



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisterexamen

**Mammors upplevelser i samband med beskedet att det
väntade barnet dött i livmodern.**

Mother's experiences of the message that their child has died in utero

Författare: Rebecca Boltensern & Ingrid Granath
Handledare: Mari-Cristin Malm
Granskare: Docent Mats Eriksson
Examinator: Margareta Persson
Ämne/huvudområde: Vårdvetenskap inriktning sexuell,
reproduktiv och perinatal hälsa
Poäng: 15 hp
Betygsdatum: Ht2012

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år dör cirka 450 barn i intrauterin fosterdöd i Sverige. Att förlora ett barn är en tragisk upplevelse för föräldrarna. Barnmorskor behöver kunskap och förståelse hur de på bästa sätt kan bemöta mammor tiden innan, under och direkt efter att beskedet om att barnet dött i livmodern lämnats.

Syfte: Syftet är att beskriva mammornas upplevelse av att få beskedet att deras barn dött i livmodern.

Metod: Kvalitativ metod med innehållsanalys av semistrukturerade djupintervjuer med 26 mammor från olika delar av Sverige som förlorat ett barn före födseln.

Resultat: Resultatet visar att under väntan på beskedet om deras barns hälsa pendlar mammorna mellan hoppet om att deras ofödda barn mår bra och insikten att barnet har dött i livmodern. När de får beskedet rasar vekligheten samman och mammorna tvingas begripa det ofattbara. Med livsmod och stöd från barnmorskan beskriver mammorna hur de hanterade beskedet.

Slutsats: Läkare och barnmorskor borde ge tydlig information och göra mammorna delaktiga i undersökningen för att minska oro och förvirring. Beskedet bör ges med väl valda ord och empati. Genom att våga vara närvarande och ge stöd kan man hjälpa mammorna hantera situationen.

Nyckelord: Intrauterin fosterdöd, kvalitativ innehållsanalys, mammors upplevelser, stöd

Abstract

Background: Every year about 450 children die in stillbirth in Sweden. To lose a child is a tragic incident for the parents. Midwives need to understand and have knowledge how they can provide the best help possible for the mothers in these situations.

Aim: The aim was to describe mothers' experiences of the message that their child had died in utero, which includes the time just before, during and after the information is provided.

Method: Semi-structured interviews were performed with 26 mothers from Sweden whose babies had died in utero. The interviews were analyzed using content analysis.

Result: The result shows that during the examination of the unborn baby the mothers commute between hope that their baby is well and the awareness that the baby has died in utero. When they receive the message their whole world falls apart. They are forced to understand the unimaginable and try to cope with the situation. With their own courage and support from midwives, mothers describe how they handle the message.

Conclusion: Midwives and doctors should inform the mothers and make them a part of the examination to reduce worry and confusion. The message should be given in a sensitive but clear way and midwives should provide support and empathy to help them through their situation.

Keywords: Stillbirth, content analysis, mothers' experiences, support

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Prevalens	1
Orsaker till intrauterin fosterdöd	1
Historik	1
Anknytning till barnet i livmodern	2
Upplevelse av fosterrörelser	2
När ett barn dör	3
Tragiska besked	3
Betydelsen av stöd	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Design	4
Urval	4
Datainsamling	5
Dataanalys	5
Etiska övervägande	6
Resultat	7
<i>Ovisshet</i>	9
<i>Talande tystnad</i>	10
När verkligheten rasade	11
<i>Kaos</i>	11
<i>Begripa det ofattbara</i>	12
Hantera situationen	13
<i>Livsmod</i>	13
<i>Stöd</i>	13

Diskussion	14
Sammanfattning	14
Resultatdiskussion	14
<i>Innan beskedet lämnades</i>	14
<i>Beskedet</i>	16
<i>Efter beskedet lämnades</i>	17
Metoddiskussion.....	18
Slutsats	19
Kliniska implikationer.....	19
Förslag till vidare forskning	20
Referenslista	21
Tabell 2. Exempel på analysprocessen. Övergripande tema: Mellan hopp och förtvivlan..	26
Bilaga 1. Frågeguide	28

Bakgrund

Prevalens

I världen dör 2,6 miljoner barn i intrauterin fosterdöd varje år, vilket betyder att barnet dör i livmodern. 98 procent av dödsfallen drabbar familjer i låg- och medelinkomst länder. Trenden förekommer även i höginkomstländer där vissa etniska grupper och låginkomsttagarna är utsatta (Lawn & Kinney, 2011).

I Sverige dör cirka 450 barn per år i livmodern (Socialstyrelsen, 2010). Enligt World Health Organization (WHO) övergår ett foster till att definieras som barn från 22 fullgångna graviditetsveckor eller om graviditetstiden är okänd, att barnet väger 500 gram och är 25 centimeter långt (International stillbirth alliance [ISA], 2012). Sedan 2008 är även detta den svenska definitionen, vilket tidigare var 28 fullgångna graviditetsveckor (Socialstyrelsen, 2010).

Orsaker till intrauterin fosterdöd

De vanligaste orsakerna till att barn dör i intrauterin fosterdöd är missbildningar hos fostret, infektioner hos mamman, navelsträngskomplikationer eller sjukdom hos mamman som preeklampsi och diabetes (Winbo, Serenius, Dahlquist & Källen, 2001). Mammans ålder, tobaksanvändning, livsstilsfaktorer som alkohol och övervikt under graviditeten ökar risken för att barnet dör (Kristensen, Vestergaard, Wisborg, Kesmodel & Secher, 2005; Winbo et al., 2001). Ovan nämnda riskfaktorer och livsstilsfaktorer hos mamman ökar även risken för tillväxthämning, då fostret inte når upp till sin genetiskt förutbestämda födelsevikt under graviditeten vilket i sin tur ökar risken för att barnet dör i livmodern. Det uppstår en svältsituation där fostret inte får i sig tillräckligt med viktiga näringsämnen genom placenta (Almström, 2002). I 10-15% av fallen är anledningen till varför barnet dör oklar (Socialstyrelsen, 2010; Lawn & Kinney, 2011).

Historik

I början av 1900-talet var det avsaknad av fosterrörelser, mammornas upplevelse av tyngdkänsla i buken eller minskad bröstvolym som gav misstanke om att barnet var dött i

livmodern. Innan röntgen och ultraljudsteknik uppfanns bekräftades misstanken om barnets död genom frånvaro av fosterhjärtljud vid auskultation med stetoskop eller trätratt (Rådestad, 1998). I början av 1900-talet fanns tron att anknytningen till barnet började först vid födseln och det ansågs ingen anledning att sörja ett dödfött barn. Mammorna uppmanades att glömma sitt dödfödda barn och fick ofta sedering innan framfödandet. De tilläts inte se eller röra barnet efter förlossningen och fick inte veta könet (Rådestad, 1998).

Anknytning till barnet i livmodern

Tidigare forskning visar att redan under graviditeten knyts starka band till det väntade barnet (Robinson, Baker & Nackerud, 1999). Maternal-fetal attachment (MFA) är en term som beskriver relationen mellan den gravida mamman och barnet i livmodern. Anknytning sker på olika sätt, som att fantisera om olika scenarion med barnet och finna karaktäristiska drag hos sitt ofödda barn. Viljan att vara hälsosam och undvika skadliga substanser eller stryka sin gravida mage varsamt ses också som ett sätt att knyta an. Andra faktorer som spelar roll är graviditetens förlopp samt kvinnans egna erfarenheter av anknytning. Det visar sig att graden av MFA ökar under tiden mamman börjar känna rörelser (Salisbury, Law, LaGasse & Lester, 2003). Hur anknytningen till och förväntan på det blivande barnet är samt längtan till att bli förälder spelar in i hur förlusten av barnet upplevs (Robinson et al., 1999).

