

### **Intrauterin fosterdöd**

Hur barnmorskor upplever sitt stöd vid intrauterin fosterdöd i samband med förlossning

### **Intrauterine fetal death**

How midwives experience their support during childbirth of a stillborn child.

Examensarbete inom ämnet Intrauterin fosterdöd.  
D-Nivå 15 Högskolepoäng  
Vårterminen 2010

Skymberg, Magdalena  
Wallin, Sofie

Handledare: Lundgren, Ingela  
Examinator: Ann-Marie Widström

## Sammanfattning

Titel:	Intrauterin fosterdöd - Hur barnmorskor upplever sitt stöd vid intrauterin fosterdöd i samband med förlossning.
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan Skövde
Kurs:	Examensarbete i Omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Skymberg, Magdalena; Wallin, Sofie
Handledare:	Lundgren, Ingela
Sidor:	36
Månad och år:	januari 2010
Nyckelord:	Intrauterin fosterdöd, barnmorska, förlossning, stöd.

---

Enligt Statistiska Centralbyrån [SCB] föddes det år 2008 109 301 barn i Sverige. Utöver dessa föddes det cirka 600 barn som dött i livmodern innan förlossning. Intrauterin fosterdöd innebär att barn föds döda efter graviditetsvecka 22. Tidigare forskning belyser vikten av att barnmorskor har ett individuellt synsätt vid mötet med par vid intrauterin fosterdöd. Forskningen åskådliggör även hur föräldrar upplevt det stöd som givits under förlossningen. Det finns dock relativt lite forskning kring hur barnmorskor stödjer vid intrauterin fosterdöd. Syftet med detta arbete var därför att undersöka hur barnmorskor upplever sitt stöd i samband med förlossning vid intrauterin fosterdöd. Metoden som användes var kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Fem barnmorskor intervjuades på två förlossningsavdelningar i Västra Götaland och Örebro län. I analysprocessen framkom tre huvudkategorier; *individ Anpassa, ge tid* och *vara ett verktyg*. Resultatet visar att barnmorskors stöd under förlossning inriktar sig på att låta paren styra informationsflödet och genom närvaro lyssna in behoven. Det var av vikt att ge paren tid i förlossningsarbetet men även tid i mötet med barnet. För att stödja bör barnmorskan känna sig trygg både i sig själv och i sin profession. En trygghet kring sin egen syn på döden var också av betydelse i stödet.

## Abstract

Title: Intrauterine fetal death - How midwives experience their support during childbirth of a stillborn child.

Institution: School of Life Science, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Skymberg, Magdalena; Wallin, Sofie

Mentor: Lundgren, Ingela

Pages: 36

Month and Year: January 2010

Keywords: Intrauterine fetal death, midwife, childbirth, support.

---

According to the Swedish bureau of Statistics [SCB] there were 109 301 children born in Sweden during 2008, in addition to these there were also approximately 600 stillborn children. Intrauterine fetal death means that the child has died in the womb after the 22<sup>nd</sup> week of pregnancy. Previous research highlights the importance of the midwives' individual approach to parents with a stillborn child. Research also illustrates how parents experienced the support given during delivery. However, there is a limited amount of research done on how midwives support the parents of a stillborn child. The aim of this study was there for to investigate how midwives experience their support during delivery of a stillborn child. The method used was qualitative content analysis with an inductive approach. Five midwives were interviewed at two maternity wards in Västra Götaland and Örebro County. The analysis process revealed three main categories; *adjust to the individual*, *to give time* and *to be a tool*. The result shows that midwife's support during delivery focuses on allowing couples to control the flow of information and by being present judge the parents' needs. It is important to give the parents time both during delivery and to spend time with the stillborn child. To be able to support, the midwife need to feel confident both personally and professionally. It was also significant what the midwife's own view on death was.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Begreppet intrauterin fosterdöd .....	1
Intrauterin fosterdöd- historiskt perspektiv .....	2
Barnmorskans stödjande roll .....	3
Vårdrutiner i samband med intrauterin fosterdöd.....	5
Föräldrars upplevelse av vård i samband med intrauterin fosterdöd.....	7
Tidigare forskning kring barnmorskors upplevelse av stöd vid intrauterin fosterdöd.....	10
Problemformulering.....	11
<b>Syfte</b> .....	<b>11</b>
<b>Metod</b> .....	<b>11</b>
Analysprocess.....	11
Urval .....	13
Datainsamling.....	13
Dataanalys.....	14
Etiska aspekter .....	14
<b>Resultat</b> .....	<b>15</b>
Individanpassa .....	15
<i>Anpassa information</i> .....	15
<i>Vara närvarande</i> .....	16
Ge tid .....	17
<i>Vänta in</i> .....	17
<i>Möta barnet</i> .....	18
Vara ett verktyg .....	20
<i>Känna trygghet</i> .....	20
<i>Orka stödja</i> .....	21
<b>Diskussion</b> .....	<b>22</b>
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion .....	24
<b>Konklusion</b> .....	<b>27</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>28</b>

Bilaga 1 .....	31
Bilaga 2 .....	33
Bilaga 3 .....	35
Bilaga 4 .....	36

## INLEDNING

Som barnmorskestudenter upplever vi att det är en ynnest att få vara med vid en förlossning. Vi får vara med på de blivande föräldrarnas resa, och får möjlighet att välkomna en ny människa till världen. Det är inte ovanligt att paren redan idag vet könet på sitt väntade barn. Barnet kanske har ett namn och en förväntad personlighet utifrån sina föräldrar. Ett barn som är en individ fast den ännu inte är född. En förlossning kan dock innebära en sorg för ett annat par. Det kan innebära en sorg och en smärta att få tvingas föda sitt döda barn. Ett barn som var inplanerat i deras liv. Enligt Statistiska Centralbyrån [SCB] föddes det år 2008 109 301 barn i Sverige (<http://www.scb.se>). Utöver dessa föds det cirka 600 barn per år som dött intrauterint (i livmodern), från 22 fulla graviditetsveckor. Ett barn som dör innan födelsen benämns som intrauterin fosterdöd (Rådestad, 2009).

*Death is a part of life and inevitable in the experience of living, but the death of a baby before, at, or shortly after birth, because of miscarriage, termination for fetal abnormality, stillborn or neonatal death, is unexpected and against the natural order of things (Thomas, 2004, s. 27).*

Flera frågor har väckts hos oss när det gäller vården för föräldrar i samband med att föda ett dött barn. Hur vägleder jag paret att komma igenom detta? Något så svårt som knappt kan beskrivas i ord. Dessa par och dessa förlossningar kommer vi att möta under vår yrkesverksamma tid som barnmorskor. Hur ser stödet ut i samband med dessa förlossningar och kan vi förstå deras sorg även om vi inte själva har upplevt den? Att i samma stund möta sitt barn tvingas ta ett farväl. Vi valde att studera hur stöd ser ut vid intrauterin fosterdöd vid förlossning. En fråga för oss var hur yrkesverksamma barnmorskor upplever stödet i samband med förlossning.

## BAKGRUND

### Begreppet Intrauterin fosterdöd

Intrauterin fosterdöd innebär ett foster som föds dött efter graviditetsvecka 22. När graviditetslängden är oviss ska barnets vikt eller längd bli avgörande för hur barnets dödsfall ska definieras. Enligt definitionen ska barnets vikt vara på mer än 500 gram eller ha en längd på mer än 25 centimeter (<http://www.who.se>). Fram tills första juli 2008 var graviditetsvecka 28 en gräns innefattande intrauterin fosterdöd i Sverige. I Sverige dör cirka 600 barn per år intrauterint enligt den nya definitionen (Rådestad, 2009). Definitionen för intrauterin fosterdöd kan skilja sig åt mellan olika länder (Sidebotham, 2004).

Inte alla föräldrar får reda på orsaken till att deras barn dog. Hos cirka 10 till 30 procent av alla barn saknas orsak till dödsfallet (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 1998; Rådestad, 2009). Vissa barn obduceras för att säkerställa orsaken och prover tas på mamman i utredande syfte. För föräldrarna är det ofta viktigt att få en förklaring till det som hänt. Genom att hitta orsaken till dödsfallet kan det möjligen förhindra att det efterkommande syskonet dör (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 2009). Orsaken till intrauterin fosterdöd är inte ovanligen en missbildning hos barnet såsom kromosomavvikelse och felaktigheter i barnets arvs massa (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 1998; Rådestad, 2009).

Infektioner från mor som överförs till barnet kan resultera i att barnet dör. Infektioner som GBS (gram positiva streptokocker grupp B), clamydia trichomatis, mycoplasma och listeria

monocytogenes men även virussjukdomar som herpes, röda hund (rubella) och cytomegalo virus. Andra faktorer som kan leda till intrauterin fosterdöd är syrebrist hos barnet som vid navelsträngskompression, att moderkakan lossnar (delvis eller totalt), föreliggande moderkaka (lokaliserad över inte modernmunnen) (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 2009; Sidebotham, 2004) eller inflammation i navelsträng eller fosterhinnor (Petersson & Stephansson, 2008).

En kvinna som röker löper en ökad risk för att barnet dör intrauterint än om hon inte hade rökt (Petersson & Stephansson, 2008, Sidebotham, 2004). Risken stiger i förhållande till antal cigaretter som kvinnan röker och en daglig rökning kan ge en 40 procent ökad risk för fosterdöd (Solum, 2008). Om modern utsätts för passiv rökning finns det en stark evidens för att röken påverkar barnet i livmodern (Sidebotham, 2004). Det finns sjukdomar under graviditeten som preeklampsi (havandeskapsförgiftning) och graviditetsinducerat högt blodtryck som kan innebära en ökad risk. Även sjukdomar som bindvävssjukdomen SLE, högt blodtryck och diabetes innebär en ökad risk för att barnet dör. Vissa läkemedel kan ha en negativ påverkan på barnet som till exempel blodförtunnande preparat men även kvinnans ålder är en riskfaktor (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 2009; Sidebotham, 2004). Kvinnor som är över 35 år löper en ökad risk på mellan 40 till 50 procent för att barnet ska dö i jämförelse med en kvinna som är mellan 20 till 29 år. (Petersson & Stephansson, 2008) En riskökning ses även vid flerbörd (fler än 1 barn i magen) eller om graviditeten är överburen. En kvinna som är överviktig har en ökad risk i jämförelse med en kvinna som är normalviktig (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 2009; Sidebotham, 2004). Dödfödda barn väger i regel mindre vid födelsen än levande barn. Skillnaden kan bero på en tillväxthämning hos barnet till följd av en dåligt fungerande moderkaka. Intrauterin tillväxthämning är den vanligaste förekomna orsaken till intrauterin fosterdöd (Petersson & Stephansson, 2008).

Intrauterin fosterdöd i tidig graviditet ger vanligen vaga symtom som avklingande av illamående och bröstspänningar. I senare delen av graviditeten kan frånvaro av fosterrörelser vara ett viktigt observandum. Ett annat är att barnmorskan vid rutinkontroll inom mödrahälsovård inte uppfattar några hjärtljud på barnet. Misstanken verifieras genom kontroll via ultraljud (Petersson & Stephansson, 2008; Rådestad, 2009).

## **Intrauterin fosterdöd - historiskt perspektiv**

För cirka 70 år sedan misstänktes diagnosen intrauterin fosterdöd utifrån mammans kroppsliga signaler, såsom minskade fosterrörelser, viktnedgång och minskning av bröstvolymen. Diagnosen kunde säkerställas med hjälp av stetoskop och trätratt. Under 1920-talet introducerades röntgen som var en möjlig hjälp till att fastställa diagnosen. Metoden användes fram till 1970-talet då ultraljudet började användas. Möjligheten att ställa diagnosen har ändrats markant sedan ultraljudet introducerades. Det är det viktigaste instrumentet idag för att fastställa diagnosen (Rådestad, 1998).

I början av 1900-talet fanns det ännu inga framgångsrika metoder för att sätta igång en förlossning, utan kvinnan fick vänta tills förlossningen startade spontant. De flesta kvinnor kom spontant igång med värkarbetet, men vanligast först efter flera veckor efter att diagnosen konstaterats. Det finns beskrivet kvinnor som fått vänta ända upp till 120 dagar efter diagnossättning, det vill säga 49 dagar efter beräknat förlossningsdatum. I början av 1930-talet gavs högdos av östrogen (kvinnligt könshormon) under fem dagar för att sätta igång förlossningen. Om inte förlossningen spontant kom igång med den dosen så kunde dosen kompletteras med kinidintabletter (kinabark). Under 1960-talet introducerades

oxytocininjektioner som behandling vid induktion (igångsättning av förlossningen). Under 1970-talet introducerades prostaglandinerna, och det lokala prostaglandinerna började användas under 1980-talet. Prostaglandinerna har en förmåga att mjuka upp en omogen och hård livmoderhals. Den avvaktande strategin ändrades nu till en aktiv intervention. Metoden används även idag vid induktion av förlossning. Prostaglandinet har som effekt att det mjukar upp livmoderhalsen och framförandet stimuleras med oxytocindropp som är ett väckstimulerande läkemedel (Rådestad, 1998).

Omvårdnaden och kunskapen kring par som förlorat sitt barn före födelsen har ändrats markant sedan slutet av 1970-talet. För cirka 20 år sedan betraktades ett dödfött barn som en ”icke-händelse”. För att skydda föräldrarna mot sorgen efter sitt barn förhindrades oftast all kontakt med barnet (Cacciatore, Rådestad & Fröen, 2008; Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002; Rådestad, 1998). Även möjligheten till fotografering och att samla minnen kring sitt dödfödda barn begränsades. Kvinnorna litade på vårdpersonalen i hur det skulle vara och vad de fick göra, om de fick röra sitt barn eller inte (Cacciatore et al., 2008). Mamman fick ett skynke uppspänt mellan ansiktet och magen under förlossningen (Rådestad, 1998). Det ansågs skonsamt att hon i slutskedet av förlossningen nästan sövdes. Barnet togs bort direkt efter födelsen utan att det fick ses eller beröras av föräldrarna (Cacciatore et al., 2008; Hughes et al., 2002; Rådestad, 1998). Föräldrarna skulle då lindras i sin sorg och undvika psykisk press (Hughes et al., 2002). De fick inte reda på om det var en pojke eller flicka och en begravning av barnet anordnades sällan (Rådestad, 1998). Så småningom ändrades synsättet som en respons på kritik från sjuksköterskor, psykologer och mödrar som erfarit händelsen (Cacciatore et al., 2008). Händelsen blev accepterad och det möjliggjorde modern att få ha kontakt med sitt barn. Vårdpersonalen började med att uppmuntra modern till att möta och säga farväl till sitt dödfödda barn (Cacciatore et al., 2008; Hughes et al., 2002; Rådestad, 1998). Detta för att stärka anknytningen och att det sågs som en positiv process för båda föräldrarna. Föräldrarna kunde behöva hjälp med att bearbeta förlusten av sitt barn och skapa en optimal start i sorgprocessen (Cacciatore et al., 2008). Idag uppmuntras föräldrarna till att se och hålla sitt barn, även att klä det som om det vore ett levande barn. Begravningar är vanligare och minnessaker som fotavtryck och en hårlock samlas från barnet (Hughes et al., 2002).

