danmark och Norge har den lägsta förekomsten av intrauterin fosterdöd; 2,0–2,2 per 1000 födda barn. Pakistan, Nigeria och Bangladesh har den högsta förekomsten med 36-47 dödfödda barn per 1000 födda barn. Drygt 76 procent av alla intrauterina dödsfall sker i södra Asien och söder om Sahara i Afrika. Mellan år 1995 och 2009 har dödfödslar sjunkit med 14,5 procent i världen och uppgår till ungefär 2,64 miljoner per år (Cousens et al., 2011).

Orsaker och riskfaktorer för intrauterin fosterdöd

Orsaken till barnets död är viktig för föräldrarna att få veta och det är en väsentlig information inför kommande graviditeter (Rådestad, 2009; Säflund, Sjögren & Wredling, 2004). Vad som orsakar fosterdöden är ibland okänt, omkring 10-30 procent av föräldrarna får aldrig någon säker förklaring till varför deras barn dog (Rådestad, 2009). Kromosomavvikelser hos barnet finns hos cirka 10-15 procent av alla foster som dör sent under graviditeten (Pettersson & Stephansson, 2014; Socialstyrelsen, 2014). Sjukdomar hos modern kan öka risken för fosterdöd, exempel diabetes, högt blodtryck och preeklamsi. Bakterie- och virusinfektioner och parasitsjukdomar hos modern kan gå över till barnet och vara orsaken till barnets död före födelsen. En annan orsak kan vara att barnet får syrebrist vid delvis eller total avlossning av moderkakan, föreliggande moderkaka eller om blodflödet i navelsträngen har varit strypt (Pettersson & Stephansson, 2014; Rådestad, 2009). En studie, utförd i Sverige visar att placentaavlossning och preeklamsi orsakar fler intrauterina dödsfödslar hos barn som fötts i vecka 22+0 till 36+6 än barn som fötts efter vecka 37+0. Efter vecka 37+0 är dödsorsaken infektioner och navelsträngskomplikationer mer förekommande än för barn födda vecka 22+0 till 36+6 (Stormdal Bring, Hulthén Varli, Kublickas, Papadogiannakis & Pettersson, 2014).

Riskfaktorer för intrauterin fosterdöd

Risken för fosterdöd ökar med kvinnans ålder. Kvinnor som är 35 år och äldre har en 40-50 procent ökad risk i jämförelse med kvinnor i åldern 20-29 år. Även kvinnor yngre än 20 år har en ökad risk för intrauterin fosterdöd. Tobak, både rökning och snus liksom hög alkoholkonsumtion under graviditeten ökar risken för att barnet ska dö intrauterint. Övervikt och fetma, liksom sociala faktorer ökar också risken för fosterdöd. Om kvinnan vid ett tidigare tillfälle haft en intrauterin fosterdöd tredubblar det risken att det upprepas. Överburenhet medför en ökad risk att barnet dör intrauterint liksom tillväxthämning (Pettersson & Stephansson, 2014).

Andelen intrauterin fosterdöd i höginkomstländer har inte minskat nämnvärt de senaste 25 till 30 åren. För att minska antalet barn som dör intrauterint bör interventioner koncentreras till mammans vikt, ålder och rökning (Flenady et al., 2011). Forskarna identifierade 96

populationsbaserade studier i höginkomstländer där 13 länder ingick, bland annat Sverige. Granskningen av de olika studierna visade att de största riskfaktorerna för intrauterin fosterdöd i höginkomstländer är om mamman är överviktig eller har fetma, om mamman är över 35 år och om mamman röker. Andra riskfaktorer är placentaavlossning, om barnet är litet för sin gestationsålder och om mamman är förstföderska eller har högt blodtryck eller diabetes (Flenady et al., 2011).

I låginkomst länder är riskfaktorerna för intrauterin fosterdöd huvudsakligen brist på adekvat omvårdnad under graviditeten, brist på utbildad personal vid förlossningen, låg socioekonomisk status och dåligt näringsstillstånd hos mamman. Andra riskfaktorer är om kvinnan haft en tidigare intrauterin fosterdöd och om mamman är äldre (McClure, Phiri-Nalubamba & Goldenberg, 2006).

Anknytning till det väntade barnet

Anknytningsprocessen till det väntade barnet börjar redan under graviditeten (Stainton, 1990; Alhusen, 2008; Malm, Lindgren & Rådestad, 2011; Ross, 2012). Enligt Brodén (2010) benämns anknytningen till barnet under graviditeten som prenatal anknytning.

Anknytningen till barnet under graviditeten kan teoretiskt delas upp i olika faser: fusion, differentiering och separation. Under första fasen, fusion handlar det om att förstå och acceptera graviditeten och att fostret är en del av kvinnans kropp. Den andra fasen, differentieringen innebär att bli klar över att fostret är en egen separata individ, denna insikt kommer ofta när kvinnan känner fosterrörelser eller när de blivande föräldrarna ser fostret på ultraljudsskärmen. Ofta vågar kvinnan inte föreställa sig barnet förrän hon har fått svar på att allt verkar normalt, och först då börjar hon drömma och fantisera om barnet. Separationen, som är den tredje fasen i denna prenatala anknytningsteori kommer mot slutet av graviditeten. De flesta kvinnor längtar efter att barnet ska födas och både kvinnan och hennes partner förbereder sig för förlossningen (Ryding, 2014).

Anknytningen till det väntade barnet kan ses som komplext. En del kvinnor behöver både se och känna fosterrörelser för att kunna knyta an medan andra bara behöver känna rörelserna. Ett sätt att knyta an till det väntande barnet är att använda sig av en personlig metod såsom att prata med barnet och ge det ett namn (Ross, 2012). Stainton (1990) har beskrivit hur föräldrarna upplever kontakten med sitt ofödda barn. De har samlat sensorisk och interaktiv kunskap under graviditeten som inte uttrycks i ord och beskriver det som fyra nivåer av medvetenhet om barnet, nivåerna förekommer samtidigt: *Medvetenhet om barnet som en idé*, handlar om att föräldrarna blir medvetna om barnet på fantasi- och idéplanet och de fantiserar om storlek, utseende och om det finns några likheter mellan dem och barnet eller med släkten. *Medvetenhet om barnets närvaro*, blir möjlig efter att kvinnan känt fosterrörelser då de samtalar med barnet, högt eller via tyst dialog. De talar om barnet som han och hon. *Medvetenhet av speciella beteenden hos barnet*, handlar om hur barnet reagerar på stimuli såsom häftiga ljud eller musik och att det kunde spegla barnets temperament. *Medvetenhet om barnets interaktiva förmåga*, föräldrarna uppfattade barnet som en aktiv part i en tvåvägskommunikation exempelvis att barnet sparkade tillbaka om mamman lade handen på magen då hon inte känt rörelser på en stund (Stainton, 1990).

Barnmorskans roll i mötet med den gravida kvinnan

Den svenska mödrahälsovården inrättades på 1930-talet och har idag en central roll som en hälsovårdande instans för kvinnan under hela hennes fertila period, från tidiga tonåren till några år efter klimakteriet. Verksamheten omfattar: hälsovård under graviditeten, föräldrastöd, föräldrarutbildning, hälsoinformation, familjeplanering, förebyggande av oönskade graviditeter och STI (sexually transmitted infections) och gynekologisk cellprovtagning (Santesson, 2009; Collberg & Ellis, 2014).

Så gott som alla gravida kvinnor söker sig till mödrahälsovården och där utför barnmorskan de flesta arbetsuppgifterna. Alla besök och åtgärder hos dem är frivilliga och presenteras som ett erbjudande till kvinnan (Collberg & Ellis, 2014). Nittio procent av de gravida kvinnorna är nöjda med mödrahälsovården som erbjuds i Sverige (Hildingsson, Haines, Cross, Pallant & Rubertsson, 2013). Barnmorskan följer den gravida kvinnan, under graviditeten och en tid efter förlossningen. Barnmorskans uppgift är att stötta kvinnan för att hon ska få en så bra utgång av graviditeten som möjligt (Santesson, 2009). Studier har visat att 29 procent av de gravida kvinnorna träffar en barnmorska under graviditeten, 35 procent träffar två barnmorskor och 36 procent träffar tre eller flera (Hildingsson et al., 2013). Kvinnorna tycker att det är viktigt att de får träffa samma barnmorska under hela graviditeten (Hildingsson, Andersson och Christensson, 2014)

Barnmorskan arbetar utifrån ett medicinskt basprogram (för den friska gravida kvinnan) och gör bedömningar som utgår från det medicinska, psykologiska och sociala perspektivet. På så vis kan hon upptäcka faktorer som ökar risken för komplikationer under graviditeten och förlossningen. Hon kan även vidta åtgärder om kvinnan är sjuk eller om hennes tillstånd kräver extra kontroller eller resurser (Santesson, 2009). Det medicinska basprogrammet rekommenderar nio besök hos barnmorskan för försföderskor och åtta för omföderskor. Det ingår i basprogrammet att ta prover, göra undersökningar och ge information (Collberg & Ellis, 2014).

Barnmorskan ger föräldrastöd till de blivande föräldrarna fortlöpande, vid de enskilda kontakterna. Stödet ges även i form av föräldragrupper som erbjuds de flesta förstagångsföderskor och i mån av resurser även till flergångsföräldrar. På föräldragrupperna skapas gemenskap och kontakter. Gruppen bjuds in till 3-5 träffar och då tas olika teman upp: den normala graviditeten, den normala förlossningen inklusive smärtlindring, de vanligaste förlossningskomplikationerna, amning, första tiden efter att barnet har fötts, spädbarnsskötsel, parrelation, sexualitet och livsstilsfrågor (Collberg & Ellis, 2014).