Upplevelse av fosterrörelser

Tidigare fanns uppfattningen att fosterrörelser minskade i slutet av graviditeten, vilket inte är fallet. Denna myt kan leda till att mammor som känner minskade fosterrörelser väntar med att söka vård (Malm, Lindgren & Rådestad, 2011). Flertalet av de mammor som förlorat sitt barn före födelsen upplever minskade eller upphörda fosterrörelser samt tyngdkänsla i magen innan de tog kontakt med sjukvården. Dock försöker de hålla tillbaka sin egen oro kring barnets rörelsemönster. De påverkas även av lugnande råd från anhöriga och hälsovårdspersonal vilket kan fördröja undersökningen av fostrets tillstånd (Malm et al, 2011; Trulsson & Rådestad, 2004). Minskade fosterrörelser är ett viktigt tecken på det ofödda barnets hälsa och mammans oro bör tas på allvar (Erlandsson, Lindgren, Davidsson-Bremborg & Rådestad, 2011).

När ett barn dör

Ett barn representerar inte bara ett hopp om framtiden men även hopp om ett bättre liv och större möjligheter. Det kan innebära att en dröm blir uppfylld, en chans att starta ett nytt liv, och när så ett barn går förlorat innan det föds beskrivs det som att en framtid går om intet. Barnet blir en del av mammans identitet och den identiteten går också förlorad när mamman mister sitt barn (McCreight, 2008; Robinson et al., 1999). Att förlora ett barn är en känslig och komplex händelse som ofta resulterar i långvarig sorg och ibland även en svårighet att hitta en mening med livet igen (Cacciatore & Bushfield, 2007).

Tragiska besked

Under livet möter alla svåra besked som varken är trevliga att ta emot eller att ge (Carlander, 2010; Kleber & Brom, 1992). Att lämna ett svårt besked är starkt påfrestande för vårdgivaren (Säflund, 2003). Men på samma sätt som att det är en skyldighet att lämna svåra besked är det en rättighet för den andre att ta emot ett svårt besked. Ovissheten är värre. Varken mottagaren eller vårdgivaren har kontroll över vad beskedet innehåller och det finns varken någon eller något som kan ändra på det. Dock är lämnandet av ett svårt besked inte en enskild händelse som utförs och sedan avslutas, utan ett tillfälle till fortsatt samtal och dialog (Carlander, 2010).

Betydelsen av stöd

Efterlevande efter plötslig död uttrycker betydelsen av stöd från det sociala nätverket som värdefullt för att ta sig igenom situationen och gå vidare (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Thuen (1997) beskriver att familjen, stödorganisationer och vårdpersonal står för olika sorters stöd. Vårdpersonalen och stödorganisationer står oftast för det informativa stödet, men även för det känslomässiga. Familjen står för det känslomässiga och praktiska stödet (Thuen, 1997). Föräldrar till barn som dött före födseln belyser vikten av rätt stöd och rådgivning som hjälp i deras sorg (Säflund, 2003). Att våga vara nära, hålla de i handen eller ge en kram kan ha en positiv effekt om det görs vid rätt tillfälle och med rätt patient (Sparks, Villagran, Parek-Raley & Cunningham, 2007; Säflund, 2003).

Problemformulering

Tidigare forskning och kunskap visar hur anknytningen till barnet börjar redan under graviditeten och att förlora ett barn innebär en stor tragedi för mamman. Forskning visar att de flesta mammor haft en föräning om att något inte stämmer, relaterat till barnets nedsatta eller uteblivna aktivitetsmönster. Tanken på att barnet skulle ha dött i livmodern förekommer sällan. Barnmorskor möter både liv och död och behöver stor kunskap och förståelse hur de på bästa sätt kan bemöta mammor i dessa situationer. Hur barnmorskan kan ge individuellt stöd kräver lyhördhet, erfarenhet och en tillåtande miljö. Det finns begränsad forskning om hur mammor upplever beskedet att deras väntade barn inte längre lever. Författarna till studien avser att få en djupare kunskap om hur beskedet att barnet dött före födelsen upplevs, samt tiden precis innan och efter att mammorna fått beskedet.

Syfte

Syftet är att beskriva mammornas upplevelse av att få beskedet att deras barn dött i livmodern, vilket innefattar tiden strax innan, under och strax efter beskedet.

Metod

Design

Kvalitativ metod med innehållsanalys av semistrukturerade djupintervjuer med mammor som förlorat ett barn före födseln. Intervjuerna är utförda av annan forskare och har resulterat i två publicerade artiklar (Malm, Lindgren & Rådestad, 2011; Malm, Rådestad, Erlandsson & Lindgren 2011). De delar av intervjuerna, som svarar till syftet, ligger till grund för denna studie.

Urval

Initialt rekryterades informanterna från två medelstora sjukhus i Sverige. Ett brev skickades ut till de mammor som fött ett dödfött barn under det senaste året. För att utvidga urvalet skedde efter förfrågan om intresse för deltagande på föreningen Spädbarnsfondens hemsida, en nationell föräldraförening för de som mist ett spädbarn. De mammorna som tog kontakt fick mer information om studien och initierade då själva sitt deltagande. Inklusionskriterierna var

mammor som fött ett dött barn på ett sjukhus i Sverige. Det var ett hundratal som anmälde sitt intresse, ett trettioital av dessa mammor uppfyllde kriterierna för att delta i studien.

Exklusionskriterierna var mammor som förlorat ett barn som levde vid födelsen eller fått missfall. 28 mammor bokades för intervju, två föll bort utifrån exklusionskriterierna. Det totala antalet mammor som intervjuades var 26.

Alla kvinnor var svensktalande, varav en hade invandrat från ett utomeuropeiskt land. Kvinnorna var i åldrarna 22-41 år. De hade förlorat sitt barn i graviditetsvecka 30-42. Förlossningarna ägde rum på 15 olika sjukhus i Sverige. En kvinna födde sitt döda barn med kejsarsnitt, övriga födde vaginalt. Sjutton av mammorna var förstföderskor och nio var omföderskor. I tolv fall var dödsorsaken oförklarlig, fem fall berodde på placentaavlossning, fyra fall av grupp-B-streptokocker (GBS) varav en även hade en fosterskada, två fall av placentainsufficiens och ett fall vardera av, navelsträngskomplikation, e-coli infektion och fosterskada (tabell 1).

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes 2006-2007 på en för mamman valfri plats. 22 intervjuer genomfördes i mammornas hem och fyra i annan lokal. Intervjuerna ägde rum mellan fem veckor och sex år efter barnets födelse. En frågeguide utformades (bilaga 1) efter erfarenheter och litteraturstudier. Frågeguiden bearbetades och omformulerades efter tre provintervjuer som genomfördes innan huvudstudien. Vid intervjuerna fick kvinnorna berätta fritt om händelseförloppet och frågeguiden fanns som hjälp för struktur i samtalet, de varade från 52 minuter till 2,5 timmar. De inspelade intervjuerna kodades och transkriberades ordagrant.

Dataanalys

I denna studie har en sekundäranalys genomförts av samtliga 26 intervjuer, med fokus på de delar som beskriver mammornas upplevelse av att få beskedet att deras barn dött i livmodern. Delar av fyra intervjuer transkriberades av författarna till denna studie för att få en inblick i tillvägagångssättet. Intervjuerna har analyserats och bearbetats med inspiration av Graneheim och Lundmans (2003, 2008) innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en flexibel metod för att analysera texter som fokuserar på språket som kommunikationsmedel. Den uppmärksammar relationer mellan mindre enheter i texten och texten i sin helhet (Graneheim

& Lundman, 2003, 2008). Analysprocessen inleddes med att författarna läste intervjumaterialet var för sig ett flertal gånger för att få en helhetsbild av materialet. Därefter togs meningsenheter ur texten som svarade till studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades och abstraherades till en högre logisk nivå. Efter detta kodades materialet för att göra materialet mer lätthanterligt utan att förlora det centrala innehållet. De första åtta intervjuerna kondenserades tillsammans, de resterande kondenserades och kodades var för sig för att sedan jämföra resultaten. Därefter delades koderna in i 12 preliminära kategorier. Efter att ha jämfört olikheter och likheter inom kategorierna blev det slutligen tre kategorier och sex underkategorier (figur 1, s. 8). Temat, som växte fram under hela analysprocessen, baserades på helheten i texten, innehållet i kategorierna och det latent innehåll. Citaten som används i resultatdelen har med stor försiktighet förkortas för att tydliggöra innehållet, men utan att förlora eller förändra innebörden.