## **Barnmorskans stödjande roll**

Då ämnet för föreliggande uppsats är barnmorskors upplevelse av stöd i samband med intrauterin fosterdöd vill vi inleda detta avsnitt med att beskriva barnmorskans stödjande roll mer allmänt. Barnmorskor i Sverige har en lång tradition av att vårda kvinnor genom en normal graviditet och en förväntad normal förlossning. Barnmorskor har ett eget ansvar så länge allt är normalt. Flera studier visar att kvinnor kan uppleva barnafödande som en betydelsefull livserfarenhet (Larkin, Begley & Devane, 2009; Lundgren, 2004; Lundgren & Berg, 2007) och där kvaliteten på denna livshändelse kan påverka hennes välbefinnande. Forskning menar att förlossningen kan påverka relationen mellan mor och barn samt relationen till hennes partner. Stöd som barnmorskor ger till kvinnor under förlossning har visat sig i studier som en av de viktigaste bidragande faktorer som en barnmorska kan ge (Hunter, 2009; Larkin et al., 2009; Lundgren, 2004).

Enligt Kennedy, Shannon, Chuahorm och Kravetz (2004) kan barnmorskors arbete beskrivas som en konst där barnmorskan kan uppfattas som ”dirigent i en orkester”. Instrumenten kan vara olika möjligheter i att stötta, hjälpa och vägleda kvinnan och kan användas olika utifrån



varje kvinnas behov (Kennedy et al., 2004). Kvinnans behov ska försöka ses, respekteras och mötas, där barnmorskan i möjligaste mån ska individanpassa stödet och ”möta kvinnan där hon är”. För att klara detta menar Kennedy et al. (2004) att det krävs kunskap, flexibilitet samt styrka. Kennedy et al. (2004) samt Lundgren och Berg (2007) menar att kvinnan bör vara ledaren och barnmorskan den som bryter in då det normala avviker i förlossningsprocessen. Barnmorskan försöker vara tillgänglig till den födande kvinnan och kan använda sig själv som ett verktyg. Barnmorskan bör använda sig av sin breda teoretiska kunskap samt till sin intuition. Stödet kan vara skiftande och olika genom hela förlossningsförloppet, uttrycker Kennedy et al. (2004) samt Lundgren och Berg (2007). Barnmorskans uppgift är att stötta det normala kring en graviditet och förlossning. Hon bör vara känslig för detaljer och respektera det unika kring varje kvinna. Genom att barnmorskan regelbundet säkerställer det normala kan förlossningen fortsätta framåt menar forskningen (Kennedy, 2000; Kennedy et al., 2004; Lindström, Johansson & Christensson, 2008). Lindström et al. (2008) beskriver att barnmorskan har ansvar för det normala, har direktiv för aktivt handlande och ska vid behov konsultera en obstetriker. Enligt Kennedy (2000) ska hon inte påskynda förloppet med onödiga ingrepp så länge allt är normalt, då förlossningen är en process över tid och förväntningarna bör vara en frisk kvinna med ett friskt barn. Vidare menar Kennedy (2000) att barnmorskan inte bör förvänta sig det onormala men hon bör vara vaksam på förändringar i förlossningsförloppet. Hon ska undvika onödig utrustning samt övervakning och använda dessa då det är nödvändigt. Målet enligt ovan nämnda studie bör vara en normal förlossning, normalt efterförlopp och en god fungerande amning (Kennedy, 2000). Barnmorskan bör skapa en känsla av delaktighet i beslut mellan kvinnan och barnmorskan men har dock ett avgörande ansvar i de beslut som fattas (Kennedy, 2000; Lindström et al., 2008). Besluten bör ligga till grund i ett handlande som tros vara det bästa för kvinnan (Lindström et al., 2008). Enligt Kennedy (2000) kan barnmorskan genom respekt och motivation skapa en styrka och drivkraft hos kvinnan. Kvinnan kan då få en känsla av att hon har uppnått sina mål och hon känner sig nöjd över sin prestation och sitt arbete. Barnmorskan kan bekräfta henne som individ och över att hon har klarat av förlossningen (Kennedy, 2000). Barnmorskan bör försöka stötta henne i att nå en känsla av kraft över sin prestation och upplevelse av att ha klarat det själv (Hunter, 2009; Kennedy, 2000; Lundgren & Berg, 2007). Enligt Kennedy (2000) bör barnmorskan inneha en exceptionell skicklighet inom sitt område. Barnmorskan bör ha en förmåga att ta snabba beslut i både kritiska och snabba förlopp. Kennedy (2000) anser att barnmorskan ska veta när hon ska vara aktiv och när hon kan vara passiv. Att ha självinsikt och förmåga till att lyssna på sin inre röst samt vara lyhörd för sina inre signaler är andra kvaliteter som Kennedy (2000) i sin studie framhåller som positiva. Barnmorskan bör vara handlingskraftig men även ha en förmåga att backa och bara vara där.

Lundgren och Berg (2007) beskriver att kärnan i relationen mellan kvinnan och barnmorskan bör byggas på öppenhet, på dialog samt på ett givande och ett tagande. Forskarna menar att barnmorskan och kvinnan har ett gemensamt ansvar under själva förlossningen. Genom att barnmorskan kan ge kontinuerlig information och uppdatering om allt som sker, kan kvinnan känna sig delaktig och trygg. Kvinnan kan uppleva att det är hon som föder sitt barn via stöttning och vägledning av barnmorskan. Med ett delat ansvar uttrycker Lundgren och Berg (2007) att barnmorskan är delaktig både professionellt och personligt i symbios med kvinnan som har en vilja att genomgå förlossningen och en kraft i att möta smärtan. Barnmorskan kan försöka förmå kvinnan till att lita på sin egen kropp och förmåga samt till att se en mening i allt som sker. Genom att hjälpa kvinnan till att fokusera på föräldrskapet och det som komma skall kan kvinnan uppfatta smärtan som att den leder henne fram i förlossningen. För att ett par ska få ett optimalt stöd menar Lundgren och Berg (2007) att det krävs en kroppslig, själslig och känslomässig närhet från barnmorskan. Enligt Kennedy et al. (2004) är det är

viktigt att konkretisera det kvinnan upplever och barnmorskan bör våga möta och känna med kvinnan. Trots att barnmorskan inte har svaret bör hon inte vara rädd för att fråga. Författarna beskriver att genom att barnmorskan försöker göra det greppbart för kvinnan kan en bearbetning starta och den bearbetningen kan leda till kraft och styrka hos den födande kvinnan. Vidare anser Kennedy et al. (2004) att barnmorskan bör verifiera, konkretisera och sätta ord på känslan så att det sker tillsammans och i samråd med kvinnan. Mötet kan innehålla flera delar och de kan symboliseras av barnmorskans profession, partnerskap, personlig kommunikation och vänskap (Kennedy et al., 2004).

Närvaro bör enligt Hunter (2009) vara centralt för barnmorskor inom förlossningen. Närvaron är viktig både för kvinnan och för barnmorskan och det kan symboliseras av att stödja det kvinnan önskar som exempel det emotionella, psykiska, fysiska och det spirituella hos kvinnan. Hunter (2009) menar att barnmorskans närvaro kan hjälpa kvinnan att hantera förlossningen och förmågan att komma vidare i förlossningsförloppet. Det kan skydda kvinnan mot negativa förlossningsupplevelser ända upp till två år efter förlossningen. Genom barnmorskans närvaro kan kvinnans upplevelse av kontroll och trygghet i förlossningsförloppet styrkas (Hunter, 2009). Genom att "vara där" och att "vara med" kvinnan. Ordet barnmorska härstammar från ordet "midwife" och betyder "med kvinnan" (Lundgren, 2004). Kontinuerligt stöd under förlossning har visat sig påverka både förlossningslängd och upplevelsen av smärta (Hodnett, Gates, Hofmeyer & Sakala, 2007). Stödet är viktigt och kan hjälpa kvinnan under förlossningsförloppet och dess betydelse bör inte underskattas. Kvinnor som upplever ett kontinuerligt stöd under sin förlossning använder i regel mindre eller ingen smärtlindring alls. De har oftare en normal vaginal förlossning med en positiv förlossningsupplevelse som följd och även förlossningslängden har visat sig vara kortare. Kontinuerligt stöd leder till ett ökat antal vaginala förlossningar och en minskning av kejsarsnitt (Hodnett et al., 2007). Lundgren och Berg (2007) anser att barnmorskor ibland behöver kämpa mot standardiserade vårdplaner för att stötta det unika i varje kvinnas förlossning. Detta för att skapa ett rum för individuella önskningar och behov och att lotsa kvinnan genom förlossningen i hennes egen takt. Barnmorskan bör förmedla att det inte finns någon standard eller norm kring en förlossning varken i tid eller i längd. Hon bör guida den unika kvinnan i hennes egen unika process. Hon bör stödja kvinnan i att välja sin egen väg och vara flexibel i vilken riktning det tar då ingen förlossning är den andra lik (Lundgren & Berg, 2007).

## **Vårdrutiner i samband med intrauterin fosterdöd**

Det kan enligt studier vara en krävande uppgift för barnmorskor att möta och stödja par vars barn dött före födelsen (Rådestad, 1998; Rådestad, 1999; Sidebotham, 2004). Flera studier uttrycker att det krävs en finkänslighet och en lyhördhet till människors individuella skillnader. Paren kan under förlossningen förberedas genom att detta diskuteras igenom. Forskning menar att frågor som handlar om hur paren vill möta sitt barn och vad som känns viktigt för dem kan ställas. Barnmorskan bör ge paren tid och möjlighet till att tänka igenom dessa frågor, detta kan skapa en större trygghet i de val som föräldrarna gör (Rådestad & Christoffersen, 2008; Rådestad, 2009; Sidebotham, 2004). Rådestad och Christoffersen (2008) menar även att barnmorskor vid en normal förlossning sällan frågar paren om de vill se eller hålla sitt levande barn. Denna fråga kan skapa osäkerhet hos föräldrarna och en tro att det inte är normalt att hålla sitt barn när det inte lever. Vidare beskriver ovan nämnda studie att där föräldrar inte velat hålla sitt barn ändrar de sig vanligtvis och vill senare hålla barnet. Forskarna menar att det är viktigt att förstå och försöka stötta paren i detta. Föräldrarna kan

behöva vägledning precis efter förlossningsögonblicket. Barnmorskan bör uppmuntra och stödja föräldrarna i att hålla, lukta och ta kort på sitt barn (Rådestad & Christoffersen, 2008).

För föräldrarna kan det vara första gången som de kommer i kontakt med en död människa. De kan vara oförberedda på hur barnet kommer att se ut och de bör förberedas på att barnet kommer att bli kallt, stelt eller ha en onormal hudfärg (Rådestad & Christoffersen, 2008; Rådestad, Surkan et al., 2009). Föräldrarna kan behöva få veta att ett dödfött barn hålls och berörs som ett levande barn (Cacciatore et al., 2008; Rådestad, 1998; Rådestad, 2009; Rådestad & Christoffersen, 2008; Sidebotham, 2004). Studier visar att föräldrarna relaterar till hur barnmorskan håller deras barn. Det skapar en känsla av naturlighet och öppenhet i att hålla och möta sitt nyfödda barn. Barnmorskan kan göra detta genom att hålla barnet ömt och försiktigt och tala om hur vackert och fint barnet är innan barnet överlämnas till föräldrarna (Cacciatore et al., 2008; Rådestad, 1998; Rådestad & Christoffersen, 2008). Forskningen uttrycker att kvinnan behöver bli guidad genom hela processen, vägledas i att både möta och säga farväl till sitt dödfödda barn. Om kvinnan blir guidad med försiktighet och lyhördhet i att hålla sitt dödfödda barn kan beröringen i sig ha en lindrande effekt i det långa loppet (Rådestad, 1998; Rådestad, 2009; Rådestad, Surkan et al., 2009). Forskarna menar dock att det är många faktorer som påverkar förloppet och där vårdpersonalens erfarenhet och vägledning är av betydelse. Paren bör enligt Rådestad och Christoffersen (2008) med jämna mellanrum erbjudas möjligheten att se sitt barn om de väljer att inte se eller röra barnet. Barnmorskan bör förklara för paret var barnet är och att det finns i närheten, det vill säga kvar på förlossningsavdelningen. Föräldrarna behöver även få veta hur länge alternativet finns i att få se och hålla sitt barn. Flera studier uttrycker att det är givande för de flesta par att se och hålla sitt dödfödda barn. Det kan hjälpa paren att hantera förlusten av sitt barn, men går inte att generalisera till alla. Författarna i studierna menar att det beror i allra högsta grad på individens önskan och vilket professionellt stöd paren får under förlossningen (Rådestad, 1998; Rådestad & Christoffersen, 2008; Rådestad, Surkan et al., 2009, Sidebotham, 2004) Författarna anser att hålla sitt dödfödda barn kan möjliggöra anknytningen som vissa kvinnor behöver (Rådestad, Surkan et al., 2009). Genom att hålla barnet får mamman en chans till att ta hand om sitt barn menar Rådestad, Säflund, Wredling, Onelöv och Steineck (2009). En möjlighet att bry sig om sitt barn vilket brukar vara en normal reaktion när kvinnor föder ett levande barn. Anknytningen till barnet kan vara viktig för att klara av sorgprocessen och bearbetningen av förlusten (Rådestad, Surkan et al., 2009). Det råder en enighet i att par som håller sitt barn mot sin vilja kan uppleva en större traumatisk stress än när valet att hålla sitt barn byggts på eget initiativ och en egen önskan (Rådestad, 1998; Rådestad, 1999; Rådestad & Christoffersen, 2008; Rådestad, Surkan et al., 2009).