Barnmorskans roll när barn föds döda

Bourne beskriver på 1960-talet att intrauterin fosterdöd behandlades som om den inte hade hänt (Bourne, 1968). Kvinnan fick inte träffa sitt döda barn efter förlossningen, allt för att förhindra att hon inte skulle sörja, man trodde att om kvinnan inte sett sitt barn fanns det inget att sörja (Andersson-Wretmark, 1993). Detta synsätt har förändrats, nu anses det bra att kvinnan konfronteras med verkligheten och att det underlättar sorgearbetet (Andersson-Wretmark, 1993; Säflund et al., 2004).

Att berätta för föräldrarna att deras barn har dött är något som behöver göras på ett tydligt och ärligt sätt (Ryding, 2014). Erlandsson, Säflund, Wredling och Rådestad (2011) fann att 71 procent av föräldrarna upplevde att de fått informationen på ett bra sätt. Vårdpersonalen ska

enligt Rådestad (2009) känna till att allt som sägs eller inte sägs och sker registreras av föräldrarna och upplevelsen hur de fick besked om sitt barns död kan de bära med sig för resten av livet (Rådestad, 2009). I en studie framkommer det att kvinnorna kände sig övergivna av vårdpersonalen om de lämnade rummet efter att ha gett beskedet att barnet var dött (Malm, Rådestad, Erlandsson & Lindgren, 2011). Föräldrarna uppskattade kontinuitet bland vårdpersonalen efter att beskedet hade lämnats (Pullen, Golden & Cacciatore, 2012). Om personalen ger lämpligt stöd till föräldrarna som förlorat sitt barn gynnar det deras krisbearbetning (Ryding, 2014). Enligt Rådestad (2009) kan ett professionellt omhändertagande bli till tröst för föräldrarna. Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg och Rådestad (2011) beskriver att kvinnorna upplever tiden från att de har fått beskedet att deras barn har dött till igångsättandet av förlossningen som den värsta tiden. Kvinnorna upplevde känslor av kaos. Andra upplevde ett otåligt väntande inför stunden då de skulle få träffa sitt barn (Erlandsson et al., 2011).

Det är viktigt att erbjuda föräldrarna att stanna kvar på sjukhuset efter att de har fått beskedet att de har förlorat sitt barn. Då har föräldrarna möjlighet att få upprepad information om vad som kommer att hända under och efter förlossningen. Igångsättandet av förlossningen bör ske så snart föräldrarna vill. Det kan upplevas som svårt att vänta på en förlossning med vetskap om att barnet är dött (Rådestad, 2009). I en intervjustudie med 26 kvinnor hade endast en kvinna varit med om att besluta när förlossningen skulle starta (Malm et al., 2011). Föräldrarna behöver få veta att deras barn som föds dött kommer att vara varmt men tyst när det föds och att de kan vara tillsammans efter förlossningen så länge de vill, allt för att de ska kunna ta avsked av sitt barn (Rådestad, 2009). Det är bra om personalen skapar en tillåtande atmosfär, vilket gör att paret kan få en så bra förlossning som det bara går, trots omständigheterna (Ryding, 2014).

Det döda barnet ska tas om hand med samma respekt och omsorg av vårdpersonalen som det levande barnet (Ryding, 2014). Många kvinnor vill se sitt barn efter förlossningen (Erlandsson, Warland, Cacciatore & Rådestad, 2013; Rådestad, Säflund, Wredling, Onelöv & Steineck, 2009). Hur deras möte med barnet blir beror på hur vårdpersonalen bemöter och presenterar barnet för föräldrarna. Kvinnor som inte blir tillfrågade om de vill se sitt barn upplever det som mer naturligt än de som har fått en fråga från vårdpersonalen om de ville se sitt barn, frågan i sig kan upplevas som ett ifrågasättande och att det inte skulle vara naturligt att se sitt barn (Erlandsson et al., 2013).

Personalen kan medverka till att föräldrarnas möte blir till ett värdefullt minne. Att ta bra fotografier, hand- och fotavtryck är av stor vikt för föräldrarna, personalen kan hjälpa föräldrarna att samla dessa minnen (Rådestad, 2009). En del kvinnor tar med kläder, filt och material så att de kan göra fot- och handavtryck. En del tar med sig gossedjur som de kan lämna kvar hos barnet när de själva åker hem (Erlandsson et al., 2011). Att hjälpa föräldrarna med namngivningsceremoni, begravning eller gravsättning är ett sätt att ge stöd till föräldrarna så att de kan ta avsked. Vårdpersonalen ska också informera och möjliggöra för föräldrarna att de kan komma flera gånger till sjukhuset och vara med sitt barn och att de kan få ta med sig sitt döda barn hem en tid innan begravningen. Om föräldrarna vill stanna på sjukhuset ska de bli erbjudna ett enskilt rum på en gynekologisk avdelning. När föräldrarna går hem ska de erbjudas flera återbesök och barnmorska, läkare, kurator, sjukhuspräst och psykolog ska tillsammans planera omhändertagandet av föräldrarna och eventuella syskon (Rådestad, 2009).

Sorgen efter ett dödfött barn

Föräldrarna vars barn har dött intrauterint genomgår ett allvarligt trauma och det kan kännas chockartat oväntat för dem. Sorgen är djup och långvarig, ibland mer hos kvinnan som burit barnet i sin kropp jämfört med fadern till barnet (Ryding, 2014; Badenhorst & Hughes, 2007). Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling och Erlandsson (2013) fann att 82 procent av föräldrarna ansåg att de sörjde på olika sätt. Efter tre månader upplevde 85 procent av mammorna och 54 procent av papporna att sorgen uttrycktes i tårar. Andra upplevde att sorgen visade sig som ilska, irritation och tystnad. En del tyckte att det var svårt att fokusera mentalt och andra att de kände sig tomma (Avelin et al., 2013). Riskfaktorer att föräldrarna ska drabbas av ett patologiskt sorgearbete är om de har obearbetade sorger med sig sedan tidigare, liten möjlighet att få ett levande barn, tidigare psykiska problem eller om de misstänker att fel har begåtts av vårdpersonalen (Ryding, 2014). Mammorna som såg och höll sitt barn efter förlossningen förknippas med mindre långvariga oro- och depressiva symtom efter barnets död än de mammor som inte gjorde det (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008).

Stödföreningar

Ett bra stöd i sorgen kan vara att delta i samtalsgrupper för föräldrar som mist barn. Exempel på svenska föreningar som stöttar dem som mist sitt barn är Spädbarnsfonden och Föräldraföreningen små änglar. De ordnar bland annat minnesstunder och samtalsgrupper. För alla som på något sätt kommer i kontakt med barn som dött intrauterint finns en internationell förening, Stillbirth Alliance (ISA) (Rådestad, 2009).

Definitioner av begrepp

Definition av intrauterin död

I den perinatale dödligheten inkluderas alla barn som föds döda efter 22 fullgångna graviditetsveckor och de ska ingå i statistiken för perinatal dödlighet, enligt Världshälsoorganisationen, WHO. Om tidsbestämningen av graviditeten saknas ska alla barn som väger minst 500 gram eller är minst 25 centimeter långa ingå i statistiken för perinatal dödlighet (WHO, 2015). Denna gräns gäller även i Sverige från och med 1 juli 2008. Dödfödda barn registrerades tidigare i medicinska födelseregistret om de var födda efter 28 graviditetsveckor. Fosterdöd kan inträffa innan förlossningen startat eller under förlossningen, så kallad intrapartal död (Socialstyrelsen, 2014).

Problemformulering

Kvinnor som är gravida börjar tidigt knyta an till sitt väntade barn. När barnet dör före födelsen upplever kvinnan sorg och saknad. Ett bra bemötande i samband med barnets födelse kan vara ett stöd för de som mister sitt barn men ett dåligt bemötande kan medföra onödigt lidande. Det är viktigt att få en bild över de upplevelser kvinnor som mist sitt barn intrauterint har för att förstå deras behov av vård och stöd i samband med och efter barnets födelse.

SYFTE

Syftet med föreliggande arbete var att beskriva vad kvinnor som besvarat ett frågeformulär om tidiga tecken på att barnet skulle dö intrauterint, ville förmedla om sin upplevelse i samband med deras barns död och födelse.

Frågeställningar

Vad vill kvinnor förmedla om sina upplevelser i samband med födelsen av ett dött barn?

Finns det skillnader i kvinnornas upplevelser beroende på om deras döda barn föddes före graviditetsvecka 28 jämfört med efter graviditetsvecka 28?

METOD

Datainsamling

All data samlades in genom en webbenkät tillgänglig via Spädbarnsfondens hemsida. Kvinnorna som besvarade enkäten hade alla förlorat sitt barn intrauterint. Spädbarnsfonden är en förening som stödjer föräldrar som förlorat sitt barn och verkar även för att rädda fler barn till livet. Enkäten var tillgänglig från den 1 september 2011 till och med den 31 december 2014. Syftet med studien var att finna tidiga tecken på att barn kan dö intrauterint. Frågeformuläret bestod av 87 frågor med både fasta- och öppna svarsalternativ. Frågorna handlade huvudsakligen om: fosterrörelser, sovvanor, rökning, snusning, alkohol, läkemedel, fysisk hälsa, psykisk hälsa, träning och stress. Undersökningen startades av professor Ingela Rådestad vid Sophiahemmet Högskola och docent Karin Pettersson vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. I föreliggande arbete har kvinnornas svar analyserats på följande uppmaning: ” *Här kan du skriva helt fritt och berätta om något som du vill förmedla och som du inte tycker har tagits upp i detta frågeformulär*”.