Etiska övervägande

En förfrågan om deltagande samt information om studiens syfte lämnades muntligt och skriftligt till mammorna. Deltagandet utgick ifrån mammans eget initiativ och kunde avbrytas när som helst under studien. Allt material behandlades konfidentiellt. Författarna av denna studie är införstådda med att informanterna befann sig i en ytterst känslig situation. Intervjuaren tog hänsyn till det känsliga ämnet och pratade om vardagliga ämnen innan och efter intervjuerna för att skapa en tillåtande intervjusituation. Studien godkändes av forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna 2004-08-18.

Resultat

26 mammor som var och en fött ett dött barn deltog i studien. Tre av mammorna hade blivit gravida efter In Vitro Fertilisering (IVF). För 19 mammor var det döda barnet deras första, sju av mammorna hade fött ett eller flera levande barn före det döda barnets födelse. En mamma hade tidigare förlorat ett dött barn före födelsen och en mamma hade fött tvillingar där ett barn hade dött i livmodern och tvillingsyskonet levde. Mammorna bodde i 21 olika kommuner och hade vårdats vid 15 olika sjukhus i Sverige. En mamma var ensamstående, övriga var gifta eller sammanboende med barnafadern vid tiden för det döda barnets födelse. Vid tiden för intervjun var två mammor ensamstående, övriga var gifta eller sammanboende med barnafadern. Tretton av mammorna som intervjuades ett år eller mer efter det döda barnets födelse var gravida igen inom ett år efter barnets död. För åtta mammor hade inte ett år hunnit förflyta mellan födelsen av sitt döda barn och intervjutillfället (tabell 1).

Under granskningen av materialet framkom mammornas känslor och tankar strax innan, under och direkt efter beskedet om att deras barn hade dött i livmodern. I analysprocessen skapades koder som delades in i tre kategorier och sex underkategorier. Ett övergripande tema framkom; Mellan hopp och förtvivlan (tabell 2).

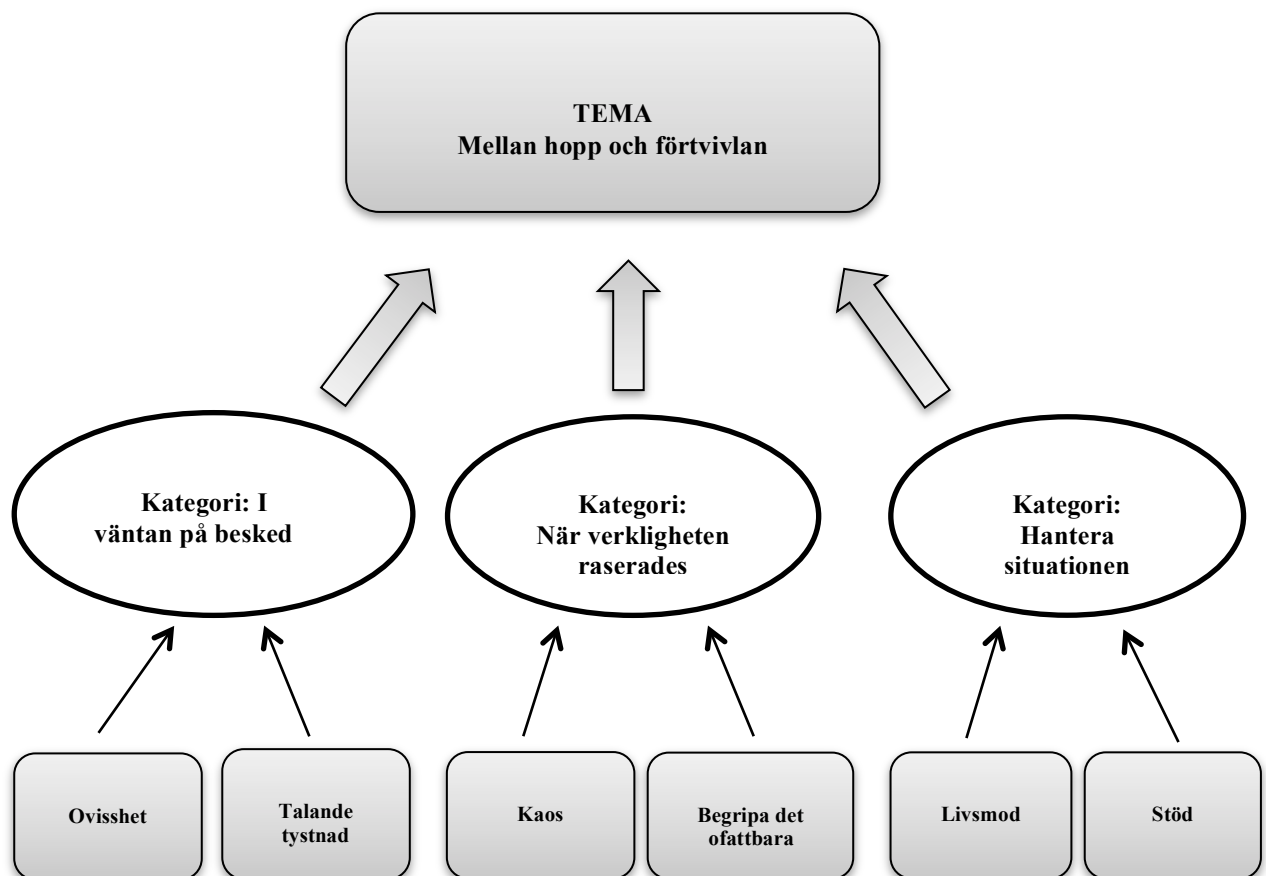
Den första kategorin, **I väntan på besked**, redogör för mammornas upplevelse av tiden innan de får veta att barnet dött i livmodern. Två underkategorier utformades varav den första, *Ovisshet*, innehåller beskrivningar från mammor som ännu inte fått veta vad som skett med deras barn. Av dessa mammor beskriver sig en del som helt ovetande, medan andra säger sig vara övertygade om att barnet i livmodern inte lever och vill ha ett besked. Däremellan befinner sig de mammor som har en föräning och oro att något inte stämmer. De flesta pendlar i tankarna över vad som ska sägas om deras ofödda barns tillstånd. Den andra underkategorin, *Talande tystnad*, skildrar tankar och reflektioner om hur de upplevde tystnaden i rummet medan undersökningen av barnet i livmodern pågick, strax innan de fick beskedet.

Den andra kategorin, **När verkligheten rasade**, omfattar tiden under och direkt efter att mammorna fått det muntliga beskedet att deras barn dött i magen. Mammornas reaktioner visade olika sätt att hantera ett oväntat dödsbesked. Här utkristalliserades två underkategorier varav den första, *Kaos*, inkluderade både mammor som befann sig i chock, skrek, grät och de

som uttryckte sig genom att stänga av känslorna och upplevde att de hamnade i ett tomrum. *Begripa det ofattbara*, den andra underkategorin, handlar om att tvingas förstå vad som hänt, men också ifrågasätta det obegripliga beskedet.

Den tredje kategorin, **Hantera situationen**, avser att beskriva hur mammorna i den tragiska situationen hittar olika sätt att förhålla sig till det inträffade med eller utan upplevt stöd från barnmorskan och läkaren som befann sig i rummet. Två underkategorier skapades av vilken den första, *Livsmod*, blev uppenbar när mammorna beskrev hur de motiverade sig själva till att gå vidare och hur de skulle ta sig igenom mardrömmen de hamnat i. I den andra underkategorin, *Stöd*, redogjorde mammorna för hur de upplevde stöd eller avsaknad av stöd från barnmorskan eller läkaren, som tog hand om dem, i samband med att beskedet lämnades och tiden direkt därefter.