De första 30 minuterna efter förlossningen beskrivs i studier vara mycket värdefulla och detta på grund av att barnet fortfarande är varmt. Denna tid är för många föräldrar den viktigaste stunden med barnet. Efter 30 minuter ändrar sig barnet och blir kallare och kan skifta färg. (Rådestad, 2009; Rådestad & Christoffersen, 2008; Rådestad et al., 2009). Barnmorskan bör medverka till en lugn och tillåtande atmosfär där paren ges utrymme och möjlighet till att möta barnet samt tillbringa så lång tid som de önskar med sitt döda barn. Denna tidslängd är individuell mellan paren och för vissa räcker tio minuter medan för andra är fem timmar alldeles för kort tid (Rådestad, 1998; Rådestad, 2009; Sidebotham, 2004; Säflund & Wredling, 2006).

En studie från Storbritannien (Hughes et al., 2002) visar däremot att kvinnor som har varit nära sitt dödfödda barn kan ha en signifikant högre risk för depression, ångest och posttraumatisk stress syndrom under nästkommande graviditet än de kvinnor som inte ser eller håller sitt dödfödda barn. Vid en jämförelse mellan kvinnor som håller sitt barn och

kvinnor som endast ser sitt barn så har de kvinnor som håller sitt barn en högre risk för depression än de kvinnor som endast ser sitt barn. Enligt studien har de kvinnor som inte väljer att se sitt barn en bättre förutsättning för att inte drabbas av depression eller ångest under nästkommande graviditet. Studien beskriver att det efterföljande sorgearbetet påverkas av det stöd som kvinnan får under förlossningen. Det är en komplex situation då dessa händelser är traumatiska och de drabbade är i behov av vägledning från barnmorskan. Vidare beskriver Hughes et al. (2002) att samla minnessaker från barnet och att ha en begravning kan ge en ökad risk för depression hos kvinnan under nästkommande graviditet. PM (avdelningsrutiner) bör inte ses som en mall som måste följas utan vårdpersonalen bör vara flexibel i sitt handlande och de menar att det inte alltid är relevant att få paren till att se och hålla sitt barn.

## **Föräldrars upplevelse av vård i samband med intrauterin fosterdöd**

Kunskap om föräldrars upplevelse av vård i samband med intrauterin fosterdöd är av betydelse för barnmorskan och fokus bör i första hand vara på de personer som vårdas (Socialstyrelsen, 2006). Vi har av denna anledning valt att redovisa forskning inom ämnet trots att uppsatsen beskriver barnmorskornas upplevelser.

Enligt Samuelsson, Rådestad och Segesten (2001), Säflund och Wredling (2006) samt Trulsson och Rådestad (2004) är många föräldrar mentalt förbereda på att det är något fel på barnet när de får beskedet om att barnet dött i livmodern. Säflund och Wredling (2006) beskriver att det också finns par där tanken aldrig slagit dem, tanken över att barnet kanske inte längre lever. Samuelsson et al. (2001) uttrycker att det många gånger upptäcks när barnmorskor inte kan höra hjärtljud vid rutinkontroll på barnmorskemottagningen. Det förekommer även att kvinnor själva kontaktar vården, när de känner sig oroade över graviditeten (Säflund & Wredling, 2006). Enligt Säflund och Wredling (2006) är det läkare som i de flesta fall upplyser paren om att barnet har dött, men det förekommer även att barnmorskor delger informationen. Närmare hälften av paren i ovan nämnda studie upplever att informationen givits på ett deltagande sätt och att kvinnorna är mer benägna att uppleva informationen som full av medkänsla än männen (Säflund & Wredling, 2006). Känslor som väcks när de får beskedet om att barnet inte längre lever, kan av männen beskrivas som ett chocktillstånd. De känner sig paralyserade, mållösa, vill fly och förneka det som sker. De förklarade det som en obeskrivlig mardröm och att de känner en stor besvikelse då alla förväntningar och förberedelser kastas åt sidan. De beskriver att de gråter och upplever en svår sorg och meningslöshet. De känner också en övergivenhet, tomhet, skuld och en rädsla för det onormala. I första hand tänker de inte på sig själva utan de vill skydda sin partner (Samuelsson et al., 2001). Kvinnors upplevelse av beskedet beskrivs enligt Trulsson och Rådestad (2004) som en känsla av överklighet och att de upplever sig som bedövade. Kvinnorna vill även de rymma från situationen och de upplever det som otäckt att ha ett dött barn i magen (Trulsson & Rådestad, 2004). I likhet med männen vill kvinnorna bli av med det döda barnet så fort som möjligt då detta känns onormalt (Samuelsson et al., 2001; Trulsson & Rådestad, 2004). Resultatet i flera studier visar att många föräldrars första reaktion är att efterfråga kejsarsnitt (Samuelsson et al., 2001; Säflund, Sjögren & Wredling, 2004; Säflund & Wredling, 2006; Trulsson & Rådestad, 2004). Kvinnor och män upplever det till en början som motbjudande och meningslöst att behöva genomgå en vaginal förlossning (Samuelsson et al., 2001; Trulsson et al., 2004). Efter information, råd och stöd accepterar dock de allra flesta paren att föda barnet vaginalt (Samuelsson et al., 2001; Säflund et al., 2004; Trulsson & Rådestad, 2004).

I studien av Samuelsson et al. (2001) beskriver männen att de under förlossning erfor en känsla av frustration och hjälplöshet när det var svårt att påverka och stötta sin partner. De har svårigheter med att förstå information som vårdpersonalen ger och särskilt då personalen använder medicinska termer. De kan ibland känna sig förvirrade och utanför i den kvinnodominerade värld de befinner sig i. Män uttrycker att de saknar någon annan man att prata med. Enligt Samuelsson et al. (2001) uppger männen trots en första önskan om att barnet ska tas ut med kejsarsnitt att de ändå upplever den vaginala förlossningen som positiv. De ansåg i efterhand att det normala förloppet ger en mer värdighet till situationen. Enligt Trulsson och Rådestad (2004) upplever en fjärdedel av kvinnorna efter beskedet att de inte blir prioriterade och att de inte anses lika viktiga av vårdpersonalen, jämfört med kvinnor som bär på ett levande barn. De får knapphändig information, får byta rum flera gånger och det är olika läkare och barnmorskor hos dem under förlossningsförloppet. Resterande kvinnor i studien upplever att de blir bekräftade i sin sorg och att barnmorskorna står vid deras sida och är sympatiska (Trulsson & Rådestad, 2004).

En studie av Rådestad, Nordin, Steineck och Sjögren (1998) där kvinnor som födde ett levande barn och kvinnor som födde ett dött barn jämfördes sågs vissa skillnader. De kvinnor som genomgår en förlossning där de vet att barnet inte lever rankar sin förlossning som svårare än de kvinnor som föder ett levande barn. De använder mer smärtlindring och upplever att de inte kan påverka förlossningen i samma utsträckning som de kvinnor som föder ett levande barn (Rådestad et al., 1998). Trulsson och Rådestad (2004) beskriver att de flesta kvinnor som föder ett dött barn är rädda inför förlossningen, men när den är över känner sig kvinnorna stärkta och det står i kontrast till det misslyckande de känner över att de inte kunnat föda ett levande barn. De upplever det som positiv att kroppen fungerar och att de kan föda sitt barn. Ingen av kvinnorna i studien önskar att förlossningen skulle ha varit annorlunda. Rådestad, Nordin, Steineck och Sjögren (1996) presenterar i sitt resultat att flera kvinnor ser förlossningen som ett värdefullt minne trots den sorgliga situationen.

I studier ses en enighet kring att båda föräldrarna önskar emotionellt stöd, förståelse och att de inte vill bli lämnade ensamma under förlossningen (Motigny, Beaudet & Dumas, 1999; Rådestad et al., 1998; Säflund et al., 2004; Säflund & Wredling, 2006). Information är viktigt för båda föräldrarna och den ska vara tydlig (Samuelsson et al., 2001; Säflund et al., 2004; Säflund & Wredling, 2006). Männen poängterade enligt Samuelsson et al. (2001) vikten av att prata med båda föräldrarna när de informeras. Säflund et al. (2004) menar att även om föräldrarna önskar sig information upplever de att de får mer information än de kan ta till sig på en och samma gång. De behöver tid för att låta informationen sjunka in. Vidare uttrycker forskarna att föräldrarna upplever att vårdpersonalens attityd påverkar dem. Den kan var varm, empatisk och full av förståelse för den mentala smärtan föräldrarna går igenom. Men det kan också finnas brist på känslor och psykologisk insikt. Föräldrar beskriver i studien att det finns personal som kan vara medkännande och förstående när de ger råd medan andra kan vara kalla och mekaniska. Även om vårdpersonalen använder samma ord så kan det emotionella budskapet uppfattas helt annorlunda beroende på vem som säger det och på vilket sätt de säger det beskriver Säflund et al. (2004). Föräldrar kan enligt Motigny et al. (1999) möta personal som inte klarar av att möta deras sorg och helt enkelt försöker undvika dem. De ger exempel på personal som lämnat dem ensamma under förlossningen och bad dem sedan att snabbt bestämma vad de vill göra med barnets kropp. Ilska och skuld mot personal är vanligt. Enligt Säflund et al. (2004) samt Säflund och Wredling (2006) upplever föräldrar att vårdpersonalen har en viktig roll, de kan lindra deras sorg men kan också förvärra den. I flera studier beskriver föräldrar situationer när de inte får rätt stöd och känsla av att bli övergiven av vårdpersonalen (Rådestad et al., 1998; Säflund et al., 2004; Säflund & Wredling, 2006).

Trots detta var de flesta föräldrarna nöjda med vården i stort (Rådestad et al., 1996; Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006).

När barnet är fött beskriver männen och kvinnorna att de kan uppleva en total tystnad och tomhet (Samuelsson et al., 2001; Trulsson & Rådestad, 2004). Enligt Trulsson och Rådestad (2004) upplever kvinnorna att tystanden kom som en chock trots att de vet att barnet inte lever. Säflund och Wredling (2006) menar att det finns par som uttrycker en önskan om att diskutera mötet med sitt barn innan förlossningen tillsammans med personalen. I studier utförda av Samuelsson et al. (2001) samt Trulsson och Rådestad (2004) där männen och kvinnorna beskriver känslan av att se och närma sig sitt barn är de eniga i sin beskrivning. Vissa upplever det som naturligt att genast efter födelsen sträcka sig efter sitt barn. Andra behöver hjälp och stöd då de inte vet hur de ska göra, eller att de upplever situationen som skrämmande och främmande. Vidare beskriver ovan nämnda studier att oavsett hur kvinnorna och männen reagerar när barnet är fött är de överens om att personalens agerande är viktigt. Deras agerande hjälper dem att närma sig och knyta an till sitt barn. Hos föräldrarna finns behov av assistans och guidning vid mötet med barnet (Samuelsson et al., 2001; Trulsson & Rådestad, 2004). Trulsson och Rådestad (2004) menar att den första reaktionen hos flera kvinnor är att de inte vill se sitt barn men med stöd från personalen tittar kvinnorna till slut och ingen ångrar det beslutet. De är istället tacksamma för personalens uppmuntran och uttrycker att personalen starkare bör framhålla vikten av att se och hålla sitt barn för föräldrarna. Enligt Samuelsson et al. (2001) beskriver männen barnen som varma och att de upplever det som om de ligger och sover. Männen känner sig nyfikna och de utforskar fingrar, tår och hår, det finns inga regler för vad de får göra med sitt barn. Känslor som väckts hos föräldrarna när de håller sitt barn beskrivs av Säflund och Wredling (2006) som sorg, värme, ömhet, stolthet, rädsla och osäkerhet. Föräldrarna uppskattar särskilt när personalen informerat dem om värdet och vikten av ritualer och minnen för att kunna klara av sorgen menar Motigny et al. (1999). Enligt studier har de flesta föräldrar namngett sitt barn. Minnen i form av fotografier, hand- och fotavtryck samt en hårlock beskrivs av föräldrarna som ovärderliga (Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006; Trulsson & Rådestad, 2004). Männen uppger enligt Samuelsson et al. (2001) att om de blir lämnade till att välja själva efter förlossningen hade de antagligen inte sett sitt barn eller samlat ihop något minne. Sorgen har blockerat deras förnuft. De anser att minnen alltid bör samlas trots att föräldrarna uttrycker att de inte vill ha det. I en studie av Rådestad et al. (1996) framkom det att de flesta föräldrar som inte har något konkret minne från sitt barn ångrar det i framtiden och det påverkade deras möjlighet att komma vidare i sorgen.

Trots att de flesta föräldrar själva valt hur lång tid de vill spendera med sitt barn anser nästan alla att tiden är för kort (Rådestad et al., 1996; Säflund & Wredling, 2006; Trulsson & Rådestad, 2004). Att föräldrarna får stöd i att ta emot sitt barn samtidigt som de ska ta farväl är viktigt enligt Säflund et al. (2004). Vidare anser författarna att kvaliteten i föräldrarnas möte med barnet är av större betydelse än själva tiden på mötet. Enligt Trulsson och Rådestad (2004) ångrar flera kvinnor att de inte tog tillvara på tiden på ett bättre sätt. De flesta kvinnor anser att de fått för lite tid tillsammans med sitt barn och menar att personalen borde upplyst dem om vad de kan göra tillsammans med sitt barn för att tiden ska bli så minnesvärd som möjligt. Säflund et al. (2004) beskriver att om personalen assisterar föräldrarna under denna tid så anser föräldrarna att deras band till barnet stärks. Resultatet i studien av Säflund et al. (2004) visar att många föräldrar känner skuld. Om barnets dödsorsak inte kommer fram kan föräldrarna lägga skulden på sig själva och det kan påverka deras förmåga till att våga gå igenom en ny graviditet uttrycker Säflund et al. (2004). Studier visar att föräldrarna vill ha ett svar på varför deras barn har dött för att de skall klara av att komma vidare (Rådestad et al.,

1998; Samuelsson et al., 2001; Säflund et al., 2004). I Säflund et al. (2004) resultat framkom att föräldrarna bör träffa inblandad läkare och barnmorska även efter förlossning. Det kan då få möjlighet att samtala kring det som hänt, vilket kan vara bra för sorgeprocessen.