Deltagare

Genom information om studien via Facebook, annons i dagstidningar och på Spädbarnsfondens hemsida självrekryterades kvinnorna till studien.

Totalt besvarade 800 kvinnor webbenkäten varav 290 kvinnor (36%) hade skrivit något på det obegränsade utrymmet som fanns i anslutning till uppmaningen. Det var 13 svar från kvinnor som hade fött barn före graviditetsvecka 22, dessa exkluderades för att gränsen för vad som definieras som barn går vid 22 fullgångna graviditetsveckor. De var också 78 svar som inte besvarade studiens syfte. Dessa exkluderades också i analysen och kunde exempelvis handla om den tekniska konstruktionen av frågeformuläret.

Det var 199 svar som analyserades, de delades in i fyra grupper (Tabell 1). Indelningen gjordes baserat på teorin att kvinnans anknytning till barnet har hunnit olika långt beroende på hur långt graviditeten framskridit när barnet dog. Detta för att kunna besvara studiens andra frågeställning att studera eventuella skillnader i kvinnornas upplevelser beroende på om deras döda barn föddes före graviditetsvecka 28 jämfört med efter graviditetsvecka 28. Grupperingen gjordes även med hänsyn till hur många år som förflutit sedan kvinnan födde sitt barn eftersom värden till kvinnor som mist sitt barn har förändras över tid (Andersson-Wretmark, 1993).

Bortfall

Det var 510 kvinnor (64%) som besvarat enkäten men som inte skrev något efter erbjudandet att skriva fritt om något de inte ansåg hade berörts tidigare i webbenkäten.

Tabell 1. Gruppindelning av enkätsvaren.

Grupp	Födelseår	Graviditetsvecka	Antal kvinnor	Procent
1	≤ 2009	≤ 27	12	6
2	≤ 2009	≥ 28	92	46
3	≥ 2010	≤ 27	18	9
4	≥ 2010	≥ 28	77	39

Dataanalys

Val av analysmetod

Den befintliga texten från webbenkäten analyserades med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Innehållsanalys som vetenskaplig metod utvecklades för att hantera stora mängder data och den kvalitativa innehållsanalysen används för att granska och tolka texter. Den kvalitativa innehållsanalysens fokus är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i texten. Datan klassificeras systematiskt och stegvist för att på så sätt kunna identifiera mönster och teman (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Manifest innehåll är att räkna upp eller ange vad som står i texten (Danielsson, 2012). Det textnära och uppenbara i innehållet uttrycks på en beskrivande nivå i form av kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Med induktiv ansats menas att fakta från ett problemområde samlas in förutsättningslöst och utifrån detta kan nya begrepp och teorier utvecklas (Forsberg & Wengström, 2013). Analysmetoden valdes i samråd med handledare och initiativtagare till studien.

Genomförande

För att få en helhetsbild läste författaren först texten som en analysenhet, flera gånger. En tabell skapades för varje grupp (gruppindelning enligt tabell 1), i ett dokument (Danielsson, 2012). Rubrikerna i tabellen var: response id, meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, subkategori och kategori. Alla som svarat på frågan i studien fick ett response id. Detta nummer sattes in i tabellen. Texten lästes åter för att ta ut meningsbärande delar av texten. Det kan vara ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll (Danielsson, 2012). Om det blev flera meningsbärande delar av en text blev respons id markerat med en bokstav efter, från a, b, c etcetera, allt för att kunna spåras tillbaka till det ursprungliga materialet. Därefter kondenserades texten för att göra texten kortare och mer lätthanterliga utan att ta bort det centrala i texterna. Den kondenserade texten utgjorde underlaget för kodningen, vilket sedan utfördes. Koden är ett samlingsnamn för den kondenserade meningsenheten (Danielsson, 2012). Skapandet av meningsenhet, kondensering och kodning gjordes klart, grupp för grupp innan den fortsatta bearbetningen gjordes (Danielsson, 2012). Exempel på de olika stegen i analysprocessen redovisas nedan i tabell 2.

Därefter startades den kreativa processen i vilken det går att se om innehållet ska beskrivas som subkategorier/kategorier eller subtema/tema. Genom att gå fram och tillbaka mellan de ingående delarna identifierades koder som hade liknande innehåll. Det fanns flera grupper av

koder som hörde samman och dessa bildade subkategorier som i sin tur bildade kategorier (Danielsson, 2012).

Tabell 2. Exempel från analysprocessen

Response id	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
67637	Jag hade feber, fruktansvärd huvudvärk och ont i ryggslutet några dagar innan jag förstod att bebisen inte levde	Huvudvärk, feber och ont i ryggslutet några dagar innan	Symtom innan besked	Symtom	Tiden före och efter förlossningen
55086.b	Att oro inte nonchaleras och att barnmorskorna är mer förstående om man är orolig	Barnmorskan ska vara förstående och inte nonchalera oro	Inte nonchalera oro	Oro under graviditeten	Kontakten med sjukvården
112363.e	Jag tycker informationen var väldigt diffus, att man skall veta att barnet rör sig varje dag, men inget mer	Informationen var diffus	Diffus information	Information	Kunskap

Forskningsetiska övervägande

Materialet som ligger som grund för analysen kommer från en studie som är godkänd av den regionala etikprövningen i Stockholm, dnr 2011/330-31-3. Denna etikprövning är enligt Helgesson (2006) obligatoriskt i Sverige och den regleras i etikprövningslagen. Den syftar till att skydda försökspersoner från skada och otillbörlig integritetsintrång. Forskningsstudien har bedömts utifrån dess vetenskapliga värde, potentiella risker för försökspersonerna och om forskningsintresset är större än skyddsintresset (Helgesson, 2006).

Författaren har på ett systematiskt sätt sökt efter ny kunskap så att ny kunskap kan uppnås. Ärlighet har eftersträvat i arbetet och det förekommer inte fabriceringar och förfalskningar (Helgesson, 2006; Vetenskapsrådet, 2011). Genomförandet och resultaten har redovisats på ett så tydligt sätt som möjligt.

RESULTAT

Resultatet presenteras i form av kategorier och subkategorier som identifierades under analysprocessen och som svarar på studiens syfte. Tabell 3, visar vilka kategorier och subkategorier som framkom och fördelningen av antal meningsenheter (n=405). Resultatet redovisas grupp för grupp i löpande text. I tabell 4, redovisas hur meningsenheterna är fördelade avseende kategorier och subkategorier för grupp 1-4. För resultatets trovärdighet, presenteras citat från texten. Citaten har angivits med response id numret för att kunna visa på att de är representativa (Danielsson, 2012).

Antalet svar skilde sig mellan de olika grupperna. Tabell 4 visar att kvinnor som hade fött ett dött barn före vecka 28, grupp 1 och 3 utgjorde 30 (15%) av de analyserade svaren medan kvinnor som hade fött ett dött barn efter vecka 28, grupp 2 och 4 bestod av 169 (85%) av de analyserade svaren.

Det fanns en mindre skillnad mellan grupp 1 och 3, n=24 (41%) och grupp 2 och 4, n=122 (35%) i hur de upplevde tiden före och efter förlossningen. Den största skillnaden var att grupp 1 och 3 (de kvinnor vars barn föddes dött före graviditetsvecka 28) tog upp mer om att

samtalskontakten efter förlossningen var viktig. Ingen skillnad i hur kvinnorna upplevde bemötandet som de fick i samband med förlossningen identifierades i analysen. Båda grupperna upplevde både bra och dåligt bemötande. Grupp 1 och 3 hade 11 (19%) svar som handlade om bemötande och grupp 2 och 4, 58 (17%) svar. Däremot tog grupp 1 och 3 inte upp några upplevelser om oro under graviditeten, att jämföras med kvinnor i grupp 2 och 4 där 50 (14%) berörde oro. Upplevelsen att möta sitt döda barn fanns beskriven i alla grupper förutom i gruppen där kvinnan fött barn efter vecka 28, år 2010 och senare. Antal svar från grupp 1 och 3 var 6 (10%) och från grupp 2 och 4, 28 (8%). Alla grupper, förutom gruppen kvinnor som fött barn före vecka 28 och före år 2010 tog upp att de upplevde att de hade otillräcklig kunskap och information om att barn kan dö intrauterint. I grupp 1 och 3 var det, 7 (12%) och i grupp 2 och 3, 68 (20%) som berörde detta. Skillnad fanns även i grupperna vad gäller upplevelsen av att forskning behövs. I grupp 1 och 3, var det 11 (19%) och i grupp 2 och 4, 20 (6%) som beskrev otillräcklig kunskap.