Figur 1. Översikt över tema, kategorier och underkategorier.



I väntan på besked

Ovisshet

Känslan av ovisshet grundade sig på mammornas olika berättelser om hur de stegvis eller abrupt tog sig igenom väntan på det ofattbara, eller det mer begripliga beskedet att deras barn dött i livmodern. Tre av mammorna var inne på rutinkontroll hos barnmorskan på mödravården varav en mamma hade pågående värkarbete. Alla var helt ovetande och hade ingen misstanke om att barnet redan hade dött. De beskrev en märklig känsla i kroppen och upplevde tomhet efteråt.

Två mammor åkte in akut med livshotande tillstånd och fick det helt oväntade beskedet när de själva svävade mellan liv och död. Det lämnades i en ytterst dramatisk och kaotisk situation, vilket gjorde det omöjligt för mammorna att ta in det tragiska som hänt. De kände sig överrumplade och lurade när beskedet kom, det var svårt att ta in det ofattbara som hänt. En av mammorna väntade tvillingar, av vilken den ena hade dött i magen. Hon kom in till sjukhuset för att sätta igång förlossningen och hade ingen misstanke om att det ena barnet inte längre levde. Hon hade varit orolig hela graviditeten, men kände nu att hon var i mål och kunde därför inte förstå att de bara hittade ett hjärtljud. Det fanns inte i henne värld att det ena barnet kunde ha dött, det var omöjligt och ta till sig den informationen.

Majoriteten hade en känsla av att något inte stämde med deras ofödda barn och uppsökte hjälp för sin oro. En del mammor beskrev till och med en föräning om att barnet in längre levde. De hade en underlig känsla som de hoppades inte skulle visa sig vara verklig. Trots att de kände oro ville de inte föreställa sig det värst tänkbara, de anade men slog tankarna ifrån sig och höll hoppet levande. På ett sätt förstod de vad som höll på att hända, men känslomässigt höll de det ifrån sig. Allt för att hålla fast vid det sista hoppet om att barnet i livmodern fortfarande levde:

”Jag tänkte ”nu har det hänt någonting”, men samtidigt tänkte jag ändå ”nu kommer de kolla med ultraljud och då kommer dom se att allting är bra”. Hoppet är ju det sista som lämnar en.” (21)

Ett fåtal mammor beskrev sig som helt säkra på att barnet redan dött i magen och ville få bekräftelse på sin övertygelse. De upplevde saknad av fosterrörelser och uttryckte hur de kände att barnet inte längre levde. De upplevde att det inte kom som någon överraskning när

beskedet lämnades, utan mer som en bekräftelse på något de redan kände och visste.

Bekräftelsen på att det de anat var sant, upplevdes som en märklig känsla:

Undermedvetet var jag beredd på att det var så, konstigt att jag kände det på mig att det verkligen var sant det jag kände.” (9)

Talande tystnad

De flesta mammorna beskrev väntan på själva beskedet som lång och de kände förvirring kring vad som väntade. De befann sig i en utsatt situation och pendlade mellan hopp och en allt mer växande oro. Tystnaden i rummet upplevdes talande. Mammorna läste av och reflekterade över hur barnmorskan och läkaren, som befann sig i rummet, arbetade och agerade med sitt kroppsspråk, för att få ett svar. De bara väntade på ett besked om vad som skulle hända men upplevde att det tog tid. De började ana att något inte stod rätt till och några mammor förstod direkt att barnet inte längre levde genom hur läkarna och barnmorskorna tittade på de.

I vissa fall innebar tystnaden i rummet inte bara att barnmorskan och läkaren agerade i tystnad, utan även att mammorna sällan sa någonting själva. Flera mammor vågade inte fråga vad läkaren och barnmorskan såg, de var rädda för vad svaret skulle innebära. Istället avvaktade de respons från personalen under själva undersökningen, allt för att hålla hoppet kvar och undvika det allt mer ofrånkomliga beskedet. Några mammor frågade uttryckligen vad personen som utförde undersökningen gjorde och såg medan den pågick, men upplevde att de inte fick något svar:

”Jag fick en känsla av, nu avviker det. Det är någonting dom vill. Jag frågade många gånger och dom ville inte säga någonting, vi fick ju vänta medan han tittade... Jag frågade säkert hundra gånger under dom där minuterna, om vad dom höll på med och om det var något fel.”(5)

Ett flertal mammor såg under ultraljudsundersökningen att barnet inte längre levde innan läkaren hunnit ge beskedet att barnet dött. De tittade på skärmarna och letade efter hjärtat på barnet, som i vanliga fall brukade slå. Även om mammorna började förstå sa de inget själva, utan ville få en konkret bekräftelse. Fast de såg sökte mammorna efter det sista hoppet att de

kunde ha sett fel eller att hjärtat snart skulle börja slå igen. Några uttryckte att de vill försöka sätta igång hjärtat på barnet, på något sätt hoppades de på att det ska lösa sig så de skulle få tillbaka sitt barn igen:

"...jag tänker håll kvar bilden för vi måste titta en stund för snart kommer det röra sig, snart kommer det att slå. Håll bilden stilla, det var allt jag tänkte på." (13)

När verkligheten rasade

När det muntliga beskedet om barnets död lämnades beskrev mammorna det som att verkligheten rasade. Hur själva beskedet lämnades beskrev alla mammorna. De hade detaljerade redogörelser av hur de upplevde överlämnandet och kommer ordagrant ihåg vad läkaren sa i det ögonblicket. Några fick otydliga besked och fick fråga om de uppfattat rätt, att barnet faktiskt var dött. Andra fick raka och tydliga besked som "här är hjärtat och det slår inte" och "hjärtat slår inte, barnet lever inte längre". Några mammor upplevde att beskedet blev lämnat på ett fint sätt medan ett fåtal tyckte att det lämnades på ett kallt och okänsligt sätt:

"Doktorn säger den här bebisen lever inte längre. Titta på bilden så ni också förstår att det är sant. Hon sa det på ett bra sätt men väldigt tydligt." (13)

"Hon sa bara "nej hjärtat slår inte" och så gick hon." (19)

Kaos

Det ofattbara var ett faktum och de hamnade i fullständig chock. Mammorna skildrade känslor av kaos som yttrade sig på olika sätt. Några fick fysiska reaktioner som skakningar och kräkningar. En del upplevde hysterisk panik, skrek och grät:

"Då var det precis som, det var liksom en off-knapp och en on-knapp och då tröck på man på on och så kom paniken. Det är inte sant, jag bara skrek det är inte sant! Jag vråla gjorde jag, jag skrek gör någonting, hjälp mig, gör något, jag fick sådant adrenalinpåslag så hela jag bara skaka, det går ju inte att kontrollera, hela jag bara skakade, låg och hoppade på den där bristen och började kräkas och nej jag bara skrek. Jag kunde inte grina det gick inte för jag vara bara hysterisk." (15)

Andra blev arga och ifrågasatte det som sades. De kunde inte tro att det var sant. Några beskrev att hoppet fortfarande fanns kvar om att det gick att rädda barnet.

”Det får inte va så här, skaka liv i henne, skaka liv i ungen, det kan inte vara sant. Det var så överkligt” (8)

En del mammor upplevde att verkligheten försvann och att hela deras värld föll samman. Det som bara inte får hända hade inträffat och allt blev nattsvart. Fyra av mammorna uttryckte mitt i allt kaos att de ville ha ett kejsarsnitt. Deras första tanke var att ta ut barnet så snabbt som möjlig för att komma ifrån det smärtsamma. Några av mammorna beskrev känslan av att bli bedövd i samband med beskedet. Det är som att ”bli slagen med något hårt i huvudet”, de upplevde sig avtrubbade. Ett fåtal reagerade genom att stänga av sina känslor, de kände sig lugna mitt i kaoset. För en del mammor kom inte någon reaktion på en gång. Det tog tid att ta in det ofattbara beskedet.