## **Tidigare forskning kring barnmorskors upplevelse av stöd vid intrauterin fosterdöd**

Författarna har endast funnit två studier som beskriver hur barnmorskor upplever sitt stöd under förlossning vid intrauterin fosterdöd. Enligt en studie som utfördes av Roehrs, Masterson, Alles, Witt och Rutt (2008) på en förlossningsavdelning i USA anser barnmorskor att vården av föräldrar som mist sitt barn intrauterint är en viktig uppgift. För att denna typ av vård ska vara av god kvalitet uttrycker barnmorskorna att de behöver stöd av kollegor, utbildning, erfarenhet samt effektiva coping strategier för att på ett hälsosamt sätt hantera den stress som uppstår och för att kunna ge en optimal vård till dessa sårbara patienter. I studien framkom att de flesta barnmorskor upplever sig bekväma med att möta denna patientgrupp men det finns också de barnmorskor som känner sig obekväma och har svårt för att hålla en distans till de sörjande föräldraren. Enligt Roehrs et al. (2008) vill barnmorskorna vara lugna men tillgängliga, svara öppet och ärligt på frågor samt vara känsliga för familjens behov. En del av barnmorskorna beskriver att de vill vara starka och stöttande och var noga med att dela med sig något positivt om barnet. Ord som barnmorskorna använde för att beskriva vårdandet enligt Fenwick, Jennings, Downie, Butt samt Okanagas (2007) studie från Australien var medkänsla, stöd, känslighet, empati, vänlighet, lugnande ord samt att vara flexibel och se till familjens individuella behov. Vidare i studien beskrivs att barnmorskorna genom att skapa en öppen och ärlig kommunikation vill få föräldrarna att känna sig bekväma så att de kan fråga vad som helst samt uttrycka sina känslor. Barnmorskorna ser enligt Fenwick et al. (2007) som sin uppgift att hjälpa familjen att förstå sina känslor och lotsa dem igenom det som håller på att hända. De ville skapa en så fin miljö som möjligt kring paret så att de kan få ljusa minnen trots den sorgliga situation de befinner sig i. Enligt Fenwick et al. (2007) upplever barnmorskorna en tillfredsställelse i att stötta genom att de vet att de hjälper familjen och att de gör skillnad.

Enligt Roehrs et al. (2008) uppger barnmorskor att tillgänglighet är viktigt. Enligt Fenwick et al. (2007) upplever barnmorskor det som tillfredsställande när de har gott om tid och att de kan vara hos familjen. Kontinuitet beskrivs enligt Fenwick et al. (2007) som en viktig del i vårdandet. Roehrs et al. (2008) beskriver att de flesta barnmorskor tycker att den barnmorska som är mest lämpad för att stödja paret ska ta sig an uppgiften och att det skall ske på frivillig basis. Samtidigt menar flera barnmorskor att det är viktigt att turas om då alla ska få en chans att lära sig och att all personal bör veta tillvägagångssättet vid vård av familjer som mist sitt barn intrauterint. Enligt Roehrs et al. (2008) framkom det i studien att erfarenhet är en viktig faktor för hur bekväma barnmorskorna upplever sig vara i vårdandet och barnmorskorna menar att ju bekvämare de är desto bättre blir kvaliteten på vården.

## **Problemformulering**

Vid granskning av tidigare forskning har vi funnit material kring hur barnmorskor bör stödja par vid intrauterin fosterdöd (Rådestad, 1998; Rådestad, 2009; Rådestad, Surkan et al., 2009). Vi har även funnit forskning om hur föräldrar upplever stödet som getts av barnmorskor (Rådestad et al., 1998; Säflund et al., 2004; Säflund & Wredling, 2006). Dock har vi funnit en begränsad mängd forskning om hur barnmorskor stödjer vid intrauterin fosterdöd och hur barnmorskan upplever sitt stöd i samband med förlossningen. Genom litteratursökning hittade vi få studier som tar upp hur barnmorskor ser på sitt stöd (Roehrs et al., 2008; Fenwick et al., 2007). En fråga för föreliggande arbete är vilka faktorer som enligt barnmorskan är viktiga för stöd samt hur stödet till paren i samband med förlossningen upplevs av barnmorskorna.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva hur barnmorskor upplever sitt stöd vid intrauterin fosterdöd i samband med förlossning.

## **METOD**

För att analysera resultatet i denna studie används kvalitativ innehållsanalys. Enligt Lundman och Hällgren-Granheim (2008) användes innehållsanalys ursprungligen inom den kvantitativa forskningen då det var en bra metod att nyttja vid bearbetning av större mängd data där syftet var att fastställa kvantitet. När intentionen vid forskning istället är att analysera och tolka texter kan den kvalitativa innehållsanalysen användas. Metoden kan användas på diverse texter och tolkningen kan ske på olika plan vilket gör den användbar inom omvårdnadsforskningen. Vid analys av texter kan den som tolkar använda sig av en deduktiv eller induktiv ansats. Vid deduktiv ansats analyseras materialet utifrån en mall eller hypotes medan forskaren i sin tolkning med en induktiv ansats har en förutsättningslös utgångspunkt i sin analys av texten. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) menar att kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats är lämplig att använda vid tolkning av texter som handlar om personers berättelser om sina upplevelser och det är anledningen till att vi har valt att använda denna metod vid vår analys av data. Vidare menar Lundman och Hällgren-Granheim (2008) att vid kvalitativ forskning finns inte en sanning utan materialet som analyseras kan tolkas på varierande sätt av olika personer i olika situationer. De som utför analysen bör sätta texten i sitt sammanhang och vara medveten om faktorer som intervjupersonens historia och aktuella kultur.

Vid kvalitativ forskning där syftet är att undersöka upplevelser blir forskaren delaktig i skapandet av texten. När intervjupersonen berättar fritt om sina erfarenheter inspirerar och stimulerar forskaren den som berättar och blir på så sätt medskapare till det resultat som växer fram. Vid kvalitativa undersökningar är meningen att växla mellan närhet och distans, menar Lundman och Hällgren-Granheim (2008).

### **Analysprocessen**

Lundman och Hällgren-Granheim (2008) menar att när en kvalitativ innehållsanalys ska utföras ska inriktningen ligga på att urskilja skillnader och likheter i texten. Dessa skillnader och likheter sammanställs till kategorier och teman men det är viktigt att de delar som urskiljs



fortfarande ses som en del av sammanhanget och inte betraktas som oberoende. Vid analysprocessen frambringas konkret text som lyfts till en abstrakt nivå. För att beskriva analysprocessen används särskilda begrepp. *Analysenhet* är hela den text som analyseras och den ses som en helhet. *Domän* kan vara avsnitt i texten som handlar om gemensamma områden. Det krävs en grov tolkning för att urskilja dessa olika partier i texten. *Meningsenhet* består av ord, meningar eller delar av materialet som hör samman. En meningsenhet ska endast innehålla en betydelse för att analysen ska bli korrekt. *Kondensering* innebär att texten blir kortare utan att betydelsen i texten försvinner. Den centrala betydelsen i texten separeras. *Abstraktion* är att lyfta innehåller till en logisk nivå och det är viktigt att den abstraherade texten stämmer överens med meningsenhet och kondenserad text. *Kod* bildas utifrån meningsenhetens sammanhang. Med kodning menas att den text som abstraherats får ett namn som förklarar meningsenhetens innehåll kortfattat (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

Vidare beskriver Lundman och Hällgren-Granheim (2008) *kategorier* som sammanställning av koder som har en likartad innebörd. Helst ska inget material kunna passa inom flera kategorier men när det handlar om att beskriva personers upplevelser kan det vara svårt att tillgodose då upplevelser ofta hänger samman. Inom kategorin kan det finnas ett antal underkategorier som befinner sig på skiljande abstraktionsnivåer. *Teman* bildas genom att knyta samman substansen inom de olika kategorierna. I teman ska den röda tråden kunna identifieras och ett tema ska svara på frågan ”Hur?” (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

För att diskutera trovärdighet inom den kvalitativa forskningen beskriver Lundman och Hällgren-Granheim (2008) begrepp som *giltighet*, *tillförlitlighet* samt *överförbarhet*. Trovärdigheten av en forskning influeras av på vilket sätt den som har analyserat materialet har använt sin förförståelse och erfarenhet. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) menar att vid bedömning av trovärdighet inom den kvantitativa forskningen används ofta statistiska metoder, men vid bedömning av trovärdighet vid kvalitativ forskning diskuteras och reflekteras det över materialet tills gruppen av forskare enas om hur en text bör tolkas.

*Giltighet* handlar om hur sant resultatet är och resultatet bör beskriva det som karaktäriserar och representerar det typiska för det som är avsett att skildras. Vidare menar Lundman och Hällgren-Granheim (2008) att giltigheten kan styrkas genom att experter inom forskningsområdet granskar kategorier och teman i resultatet för att kontrollera om resultatet stämmer överens med deras erfarenheter inom detta område. Hur urvalet av deltagare skedde för den aktuella studien kan också ha en påverkan på resultatet då ändamålet med kvalitativ innehållsanalys är att belysa variationer. För att läsaren ska kunna göra bedömningen huruvida tolkningen av resultatet är giltigt eller inte bör en noggrann beskrivning av urval och analysarbete beskrivas i studien samt styrka tolkningar med citat. *Tillförlitlighet* syftar till att den som utfört studien styrker sina beslut och ståndpunkter under hela forskningsförloppet. Forskaren bör reflektera över och beskriva olika tolkningsmöjligheter för att resultatet ska vara tillförlitligt. *Överförbarhet* beskriver Lundman och Hällgren-Granheim (2008) som hur studiens resultat kan appliceras till andra konstellationer eller sammanhang. Det är läsaren som bedömer om resultatet går att föra över till andra situationer men författaren har möjlighet att komma med förslag och utforma lämpliga premisser. För att underlätta läsarens bedömning om hur överförbart resultatet är kan en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling samt analys skrivas. En förklaring av de förhållanden som utgör sammanhanget för studien är också en viktig del i hur denna analys kan appliceras till en ny situation (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

## Urval

Urvalet av informanter skedde genom att vi som författare till arbetet kontaktade verksamhetschefer på två förlossningsavdelningar per telefon. Uppsatsens syfte och tillvägagångssätt förklarades kortfattat och enligt överenskommelse beslutades att vidare information till verksamhetschef (bilaga 1) skulle administreras per mail eller att författaren kom till avdelningen med skriftlig information. Verksamhetschefen valde ut lämpliga informanter där kravet var att det var barnmorskor som var yrkesverksamma på avdelningen och hade erfarenhet av att vårda par som drabbats av intrauterin fosterdöd. Barnmorskorna som tillfrågades av verksamhetschefen fick skriftlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt samt att det var ett frivilligt deltagande (bilaga 2). De fick även en blankett där de fick fylla i skriftligt informerat samtycke innan intervjun startade som de lämnade till oss som intervjuade (bilaga 3). Deltagarna fick skriftlig information av verksamhetschefen där information fanns om att uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt. Deltagande barnmorskor gavs tillfälle innan intervjun startade till att ställa ytterligare frågor. Författarna hade från början tänkt intervjua sammanlagt sex barnmorskor varav en intervju skulle utföras gemensamt och övriga intervjuer skulle delas upp mellan författarna. På grund av tidsbrist kontaktades en ny förlossningsavdelning där barnmorskor ställde upp med kort varsel. Detta resulterade i att författarna valde att intervjua fem barnmorskor varav en barnmorska gemensamt. Resterande fyra delades upp mellan författarna och intervjuades enskilt. Informanterna var anställda vid två förlossningsavdelningar i södra Sverige. Tre barnmorskor arbetade på förlossningsavdelning (1) och två barnmorskor var verksamma på förlossningsavdelning (2). Barnmorskorna hade varit yrkesverksamma mellan 19 till 38 år. Tre av barnmorskorna var verksamma inom Aurora som är ett stöd till förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna fick själva välja om intervjuerna skulle utföras på arbetsplatsen eller i hemmet.

## Datainsamling

I samråd med barnmorskorna beslutades om en tid när den enskilda intervjun skulle utföras. Informanterna intervjuades individuellt och intervjuerna varade från 23 till 48 minuter. En intervju utfördes i barnmorskans hem och övriga intervjuer utfördes på barnmorskornas arbetsplats och under arbetstid. Det var således fyra intervjuer som genomfördes på arbetsplatsen i ett enskilt rum och alla utom en utfördes i slutet av barnmorskornas arbetspass. Rummen var avskilda från verksamheten och det förekom inga störningsmoment under intervjuerna. Inget bortfall av barnmorskor förekom och samtliga intervjuer användes i resultatet. För att få en öppenhet i intervjun hade författarna endast förberett en fråga som inledde intervjun: Hur stödjer du som barnmorska i samband med intrauterin fosterdöd under förlossning? Barnmorskorna fick prata fritt och det ställdes följdfrågor där de kunde besvara förtydliga vissa delar eller om de hamnade utanför ämnet försökte författarna lotsa dem in igen utan att ställa ledande frågor. Intervjuerna spelades in och transkriberades till en text som sedan analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008). Kvale och Brinkman (2009) menar att det under intervjun sker en interaktion mellan den som intervjuar och den som blir intervjuad.

## Dataanalys

För att analysera data som framkom ur intervjuerna användes en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Syftet var att granska materialet förutsättningslöst och vara öppen för det som visade sig i det insamlade materialet (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008). Intervjuerna transkriberades av den författare som utfört intervjun och lästes sedan igenom av båda författarna ett flertal gånger för att bli väl förtrogen med materialet. Den första intervjun som författarna utförde tillsammans granskades och analyserades först enskilt och sedan gemensamt för att författarna skulle bli samstämmiga i analysprocessen. Gick sedan igenom den transkriberade intervjun tillsammans med handledaren i syfte att utvärdera intervjuens upplägg och följdfrågor för att öka kvaliteten på kommande intervjuer. Övriga intervjuer analyserades av respektive författare och presenterades och diskuterades sedan tillsammans. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) menar att det material som utsätts för analys bör ses i sitt sammanhang och den som utför analysen bör vara medveten om informantens historia och bakgrund då den är en del av vad som visar sig. Av den anledning ansåg vi som författare att den som utfört intervjun även borde analysera den.

Analyserna startades med att respektive intervju grovt delades upp i gemensamma delar, så kallade *domäner*. I varje domän urskiljdes *meningsenheter* som var meningsbärande delar av texten. Meningsenhetens innehåll tydliggjordes genom att onödiga delar lyftes bort så att meningsenhetens centrala betydelse framkom. Genom att onödig information skalades av skedde en *kondensering* av texten och för att den kondenserade texten skulle uppfattas som mer logisk fick meningsenheten en *kod*. Koden beskrev meningsenhetens innehåll på ett kortfattat sätt. De koder som sedan rymde liknande mening kopplades ihop och på så sätt skapade författarna *kategorier*. I kategorierna fanns även underkategorier som tydliggjorde huvudkategorierna då huvudkategorierna enligt författarna befann sig på en mer abstrakt nivå. Analysprocessen utgick ifrån Lundman och Hällgren-Granheims (2008) beskrivning av hur en innehållsanalys utförs och exempel på författarnas tillvägagångssätt finns i bilaga 4. För att styrka uppkomsten av huvudkategorier och underkategorier samt förtydligande för läsaren används citat som en del av resultatet.