Tabell 3. Kategorier och subkategorier med antal meningsenheter

Kategorier	Subkategorier
Tiden före och efter förlossningen n=146 (36%)	Symtom n=74 (18%)
	Kvinnans tankar n=40 (10%)
	Information och samtalskontakt n=32 (8%)
Kontakten med sjukvården n=119 (29%)	Bemötande n=69 (17%)
	Oro under graviditeten n=50 (12%)
Mötet med barnet n=34 (8%)	Se och hålla n=13 (3%)
	Skapa minnen n=7 (2%)
	Avsaknad av minnen n=14 (4%)
Kunskap n=75 (19%)	Information n=75 (18%)
Förbättring av vården n=31 (8%)	Önskemål om forskning n= 31 (8%)

Tabell 4. Kategorier och subkategorier med antal meningsenheter, grupp 1-4

	<u>Grupp 1</u>		<u>Grupp 2</u>		<u>Grupp 3</u>		<u>Grupp 4</u>	
	Total n=20 n (%)		Total n=184 n (%)		Total n=39 n (%)		Total n=162 n (%)	
Tiden före och efter förlossningen	10	(50)	65	(35)	14	(36)	57	(35)
Symtom	4	(20)	27	(14)	8	(21)	35	(22)
Kvinnans tankar	0	(0)	23	(13)	4	(10)	13	(8)
Information och samtalskontakt	6	(30)	15	(8)	2	(5)	9	(5)
Kontakten med sjukvården	7	(35)	55	(30)	4	(10)	53	(33)
Bemötande	7	(35)	37	(20)	4	(10)	21	(13)
Oro under graviditeten	0	(0)	18	(10)	0	(0)	32	(20)
Mötet med barnet	3	(15)	28	(15)	3	(8)	0	(0)
Se och hålla	3	(15)	10	(5)	0	(0)	0	(0)
Skapa minnen	0	(0)	7	(4)	0	(0)	0	(0)
Avsaknad av minnen	0	(0)	11	(6)	3	(8)	0	(0)
Kunskap	0	(0)	24	(13)	7	(18)	44	(27)
Information	0	(0)	24	(13)	7	(18)	44	(27)
Förbättring av vården	0	(0)	12	(7)	11	(28)	8	(5)
Önskemål om forskning	0	(0)	12	(7)	11	(28)	8	(5)

Grupp 1 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≤ 27, år 2009 eller tidigare

Tiden före och efter förlossningen

Symtom

En kvinna berättade att hon varit lugnare under denna graviditet än tidigare. En annan funderade på om hon kände på sig att allt inte stod rätt till, hon skriver:

”Det konstiga var att jag ville vänta med att köpa amningskläder och bebissaker och att prata med andra om graviditeten. Varför? / .../ kände mig så lugn / .../.”
(72239.c)

En kvinna hade inte fått information av vårdpersonal om vilka risker som fanns.

Information och samtalskontakt

Kvinnorna tyckte att det var bra att prata med en kurator tiden efter förlossningen och att det hade hjälpte dem. En kvinna ansåg att den psykologiska hjälpen efteråt borde ha varit bättre. En annan kvinna skrev att hon efter denna händelse aldrig kände riktig glädje. En kvinna som blev nekad samtalskontakt skrev:

”Bad att få kuratorshjälp efter missfallet men blev nekad detta p g a att det var som de kallade det för spontanabort.” (90157)

En kvinna skrev:

”/ .../ jag har aldrig fått en förklaring och visst kan man fundera på det ibland...”
(55497.g)

Kontakten med sjukvården

Bemötande

En kvinna beskrev att det var svårt för henne att veta hur hon ville ha det i den okända situationen. Flera upplevde att de fick ett bra bemötande av van personal och att omhändertagandet kändes tryggt:

”Fick fantastiskt bemötande / .../ BB, där barnmorska gjorde allt rätt!!” (72151)

En kvinna tyckte att hon fått ett dåligt bemötande:

”viktigt att personalen signalerar att man inte är en besvärlig patient om man hör av sig.” (86906.a)

Mötet med barnet

Se och hålla

En kvinna var övertygad om innan igångsättningen av förlossningen att hon inte ville se barnet trots att alla runt omkring henne sa att hon borde det. Hon tog med en kamera för att kunna ta ett kort. Hon skrev:

”Men efter en hel förlossning vill man givetvis se barnet och hålla det och fastän det såg ut som ett UFO, ja jag är helt ärlig, det var ju inte så långt gånget, och hade legat där länge, så var det en helt naturlig reaktion.” (55497.c)

Grupp 2 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≥ 28 , år 2009 eller tidigare

Tiden före och efter förlossningen

Symtom

Några kvinnor mådde bra under hela graviditeten och anade inte att barnet hade dött. Många fler kände på sig att något var fel. Flera berättade att de dagarna innan barnet dog inte mådde bra. De kände yrsel, illamående, hade diarré, mindre flytningar, hade blodtrycksfall, barnet hade en boxningsattack, klåda, små sammandragningar och var trötta:

”Måste tillägga att jag sista veckan mådde konstigt. Kände mig yr och illamående. Kände mig också ensam och övergiven.Ledsen.” (55558)

Kvinnorna berättade att fosterrörelserna hade ändrat sig den sista tiden innan barnet dog. Rörelserna hade blivit förändrade, lugnare, mindre frekventa, diffusa eller så hade fosterrörelserna försvunnit:

”/ .../ det kändes som om magen hängde och jag hade ett lätt illamående / .../ samt att jag kände inga fosterrörelser alls.” (74058.b)

”När jag hade gått sex dagar över tiden kunde jag konstatera att jag inte längre kände några rörelser och ett UL senare kunde man konstatera att vårt barn inte längre levde.” (55913.h)

En kvinna beskrev att hon hade slagit ifrån sig att detta kan hända, att det händer andra men inte henne och en annan kvinna skrev att hon väntade med att åka in till förlossningen då värkarna inte blev så starka. Den vaginala förlossningen upplevdes olika bland kvinnorna. Den beskrevs som fin eller att den upplevdes som en mental mardröm. En kvinna skrev:

”Jag var livrädd för förlossningen och trodde att jag skulle föda ett grönslemmig lik.” (70913.a)

Kvinnans tankar

Kropp och själ kunde upplevas som två helt separata delar, lång tid efter förlossningen och kvinnorna beskrev att de skuldbeläggde sig själva. Skulden bestod i att inte ha kunnat förutse att detta skulle hända men även att inte kunna förhindra det. En kvinna kände skuld efter att

hon har läst att hon sovit på fel sida. Kvinnorna beskrev händelsen att förlora sitt barn som smärtsamt, att minnena finns kvar och att saknaden är stor. De upplevde att ingen förstod vad de gick igenom men att det döda barnet blev till en i familjen. En kvinna som födde tvillingar, där en dog och den andra överlevde skrev:

”I mitt fall var det som sagt två barn / .../ Dock har min levande dotter, vad jag upplever, sört sin döda syster mer än jag.” (94657.a)

En kvinna berättade att hon upplevde det som om att det är tabu vid graviditet att säga att du inte mår bra. Detta kan upplevas som om du inte är glad åt det väntande barnet. Det framkom också att kvinnan funderat på om det hade blivit värre om barnet hade räddats i sista minuten och hur hon skulle svara om någon frågade om hon hade barn. En kvinna kände stor brist på förtroendet för sjukvården som helhet eftersom den varken har hjälpt att hålla barnet vid liv eller kunnat förklara varför barnet dog. En kvinna skrev om vad hon upplevde när hon lämnade sjukhuset:

”När vi lämnade bubblan så möttes vi av den riktiga världen, där vi mötte människor vars åsikter var allt ifrån att vi faktiskt förlorat ett barn, vårt barn, till att inget hade hänt, ett barn är ett barn först när det fötts, det finns fortfarande tid för er att få barn / .../.” (72659.f)

Information och samtalskontakt

Kvinnorna upplevde att det var viktigt att få bra vård efter förlossningen. En kvinna skrev att vårdpersonalen borde ha varit öm och inlyssnande och inte hård och kall. Att få komma i kontakt med andra föräldrar som mist sitt barn var viktigt. Många berättade att de hade fått kontakt med en kurator efter förlossningen som inte hade varit bra:

”Den hjälp vi/jag erbjöds iform att kurator var under all kritik.” (91720)

Andra kvinnor skrev att de inte fått något stöd alls och en kvinna berättade att hon mentalt fick behandla detta tillsammans med sin man. En kvinna som släpptes helt utan kontroller skrev:

”Jag släpptes helt utan kontroller, vilket höll på att bli min död.” (112408)

Kontakten med sjukvården

Bemötande

Många kvinnor upplevde att de fick ett tryggt och bra bemötande. Stödet som vårdpersonalen gav dem fick kvinnan att känna sig tacksamma. Barnmorskan sätt att hantera barnet fick dem att känna sig respekterade och att hon lade grunden för deras sorgearbete:

”/ .../ bm /.../ såg vårt barn som något fint. Höll i det som om hon var levande. Detta har betytt mycket för oss. Hon visade ingen avsky, eller tecken på att vi skulle överdriva vår sorg.” (65413)

”Jag fick fantastisk hjälp av sjukvården när vi förlorade vårt barn. Förlossningspersonalen gjorde ett underbart jobb för att vi skulle kunna bli så hela som möjligt efteråt.” (67522.a)

Det kom också fram att kvinnan tyckte att vårdpersonalens beteende är viktigt och att den personal som träffar föräldrarna som förlorat sitt barn ska vara en erfaren och kunnig och inte tassa på få. Det framkom också att de upplevde att personalen gjorde sitt yttersta för barnet och föräldrarna och att det inte berodde på lathet, slarv eller bristande ekonomiska resurser att barnet dog. En kvinna upplevde det som att personalen var noga med att inte skuldbelägga mamma.