”Det är som att verkligheten bara är en spegel som rasar ihop och så finns det inget bakom.” (7)

Begripa det ofattbara

När det slutgiltiga beskedet kom tvingades mammorna försöka begripa och ta in det som sagts för att återigen landa i verkligheten. Två mammor beskrev det som att befinna sig i två världar. På ett sätt hade de förstått och på ett annat inte, de var förvirrade. Några hade svårt att acceptera beskedet och ta till sig informationen om att barnet inte längre levde. Känslan de beskrev var att detta kan hända andra men inte en själv. Känslor av överklighet uppstod:

”Jag kunde inte tro att någonting sånt’ kunde hända, så svårt att begripa allting på en gång. Allting såg normalt ut och sen plötsligt någonting sånt’, jag kunde inte förstå det.” (25)

En del mammor behövde vara själva eller tillsammans med sin partner för att hinna ta in vad som hade hänt och för att försöka förstå det ofattbara. I all förtvivlan fanns hoppet att hjärtat skulle börja slå, men det gjorde det inte. En mamma beskrev känslan när hon verkligen insåg och förstod det som hänt:

”Jag tittade på bilden, Gode Gud, en starkare bön kan inte finnas än att få det där hjärtat att slå. Men det gjorde det inte, det gjorde inte det. Det var starkt när det kom, när man insåg.”(7)

Hantera situationen

Livsmod

För att på något sätt ta sig igenom mardrömmen de hamnat i, hittade en del mammor livsmod och styrka i sig själva och i sin omgivning. Några av mammorna sade sig tänka på vad som skulle hända näst och fokuserade på vad nästa steg i förlossningen skulle innebära. Andra mammor hanterade situationen genom att släppa fram känslorna. De grät och kramades med sin partner för att hitta styrka, men började också tänka praktiskt på fortsättningen av förloppet. Mammorna tänkte positiva tankar och uppmuntrade sig själva att de skulle klara av det ofattbara, att ha ett dött barn i livmodern istället för ett levande. De var också övertygade om att de skulle klara av att föda fram sitt döda barn:

”Jag var helt övertygad om att det här fixar vi. Det är det värsta som nånsin kan hända, men det här ska vi fixa.” (1)

Stöd

De flesta mammor uttryckte vikten av att känna stöd från både barnmorskan och läkaren som tog hand om de i den svåra situationen. En del mammor ville bli lämnade ifred och upplevde att de blev lyssnade på och respekterade i sitt beslut. Andra mammor ville inte bli lämnade ensamma och en mamma höll kvar läkaren som var på väg att lämna rummet. Majoriteten berättade att barnmorskan stod för det största stödet, läkaren var den som lämnade beskedet. Mammorna beskrev känslan att ha samma barnmorska med sig genom hela processen som tryggt och skönt. Att de fanns till hands, stöttade och gav uppmuntran genom hela förloppet uppfattades som en hjälp:

”De satt kvar och de sa att de hade hur mycket tid som helst, så de var kvar och höll om oss, och vi fick fråga, de bara väntade in vår reaktion. De var där och lyssnade och svarade.”(7)

Sju mammor upplevde saknad av stöd från barnmorskan och läkaren. De beskrev att beskedet lämnades känslolokalt, miljön i rummet var rörig, de blev lämnade ensamma på rummet och de upplevde att barnmorskan och läkaren inte hade tid för de. En mamma fick beskedet innan hennes partner kommit till sjukhuset, vilket hon reagerade på. En annan mamma ville endast vara själv med sin partner men upplevde att barnmorskan och läkaren inte såg deras behov:

”Det är väl aldrig lätt att förmedla ett sånt budskap, men jag kände mig ganska utlämnad då.”
(10)

Diskussion

Sammanfattning

Studien påvisade att mammorna svävade mellan hoppet om att barnet mådde bra och en förtvivlan över att något hade hänt barnet i livmodern, innan de fick beskedet om att deras barn dött. De flesta mammorna beskrev hur de stegvis närmade sig förståelsen av att något inte stämde med barnets tillstånd medan undersökningen pågick. Tystnaden i rummet upplevdes talande då mammorna försökte läsa av läkarens och barnmorskans kroppsspråk för att få ett svar om vad som pågick. När beskedet lämnades, oavsett om det var ett väntat eller helt oväntat besked är reaktionerna från mammorna starka. Hoppet fanns kvar om att det inte skulle vara sant, dock med en växande förtvivlan utifrån insikten att barnet inte längre levde. Känsloerna yttrade sig på olika sätt, men gemensamt för mammorna var att de försökte förstå vad som egentligen hade hänt samt ta sig igenom situationen. Mammorna hittade olika sätt att hantera situationen och beskrev hur stödet från barnmorskan och läkaren hade en avgörande betydelse.

Resultatdiskussion

Innan beskedet lämnades

Studien visade att de flesta av mammorna hade en föräning om att något inte stämde med barnet i livmodern och upplevde väntan på beskedet som lång och förvirrande. I en studie beskriver mammorna väntan från beskedet att deras barn dött i magen fram till induktionen, som att befinna sig i Ingenmansland. En ofrivillig väntan utan att riktigt veta på vad eller hur

länge (Malm et al., 2011). Mammorna i föreliggande studie beskrev liknande känslor under väntan på beskedet.

Vid undersökningen upplevde mammorna att tystnaden i rummet var svår att hantera. De försökte ”läsa av” allt den undersökande barnmorskan eller läkaren gjorde, vad som sades och inte sades. Mammornas egna tankar rörde sig mellan att de började förstå det ofattbara, men ändå grep tag i något som kunde avfärda den allt mer stegrade insikten att det värsta kunde ha hänt med barnet. Studier från Sverige och Norge visar att när något var avvikande med barnet i livmodern vid en undersökning, avtar personalens verbala kommunikation med den gravida mamman. Kroppsspråket är talande, men tystnaden upplevs som oroväckande och det kan vara en svår balansgång mellan att förmedla allvaret i situationen och skapa onödig oro och förvirring hos föräldrarna (Trulsson & Rådestad, 2004; Rådestad, 1998, 2002).

I en liknande studie beskriver kvinnorna vikten av att få ordentlig information om vad ett ultraljud kan konstatera för att vara förberedd om något visar sig vara fel med barnet. En öppen dialog, ett känslomässigt stöd och val av tidpunkt har stor betydelse för att mammorna känner sig delaktiga vid undersökningen. För att förhindra oro, ångest och förvirring, efterfrågar mammorna information på ett pedagogiskt och tydligt sätt (Asplin, Wessel, Marions & Georgsson Öhman, 2012). Utifrån resultatet av denna studie anser författarna att det vore lämpligt om barnmorskan och läkaren som kontrollerar barnets tillstånd gör mamman delaktig i undersökningen. Mammorna i studien försökte tolka in vad som gjordes och det vore bättre om mammor som undersöks förbereds på vad som ska hända och får fortlöpande information medan kontrollen pågår.

Från det att mammorna kom in för undersökning fram till dess att beskedet lämnades, urskilde sig en stegvis process från ovetande till att de började förstå vad som hade hänt med sitt barn. Detta kan liknas vid insiktstrappan som Malm et al (2011) beskriver i deras studie.

Mammorna hade en föräning om att barnet var dött och beskriver upplevelsen stegvis, från att inte känna kontakt med sitt barn till insikten att barnet är dött. Hur länge mammorna befinner sig på de olika trappstegen varierar, samt att de växelvis går upp och ner. De flesta normaliserar barnets nedsatta rörelsemönster (Malm et al., 2011). Författarna till denna studie upplevde liknande skildringar av mammorna. Det beskrevs som att pendla mellan hopp och

förtvivlan vilket kan jämföras med att vandra mellan de olika trappstegen innan beskedet lämnades.