## Etiska aspekter

Vid studier som utförs på människor ska deltagarna enligt Helsingforsdeklarationen (1996) vara väl informerade om studiens syfte och tillvägagångssätt. Deltagandet ska bygga på frivillighet och de medverkande ska ha lämnat ett informerat samtycke samt vara upplysta om att de kan avbryta sitt medverkande när som helst i studien. Verksamhetschefen och barnmorskorna försågs med skriftlig information innan de avgjorde om de ville medverka (bilaga 1, bilaga 2). Barnmorskorna som valde att medverka fick förfrågan av sin chef och barnmorskan fick själv styra när intervjuerna skulle utföras. På så sätt minskades risken för att barnmorskorna skulle uppleva sig pressade till att medverka. Att det var verksamhetschefen som utförde förfrågan kan ha påverkat barnmorskorna till att de upplevt medverkandet som nödvändigt. Informanterna informerades om att uppgifter behandlas konfidentiellt och att det inte går att härleda resultatet till dem som personer.

I Helsingforsdeklarationen (1996) framkommer det att de som utför studien ska överväga och göra en bedömning av risker och nackdelar som kan uppstå för deltagaren och vägas mot de positiva effekter som studien medför. Forskaren ska respektera de medverkandes integritet och vidta försiktighetsåtgärder för att skydda deltagarens privatliv och värdighet. Risken med

att studera barnmorskors stöd vid intrauterin fosterdöd kan vara att det river upp obearbetade upplevelser hos barnmorskor som deltar.

Vidare menar Helsingforsdeklarationen (1996) att forskaren bör besitta kunskap och vara väl förtrogen med ämnet som studeras. Av denna anledning hade författarna förberett sig genom att studera litteratur och tidigare forskning inom området innan intervjuerna utfördes.

Helsingforsdeklarationen (1996) menar att en etisk kommitté ska granska studiens upplägg och genomförande och ge sitt godkännande. Enligt en ändring i etikprövningslagen som trädde i kraft första juni 2008 innefattas inte högskolestudier på avancerad nivå inom ramen för forskning ([www.epn.se](http://www.epn.se)). Det krävs därför inget godkännande från den etiska kommittén i det aktuella arbetet.

## RESULTAT

Under intervjuanalysen framkom tre huvudkategorier; *individanpassa*, *ge tid* samt *vara ett verktyg*. Huvudkategorin *individanpassa* består av underkategorierna *anpassa information* samt *vara närvarande*. *Ge tid* har underkategorierna *vänta in* samt *möta barnet*. Sista huvudkategorin *vara ett verktyg* har underkategorierna *känna trygghet* samt *orka stödja*. För att upprätthålla informanternas konfidentialitet har vi använt siffror efter citaten.

### Individanpassa

Barnmorskorna menade att de genom information och närvaro individanpassade sitt stöd till paren. Genom inkännande och närvaro kunde barnmorskorna urskilja vilken information som borde ges och när den kunde ges i förlossningsförloppet.

#### Anpassa information

Informationen ansåg barnmorskorna var en viktig del av stödet men de menade också att den kunde behöva begränsas. Paren kunde ha svårt att ta till sig för mycket information på en gång och informationen kunde behöva upprepas. Barnmorskorna utgick i stor utsträckning ifrån vad paret ville veta och lät på så sätt paret till stor del styra informationens innehåll. Barnmorskorna uttryckte också vikten av ett öppet klimat där paren kunde känna sig trygga i att ställa sina frågor.

*De behöver, tror jag veta vad som ska hända, de behöver ju få tid till att låta det sjunka in och ta till sig det, då tar jag ju det i deras takt kan man säga, vad vill de veta. Jag tror det är viktigt att göra det... (5).*

*Man kan inte hasta ur sig all information på en gång och så är det färdigt utan man får ta det om och om igen och förklara mycket och så...(4).*

*... jag är väl så att jag försöker att inte fråga så mycket utan jag tänker att, ja de får fråga, om att de bara känner, de kan fråga så att de kan ställa frågor till mig, utan att jag berättar (3).*

Enligt barnmorskorna ska informationen anpassas utifrån parets önskan, men de menade att viss information alltid delgavs paret. Detta för att förbereda föräldrarna inför framfödandet av

barnet. Själva framfödande kunde för många par vara skrämmande och barnmorskorna kunde behöva anpassa sin information. Genom att anpassa information om tillvägagångssätt och vad som skulle hända efter framfödandet fick föräldrarna en ökad kunskap och kunde då vara delaktiga i de beslut som skulle tas. Denna förberedelse ansågs viktig av flera barnmorskor.

*Jag informerar väldigt noga hur vi gör, att vi tittar på barnet först så de behöver inte vara oroliga att vi visar upp någonting utan att de gör vi efter ett litet tag. Vi vill torka av och titta och så och sen ska ni få se på barnet och det är inte så att man lägger upp det på bröstet om det är så att ni inte vill. Så att de förstår det (4).*

*De behöver, tror jag veta vad som ska hända och vi har ju, riktlinjer vi ska följa när sådant här händer (5).*

*Jag har alltid frågat innan om de vill ha upp det på magen...(2).*

### **Vara närvarande**

Att vara närvarande var enligt barnmorskorna en del av att individanpassa sitt stöd. Det innebar att finnas där både i sin kropp och i sin själ. Barnmorskorna upplevde att de gav stöd genom att vara inne hos paret och genom att skapa kontakt och känna in. De kunde ge tröst och låta paren ge utlopp för sina känslor, men det kunde även innebära att sitta tyst och bara var där.

*... att vara närvaranden, det är nog det svåraste vi har. Vi vill ju ha koll på allting och så där...(3).*

*Att de känner att de kan prata med mig och att de känner att jag kan lyssna, på deras upplevelser och deras känslor och så, det tycker jag är viktigt. Då känner jag att jag kan stödja dem, att det inte är en barnmorska som har tankarna på annat håll utan jag är ärligt medkännande, att jag medverkar på något sätt, det tycker jag är kärnan i det, att de känner att jag är delaktig i deras sorg (3).*

Empati, förtroende och trygghet var centrala delar av att individanpassa stödet. Genom att barnmorskorna visade empati kunde ett förtroende skapas och det i sin tur gav föräldrarna en trygghet. Att barnmorskan var där för dem och det var bara för dem hon var där.

*... jag ser mig som den enda just då som kan vara ett stöd för dem i den här situationen, hon är här för oss och det är bara för oss hon är här och att de känner sig riktigt riktigt trygga i den situationen...(1).*

*... de behöver en axel att gråta mot och att man visar empati, att jag finns liksom där och är inne på rummet, lämnar dem inte. De känner att jag är där, och att jag liksom är deras (5).*

Närvaro innebar också för barnmorskorna att de hade ett individanpassat synsätt. Med det menade barnmorskorna att det var viktigt att lyssna in och försöka förstå det enskilda paret. Barnmorskorna utforskade vad paren önskade och vad som kändes viktigt för just dem. De försökte vara lyhörda och inkännande samt försökte läsa av vad paren upplevde.

*... man vet ju inte, vad de här människorna har med sig förut, ha allting liksom utåtriktat mot dem, som tentakler som man känner av, helst så mycket som möjligt, för jag vet att jag måste vara inkännande för att kunna möta dem, för att kunna hitta hjärtat på dem, att hitta själen på dem (1).*

Genom att barnmorskorna läste av och försökte vara lyhörda för parens signaler individanpassade de sitt stöd utifrån parens behov. Det var genom erfarenhet enligt barnmorskorna som de blev mer mottagliga för de signaler som paren sände ut.

*... om man har jobbat i några år så läser man ju av sina par ungefär var man ska lägga sig på vilken nivå, ska jag vara lite mer tyst eller mer åt sidan, eller är det en kvinna som vill att jag informerar hela tiden, eller kan jag vara lite, här passar det sig inte att vara annat än allvarlig (4).*

*Sen så måste man, tycker jag lyssna in och vara lyhörd, det tror jag är det viktigaste. Jag försöker känna in liksom var detta par är och liksom anpassa mig till dem och låta dem styra mitt arbetssätt, inget par är det andra likt, samtidigt som de är ganska likt (5).*

Att individanpassa kunde också vara att se partners roll och vikten av att uppmärksamma dennes behov av stöd. Dock var det endast en barnmorska som lyfte fram detta mer och enligt henne kunde kvinnan och hennes partner reagera olika. Det var viktigt att få denne att känna sig delaktig i förlossningen och att även partnern fick stöd och upplevde sig sedd.

*Jag tror att man ska lägga lite extra krut för att se hur pappan mår. Kan hända att vi glömmet det lite ibland (4).*

*... försöker fånga upp pappan och få dem i nuet. De är ju liksom i något planeringsstadium och de ska de ju inte vara, men jag tror att det är någon form av instinkt de har att, nu är hon skör, hon har en förlossning att gå igenom och jag är man och jag är stark jag ska stötta henne, men han är precis lika ledsen och han behöver precis lika mycket stöd som hon egentligen...(4).*

## **Ge tid**

En annan viktig del av stödet för barnmorskorna var möjligheten att kunna ge paren tid. Paren gavs tid till att känslomässigt förstå och hänga med i allt som skedde. För att paren skulle möta sitt barn och knyta an menade barnmorskorna att det behövde ge paren tid och vänta in.

## **Vänta in**

Barnmorskorna poängterade vikten av att låta det gå långsamt och att ta sig tid till paren genom att försöka möta, känna in och bara vara där. Det beskrevs som att vänta in.

*... jag har ju tid på mig, det är ju det som är min hjälp, jag har tid, jag behöver inte forcera någonting. Jag kan stå där i hur många timmar som helst. Jag vill inte ha bråttom med någonting, ta den tid det tar (1).*

*Ta det lugnt inte skynda på dem, Ja, det kan vara en risk, i om det går för fort, de måste få hänga med i sina känslor (2).*

Att vänta in uttryckte barnmorskorna som en viktig del under förlossningen men även tiden för paren att möta sitt barn. Just denna del av förlossningen kunde upplevas som skrämmande och förknippas med osäkerhet och rädsla. Barnmorskorna menade att föräldrarna kunde stå inför att se sin första döda människa. De kunde ha skapat sig en egen förförståelse för hur barnet skulle komma att se ut och det kunde krävas tid för dem att bara våga möta barnet.

*... det är inget monster det är ett barn, man tar i det precis som man gör med ett levande barn, behöver inte ha bråttom, den känslan måste de få också, få tiden, få känna själv, låta det bara, liksom väntar man bara man har tid och väntar lite grann (1).*

*Jaa... de vågar liksom inte titta, då är det viktigt att man tar det lugnt, att de får den här lilla tiden, att titta och, de kanske föreställer sig att det är något hemskt i magen (3).*

*... många har ju aldrig sett en död människa, men vara öppen för vad de vill mycket, kanske säger att de inte vill se det, och då låter jag det va, då väntar jag till dem vill ta i det, för de kommer vilja ta i det... (2).*

I en av intervjuerna framkom att osäkerheten och rädslan kunde påverka kvinnan och avspeglade sig i hennes förlossning. Kvinnan kunde omedvetet hålla tillbaka sitt barn och det menade barnmorskan kunde göra förlossningen mer utdragen. Det var viktigt ansåg barnmorskan att ge henne tiden genom att vänta in och att det fick ta den tid det tog.

*Men märker man att det kan vara så att hon inte vill släppa barnet och det förstår de ju inte själva, men jag förstår ju att hon släpper inte ut det här, hon håller barnet kvar. Hon släpper inte den här sista biten och det kan jag förstå, väldigt väl. Och då är det ju den fördelen att man kan se det så krasst att vi har ju ingen brådska det finns inga fosterljud att påverka, jag låter henne bara vara. Ja, hon släpper ju så småningom och till slut så kan de ju inte hålla emot (4).*

För att möjliggöra att barnmorskorna kunde ge tid framkom det att de försökte fördela arbetsuppgifterna så att en utvald barnmorska gav all sin tid till att stödja paret under hela arbetspasset.

*Och vi finns ju där inne hela tiden, hela tiden, vi lämnar dem inte. Och den policyn har vi nog allihop här och vi har ju den policyn att vi bara ska ha den kvinnan eller det paret, om det är väldigt väldigt mycket kan det vara omöjligt men vi försöker att bara ha det paret. För det tar sådan tid och allt behöver gå så långsamt (4).*

## **Möta barnet**

Att främja anknytningen, det vill säga att hjälpa paren att möta sitt dödfödda barn var en viktig del kring stödet menade barnmorskorna. Ur intervjuerna framkom att barnmorskorna försökte hjälpa paren att knyta an till sitt barn då de ansåg att det var betydelsefullt för bearbetning av deras sorg. Barnmorskorna gav stöd genom att de uppmuntrade paren till att skapa kontakt och att de förklarade betydelsen av att kvinnan och hennes partner såg sitt barn. Barnmorskorna såg även som sin uppgift att skapa minnen åt paren av deras döda barn.

*Ja, är det så att man liksom pratar om det rent konkret då, då kan man säga precis rakt ut att jag tycker att du ska se ditt barn och det är väldigt bra för dig. Det känns jobbigt nu men i ditt sorgearbete hjälper det dig jättemycket (5).*

Att möta barnet krävde information, tid och närvaro. Ingen del kunde helt uteslutas för att kunna skapa en optimal möjlighet kring stödet vid anknytning med barnet.

*... då berättar jag att så här brukar vi göra, att vi lägger upp barnet på magen precis som vid en vanlig förlossning, känner de att, jag kan inte ta upp mitt barn på magen jag, då får man ju vänta, man får lyssna hela tiden, man kan inte tvinga någon till att göra någonting, utan då navlar man av och lindar in barnet i en filt eller så. Försöker att ha barnet där inne, så väntar man, och det får man ju lyssna in (3).*

Barnmorskorna beskriver hur de lade mycket tyngd i sitt stöd kring anknytningen och hur de vägledde paren i mötet. Vägledningen innebar att barnmorskorna var inkännande mot paren och bekräftade deras barn. De försökte invänta paret och möta dem när de kände sig redo att se eller hålla sitt barn.