Andra kvinnor berättade att de inte fick något eller inget bra stöd av vårdpersonalen. En del kvinnor beskrev att de fick ett oprofessionellt bemötande av vårdpersonalen. En kvinna skrev att det kändes förkrossande när vårdpersonalen var pjoskig och behandlade dem som mindre vetande. En annan kvinna hade träffat en läkare som var ifrågasättande och en sjukhuspräst som var iskall. En kvinna fick aldrig veta vilka undersökningar som hade gjorts på barnet eftersom de hade slarvat bort journalen. En barnmorska gjorde en kvinna arg och hennes man ledsn när hon sa:

”/ .../ det var ju bra att det var en flicka eftersom ni muslimer vill ha pojkar.”
(113874.c)

Att sekretessen bröts av vårdpersonalen kom också upp. En kvinna berättade:

”Min svärmor som då behandlades av samma läkare hade fått veta av läkaren 1 vecka innan jag var dit för att få svar att barnet hade varit friskt ... så får det inte gå till ..föräldrarna ska få veta först å det strider helt med lagen om sekretess / .../.”
(95141.d)

Oro under graviditeten

Flera kvinnor upplevde det som om vårdpersonalen försöker lugna mammorna när de är oroliga under graviditeten och inte tog deras oro på allvar. Kvinnorna försökte att följa vårdpersonalens råd om att inte oro sig. Några kvinnor uttryckte att kvinnorna inte oroar sig bara för att göra det, en skrev:

”LYSSNA på mamman! Inte för att hon skriker och har ont, men om man som jag kämpar på och försöker påtala sin oro och att det känns som om ngt inte står rätt till borde man lyssna.. vi har nog ett sjätte sinne som talar ibland.” (98005).

Mötet med barnet

Se och hålla

Flera kvinnor tog upp hur viktigt det var för dem att de hade fått träffa och hålla sitt barn efter förlossningen. En kvinna skrev:

”Jag är så tacksam att jag och pappan fick tillbringa en lång tid med flickan och fick se detta rosenfärgade varma barn som såg ut som hon sov.” (70913.b)

En kvinna berättade att barnet förvarades i kyl och att hon på det sättet kunde få ha sitt barn hos sig så ofta hon ville. Flera kvinnor tog också upp att de ångrade att barnet obducerades eftersom tiden de fick att ta farväl av barnet blev kortare. En kvinna berättade vad hon kände när hon lämnade barnet på sjukhuset:

”Att lämna sjukhuset utan honom var outhärdligt.” (72659.c)

Skapa minnen

Kvinnorna berättade att de hade tagit kort på barnet och fått möjlighet att ta hem barnet. De fick vara föräldrar till sitt barn på sjukhuset genom förlossningen, klä barnet, krama barnet och ha barnet hos sig. Tiden på sjukhuset kunde beskrivas som att allt var en illusion. En annan kvinna berättade att hon pratade med släktingar och vänner som stod dem nära för att skapa minnen med andra. Något annat som framkom var att information på förlossningen, i form av broschyrer hade hjälpt till att komma fram till hur avskedet av deras barn skulle gå till.

Avsaknad av minnen

Andra kvinnor berättade att de inte hade något minne av sitt barn. En kvinna säger att hon drogades och att hon bara minns att något sladdrigt rann ur hennes kropp. En annan berättar att hon sörjer att hon inte fick upp sitt barn på bröstet eller frågan om vem som skulle klippa navelsträngen. Några andra upplevelser som kom fram var att de inte fick hjälp att ta avsked, fick inte hålla barnet, att inga bilder och hand- och fotavtryck togs, en känsla av att barnet skulle döljas då de lindade in honom i gröna handukar vid transport till patologen och att avskedet var obefintligt eller snabbt:

”Jag fick inte se barnet och ingen information om barnet, kön, vikt, hår o dyl. Jag har undrat mycket!” (94085.b)

”Min man höll henne i 3 minuter sen kom barnmorskan och tog ut henne, sen såg vi henne aldrig mer.” (105160.b)

Kunskap

Information

Kvinnorna upplevde att mer information och kunskap behövs om att barn kan dö under graviditeten, ute i samhället, till anhöriga och vänner. En kvinna berättade att hon endast fick information om hon själv efterfrågade den och en annan skulle ha velat ha information om det stöd och hjälp som finns att tillgå utanför sjukhuset. Men framförallt efterfrågade kvinnorna mer information till dem själva. De tyckte att detta kan göras på föräldrautbildning. De upplevde att informationen om att barn kan dö under graviditeten ska vara tydligare och att vårdpersonalen inte ska vara så rädd för att skrämmas:

”/ .../ hade mycket hellre blivit lite skrämmd och inte blivit så total chockad när de hände oss.” (55518.c)

Något annat som kvinnorna hade velat få mer information och kunskap om är om fostrets rörelsemönster över tid. De hade velat ha mer information om att det är viktigt att lära känna igen barnets rörelser, hur ofta barnet ska röra sig, och vad de ska göra om de känner att barnet rör sig mindre. En kvinna skrev:

”Föräldrautbildningarna tar bara upp gulli-gull. Inte sådant man verkligen behöver fördjupad kunskap om t.ex. fosterrörelser.” (86661.a)

Förbättring av vården

Önskemål om forskning

Många kvinnor tyckte att forskning kring varför barn dör intrauterint är viktigt:

”Fortsätt att forska på detta ämne, mycket finns att göra.” (72202.b)

Grupp 3 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≤ 27, år 2010 eller senare

Tiden före och efter förlossningen

Symtom

En kvinna beskrev hur hon kräktes och låg i sängen hela dagarna under sin graviditet. Andra förmedlade att de, tiden innan barnet dog hade olika symtom som orolig sömn, mådde risigt på kvällarna och sveda vid mikation. En kvinna förmedlade att hon ansåg att vårdpersonalen ska se oro som ett symtom eftersom de gravida kan uppleva det som ett symtom. Flera kvinnor upplevde att de inte kände sparkar eller att de var mer som sprattel i magen. En kvinna skrev:

”Jag hade haft sammandragningar vilket gjorde att jag inte tänkte på att sparkarna var borta och att något var fel.” (112460.a)

En kroppslig reaktion som kvinnor kan uppleva och som de förmedlade i webbenkäten var att efter att ha fått besked om att barnet har dött, sjunker magen ihop och att allt är mjukt, inget är i vägen och inget som tryckte på.

Kvinnans tankar

Det framkom i beskrivningarna att kvinnan kan känna ensamhet, övergivenhet och skuldkänslor efter förlossningen. En kvinna berättade att hon har skuldkänslor för att hon inte förstod att hon skulle åka in till förlossningen efter en natt då hon vred och vände på sig, och så här i efterhand förstår hon att hon hade värkar. En annan kvinna berättade att hon upplevde det som om att kvinnor som ska föda ett dödfött barn, bara får åka in och göra det och att vårdpersonalen inte vill veta av dem sedan.

Information och samtalskontakt

Prata med kurator, psykolog och även få träffa andra som varit med om samma händelse kan få kvinnan att känna sig mindre ensam, i tiden för händelsen men även längre fram. De ville att de kommer och presenterar sig och berättar vad de kan hjälpa till med istället för att föräldrarna bara får ett telefonnummer att ringa. En kvinna skrev:

”När man föder ett barn är det viktigt att få kontakt med andra inte bara erbjudas en kurator utan att få prata och se andra som upplever samma.” (69660.b)

Kontakten med sjukvården

Bemötande

Kvinnorna upplevde bemötandet de fick av vårdpersonalen som både bra men även dåligt. Det goda omhändertagandet efter beskedet att barnet hade dött beskrevs som fantastiskt. Det dåliga bemötandet kunde handla om avsaknad av omtanke där kvinnan exempelvis fick komma på återbesök till specialistmödravården och där möta gravida kvinnor. En kvinna som förlorat sitt barn beskrev att hon fick höra andra barns hjärtljud då ett undersökningsrum stod öppet och upplevde det som tortyr då hon veckan innan hört sitt eget barns hjärtljud. Det dåliga bemötandet kunde också vara att föräldrarna som mist sitt barn fick ett oprofessionellt bemötande, en kvinna skrev:

”Läkaren /.../ var den enda person som jag inte tyckte agerade bra. Samtliga gånger vi träffade henne /.../ hade hon inte läst igenom min journal, /.../ läste provsvaren när vi var där och kunde inte tolka dem utan gissade sig fram /.../.”
(112981.f)

Mötet med barnet

Avsaknad av minnen

Det framkom att bilden på barnet inte blev fint om fotot på barnet tagits ett par dagar efter barnets födelse och att den bilden inte gick att ha framme. Det framkom också ånger att de inte tog flera bilder på barnet och att vårdpersonalen skulle kunna vara tydliga med att det är okej att ta bilder:

”/.../ det känns tabubelagt att ta bilder av sitt döda barn och man behöver hjälp med att förstå att så inte är fallet.” (112981.d)

Kunskap

Information

Kvinnorna upplevde att information som ges i sjukvården i samband med graviditet kan vara bristfällig. Några tog upp att MVC skulle kunna ge tidig information om minskade fosterrörelser och att ett ultraljud ska göras då. Någon saknade någon typ av förlossningsutbildning i ett tidigt skede av graviditeten. En annan kvinna tog upp att hon inte förstod allt som hade hänt och sagts för att hon var fullpumpad med morfin. Det framkom att det inte fanns någon handlingsplan för dem som mist sitt barn på BB.