Beskedet

Att få det oundvikliga beskedet upplevdes hemskt för alla mammorna och hur beskedet lämnades minns mammorna detaljerat. De flesta tyckte att det lämnades på ett bra sätt. Vikten av att känna sig sedda, bekräftade och att de upplevde stöd från barnmorskan och läkaren som gav beskedet, ledde till att mammorna fick en mer positiv upplevelse av händelsen. I en liknande studie upplever 71 % av föräldrarna att beskedet om att deras barn dött i livmodern lämnas på ett bra sätt och de var nöjda med informationen de fick i samband med beskedet (Erlandsson, Säflund, Wredling & Rådestad, 2011). Ptaceks och Ptaceks (2001) studie visar på betydelsen av att skapa en trygg miljö, visa empati och att ha tid för patienten. Detta har betydelse för hur patienterna upplever att läkarna lämnar det svåra beskedet.

Oavsett om beskedet kommer som en total överraskning eller är väntat, är förlusten av ett barn något av det mest smärtsamma man kan uppleva och det river upp det starkaste bandet som finns hos oss människor (Dyregrov, 1990; Dyregrov & Matthiesen, 1987). Studier belyser vikten av att vara klar och tydlig i överlämnandet av beskedet och samtidigt ta hänsyn till att mammornas olika reaktioner kan vara krävande att hantera. Tydlig kommunikation och upprepad information behövs eftersom mammorna är i en utsatt situation och kan ha svårt att ta in mycket information på en gång (McCreight, 2008; Rådestad, 1998; Säflund, 2003; Trulsson & Rådestad, 2004). Den som lämnar beskedet bör ha i åtanke att upplevelsen av hur informationen överlämnas finns kvar i minnet hos de flesta föräldrar (Rådestad, 1998; Säflund, 2003; Trulsson & Rådestad, 2004).

De mammor som upplevde att beskedet lämnades på ett kallt och opersonligt sätt, uppfattade att de inte blev sedda och att det inte gavs någon tid att invänta deras reaktion. Studier visar att utan riktig utbildning och träning kan det upplevas obehagligt och osäkert att lämna ett svårt besked (Roehrs, Masterson, Alles, Witt & Rutt, 2008; Vandekieft, 2001). I Säflunds (2003) avhandling beskriver 90 % av läkarna vikten av att få stöd själva när de bemöter föräldrar som förlorat sitt barn före födseln. Endast ett fåtal upplever att de får det stödet. Även Chans och Arthurs (2009) studie visar att med rådgivning och handledning minskar den stressfulla upplevelsen för barnmorskor och ökar deras självförtroende i den svåra situationen.

Detta leder till en bättre vårdkvalitet för de sörjande föräldrarna. Författarna tror att utbildning i hur svåra besked lämnas och hur kommunikationen med mamman sker på bästa sätt, behövs för att barnmorskor och läkare ska kunna ge ett adekvat stöd och känna en viss trygghet i situationen. Allt för att ha med sig verktyg när det väl inträffar. Mammor i liknade situationer kanske kan ha förståelse för att barnmorskor och läkare inte riktigt vet hur de ska agera eller vad de ska säga, men att bara försvinna efter ett besked kan upplevas som ett svek.

Efter beskedet lämnades

I anslutning till att beskedet lämnades uttryckte alla mammor olika upplevelser av kaos. Oavsett om de skrek, grät, upplevde överklighetskänslor, var avtrubbade eller avstängda, var det alla olika sätt att reagera vid ett svårt besked. I liknande studier beskriver mammorna ett tumult av känslor som överklighet, bedövande, aggression och sorg. En vilja att fly från situationen och svårigheter att ta in det ofattbara som händer (Dyregrov, 1990; Säflund, 2003; Trulsson & Rådestad, 2004; Wheeler, 2001). Det är viktigt att barnmorskor och läkare som möter mammor i samma situation är medvetna om de olika sätt reaktionerna kan utspela sig på. Om en mamma inte gråter eller visar känslor betyder det inte att hon är hjärtlös, utan möter beskedet på sitt eget sätt. Det handlar inte om att vi borde förstå vad mammorna upplever, utan att vi vågar möta de känslor som situationen innefattar.

I föreliggande studie visade mammorna olika sätt att hantera situationen. Några av mammorna hittade livsmod och styrka för att ta sig igenom situationen de hamnat i. Lazarus och Folkman (1984) menar att coping handlar om att försöka reducera fysisk och psykisk smärta som är knuten till negativa livshändelser. Inställningen till hur situationen ska hanteras och personens egna resurser spelar en viktig roll (Lazarus & Folkman, 1984). Ett sätt att hantera smärtsamma känslor som sorg, ångest och skuld är att gå de tillmötes. Sorgeprocessen innebär att aktivt sträva efter att hantera förlusten, den behöver bli verklig och medvetandegjord så sorgen inte blir sjuklig (Stroebe & Schut, 1999).

Mammorna i studien uttalade hur viktigt stödet från barnmorskan och läkaren var, från det att beskedet lämnades och vidare i processen. De kände sig hjälpta genom vägledning, stöd, uppmuntran och relevant information. I två studier beskriver mammor som förlorat ett barn innan födseln att de behöver kontinuerligt stöd från både vårdpersonal, familj och vänner för att på bästa sätt klara sig igenom förloppet (Cacciatore, 2009; Cacciatore & Bushfield, 2007).

I en liknande studie visar det sig att mammor som upplever stöd från familjemedlemmar känner mindre ångest och depressiva symtom. Enbart stöd från vårdpersonal kan inte minska liknande symtom (Cacciatore, Schnebly & Froens, 2009). I Säflund (2003) avhandling belyser föräldrar vikten av stöd från personalen. De upplever att barnmorskorna och undersköterskorna står för det mesta av stödet och deras värme och hjälpsamhet har stor betydelse i deras sorgearbete. Författarna anser att både barnmorskor och läkare, som möter mammor i samma situation, har stor betydelse för att deras upplevelse ska bli så positiv som möjlig. Fast det inte går att sätta sig in i vad mammorna går igenom, kan de försöka förstå vad de behöver i den situationen. Det kanske räcker att våga vara närvarande och stanna kvar hos mammorna.

Metoddiskussion

Urvalet har skett genom att mammorna själva har tagit kontakt via annons för att delta i studien. Bekvämlighetsurval valdes för att nå så många mammor som möjligt ur olika miljöer och delar av Sverige utan att någon skulle komma till skada eller ta illa vid sig genom att få förfrågan utan att vilja delta. Populationen är inte representativ för hela befolkningen eftersom det endast är svensktalande mammor med i studien. Intervjumaterialet anses vara tillräckligt stort för en kvalitativ intervjustudie som belyser ett känsligt ämne. Författarna till studien har inte genomfört intervjuerna och kan därför vara neutrala i sin analys av materialet. Däremot hade ett möte med mammorna möjligen gett ytterligare förståelse för deras känslor och reaktioner.

Fördelen med kvalitativ innehållsanalys, som används i föreliggande studie, är att metoden fokuserar på tolkning av texter. Analystexten bör ses i sitt sammanhang och tolkningen görs med kännedom om intervjupersonernas egen livshistoria och rådande kultur (Graneheim & Lundman, 2008). Genom att tydliggöra analysprocessen med en översiktlig tabell samt presentera citat i texten ger vi läsaren möjlighet att få inblick i metoden och bilda sig en egen uppfattning vilket ökar studiens trovärdighet och pålitlighet.

Ett trauma är svårt att hantera för den drabbade och känslor som kaos och överklighet är svårhanterligt som forskningsobjekt. Fenomenet rör sig på flera olika nivåer samtidigt och traumats konsekvenser kan vara svåra att verbalisera (Rönmark, 1999). I de fall där det har förflutit lång tid mellan händelsen och intervjutillfället kan minnesrelaterade problem uppstå.

Det minskar möjligheten att urskilja de fenomen som förekommit (Polit & Beck, 2008). Dyregrov och Dyregrov (2008) menar att vid oväntade och plötsliga dödsfall kan sinnesintryck etsa sig fast djupare än i vanliga fall.