*... då vill inte jag gå ut därifrån utan då sitter jag där, kvar och det tycker jag känns bättre för min del att jag har barnet i famnen, att jag värmer barnet lite eftersom, inte de kan det riktigt, just då, och då tror jag att de känner respekten och tryggheten, att då fanns någon annan där för barnet då, när vi inte hade förmågan, att kunna ta till oss det... (1).*

*... när barnet har fötts så torkar man ju av det och, först så tittar dem ju oftast inte och så, det kommer, dom tittar på lite av varje så, dem kommer, kanske tittar lite på handen, sen tittar dem ju lite mer och lite mer (3).*

*Ja, det första jag kan göra är att, när jag pratar om barnet är att, att flickan är jättefin kan man ju säga, att beskriva lite som hår, grop i kinden, eller vad man ser. Hon ser jättefin ut, hon har alla fingrar och tår. Sen kanske jag frågar dem om de känner sig mogna, kanske håller upp det... (1).*

Att skapa minnen menade barnmorskorna var en viktig del i att möta barnet och föräldrarna borde få känna sig delaktiga. Att skapa minnen kunde innebära hand- och fotavtryck och bevarande av en hårlock från barnet. Genom att försöka frambringa en lugn och harmonisk miljö kunde det påverka parens minnesbild.

*... ja, det är ju det här som är vår stora uppgift, det är ju att försöka skapa vackra minnen av det här barnet som kom. Jag försöker skapa lugn och harmoni och göra det fint. Det är ju det de kommer ihåg (5).*

*... vi säger då att vi tar kort och sen så vet ni att det finns här om ni vill ha sen, så finns det kort. Men det är ju inget som säger att de måste när de inte vill, eller så tar vi med deras egen kamera om de vill. Men man måste gå väldigt försiktigt fram (4).*

*Vi gör gipstryck på händer och fötter, att de hela tiden får vara med, jag tycker det är jätteviktigt, det gjorde jag nog inte så mycket förut men det tror jag mer nu... (2).*

Ingen av barnmorskorna hade upplevt att något par som de vårdat valt att inte se eller hålla sitt barn, men att det måste utgå ifrån vad föräldrarna vill. Barnmorskorna poängterade att det



bör vara en vilja bakom mötet men att de måste respektera paren om de valde att inte se eller röra sitt barn.

*Och säger man att jag inte kan ta upp det och då, då måste man ju acceptera det, ja...(3).*

*... de vill se det, de vill ta det, de tittar, de är jätte nyfikna, även om vi har bestämt att de inte vill se det, de vill inte ta det, men de tittar, jag har aldrig varit med om något annat (2).*

## **Vara ett verktyg**

Att vara ett verktyg innebär att känna trygghet och att orka stödja. Barnmorskorna använde sin trygghet i professionen och sig själva som en tillgång i stödet. Barnmorskorna uttryckte att det kunde ta mycket kraft och de upplevde att det var viktigt att de hade ork att ge det unika stödet som dessa par är i behov av.

### **Känna trygghet**

Barnmorskorna menade att de skaffade sig erfarenhet genom att möta människor i kris både i privatlivet och i yrkeslivet. Erfarenhet genererade i att barnmorskorna upplevde trygghet i att stödja par i sorg. Tryggheten var viktig menade barnmorskorna för att de ska kunna känna sig bekväma med att stödja par vid intrauterin barnadöd. När barnmorskorna kände sig trygga vågade de lita på sin intuition och de vågade använda sig själva som ett verktyg i stödet.

*... och man bara utgår från att man är en resurs att man är här för att stödja, hjälpa paret att kunna komma igenom det här, jag ser det som att våga vara där som ett verktyg (1).*

*Det är mest min erfarenhet tror jag, att jag mött många människor i många besvärliga situationer, här på förlossningen, ja i livet, lär en mycket också, ja det är ju så, ja det är det nog, ta med sig lite av varje (3).*

*... jag känner att jag verkligen är ett stöd för dem, jag tror mig vara trygg i mig själv och det tror jag har en stor betydelse, att man är trygg i sig själv...(2).*

Några barnmorskor tog även upp sin egen trygghet kring döden. Tryggheten kunde symboliseras av erfarenhet och en egen bearbetning om vad döden innebar för dem. De upplevde sig trygga i att prata om döden.

*... jag är inte rädd för döden, jag har bearbetat det här med döden, så för mig är det inte jobbigt att, för mig vad man säger och allting runt det här, jag känner att jag verkligen är ett stöd för dem (2).*

*... jätte mycket nytta av, att ha de här åren som, som man har jobbat så nära döden med människor, inte så jätte stor rädsla att prata om döden...(1).*

*... jag tror inte man ska vara rädd för att använda ordet död...(2).*

Barnmorskorna upplevde en trygghet i att vara professionella och behålla sin professionalitet. Barnmorskorna beskrev att de påverkades känslomässigt av mötet och de kunde känna sig ledsna men samtidigt poängterade de vikten av att behålla sin profession i stödet. För att

kunna stödja paren fullt ut så kunde barnmorskorna behöva pendla mellan sig själv som verktyg och sin profession som ett verktyg. Hur barnmorskorna använde sina verktyg kunde vara skiftande, några barnmorskor menade att det kunde vara accepterat att visa sina känslor tillsammans med paren.

*... jag är inte rädd för känslor, jag skulle mycket väl kunna börja gråta tillsammans med ett föräldrapar, jag skulle inte vara rädd för att visa mina egna känslor, men ändå behålla min profession, för det är jätte viktigt. Jag kan inte bryta ihop, det får jag inte göra, men jag kan vara rörd, jag är inte rädd för att visa det (2).*

*Tårar, nej det vet jag inte, nej det tycker jag inte, jag känner inte att jag behöver gråta och så va, men jag kan bli ledsen, men man behöver inte gråta för det. Det tycker jag nog inte är riktigt professionellt, men ledsen är jag (3).*

Barnmorskorna var eniga i att det var viktigt att vara professionella i mötet med paren för att kunna vägleda och stödja paren på ett optimalt sätt. Dessa par kunde väcka mycket känslor hos barnmorskorna och det var viktigt att visa att man klarade av att möta dessa känslor. Just vikten i att behålla sin profession men även att vara professionell i själva mötet.

*... man blir ledsen själv, det berör en jätte mycket själv, man kanske måste gå in på toaletten och gråta, ja! För att kunna behålla min profession (2).*

*... jag kan ju känna med dem här föräldrarna och ju mer de uttrycker sorg ju mer går det ju in på mig att jag känner ju medlidande med dem, men vi måste ju ändå försöka vara professionella (5).*

## **Orka stödja**

Att orka stödja paren innebar för några barnmorskor att det krävdes att de var i känslomässig balans och att de hade kraft att kunna ge det stöd som de ansåg paren behöva. De behövde kunna ventileras och känna ett stöd från sina kollegor. Allt för att de skulle kunna ge ett så optimalt stöd som möjligt.

*... och det är jätteviktigt att man pratar, och dem vi har förtroende för, mina arbetskamrater, om jag känner att jag behöver det och det känner jag att jag, vi är jättebra på att stötta varandra...(2).*

*Ja! Att jag känner att, det här går bra för mig idag, att jag har en bra dag, jag klarar av det här, att möta de här föräldrarna idag, och har jag inte det så tycker inte jag att jag ska ha det, om jag känner att det varit strul hemma eller jag har ont i huvudet eller att på något annat sätt inte mår särskilt bra, för vi har ju sådana dagar, det är viktigt tycker jag att man får en person som är närvarande, och är med tankarna någon annanstans, det går inte. Det tar ju på en, det gör det ju...(3).*

*... jag tror det är jätte viktigt att man är i balans, mer balans än vid en normalförlossning, man måste ge så mycket mer av sig själv, och man ska inte ha någon annan förlossning (2).*

Flera barnmorskor menade att det var krävande att vårda par som drabbats av intrauterin fosterdöd och det krävdes ett stort engagemang för alla inblandade. I all sorg som barnmorskan mötte utkristalliserades en annan sida. En sida som var givande och upplevdes

som positiv för barnmorskorna. Den sidan gav dem kraft i att orka stödja par vid intrauterin fosterdöd.

*... men det är ändå fantastiskt det är nästan alltid så att man får en väldigt bra kontakt med just det paret. Och just de förlossningarna det är de, jag nästan ryser när jag tänker på det, de är så tacksamma och de är så lätta de människorna att ha att göra med. Det låter kanske väldigt konstigt, men det är fantastiskt, om man inte missförstår, så kan man ha det ganska trevligt ändå (4).*

*... att det ger så mycket tillbaka, och det har jag också funderat mycket på... varför man känner så, det är ju nästan lite fel att känna så, att man får så mycket av ett par men, men det är nog att man växer lite grann varje gång som människa, man får någonting med sig, man får någonting med sig... (1).*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva hur barnmorskor upplever sitt stöd vid intrauterin fosterdöd i samband med förlossning. I frågeställningen valde vi att fråga hur barnmorskorna stödjer. Detta för att fånga deras konkreta handlande utifrån deras upplevelse i själva stödet. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) beskriver att kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats är en bra metod att använda för att analysera människors beskrivning av upplevelser. Fördelen med en kvalitativ innehållsanalys anser Lundman och Hällgren-Granheim (2008) är att den kan anpassas till forskarens erfarenhet och kunskap. Vi hade ingen erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys och det kan inte helt uteslutas att resultatet påverkades genom att vi inte fullt ut kunnat urskilja vad som framkom ur materialet. Vi anser att vi under arbetets gång fått en ökad kunskap om analysmetoden men är dock medvetna om att det krävs mer träning för att bli väl förtrogen med processen. Vi har under arbetets gång haft en kontinuerlig kontakt med handledaren för att planera, strukturera samt diskutera uppsatsens utformning och etiska överväganden.

Verksamhetschefens urval av barnmorskor kan ha styrts utifrån att barnmorskornas tidigare visat eget intresse inom ämnesområdet som var avsett att undersökas. Det var inget som vi uttryckte inför urvalet. Vi upplevde att intervjuerna hade tyngd och bestod av ett fylligt innehåll. Då materialet var innehållsrikt tog vi beslutet att de inte skulle utföras en sjätte intervju, som var avsikten från början. Faktorer som tidsbrist påverkade också beslutet men vi anser att det var ett tillräckligt innehåll i det material som fanns. Det finns dock en risk att vi gick miste om ny data som hade fördjupat resultatet ytterligare. För att det ska bli ett flyt i intervjun menar Kvale och Brinkman (2009) att den som intervjuar ska ställa bra följdfrågor. För detta krävs det att den som intervjuar är väl insatt och har goda kunskaper inom ämnet som ska utforskas. Vi började med att studera forskning inom det aktuella ämnet innan intervjuerna genomfördes. Vi gjorde ett medvetet val i att använda oss av en öppen fråga då vi ville vara tillgänglig för vad som visade sig och där syftet var att barnmorskorna skulle prata fritt. Om vi i våra intervjuer valt att använda oss av förutbestämda frågor kunde det ha resulterat i mer enhetliga intervjuer men även en risk att innehållet i informanternas svar reducerats och öppenheten begränsats. För att intervjutekniken skulle vara av så god kvalitet som möjligt förberedde vi oss genom att studera litteratur inom ämnet kvalitativ

forskningsintervju. Kvale och Brinkman (2009) uttrycker att det är svårt att genom litteraturen lära sig hur en intervju ska utföras då det krävs träning och praktik. Enligt Kvale och Brinkman (2009) bör den som ska intervjua förbereda sig inför intervjun och ju bättre förbered personen är desto bättre kvalitet blir det på det som framkommer ur intervjuerna. För att få träning och praktik intervjuade vi varandra och övade på att ställa öppna följdfrågor. Den första intervjun utfördes tillsammans. En av oss intervjuade och den andra observerade intervjun. Feedback gavs sedan av tillvägagångssätt och intervjuteknik. Att vi själva gav feedback till varandra och att intervjun diskuterades igenom med handledaren gav erfarenhet och kunskap som kunde användas i följande individuella intervjuer. Att vi utförde intervjuer enskilt kan ha påverkat vad som visade sig då det inte går att bortse från att vi är olika individer med skilda intervjutekniker. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) beskriver att forskaren blir delaktig i skapandet av texten då den som intervjuar inspirerar berättaren. Vi var medvetna om att vi inspirerade informanten men upplevde det som utmanande att under intervjuerna inte ställa ledande frågor eller styra intervjuernas innehåll. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) beskriver det som att pendla mellan närhet och distans. Vi är eniga om att det krävs mer träning för att få en fulländad intervjuteknik. De enskilda intervjuerna analyserades var för sig. Efter analyserna diskuterade vi analysprocessen med varandra. Intervjuns huvudkategorier med respektive underkategorier presenterades. Fördelen med det tillvägagångssättet menar vi var att det sparade tid men även att de på detta sätt kunde ge en ökad förståelse och kunskap för analysprocessen hos var och en av oss. Genom att vi diskuterade analyserna med varandra skapades en förståelse för olika tolkningsmöjligheter. Nackdelen med enskilda analyser kan vara att vi inte analyserade materialet likvärdigt och tolkade texterna annorlunda. Detta val av upplägg kan ha påverkat det slutgiltiga resultatet. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) menar dock att det kan framkomma olika resultat beroende på vem som tolkar men det betyder inte att resultatet är ogiltigt. Vi upplevde det som utmanande att separera kategorierna helt från varandra då barnmorskornas upplevelser hörde samman och var en del av helheten. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) uttrycker att människors beskrivning av upplevelser ofta hänger samman och att en tydlig separation av kategorierna kan vara svår. Att det var utvalda barnmorskorna som var intresserade av forskningsområdet kan ha påverkat resultatet och att det kan vara den optimala vården som beskrivs.

Att använda enkätundersökning skulle ha kunnat fungera i uppsatsen. En risk fanns dock att barnmorskornas upplevelser skulle kunna gå förlorade då följdfrågor inte kunnat ställas och den personliga beskrivningen begränsats. Att använda en fenomenologisk ansats skulle ha kunnat medföra att resultatet fått en mer tyngd och djup. För detta hade det krävts en bra metodskolning menar vi men även mer tid avsatt till studien. Intervjuer som gjordes i studien skulle kunna ha kompletterats med observationer, detta för att styrka barnmorskornas beskrivning av hur de upplevde sitt stöd. Dock anser vi att det kan vara svårt att etiskt försvara observationer av barnmorskors stöd till par som har förlorat ett barn.