Kvinnorna ville ha muntlig- och skriftlig information och gärna ett uppföljningssamtal av barnmorska och/eller läkaren några dagar efter förlossningen eftersom det inte går att ta in allt som sägs. När exempelvis läkaren ska informera om något ska han våga titta och tala till föräldrarna så att de förstår vad som sägs:

”Läkaren måste tala till föräldrarna och inte in i en skärm. Vänd dem inte ryggen. Tala till dem och inte ut i luften. Tala klarspråk och linda in orden så man inte förstår vad som sägs.” (55474.b)

Förbättring av vården

Önskemål om forskning

Det framkom även att föräldrarna saknade nationella riktlinjer för hur graviditeter ska hanteras och när vård ska sättas in för att hjälpa barnet att överleva. Flera kvinnor tog upp att de tyckte att forskning till varför barn dör under graviditeten är viktigt. De hoppades att samband upptäckts och att olika orsaker till dödfödsel kan upptäckas.

Detta skrev en kvinna:

”Önskar vården innan ett spädbarns död utvecklas lika väl så fler barns död kunde undvikas.” (92705.b)

Grupp 4 - dödfödda barn med fullgångna graviditetsveckor ≥ 28 , år 2010 eller senare

Tiden före och efter förlossningen

Symtom

Det framkom att flera kvinnor upplevde att de mådde bra och att de inte hade några typer av besvär tiden före förlossningen. Det fanns inte i deras värld att något skulle kunna hända deras barn. En kvinna berättade att varken hon eller den blivande pappan kände någon entusiasm över att de skulle bli föräldrar och att de kände sig avtrubbade redan innan det fick beskedet att deras barn hade dött. Andra kvinnor berättade om barnets rörelsemönster sista tiden. En del upplevde oförändrat rörelsemönster, andra att sparkarna var kraftigare, fler i antal eller att fosterrörelserna var färre. En kvinna som känt minskade fosterrörelser under 2,5 dygn och som var på ett rutinbesök hos barnmorskan fick veta av det är vanligt med minskade fosterrörelser. Hennes sons hjärtljud var stressade och hon berättade att:

”/ .../ jag kände honom där och då för sista gången.” (108242.c)

En annan kvinna som inte känt fosterrörelser på 3 timmar kände direkt att något var fel:

”Ringde till BB och fick komma direkt. Där gjordes ultraljud som visade att hjärtat slutat slå.” (114248.b)

Att kommunicera med sitt barn var ett sätt för kvinnorna att utesluta sammandragningar och få bekräftat att allt var bra. Symtomen som kvinnorna upplevde innan barnet föddes var många. En del hade haft många och kraftiga kräkningar under graviditeten. Andra mådde fysiskt dåligt innan, hade feber, diarré, huvudvärk. Det rapporterades också om ont i fötterna och i ryggslutet, om hickningar, ryckningar och buffande rörelser. En kvinna sa:

”/ .../ jag är ett bevis på att även om man känner att nåt är fel och lyssnar på det så räcker det inte.” (112572.b)

Kvinnans tankar

Det framkom att kvinnorna kände sig ensamma och att det fanns ett utanförskap efter att barnet har fötts. Andra beskrev händelsen som chockartat och att de inte hade klarat av sorgen

som följde om de inte hade haft längtan till sina tidigare barn. En kvinna som upplevde skuld känslor skrev:

”/ .../ det kan kännas som att jag inte gjorde allt som stod i min makt att förhindra att barnet dog och att hon kunde ha levat om jag gjorde rätt.” (114350.a)

Något annat som framkom var att sjukskrivningen ibland var för kort för kvinnan. En kvinna berättade att hon förväntades att vara tillbaka efter 29 tillfälliga föräldradagar och att hon fick tjata till sig 2 veckors extra sjukskrivning. Hon bröt ihop efter sex månader och hade varit sjukskriven i ett år när hon svarade på webbenkäten. Minnena hos kvinnorna finns kvar för alltid och flera säger att de mår bra igen men att det tar tid.

Information och samtalskontakt

Det framkom att kvinnan hade stort behov efter förlossningen att samtala och träffa andra. Det kunde vara att prata med andra som varit med om samma händelse eller en diakon. De upplevde att samhället inte kunde erbjuda samtalskontakt eller att kontakten de fick inte räckte:

”Själv hade jag behövt ha någon runt omkring mig. Jag ville inte leva längre.” (55532.d)

Flera kvinnor tog upp att de fortfarande inte vet varför deras barn dog. Några väntade på det slutgiltiga obduktionssvaret medan andra kvinnor vet att de aldrig kommer att få något svar. En kvinna upplevde det som om hon har frågor som inte kan besvaras:

”/ .../ varför?? vad kunde jag gjort annorlunda? Vad gjorde jag för fel? hur hade livet sett ut idag om?? man lever med en ovisshet, en orättvisa, en sorg o en enorm saknad.. en evig saknad/ .../.” (113860)

Kontakten med sjukvården

Bemötande

Bemötandet och stödet kvinnorna fick i samband med barnets födelse blev för många bra:

”Hjälpen jag fått i samband och efter Sams bortgång har varit beundransvärd och över alla mina förväntningar.” (105269.a)

I stödet ingick att kvinnan fick bra och ärliga svar och att vårdpersonalen hjälpte dem att skapa minnen genom att ta hand- och fotavtryck.

Andra kvinnor beskrev att de fick ett oprofessionellt bemötande och att de tyckte att fler inom sjukvården behövde lära sig hur de ska bemöta föräldrar i sorg. Några har tappat förtroendet för den vård som ges på mödravårdscentralen. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna i alla lägen var så positiva men hade önskat att barnmorskan tänkte på ett mer kritiskt sätt. Det kom fram att ibland kände kvinnan att barnmorskan lyssnade men ändå inte och att de önskade att barnmorskan ställde mer frågor och när de säger att allt är normalt kan barnmorskan förklara lite mer kring detta.

Oro under graviditeten

De kände att deras oro inte blev tagna på allvar och att varningssignaler missades av vårdpersonalen:

”Att oro inte nonchaleras och att barnmorskorna är mer förstående om man är orolig / .../.” (55086.b)

”/ .../ hon lyssnade på hjärtljuden och hade lite svårt att höra men sa att hon gjorde och sa du litar väl på mig. Det gjorde jag då, men efteråt undrade jag vad hon menade och hon sa då att hon inte misstänkte något konstigt. Men för mig är det fortfarande en grej.” (55552.a)

Flera kvinnor tog upp att de kände att de var till besvär om de ringde till mödravårdscentralen eller till förlossningen och hade önskat att de fått information om att de ska höra av sig och att de inte stör. De tog även upp att de önskade tätare kontroller och ultraljud i slutet av graviditeten, att antal kontroller borde vara samma oberoende hur många barn kvinnan fött tidigare och att det borde finnas möjlighet till extra kontroller om behovet finns.

Kunskap

Information

Många kvinnor tog upp att de hade velat ha mer och ibland mer tydlig information om att barn kan dö intrauterint och vad som kan orsaka detta. Denna information skulle de vilja ha på föräldrarutbildningen. Kvinnorna upplevde att de fick diffus information och att vårdpersonalen verkade vara rädd för att skrämma den gravida kvinnan. Mer information och kunskap hade kunnat öka kvinnan medvetenhet och vilka varningssignaler som finns kring detta. Den uteblivna informationen kunde vagga in dem i falsk trygghet:

”Jag skulle velat ha information om att sånt här faktiskt kan hända. Allt är så rosenskimrande, roligt, mysigt / .../.” (113916.a)

Information om fosterrörelser är ett ämne som de velat ha mer kunskap om. De hade önskat tydligare information om vart de skulle vända sig vid minskade fosterrörelser, vad ett normalt rörelsemönster är under graviditeten och hur kvinnan kan hålla koll på barnets rörelser. En kvinna skrev:

”/ .../ det första jag tog upp var minskade rörelser. Hon berättade att det var vanligt / .../.” (108242.b)

Förbättring av vården

Önskemål om forskning

Flera kvinnor uttryckte att det är viktigt att det forskas kring intrauterin fosterdöd och en sade:

”/ .../ Tack för att ni finns, ni hjälpte mej att orka komma vidare, att leva igen ! Att finnas för min familj, barnen. Er sida betyder jättemycket, ert jobb är så viktigt !” (55605.c)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvinnorna sökte själv upp webbenkäten efter att de fått information om studien via annons i dagstidningar, Facebook och/eller Spädbarnsfondens hemsida. Självrekryteringen har betydelse för resultatets generaliserbarhet. Att studien besvarats av många har gjort det möjligt till fler och större variationer i de upplevelser som kvinnorna förmedlade. Uppmaningen som deltagaren svarade på i webbenkäten hade i förväg formulerats av forskarna, alla deltagare fick den presenterat på samma sätt. Ingen personlig kontakt har förekommit med deltagarna vilket minskar möjligheten att svaren på frågan har påverkats och på det sättet ökar tillförlitligheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Det var 800 kvinnor som deltog i studien och av dem svarade 290 (36%) på uppmaningen att förmedla om det var något ytterligare de ville beskriva om sina erfarenheter och som inte berörts i enkäten. Den låga andelen svarande kan förklaras med att det var den sista frågan av totalt 87 frågor. Det är inte uteslutet att kvinnorna inte hade ork att svara på flera frågor alternativt att de upplevde att det inte hade mera att berätta som inte redan hade belyst i deras tidigare svar. Dock kan det inte uteslutats att studiens resultat påverkats av den låga andel som besvarat frågan exempelvis om de som skrivit något hade mer negativa upplevelser att förmedla än de som avstod från att svara. Informationen om undersökningen och alla frågor endast fanns på svenska språket, har begränsat möjligheten att kvinnor med annat ursprung än det svenska att delta. En faktor som begränsar studiens generaliserbarhet. Sannolikt hade svarsfrekvensen varit högre om deltagarna kunde välja att läsa och besvara frågan på andra språk än det svenska. Då datainsamlingen skedde anonymt ökade sannolikt möjligheten att deltagarna vågade uttrycka sig negativt kring känslor och upplevelser. Datainsamlingen som ligger som grund för dataanalysen uppfyller det forskningsetiska kravet på frivillighet, information, samtycke och anonymitet (Vetenskapsrådet, 2011).