Det har varit fördelaktigt för studiens trovärdighet att två författare har diskuterat materialet. För att få en bild av varandras erfarenheter och förförståelse för ämnet intervjuade författarna varandra innan analysprocessen påbörjades. Då författarna inte har förlorat egna barn vore det olämpligt att påstå att vi har någon förförståelse för mammorna i studien. Båda författarna har arbetat som sjuksköterskor och mött människor som förlorat nära anhöriga och befunnit sig i kris, vilket ger en viss förståelse för människor som varit med om tragiska händelser.

Slutsats

Mammorna i studien upplevde väntan på beskedet som orolig och förvirrande. Med kunskap om detta kan mammorna göras mer delaktiga i undersökningen, och informationen om barnets hälsa ges med betänkta ord och ödmjukhet inför mammornas situation. Hur beskedet lämnas kommer med största sannolikhet bli lagd på minnet av mammorna. Beskedet bör lämnas på ett tydligt sätt och fast det är svårt att sätta sig in i vad mammorna går igenom, kan man försöka vara närvarande, våga stanna kvar hos mammorna och möta de känslor som situationen innefattar. Att barnmorskans och läkarens stöd och agerande har betydelse för mammornas upplevelse av hela situationen, bör vi ta till vara på för att på bästa sätt hjälpa mammorna igenom det ofattbara.

Kliniska implikationer

Författarna anser att förlossningsavdelningar i Sverige har nytta av resultatet av denna studie, då den påvisar hur mammor vill bli bemötta av barnmorskor och läkare i dessa situationer. Det är viktigt att göra mammorna delaktiga i undersökningen av barnet i livmodern och ha en tydlig kommunikation. När beskedet lämnas bör läkaren och barnmorskan ta sig tid att stanna kvar hos de drabbade och ta emot deras reaktioner. Att våga vara närvarande, lyssna in mammorna behov och ge lämpligt stöd är av stor vikt. Varje situation är unik och ska hanteras utifrån dessa förutsättningar.

Förslag till vidare forskning

Eftersom vi fått inblick i hur mammorna upplevde tiden kring beskedet och stödet från barnmorskan och läkaren som var närvarande vid händelsen, tycker vi att det vore av intresse att intervjua barnmorskor och läkare i samma ämne. För att ta reda på hur de upplever att lämna beskedet om att barnet dött i livmodern och hur de hanterar att ta hand om och ge stöd åt dessa föräldrar. Det vore av intresse att veta vad det finns för resurser för att ta hand om föräldrarna, blir barnmorskan frikopplad från annat arbete och enbart kan ägna sig åt det drabbade paret? Finns det utformade PM för omhändertagande, inte bara ur den praktiska synvinkeln men även ur en omvårdnadsaspekt? Vad får nyutbildade barnmorskor för vägledning och information kring ämnet?

Referenslista

Almström, H. (2002). Intrauterin tillväxthämning. I N-O. Sjöberg. (Red.), Intrauterin fosterdöd (Rapport, nr 47, s. 19-27). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Asplin, N., Wessel, H. & Öhman, S. G. (2012). Pregnant woman's experiences, needs and preferences regarding information about malformations detected ultrasound scan. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 73-78.

Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care*, 49, 134-148.

Cacciatore, J. & Bushfield, S. (2007). Stillbirth: The mother's experience and implications for improving care. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 3(3), 59-79.

Cacciatore, J., Schnebly, S. & Froen, L. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and social care in the community* 17(2), 167-176.

Carlander, J. (2010). *Att lämna svåra besked* (s. 9-25). Stockholm: Gothia Förlag.

Chan, M. F. & Arthur, D. G. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal care. *Journal of advanced nursing*, July, 2532-2541.

Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 266-280

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008). *Det sociala nätverkets stöd vid plötsligt dödsfall- när livet måste gå vidare* (s.21-56). Lund: Studentlitteratur och författarna.

Dyregrov, A. & Matthiesen, S. B. (1987). Stillbirth, neonatal death and Sudden Infant Death (SIDS): Parental reactions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 104-114.

Erlandsson, K., Lindgren, H., Davidsson-Bremborg, A. & Rådestad, I. (2011). Women's premonitions prior to the death of their baby in utero and how they deal with the feelings that their baby may be unwell. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 28-33.

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.

Graneheim, U H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.

Graneheim, U H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär. & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.

International stillbirth alliance (ISA) Hämtad 2012-05-14 från;
<http://www.stillbirthalliance.org/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2.2010>

Kleber, R. J. & Brom, D.(1992). *Coping with trauma: Theory, Prevention and Treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger B.V.

Kristensen, J., Vestergaard, M., Wisborg, K., Kesmodel, U. & Secher, N J. (2005). Pre pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology*, 112, 403-408.

Lawn, J. E. & Kinney, M. (2011). Stillbirth: An executive summery for the Lancet's series. *The Lancet*, 1-8.

Lazarus, R & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. (s.118, 141-152). New York: Springer Publishing Company Inc.

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.

Malm, M-C., Rådestad, I., Erlandsson, K. & Lindgren, H. (2011). Waiting in no-man's-land – Mothers experiences before the induction of labor after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive healthcare*, 2, 51-55.

McCreight, BS. (2008). Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland. *Omega (Westport)* 57(1), 1-19.

Ptacek, J. T. & Ptacek, J. J. (2001). Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Journal of clinical oncology*, 19 (21), 4160-4164.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Robinson, M., Baker, L. & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death studies*, 23, 257-270.

Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C. & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37, 631-639.

Rådestad, I (1998). *När barn föds döda: Riktlinjer för professionellt omhändertagande*. Lund: Studentlitteratur.

Rådestad, I. (2002). Omvårdnad när ett barn föds dött. I N-O. Sjöberg. (Red.), *Intrauterin fosterdöd* (Rapport, nr 47, s.103-107). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Rönmark, L. (1999). *Fallna löv: om coping vid förlust av barn*. Göteborgs Universitet, Institution för socialt arbete.

Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L. & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *American medical association*, 289(13), 1701.

Socialstyrelsen (2010). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn: Medicinska födelseregistret 1973–2009 Assisterad befruktning 1991–2008*
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf>

Sparks, L., Villagran, M., Parker-Raley, J. & Cunningham, C. (2007). A patient-centered approach to breaking bad news: Communication guidelines for health care providers. *Journal of Applied Communication Research* 35(2), 177-196.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Säflund, K. (2003). *An analysis of parents' experiences and the caregivers' role following the birth of a stillborn child*. Doctoral dissertation, Karolinska Institutet, Division of obstetric and gynecology.

Trulsson, O. & Rådestad, I. (2004). The silent child: Mothers experiences before, during and after stillbirth. *Birth*, 31(3), 189-195.

Thuen, F. (1997). Social support after the loss of an infant child: a long-term perspective. *Scandinavian journal of psychology*, 38,103-110.

Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American family physician* 64 (12), 1975-78.

Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25, 51-66.

Winbo, I., Serenius, F., Dahlquist, G. & Källen, B. (2001). Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80, 235–244.

Tabell 1. Sociodemografiska fakta

Intervju-person	Ålder vid partus	Paritet	Gestations-ålder i veckor	Tid mellan partus och intervju	Barnets dödsorsak
1	35	I	42	17 mån	oförklarad
2	39	IV	30	20 mån	placentaavlossning
3	33	II	34	19 mån	placentaavlossning
4	34	III	35	35 mån	placentainufficiens
5	27	I	39	28 mån	oförklarad
6	35	I	35	5 veckor	GBS infektion, fosterskada
7	30	I	38	80 mån	GBS infektion
8	36	II	39	71 mån	placentainsufficiens
9	29	I	41	48 mån	oförklarad
10	34	I	36	21 mån	oförklarad
11	25	I	32	4 mån	oförklarad
12	33	II	40	13 mån	oförklarad
13	28	I	30	5 veckor	GBS infektion, tillväxthämning
14	34	IV	38	31 mån	navelsträngskomplikation
15	28	II	38	28 mån	e-coli infektion
16	31	I	39	37 mån	GBS infektion
17	27	II	36	5 mån	oförklarad
18	29	I	33	5 mån	oförklarad
19	31	III	37	12 mån	placentaavlossning
20	33	I	39	57 mån	placentaavlossning
21	22	I	40	5 mån	oförklarad
22	41	I	37	18 mån	oförklarad
23	34	I	42	5 mån	oförklarad
24	32	I	37	5 mån	oförklarad
25	26	I	33	15 mån	placentaavlossning
26	22	I	35	21 mån	fosterskada

Tabell 2. Exempel på analysprocessen. Övergripande tema: Mellan hopp och förtvivlan.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<p>.det kändes som en tröst ja, just bara den sover bara, den har det lugnt den har det skönt, det tänkte jag ju jättemycket på och att det är mindre rörelse mot slutet absolut, det är det ju. (9)</p> <p>.. de sa inte så mycket, utan de kom in med ultraljudapparaten och då började den första läkaren att titta och då sa hon ingenting heller, utan hon lämnade över till nästa läkare, som då bara började mumla. Och då vet jag, att barnmorskan sa till honom, att du måste liksom prata klarspråk här. Och då kommer nästa, överläkaren då... och då säger han bara att hjärtat slår inte. (11)</p>	<p>Det kändes som en tröst, den sover bara har det lugnt och skönt. Det tänkte jag jättemycket på.</p> <p>De sa inte mycket. Då började läkaren titta och hon sa ingenting heller. Hon lämnade över till nästa läkare som började mumla.</p>	<p>Kändes som en tröst Den sover bara Den har det lugnt Har det skönt</p> <p>De sa inte mycket</p> <p>Hon sa ingenting</p>	<p>Ovisshet</p> <p>Talande tystnad</p>	<p>I väntan på besked</p>
<p>Det är inte sant, jag bara skrek det är inte sant! Jag vråla gjorde jag, jag skrek på H gör någonting, hjälp mig, gör något, jag fick sådant adrenalinpåslag i kroppen så jag, hela jag bara skaka, det går ju inte att kontrollera, hela jag bara skakade, låg och hoppade på den där bristen och började kråkas och nej jag bara skrek. Jag kunde inte grina det gick inte för jag vara bara hysterisk. (15)</p> <p>Så jag kunde inte tro att någonting sånt kunde hända, så svårt att begripa allting på en gång, jo jag har ju en stor mage och jag har barnet i mig, men det var så svårt att förstå hur sånt kunde hända... att ha en normal graviditet och allting såg normalt ut och sen plötsligt någonting sånt', jag kunde inte förstå det hände så... (25)</p>	<p>Det är inte sant, jag bara skrek det är inte sant! Jag vråla gjorde jag, jag skrek gör någonting, hjälp mig, gör något, jag fick sådant adrenalinpåslag så hela jag bara skaka, det går ju inte att kontrollera, hela jag bara skakade, låg och hoppade på den där bristen och började kråkas och nej jag bara skrek. Jag kunde inte grina det gick inte för jag vara bara hysterisk.</p> <p>Jag kunde inte tro att någonting sånt kunde hända, så svårt att begripa allting på en gång. Det var svårt att förstå hur sånt kunde hända, allting såg normalt ut och sen plötsligt någonting sånt', jag kunde inte förstå det.</p>	<p>Inte sant x 2 Bara skrek x 3 Vråla Hjälp mig Skaka x 2 Började kråkas Kunde inte grina</p> <p>Kunde inte tro Svårt att begripa Svårt att förstå Allting såg normalt ut Kunde inte förstå</p>	<p>Kaos</p> <p>Begripa det ofattbara</p>	<p>När verkligheten rasade</p>
<p>Jag kommer ihåg att jag satt där på sängen och kände på magen och jag tänkte men gud det kan inte vara, det är liksom inte sant. Och sen så bestämde jag mig för, jag tittade på H och sa jag att det här kommer att gå bra, det här kommer att gå bra, vi kommer och fixa och föda</p>	<p>Jag satt på sängen, kände på magen och tänkte men gud det kan inte vara, det är liksom inte sant. Sen så bestämde jag mig för och sa att det här kommer att gå bra, det här kommer att gå bra, vi kommer och fixa och föda det här barnet.</p>	<p>Inte sant Bestämde mig Kommer att gå bra Kommer att gå bra Vi fixar att föda barnet</p>	<p>Livsmod</p>	<p>Hantera situationen</p>

<p>det här barnet.(15) ..det största stödet kändes som att alla var så lugna och trygga liksom, det kändes så tryggt med alla som var där. Det var några korta stunder som vi var ensamma. Det gjorde inte så mycket för det var ju vi två. Och det var ganska skönt att vi kunde vara bara vi också, det gjorde ingenting, det var inte så långa stunder. Vi kramades och grät.(13)</p>	<p>Det kändes tryggt med alla som var där. Det var korta stunder vi var ensamma. Det gjorde inte så mycket för det var ju vi två. Det var ganska skönt att bara vara vi, det gjorde ingenting, det var inte så långa stunder. Vi kramades och grät.</p>	<p>Kändes tryggt Ensamma korta stunder Ganska skönt Kramades Grät</p>	<p>Stöd</p>	
---	---	---	-------------	--

Bilaga 1. Frågeguide

1. Kan du beskriva hur det var när du fick reda på att ditt barn inte levde längre?

- a) Hade du själv någon misstanke om att Ditt barn inte levde längre?
- b) Pratade du med någon om din misstanke?
- c) Vem berättade för Dig att barnet inte levde längre?
- d) Vad kände Du då?
- e) Vad fick Du för stöd och hjälp i samband med beskedet?

2. Kan du beskriva hur du upplevde tiden från beskedet om att Ditt barn inte levde och till förlossningen började (startades)?

- a) Vad hände efter att Du fått beskedet om barnets död?
- b) Vilka personer fanns med dig efter att du fått beskedet?
- c) Vad sa dom?
- d) Vad gjorde dom?
- e) Hur fick Du information om vad som skulle ske?
- f) På vilket sätt var Du med och påverkade besluten?
- g) Varför fick Du vänta på att förlossningen skulle sättas igång?
- h) Hur kändes det att vänta på att förlossningen skulle sättas igång?
- i) Vad gjorde Du under tiden Du väntade på att förlossningen skulle börja?
- j) Vilket var det svåraste med att vänta? Vad var det positiva med att vänta?
- k) Vad fick Du för stöd och hjälp innan förlossningen startade?
- l) På vilket sätt kunde din omgivning hjälpa Dig?
- m) Vad uppfattar Du var viktigt för Dig under den här tiden?

3. Vad upplevde Du när ditt barn föddes?

- a) Vad kände och tänkte Du innan barnet föddes fram?
- b) Vad kände Du när barnet föddes?
- c) Vem/vilka var med Dig när barnet föddes?
- d) Vad hände efter att barnet fötts fram?
- e) Vad fick Du för stöd och hjälp i samband med förlossningen?
- f) Vilka minnen har du från ditt barn, är det något minne du saknar? Är det något minne du skulle ha velat haft annorlunda?

4. Hur upplevde Du tiden efter förlossningen?

- a) Vad hände efter att förlossningen var klar?
- b) Hur upplevde Du de första dagarna efter förlossningen?
- c) Vad fick Du för stöd och hjälp de första timmarna/dygnen?
- d) Vad kände Du när Du kom hem igen?
- e) Vilket stöd från omgivningen hade Du den första tiden hemma?
- f) Vad hände sedan, under det första året efter barnets födelse?
- g) Vad kändes viktigt för Dig under det första året?

5. Vad vill Du ge för råd till personal som möter kvinnor i liknande situation?

- a) I samband med beskedet om att barnet inte lever
- b) Tiden fram till att förlossningen börjar
- c) Under förlossningen
- d) Tiden efter förlossningen, första året efter barnets födelse