## Resultatdiskussion

Kategorierna som växte fram i resultatet var *individanpassa, ge tid* och *vara ett verktyg*. Vi anser att kategorierna omfattar barnmorskornas beskrivning av hur de upplever sitt stöd vid intrauterin fosterdöd i samband med förlossning. Vi valde inför magisteruppsatsen att inte belysa några kulturella skillnader i resultatet. Resultatet visar att barnmorskorna genom att anpassa information och vara närvarande *individanpassade* vården. Barnmorskorna belyste att det kan bli för mycket information för paren att ta till sig och det var viktigt att informationen anpassades så att paren förstrår sina känslor. Barnmorskorna försökte möta parens frågor och uttryckte att det var paren som styrde informationsflödet. Barnmorskorna upplevde att informationen kunde behöva upprepas då de genom erfarenhet uppfattat att paren inte kan ta in för mycket information åt gången. Resultatet i studien kan sättas i relation till tidigare forskning där föräldrarna upplevde att information var viktigt men att de kunde uppleva informationen som ogreppbar och otydlig (Samuelsson et al., 2001; Säflund et al., 2004; Säflund & Wredling, 2006). Föräldrarna uttryckte även att informationen behövde få sjunka in (Säflund et al., 2004). Flera barnmorskor uttryckte att paren skulle förberedas inför framfödandet av barnet då det annars kunde upplevas som skrämmande. Det fanns par menade barnmorskorna som aldrig hade sett en död människa tidigare och att det var viktigt att låta paren få information om vad som kommer att hända efter framfödandet. Synen på att paren skulle förberedas inför framfödandet kan styrkas mot tidigare forskning där även föräldrarna betonat framfödandet som skrämmande och att de önskar vägledning i mötet med barnet (Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006; Trulsson & Rådestad, 2004). Då resultatet och tidigare forskning upplevs stämma överens kanske det optimala stödet är när föräldrarna själva får styra informationsflödet i sin förlossning. Informationsflödet kan vara en balansgången mellan barnmorskan och paret och det är genom att vara närvarande som barnmorskan lyssnar in vilken information det enskilda paret är i behov av och på så sätt individanpassar sin vård. Att individanpassa stödet under en förlossning menar Kennedy et al. (2004) och Lundgren samt Berg (2007) är viktigt och för att klara det bör barnmorskan låta kvinnan vara ledaren. För att kvinnan ska vara ledaren krävs det menar Kennedy et al. (2004) att barnmorskan har kunskap, är flexibel, har styrka och ser det unika i varje kvinna. Detta är något som även barnmorskorna i den föreliggande uppsatsen menar då de bland annat beskriver att de har tentaklerna ute och försöker möta kvinnan där hon är.

Genom att vara närvarande upplevde barnmorskorna att de gav stöd och att de genom sin närvaro kunde göra paren tryggare och en möjlighet av känna av det enskilda paret behov. Barnmorskorna försökte vara inne hos paret så mycket som möjligt och de försökte förmedla en känsla av att barnmorskan var ”deras” under hela arbetspasset. Att barnmorskorna försökte vara tillgänglig stämmer väl överens med tidigare forskning i vad föräldrarna ansåg var viktigt. Föräldrarna hade i tidigare studier uttryckt att de inte ville bli lämnade ensamma under förlossningen och att det var viktigt för dem att barnmorskan var där och det gav dem trygghet (Motigny et al., 1999; Rådestad et al., 1998; Säflund et al., 2004; Säflund & Wredling, 2006). Trots detta beskriver flera föräldrar i studier att de upplevt sig åsidosatta och att barnmorskorna lämnat dem under förlossningen (Motigny et al., 1999). Hur kommer det då sig menar vi att föräldrarna upplevt sig ensamma när både tidigare forskning och barnmorskorna i resultatet poängterar vikten av att vara närvarande hos paret under förlossning? I resultatet framkom även huvudkategorin *vara ett verktyg* och där beskrev barnmorskorna att de använde sin profession och person som en del av stödet, men för att klara detta krävdes det att de upplevde trygghet och att de orkade stödja. Barnmorskorna kunde uppleva det som utmanande och emotionellt tungt att stödja par som genomgår en förlossning av ett dött barn. Deras beskrivning av stödets utmaning framkommer även i tidigare forskning (Rådestad, 1998; Rådestad, 1999; Sidebotham, 2004). Kan det vara en

anledning frågar vi oss till att föräldrar upplever att barnmorskor väljer att begränsa sin närvaro då de kanske upplever sig otrygga i situationen. Kan det även vara som så menar vi att barnmorskorna är närvarande men att föräldrarna inte upplever det. I föreliggande uppsats framkom vikten av att vara närvarande i sin kropp och i sin själ.

Resultatet visar vidare att barnmorskorna framhöll även en annan del kring stödet som innebar att de behövde känna sig trygga i att tala om döden och en trygghet i sin egen syn på livet och döden. Barnmorskornas tankar kring döden var inget som framkom i tidigare studier, då detta kan vara en ny infallsvinkel kring stödet. Kan stödet påverkas om barnmorskorna inte är trygga kring sin egen syn på döden och att hon då kanske inte vågar vara närvarande fullt ut. För att ge ett optimalt stöd under en förlossning menar Lundgren och Berg (2007) att det krävs en kroppslig, själslig och känslomässig närhet från barnmorskan. Enligt Kennedy et al. (2004) är det viktigt att konkretisera det kvinnan upplever och barnmorskan bör våga möta och känna med kvinnan. Om barnmorskor inte är trygga och reflekterat över sin egen syn på döden kan det då leda till att barnmorskan inte vågar möta och känna med kvinnan, frågar vi oss?

Partnern kunde glömmas bort i förlossningssituationen och barnmorskan försökte då fånga upp honom. Att partnern kunde glömmas bort framkom även vid granskning av tidigare forskning då det oftast var kvinnan som stod i fokus vid stöd i samband med intrauterin fosterdöd. I föreliggande uppsats var det endast en barnmorska som belyste partnern och vikten av deras stöd. Denna fördelning kan bero på val av frågeställning anser vi, då vi ej belyste paret i frågeställningen utan stödet kring förlossningen vid intrauterin fosterdöd. Samuelsson et al. (2001) beskriver att männen kan uppleva en känsla av utanförskap under förlossningen och de kan även sakna en man att prata med då förlossningsvården är kvinnodominerad. Hur ett konkret stöd till mannen skulle se ut framkommer inte i denna uppsats. Hunter (2009), Larkin et al. (2009) samt Lundgren (2004) beskriver att en normal förlossning där paret får ett friskt barn kan vara en livshändelse och ligga till grund för relationen mellan kvinnan och hennes partner. Hur denna livshändelse påverkar ett par som föder ett dött barn är inget som utforskas i denna uppsats. Kanske är barnmorskans stöd anser vi av än mer vikt i dessa situationer för paret's framtida relation. En fördjupning av vår uppsats kunde vara att enbart vända sig till männen/partnern eller intervjua barnmorskor om stödet till dessa.

I resultatet framkom även att *ge tid*. För att ge tid krävdes att barnmorskorna väntade in paret's känslor och upplevelser under förlossning men även tid i att möta barnet. Kan tid i att möta barnet vara en ny infallsvinkel kring stödet? Det är individuellt menar barnmorskorna hur mötet med barnet blir. För en del går det fort och föräldrarna sträcker sig direkt efter barnet medan det för andra kan ta mer tid. Tiden kan variera men betoningen läggs på paret och när paren känner sig redo. I resultatet beskrivs barnmorskans tillvägagångssätt för hur hon väntar in och hjälper paret i mötet med barnet i både handling och ord. När paren visar sig vara mottaglig känner hon av och synliggör deras barn. Detta handlande upplevs av oss som en balansgång mellan barnmorskan och paret. Detta resultat har vi inte funnit i tidigare studier. Tidigare forskningen beskriver mer hur barnmorskan bör gå tillväga för att stödja kvinnan i att möta och ta farväl av sitt barn men barnmorskans upplevelse av stödet synliggörs inte (Rådestad 1998; Rådestad 2009; Rådestad, Surkan et al., 2009). Ingen av barnmorskorna hade upplevt att föräldrarna valt att inte se sitt barn. Barnmorskorna uttrycker att de behöver vänta in tills paren är mottagliga för att ta emot barnet och att alla föräldrar tillslut klarar av det. Barnmorskorna betonar vikten av att paren bör möta sitt barn genom vägledning och varsamhet. Denna kontakt med barnet kan hjälpa paren i det efterföljande sorgearbetet. Barnmorskorna beskrev också att de lyssnar in och respekterar föräldrarna i de val som de

gör, om de till exempel skulle välja att inte se sitt barn. Ett flertal studier belyser vikten av att föräldrar mår bäst av att se och hålla sitt barn trots att det kan ta tid innan mötet sker (Rådestad, 1998; Rådestad & Christoffersen, 2008; Rådestad, Surkan et al., 2009; Sidebotham, 2004).

Däremot finns det en studie från Storbritannien som presenteras av Hughes et al. (2002) och som har en annan vinkling på kvinnans möte med barnet. De beskriver att möta barnet kanske inte alltid är det optimala för kvinnan och mötet kan istället ha en negativ påverkan på sorgeprocessen. Studien menar att det finns kvinnor som väljer att inte ta i sitt barn och att detta bör respekteras då det kan vara bra för den enskilda kvinnan. Studien tar även upp att en negativ sorgeprocess kan bero på otillräckligt stöd och inte bör särskiljas till mötet med barnet som den enda orsaken (Hughes et al., 2002). Då denna studie skiljer sig från övrig forskning ställer vi oss frågande till resultatet. Om kvinnorna som valt att inte se sitt barn fått mer tid i att landa och ta in vad som hänt kanske fler valt att möta sitt barn menar vi. Det är dock inget som vi kan dra några slutsatser om. Att studien är utförd i Storbritannien kanske påverkar resultatet men då vi inte har kunskap i synen på intrauterin fosterdöd i Storbritannien är det endast spekulationer.

Vid en normal förlossning så frågar inte barnmorskan föräldrarna om hon vill hålla sitt barn, denna fråga kan skapa osäkerhet hos par som mist sitt barn enligt Rådestad och Christoffersen (2008). Föräldrar har dock upplevt att de behöver vägledning i mötet med barnet då de kan uppleva en otrygghet (Samuelsson et al., 2001; Trulsson & Rådestad, 2004). Barnmorskorna i föreliggande uppsats ansåg att denna fråga var viktig och att det var viktigt att känna vad föräldrarna önskade. De frågade alltid om de ville ha upp barnet på magen. Hur skulle det bli frågar vi oss om barnmorskorna valde att inte fråga paren. Skulle en trygghet skapas hos paren om de inte behövde välja då barnmorskorna normaliserade förloppet genom att de helt enkelt lägger upp barnet på kvinnans mage efter framfödandet. Eller är det så att man alltid ska fråga paret?

Även att samla minnen framkom under huvudkategorin *Ge tid*. Det upplevdes av barnmorskorna som värdefullt och de betonade även att denna stund blivit mer viktig för dem genom erfarenhet av att ha mött flera par. Att samla minnen har paren uttryckt i tidigare studier som ovärderlig då dessa minnen har kunnat hjälpa dem i den efterföljande sorgeprocessen (Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006; Trulsson & Rådestad, 2004). Föräldrarna upplevde även att det som de gjorde med barnet och vägledningen i mötet var viktigare än tiden som de var med barnet, det vill säga kvaliteten på mötet var viktigare än längden i tid räknat (Säflund et al., 2004). Kvaliteten och längden på mötet diskuterades inte i intervjuerna utan barnmorskor betonade istället vikten av att försöka involvera föräldrarna i att samla minnen. För att fördjupa studien ytterligare hade det varit intressant anser vi att ta reda på hur barnmorskorna gav stöd till paren när de var tillsammans med sitt barn. Det kanske var så att dessa delar inte kom fram för att rätt följdfrågor inte ställdes men det är inget som vi själva kan avgöra. Vi är av åsikten utifrån tidigare forskning att ökad vägledning under tiden med barnet kanske kan skapa ett minne byggt på ökad kvalitet, trygghet och värme.

Att *vara ett verktyg* innebar för barnmorskorna i denna uppsats att de använde sin profession och sig själva som en del av stödet. För att klara detta krävdes att de upplevde trygghet samt att de orkade stödja. Roehrs et al. (2008) beskriver att för att barnmorskorna ska klara av att förmedla stöd på ett tillfredsställande sätt till par som mist sitt barn krävs det att barnmorskorna upplever support från kollegor. Att de har kunskap inom ämnet samt att de själva skapar sig strategier för att hantera uppgiften. Barnmorskorna i föreliggande uppsats framhöll vikten av att känna stöd från kollegor men också att de upplevde sig behöva vara i

känslomässig balans för att klara av att ge paren det som de behövde. Roehrs et al. (2008) beskriver att den som tar sig an att stödja paren bör göra det på frivillig basis men det finns inget beskrivet att barnmorskorna upplever sig behöva vara i känslomässig balans. Vi tolkar det som att barnmorskorna i denna uppsats men även i tidigare forskning syftar till att det kan finnas ett val i om de ska vårda eller inte vårda ett föräldrapar i den enskilda situationen. Kan det vara så menar vi att barnmorskorna behöver detta val för att paren ska få ett så gott stöd som möjligt? Vi frågar oss även om detta val bör finnas då det trots allt är en situation som ingår i barnmorskans uppgift. Barnmorskorna i den aktuella uppsatsen menade att de i privat- och yrkeslivet skaffade sig erfarenhet i att möta människor i kris. De fann också en trygghet i sin profession men det var också viktigt med ett tillåtande arbetsklimat där de kunde samtala med sina kollegor om sina upplevelser. Barnmorskorna i denna uppsats framhöll att det var genom erfarenhet som de upplevde trygghet. Tryggheten genererade i att barnmorskorna upplevde sig vara bekväma i vårdandet av par som drabbats av intrauterin fosterdöd. Roehrs et al. (2008) beskriver i sin studie att erfarenhet är en viktig faktor för hur bekväma barnmorskorna upplever sig vara i vårdandet. Barnmorskorna enligt Roehrs et al. (2008) uttryckte att ju bekvämare de är desto bättre blir kvaliteten på vården. Vi föreställer oss att trots att det finns barnmorskor som väljer att inte möta dessa par kan de behöva utsättas för situationen ändå. Det är dock viktigt anser vi att barnmorskor får stöd från sina kollegor, handledning och utbildning inom området som kan leda till en tillfredsställande vård för paret och för barnmorskan.

I tidigare forskningen beskriver barnmorskor att stödet till familjer som mist sitt barn intrauterint är viktigt men också att de själva upplever en tillfredsställelse i att stödja dessa familjer (Fenwick et al., 2007). Barnmorskorna i föreliggande uppsats var av samma uppfattning då denna upplevelse av tillfredsställelse var en viktig del i att barnmorskorna faktiskt orkade ge ett fullvärdigt stöd. Vi är av åsikten att denna känsla av välbefinnande hos barnmorskorna inte ska förringas då barnmorskorna uttryckte att denna positiva upplevelse fick dem att växa som människor.

## **Konklusion**

Stöd vid intrauterin fosterdöd består i denna uppsats av delarna *individ Anpassa, ge tid och vara ett verktyg*. Att låta kvinnan/paret styra och vara närvarande var delar i stödet som belystes av barnmorskorna. Barnmorskorna betonar även vikten av att ge tid och vänta in paren under hela processen. En bearbetning av sig egna rädslor inför döden och att använda sig själv som en del av stödet var viktigt för barnmorskorna och har i resultatet synliggjorts. Vad barnmorskorna ansåg som betydelsefulla delar av stödet stämde till viss del överens med tidigare forskning om vad föräldrarna upplevde var viktigt i stödet. Att barnmorskor på förlossningsavdelning har kunskap om föräldrarnas förväntningar anser vi kan leda till en ökad kvalitet på stödet i samband med intrauterin fosterdöd. Efter genomgång av tidigare forskning upplever vi att kvinnans behov av stöd synliggörs, men att mannen/partners behov har åsidosatts. Vi anser att det är viktigt att se paret och inte bara kvinnans behov. Detta bör synliggöras och styrkas inom forskningen och inom barnmorskornas riktlinjer i att stödja vid intrauterin fosterdöd.

Ett stort tack till alla barnmorskor som med inlevelse, engagemang och värme delgivit sin syn på stödet och det hon förmedlar till par som förlorat sitt barn innan födelsen. Utan Er hade detta fina resultat inte varit möjligt.



## Referenser:

Cacciatore, J., Rådestad, I. & Fröen, F. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, 34(4), 313-320.

Centrala etikprövningsnämnden. (2008). Angående ändringar i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen) m.m. Från <http://www.epn.se/media/13823/cepn;%20angående%20ändringar%20i%20etikprövningslagen%20m.m..pdf> Tillgänglig från WWW den 091210.

Chan, M. F., Lou, F., Arthur, D. G., Cao, F., Wu, L. H., Li, P. et al. (2008). Investigating factors associate to nurses` attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 509-518.

Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J. & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20(4), 153-160.

Helsingforsdeklarationen., (1996). *Declaration of Helsinki*. Revised version. Adopted by the 48<sup>th</sup> General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyer, G.J. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth (review): The Cochrane collaboration.

Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet*, 360, 114-118.

Hunter, L. P. (2009). A descriptive study of "Being with women" during labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 111-118.

Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice results of a Delphi study. *Journal of midwifery & Women's health*, 45(1), 4-19.

Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U. & Kravetz, M. K. (2004). The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *Journal of Midwifery & Women's' health*, 49(1), 14-23.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labor and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, 49-59.

Lindström, S. B., Johansson, E. & Christensson, K. (2008). Midwives navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labor. *Midwifery*, 24, 190-198.

Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: Experiences of pregnancy and labor. *Scandinavian Journal of Caring*, 18, 368-375.

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concept in the midwife-women relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228.

- Lundman, B. & Granheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I B. H. Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Motigny, F. de., Beaudet, L. & Dumas, L. (1999). A baby has died: The impact of perinatal loss on family social networks. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28(2), 151-156.
- Petersson, K. & Stephansson, O. (2008). Fosterdöd. H, Hagberg, K, Marsal & M, Westergren (red.) *Obstetrik* (ss 495-499) Lund: studentlitteratur.
- Roehrs, C., Maserson, A., Alles, R., Witt, C. & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 631-639.
- Rådestad, I. (1998) *Att föda ett dött barn: Vården vid förlossning och kvinnans situation tre år efter barnets död*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnor och barns hälsa.
- Rådestad, I. (1999). När det väntande barnet dör: Viktigt stödja kvinnan både emotionellt och praktiskt. *Läkartidningen*, 96(11), 1311-1315.
- Rådestad, I. (2009). Den komplicerade graviditeten: Intrauterin barnadöd (3:e uppl.). I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.) *Lärobok för Barnmorskor* (ss. 135-141) Lund: Studentlitteratur.
- Rådestad, I. & Christoffersen, L. (2008). Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 588-591.
- Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. (1996). Stillbirth is no longer managed as a nonevent: A nationwide study in Sweden. *Birth*, 23(4), 209-215.
- Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G. & Sjögren, B. (1998). A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery*, 14, 111-117.
- Rådestad, I., Surkan, P.J., Steineck, G., Cnattinguis, S., Onelöv, E. & Dickman, P. (2009). Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*, 25, 422-429.
- 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.
- Samuelsson, M., Rådestad, I. & Segesten, K. (2001). A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124-130.
- Sidebotham, M. (2004). *Epidemiology* (13 th ed.). I C. Henderson & S. Macdonald (Eds.) *Mayer's Midwifery: A textbook for midwives*, (pp. 1034-1049) Philadelphia: Elsevier Limited.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för Legitimerad Barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Från
- [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1\\_20061051.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf) Tillgänglig från WWW den 091210.

Statistiska Centralbyrån. (2009). *Befolkningsstatistik* . Stockholm: Statistiska Centralbyrån. Från [http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_231102.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_231102.aspx) Tillgänglig från WWW den 091210.

Säflund, K., Sjögren, B. & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth*, 31(2), 132-137.

Säflund, K. & Wredling, R. (2006). Differences within couples` experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 1193-1199.

Thomas, J. (2004). Grief and bereavement (13 th ed.). I C Henderson & S. Macdonald (Eds.) *Mayes´ Midwifery: A textbook for midwives* (pp. 27-47) Philadelphia: Elsevier Limited.

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

World Health Organization (2001). *Family planning, maternal, child health and reproductive health*. Från <http://www.euro.who.int/document/e68459.pdf>. Tillgänglig från WWW den 100118.



Institution för Vård och Natur

## **Till Verksamhetsansvarig- Förlossningsklinik**

Barnmorskors stöd i samband med förlossning vid intrauterin barnadöd

Information och förfrågan om deltagande i studie

Vi är två barnmorskestudenter som läser på Högskolan Skövde. Vi heter Sofie Wallin och Magdalens Skymberg. Inför vår sista termin ska vi utföra ett examensarbete på avancerad nivå 15hp vid institution för vård och natur.

### **Studiens syfte**

Att vänta barn innebär för många en stor glädje och förväntan inför den stundande förlossningen och föräldraskapet. Att något kan gå fel är det få föräldrar som förbereder sig på. I de flesta fall går allt enligt planerna, men varje år dör ett hundratal barn i slutet av graviditeten. Tidigare forskning visar att stödet som barnmorskor ger under förlossning vid intrauterin barnadöd är av stor betydelse för hur paret hanterar förlossningen. Forskning visar även att barnmorskors stöd under förlossningen påverkar parets förmåga att kunna leva vidare.

Hur barnmorskor stödjer och hur de praktiskt går till väga vid själva förlossningen vid intrauterin barnadöd var svårt att hitta vid litteraturgenomgång. Vår önskan är att intervjua barnmorskor med erfarenhet av vårdandet av par vid förlossning – intrauterin barnadöd.

Intervjun utgår från en öppen fråga och det är de medverkande barnmorskorna som sätter ramar för sina svar. Den centrala frågan som vi ställer är: Hur stödjer du som barnmorska under förlossning och de närmsta timmarna efter vid intrauterin barnadöd?

### **Studiens genomförande**

Intervjuerna utförs på respektive klinik, alternativt hemmiljö. Vi önskar kunna intervjua tre barnmorskor med erfarenhet inom detta område. Intervjuerna önska genomföras så snart som möjligt. Hoppas att även du känner intresse inför detta ämnesval och att du kan informera och välja ut tre barnmorskor som vill delge sina erfarenheter och tankegångar kring detta. Då examensarbete på avancerad nivå ej räknas som forskning krävs inget godkännande från etiknämnden ([www.epn.se](http://www.epn.se)). Däremot beaktas alltid etiska frågor under arbetets gång. Barnmorskorna kan när som helst avbryta sitt deltagande i studien.

Önskas ytterligare information för att kunna fatta beslut i frågan finns möjlighet att nå oss via mail.

**Ansvariga:**

Sofie Wallin	Leg. Sjuksköterska	<a href="mailto:a08sofva@student.his.se">a08sofva@student.his.se</a>
Magdalena Skymberg	Leg. Sjuksköterska	<a href="mailto:a08magsk@student.his.se">a08magsk@student.his.se</a>

**Handledare:**

Ingela Lundgren	Leg. Barnmorska & universitetslektor
Tel: XXX-XX XX XX	Arb: XXX-XX XX XX



Institution för Vård och Natur

## Barnmorskors stöd i samband med förlossning vid intrauterin barnadöd

Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie

### Studiens bakgrund och syfte

Att vänta barn innebär för många en stor glädje och förväntan inför den stundande förlossningen och föräldraskapet. Att något kan gå fel är det få föräldrar som förbereder sig på. I de flesta fall går allt enligt planerna, men varje år dör ett hundratal barn i slutet av graviditeten. Tidigare forskning visar att stödet som barnmorskor ger under förlossning vid intrauterin barnadöd är av stor betydelse för hur paret hanterar förlossningen. Forskning visar även att barnmorskors stöd under förlossningen påverkar parets förmåga att kunna gå vidare.

Hur barnmorskor stödjer och hur de praktiskt går tillväga vid själva förlossningen vid intrauterin barnadöd var svårt att hitta vid litteratursökning. Vår önskan är att intervjua dig som barnmorska med erfarenhet av vårdandet av par vid förlossning och intrauterin barnadöd.

Genom att analysera och beskriva dina och andra medverkandes tankar hoppas vi att detta arbete kan skapa insikt i vad verksamma barnmorskor har för idéer kring stöd av par vid intrauterin barnadöd. Vi vänder oss nu till dig som har erfarenhet av dessa händelser och hoppas att du vill delge dina tankar och erfarenheter till oss.

### Studiens genomförande

Om du väljer att delta i denna studie kommer du att bli intervjuad. Utifrån dina önskemål kan intervjun utföras i din hemmiljö eller på din arbetsplats. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare och efter intervjun kommer vi att skriva ut din berättelse och analysera innehållet. För oss är dina tankar och erfarenheter viktiga och unika i sitt sammanhang, det finns inget rätt eller fel. Hanteringen av dina uppgifter skyddas av Personuppgiftslagen (SFS 1998: 204) vilket innebär att obehöriga inte kan ta del av dina uppgifter. Resultatet kommer att redovisas i en uppsats vid Skövde Högskola. Resultatet av studien kan Du ta del av om så önskas genom kontakt med nedan angivna ansvariga personer.

#### Ansvariga:

Sofie Wallin                      Leg. Sjuksköterska                      [a08sofva@student.his.se](mailto:a08sofva@student.his.se)

Mobil: XXXX-XX XX XX

Magdalena Skymberg              Leg. Sjuksköterska                      [a08magsk@student.his.se](mailto:a08magsk@student.his.se)

Mobil: XXXX-XX XX XX

**Handledare:**

Ingela Lundgren

Leg. Barnmorska & universitetslektor

Tel: XXX-XX XX XX

Arb: XXXX-XX XX XX



Institution för Vård och Natur

**Barnmorskors stöd under och de närmsta timmarna efter förlossning vid  
intrauterin barnadöd**

Samtycke om deltagande i intervjustudie

Efter att ha blivit informerad och fått svar på mina frågor, accepterar jag att delta i ovan nämnda studie. Jag kan när som helst avbryta mitt deltagande utan att behöva något skäl.

Signatur: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Ja, det kan vara en risk, en risk i om det går för fort, de måste få hänga med i sina känslor...	En risk om det går för fort, måste få hänga med.	Får ej gå för fort.	Vänta in	Ge tid
... först så tittar de ju oftast inte och så, det kommer, de kommer, kanske tittar lite på handen, sen tittar de kanske lite mer och lite mer...	Först så tittar de ju oftast inte, det kommer, sen kommer de kanske lite mer och lite mer...	Det kommer bara man väntar.		
... man tar i det precis som man gör med ett levande barn, behöver inte ha bråttom, den känslan måste de få också, få tiden, få känna själva, låt det bara...	Behöver inte ha bråttom, den känslan måste de få också	Behöver inte ha bråttom.		
Hon släpper inte den här sista biten och det kan jag förstå, väldigt väl. Och då är det ju den fördelen om man ska se det så krasst att vi har ju ingen brådska.	Hon släpper inte ut, hon håller barnet kvar. Jag låter henne bara vara. Hon släpper ju så småningom.	Jag låter henne bara vara.		
... jag tycker du ska se ditt barn, det är väldigt bra för dig. Det känns jobbigt nu men i ditt sorgearbete hjälper det dig jätte mycket.	Jag tycker du ska se ditt barn. Det är väldigt bra för dig.	Bra att se sitt barn.	Möta barnet	
... de vill se det, de vill ta det, de tittar, de är jätte nyfikna, även om vi har bestämt att	De vill se det, även om de bestämt att de inte vill, men de tittar.	De vill se sitt barn.		

de inte vill se det.				
... söker ju de där blickarna, så rätt vad det är så kommer de oftare och oftare och man ser att ögonkast hamnar på barnet och så kan man ju bekräfta "hon är ju så jättefin".	Blickarna kommer oftare och oftare. Då kan man ju bekräfta barnet.	Bekräfta barnet.	Möta barnet	Ge tid
Vi gör gipstryck på händer och fötter, att de hela tiden får vara med, jag tycker det är jätte viktigt.	Vi gör gipstryck på händer och fötter, jag tycker det är viktigt.	Viktigt att skapa minnen.		
... ja, jag kan inte ta upp mitt barn på magen jag, då får man ju vänta, man får ju lyssna hela tiden, man kan ju inte tvinga någon till att göra någonting...	Känner de att, jag kan inte ta upp mitt barn på magen. Då får man vänta. Man får lyssna.	Vänta på föräldrarna... till som vill möta sitt barn.		