Författaren har försökt att göra metodbeskrivningen så tydlig som möjligt för att underlätta studiens upprepbarhet. Dock kan det vara svårt att göra om en kvalitativ studie på exakt samma sätt (Danielsson, 2012).

Den valda metoden, kvalitativ innehållsanalys, har varit en lämplig metod för att besvara studiens syfte och frågeställningar (Petersson & Lindskov, 2012). Syftet med studien var att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet. Innehållsanalysen som metod utvecklades för att hantera stora mängder data och den kvalitativa innehållsanalysen används för att granska och tolka texter. Datainsamlingen gav ett omfattande textmaterial och blev ett lämpligt underlag för innehållsanalysen. Metoden innebar att datan skulle klassificeras systematiskt och stegvist. För att underlätta detta skapades tabeller. Metoden kunde anpassas efter författarens erfarenhet och till datan som kunde variera i kvalitet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En intervju hade kunnat ge ett ännu rikare material att analysera. Men den metoden skulle kräva mer tid och resurser och vid intervjuer finns även en intervjuareffekt som kan påverka det resultat som erhålls. Genom att kvinnorna i föreliggande studie helt fritt kunde lyfta för dem angelägna frågor har påverkan på deras svar minimerats.

Författaren hade viss kännedom och kunskap om att barn kan dö under graviditeten men hade ingen egen erfarenhet eller djupare teoretisk kunskap innan studien påbörjades. En viss tolkning kan ha gjorts i analysen, när meningsenheterna togs ut, kondenseringen utfördes, kodningen och skapande av subkategorierna och kategorierna (Lundman & Hällgren

Graneheim, 2012). Användandet av förförståelse under forskningsprocessen kan göra så att ny kunskap upptäcks och att djupare förståelse erhålls (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författaren försökte hålla sig nära den ursprungliga texten utan att helheten gick förlorad i en för detaljerad kodning. En viss tolkning kan behövas för att resultatet ska bli begripligt och meningsfullt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

I denna studie har författaren läst datainsamlingsmaterialet och genomfört analysen självständigt. Handedare och kurskamrater har fått granska om koder, subkategorier och kategorierna som skapades överensstämde med textens innehåll och att benämningarna verkar rimliga och tolkningen trovärdig. Detta kan enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) vara värdefullt för trovärdigheten. De har även kontrollerat att resultatbeskrivningarna verkade rimliga och på detta sätt har det stärkt trovärdigheten. Analysarbetet är noggrant beskrivet, vilket är ett annat sätt stärka resultatets tillförlitlighet. I resultatet presenterades citat så att läsaren ha hade möjlighet att bedöma giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Efter citaten har response id skrivits ut för att visa på att de är representativa (Danielsson, 2012).

Antalet svar skilde sig mycket mellan de olika grupperna. Orsaken till att det blev färre svar från kvinnor som fött sitt döda barn före vecka 28 kan bero på att deras anknytning till barnet inte har hunnit lika långt och att de på så vis har färre upplevelser att förmedla. Det kan också bero på att det inte var så många kvinnor totalt som besvarade frågeformuläret bland dem som miste sitt barn före graviditetsvecka 28. Tidigare forskning har visat på att kvinnan samlar på sig sensoriska interaktiv kunskap om sitt ofödda barn som de inte kan uttrycka i ord, exempelvis barnets speciella beteende hur den reagerar på stimuli och hur kvinnan uppfattar barnet som aktiv part i en tvåvägskommunikation (Stainton, 1990; Malm et al., 2011; Ross, 2012). Att inte lära känna barnet på detta sätt kan innebära att vissa händelser under graviditeten inte upplevs eftersom anknytningen inte hunnit dit och kan då inte heller förmedlas till andra.

Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras utifrån studiens syfte och frågeställningar. De huvudsakliga fynden i studien berörde fyra områden: *otillräcklig kunskap och otillräcklig information om att barn kan dö intrauterint; upplevelse av vårdpersonalens bemötande, före och efter förlossningen; kvinnans oro under graviditeten; mötet med det dödfödda barnet.*

Otillräcklig kunskap och otillräcklig information om att barn kan dö intrauterint

Alla grupper, förutom grupp 1 förmedlade att de hade behövt mer information och kunskap om att ett barn kan dö under graviditeten och de uttryckte att de borde ha fått informationen under föräldrarutbildningen på mödravårdscentralen. Eftersom kvinnor som fött ett dött barn före vecka 28 men efter år 2010 (grupp 3) upplevde att de hade velat ha mer information kan det inte ses som att det har med hur långt graviditeten framskridit att göra. Det går inte heller att förklara det med att vården har förändras över tid eftersom kvinnor som fött barn efter vecka 28 men före år 2010 (grupp 2) önskade mer information. Det var förmodligen slumpen att kvinnorna i grupp 1, inte tog upp detta. Grupp 1, utgjordes endast av 20 kvinnors svar. Nyare svensk forskning har visat att en fjärdedel av de kvinnor som medverkade i studien tyckte det var viktigt att kunna delta i en föräldrarutbildning på mödravårdscentralen medan omkring 60 procent tyckte att det var viktigt att få information om graviditeten. Resultatet jämfördes mot en nationell undersökning som gjordes 10 år tidigare i Sverige, författarna

konkluderar att det tycks bli mindre viktigt att kunna delta i föräldrarutbildningen men att få information om graviditet, har blivit viktigare under de tio år som förflutit mellan dessa två undersökningar (Hildingsson et al., 2014). En annan studie visade på att 57 procent av de svenska kvinnorna nöjda med föräldrarutbildningen som de fick på mödravårdscentralen. Det kom fram att 20 procent av kvinnorna tyckte att informationen de fått om graviditet var bristfällig och 53 procent ansåg att de fått bristfällig information om förlossningsarbetet och själva förlossningen. Det kom också fram i denna studie där svenska kvinnorna jämfördes med australienska kvinnorna, att de australienska kvinnorna var mer nöjda över lag med den vård som de fått under graviditeten. De australienska kvinnorna hade flera olika modeller att välja på, när det gällde vård under graviditeten (Hildingsson et al., 2013).

Resultatet från tidigare forskning och denna studie visar på samstämmighet att kvinnorna vill ha information om graviditeten men uppfattningen vart informationsutbytet ska ske verkar vara olika. Kanske går trenden att kvinnan inte tycker att föräldrarutbildningen, som ges på mödravården ger så mycket. Att de hellre vill få kunskap från barnmorskan om risker för fostret vid något annat tillfälle eller på något annat vis. Det vore bra om det fanns flera alternativ för kvinnan att få vård under graviditeten. Den gravida kvinnan skulle kunna få välja om hon ville träffa barnmorskan som idag, på mödravårdscentralen eller träffa barnmorskan och få vård enligt en annan modell. Det kan vara så att först när en kvinna har varit med om att förlorat sitt barn inser vikten av att delta i föräldrarutbildningen och även börjar fundera på vad som hade varit viktigt att diskutera och ta upp där.

Upplevelse av vårdpersonalens bemötande, före och efter förlossningen

Resultatet beskriver hur kvinnorna upplevde bemötandet som de fick före och efter förlossningen. Det fanns ingen skillnad i deras upplevelse med tanke på om de fött sitt döda barn före eller efter vecka 28. En del kvinnor upplevde att de hade fått ett tryggt och bra bemötande av vårdpersonalen och andra att de hade fått ett dåligt bemötande. Kvinnorna som hade fött sitt döda barn efter vecka 28 beskrev lite mer ingående om upplevelsen av bemötandet och tyckte att vårdpersonalens beteende var viktig och att den skulle utföras av erfaren och kunnig personal.

Kvinnorna (76 procent) som deltog i en tidigare studie upplevde att de möttes med förståelse från vårdpersonalen när de fick information om att deras barn hade dött och att sättet personalen presenterade det på var lämpligt (Erlandsson et al., 2011). Kvinnorna i studien upplevde också att de möttes av förståelse av vårdpersonalen under förlossningen oberoende vilken reaktion de hade visat och att vårdpersonalen sätt att behandla barnet kändes bra. Hur kvinnan värderade det stöd som hon hade fått ändrades, till mer positivt allt eftersom tiden gick (Erlandsson et al., 2011).

Det framkom också i resultatet i föreliggande studie att barnmorskan sätt i mötet med det döda barnet fick föräldrarna att känna sig respekterade. Barnmorskan som såg barnet som något fint, sättet hon höll i barnet och att hon inte visade någon avsky lade grunden för kvinnans sorgearbete. Att bemötandet som kvinnan upplevde har av stor betydelse för kvinnan indikeras i studiens resultat, flera som besvarade webbenkäten hade fött sitt döda barn för länge sedan, allt ifrån 1970 talet och framåt uttryckte detta. Kvinnans upplevelse av bemötande verkar inte vara påverkat av anknytningen till barnet eller hur lång tillbaka i tiden händelsen var. Forskningen som Erlandsson et al., (2011) gjorde jämfört med denna studie visar på att variation finns hos kvinnan i hur de upplever bemötandet de får av vårdpersonalen. Kvinnor upplever vårdpersonalens bemötande i samband när de skulle få

besked att deras barn hade dött på olika sätt då 76 procent av kvinnorna i deras studie bemöttes på ett bra sätt medan 24 procent inte upplevde det så.

Kvinnans oro under graviditeten

Ingen av kvinnorna som hade fött ett dött barn före vecka 28, tog upp några upplevelser kring oro under graviditeten men det gjorde kvinnorna som fött sitt döda barn efter vecka 28. De upplevde att deras oro inte togs på allvar av barnmorskan och att de var till besvär om de ringde mödravården eller förlossningen. Här går det att anta att kvinnans anknytning till sitt barn spelar en roll, hur väl de har hunnit lära känna sitt barn. Om inte kvinnan har lärt känna sitt barn kan det vara svårt att reagera på att något upplevs annorlunda och detta har då inte blivit till någon oro för kvinnan. I en studie där kvinnor fött ett dött barn efter vecka 28 kom det fram att de hade lärt sig vilka vanor som deras barn hade, exempelvis sov- och rörelsemönster och hur aktivt barnet var (Malm et al., 2011). Kvinnorna blev oroliga när de inte fick den förväntade kontakten med barnet. Trots att de hade en känsla av att något var fel slog en del bort känslan och de trodde inte att det var något allvarligt. Nästan alla kvinnor trodde inte att barnet hade dött. De trodde att det var normalt med minskade fosterrörelser i slutet av graviditeten (Malm et al., 2011). Att kvinnor tror att det är normalt med att fosterrörelser minskar i slutet av graviditeten sågs även i en annan studie (Erlandsson, Lindgren, Davidsson-Bremborg & Rådestad, 2012). Trots att kvinnorna knyter an till sitt barn så visar studien på att 36 procent inte anade att något var fel och åtta procent av kvinnorna som ringde till mödravårdscentralen eller till förlossningen med sin oro fick veta att allt verkade normalt utan barnmorskan gjorde någon undersökning (Erlandsson et al., 2012).

Mötet med det dödfödda barnet

Det finns ingen större skillnad mellan grupperna hur de upplever mötet med sitt döda barn förutom att kvinnorna som fött sitt döda barn före vecka 28 inte tar upp hur de skapade minnen. Kvinnorna hade fått både bra och dåligt stöd av barnmorskan. De förmedlade att de hade önskat att barnmorskan hade hjälpt dem mer med att ta avsked av sitt döda barn. De som födde sitt döda barn efter vecka 28 men före och efter år 2010 tar upp detta olika mycket. Kan det förklaras med att vården kring mötet med det döda barnet blivit så pass bra idag att få reflekterar över detta? I studier har det kommit fram att nästan alla kvinnor som föder ett dött barn ser sitt barn (Erlandsson et al., 2013; Rådestad et al., 2009). I Rådestad et al. (2009) studie framkommer det att 94 procent av kvinnorna höll sitt döda barn efter förlossningen men med blandade känslor hur detta upplevdes (Rådestad et al., 2009).

Slutsats

Kvinnorna beskrev brister i kunskapen om att barn kan dö före födelsen och de saknade information om detta under graviditeten. Kvinnorna menade att denna information kan ges inom föräldrautbildningen på mödravårdscentralen. Kvinnorna ville att deras oro under graviditeten skulle tas på allvar men de ville inte vara till besvär för barnmorskan. En del kvinnor upplevde bemötandet i samband med deras barns död som bra och tryggt medan andra tyckte att bemötandet hade varit dåligt. Mötet med barnet blev både bra och dåligt och kvinnorna önskade att barnmorskan hade hjälpt dem mer med detta.

Klinisk tillämpbarhet

Information om fosterrörelser bör ges av barnmorskan till alla gravida, vid flera tillfällen under graviditeten. I relation till samtal om fostrets rörelser kan information ges om vad som kan vara tecken på att ett foster inte mår bra; minskade fosterrörelser och svagare rörelser. I samband med detta kan olika komplikationer tas upp däribland intrauterin fosterdöd som en mycket ovanlig komplikation. Barnmorskor kan behöva träna hur information om komplikationer ska ges, liksom hur hon ska bemöta kvinnors frågor eller oro efter att informationen lämnats. Det är viktigt att all vårdpersonal har grundläggande kunskap i hur omvårdnaden till kvinnan som förlorat sitt barn ska vara. Om bemötandet till kvinnan är bra och kvinnan upplever att hennes möte med sitt döda barn blir bra, kan det vara ett stöd i sorgen.

REFERENSER

- Alhusen, J.L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *JOGNN*, 37, 315 – 328. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x.
- Andersson-Wretmark, S. (1993). Perinatal death as a pastoral problem. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet, Teologiska institutionen.
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668–673. doi: 10.1016/j.midw.2012.06.007.
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 249-259. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *J R Coll Gen Pract*, 16, 103-112.
- Brodén, M. (2010). Graviditetens möjligheter: *En tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cacciatore, J., Rådestad, I., & Frøen, F. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *BIRTH*, 35(4), 313-320. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00258.x.
- Collberg, P., & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål och innehåll. I H. Hagberg (Red.), *Obstetrik* (ss. 141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Cousens, S., Blencowe, H., Stanton, C., Chou, D., Ahmed, S., Steinhardt, L.,... Lawn, J.E. (2011) National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. *Lancet*, 377, 1319-1330. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62310-0.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2012). Women's premonitions prior to the death of their baby in utero and how they deal with the feeling that their baby may be unwell. *Obstet Gynecol Scand*, 91, 28-33. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01209.x.
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M.C., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2011). Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: A qualitative internet-based study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(11), 1677-1684. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x.
- Erlandsson, K., Säflund, K., Wredling, R., & Rådestad, I. (2011). Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 139-152. doi: 10.1080/15524256.2011.593152.

- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth - Findings from an online questionnaire. *Midwifery*, 29(3), 246–250. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.007.
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J.F., Smith, G.C., Gibbons, K.,... Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377, 1331-1340. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Hildingsson, I., Andersson, E., & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 51–57. doi: 10.1016/j.srhc.2014.01.001.
- Hildingsson, I., Haines, H., Cross, M., Pallant, J., & Rubertsson, C. (2013). Women's satisfaction with antenatal care: Comparing women in Sweden and Australia. *Women and Birth*, 26, e9-e14. doi: 10.1016/j.wombi.2012.06.002.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malm, M.C., Lindgren, H., & Rådestad, I. (2011). Losing contact with one's unborn baby - Mothers' experiences prior to receiving news that their baby has died in utero. *OMEGA*, 62(4), 353-367. doi: 10.2190/OM.62.4.c.
- Malm, M.C., Rådestad, I., Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2011). Waiting in no-man's-land – Mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 51-55. doi: 10.1016/j.srhc.2011.02.002.
- McClure, E.M., Phiri-Nalubamba, M., & Goldenberg, R.L. (2006). Stillbirth in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94, 82-90. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.03.023.
- Petersson, P., & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 289-302). Lund: Studentlitteratur.
- Pettersson, K & Stephansson, O. (2014). Fosterdöd. I H. Hagberg (Red.), *Obstetrik* (ss. 465-469). Lund: Studentlitteratur.
- Pullen, S., Golden, M.A., & Cacciatore, J. (2012). "I'll never forget those cold words as long as I live": Parent perceptions of death notification for stillbirth. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 8, 339-355. doi: 10.1080/15524256.2012.732022.

- Ross, E. (2012). Maternal–fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal of Midwifery*, 20(8), 566-575.
- Ryding, E.L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg (Red.), *Obstetrik* (ss. 127-140). Lund: Studentlitteratur.
- Rådestad, I. (2009). Intrauterin barnadöd. I A. Kaplan (Red.), *Lärobok för Barnmorskor* (ss.135-141). Lund: Studentlitteratur.
- Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., Onelöv, E., & Steineck, G. (2009). Holding a stillborn baby: Mothers' feelings of tenderness and grief. *British Journal of Midwifery*, 17(3), 178-180.
- Santesson, C. (2009). Mödrahälsovård. I A. Kaplan (Red.), *Lärobok för Barnmorskor* (ss.193-1244). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen [Internet]. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2013. Assisterad befruktning 1991-2012. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-19>
- Stainton, M.C. (1990). Parents' awareness of their unborn infant in the third trimester. *BIRTH*, 17(2), 92-96. doi: 10.1111/j.1523-536X.1990.tb00707.x.
- Stormdal Bring, H., Hulthén Varli, I., Kublickas, M., Papadogiannakis, N., & Petttersson, K. (2014). Causes of stillbirth at different gestational ages in singleton pregnancies. *Scand*, 93, 86-92. doi: 10.1111/aogs.12278.
- Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *BIRTH*, 31(2), 132-137. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningsed* (Vetenskapsrådets rapportserie, 2011:1). Stockholm: VR.
Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningsed/>
- World Health Organization (2015). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Hämtad från http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf