

När glädje blir till sorg

– En kvalitativ studie om mammors upplevelse av vården och bemötande från vårdpersonal vid intrauterin fosterdöd

Hanna Hjulfors

Examensarbete för (YH) -examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa, 2024

EXAMENSARBETE

Författare: Hanna Hjulfors
Utbildning och ort: Barnmorska (YH), Vasa
Handledare: Terese Österberg

Titel: När glädje blir till sorg – En kvalitativ studie om mammors upplevelse av vården och bemötande från vårdpersonal vid intrauterin fosterdöd.

Datum: 4.6.2024 Sidantal: 32 Bilagor: 3

Abstrakt

I den här studien är syftet att lyfta fram mammors upplevelse av vården och bemötandet från vårdpersonal vid intrauterin fosterdöd, ett foster som dör i livmodern vid minst 22 fullgångna graviditetsveckor eller uppnådd vikt hos fostret på 500 gram. De frågor som ställdes för att uppnå syftet är: Hur beskriver mammor sin upplevelse av vården vid intrauterin fosterdöd? Hur beskriver mammor bemötandet från vårdpersonal vid intrauterin fosterdöd?

Som teoretisk utgångspunkt används Katie Erikssons omvårdnadsteori om lidande. Mitt arbete är en kvalitativ studie med induktiv ansats. Datainsamlingen är gjord med semistrukturerade intervjuer både ansikte mot ansikte och online med Microsoft teams möte. Totalt intervjuades 5 mammor och intervjuerna gjordes på svenska. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet jämfördes mot de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskning.

I resultatet kom det fram sex huvudkategorier: våga vara nära, kontinuitet, var inte rädd, bekräftande av föräldrarollen, behandla barnet som om det hade levt och bristande bemötande. Av dessa sex huvudkategorier kom det också fram två underkategorier. I resultatet såg man att mammorna hade uppskattat att vårdpersonalen vågat vara nära och att det var en kontinuitet av vårdarna, de uppmanade vårdarna att inte vara rädd för att ta hand om mamman. De betonade vikten av att bli bekräftade som föräldrar och hur uppskattat det varit att deras barn hade blivit behandlat som om det hade levt. Men det framkom även viss bristande i bemötandet.

Språk: svenska

Nyckelord: Intrauterin fosterdöd, upplevelser, bemötande, dödfödd

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Hanna Hjulfors
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö (AMK), Vasa
Ohjaaja(t): Terese Österberg

Nimike: Kun ilo muuttuu suruksi – Laadullinen tutkimus äitien kokemuksista hoidosta ja kohtaamisesta hoitohenkilökunnan kanssa intrauteriinisen kuoleman yhteydessä

Päivämäärä 4.6.2024 Sivumäärä 32 Liitteet 3

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on tuoda esiin äitien kokemuksia hoidosta ja hoitohenkilökunnan kohtaamisesta kohdunsisäisen sikiökuoleman yhteydessä. Kohdunsisäinen sikiökuolema tarkoittaa tilannetta, jossa sikiö kuolee kohdussa vähintään 22 raskausviikon kohdalla tai saavuttaa vähintään 500 gramman painon. Tarkoituksen saavuttamiseksi esitettiin seuraavat kysymykset: Miten äidit kuvaavat kokemustaan hoidosta kohdunsisäisen sikiökuoleman yhteydessä? Miten äidit kuvaavat hoitohenkilökunnan kohtaamista kohdunsisäisen sikiökuoleman yhteydessä?

Teoreettisena lähtökohtana käytetään Katie Erikssonin kärsimyksen hoitamisen teoriaa. Tutkimuksella on laadullinen induktiivinen lähestymistapa. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla sekä kasvokkain että verkossa Microsoft Teams -kokouksen avulla. Yhteensä 5 äitiä haastateltiin ja haastattelut tehtiin ruotsiksi. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tuloksia verrattiin teoreettisiin lähtökohtiin ja aiempiin tutkimuksiin.

Tuloksena oli kuusi pääkategoriaa: uskalla olla läsnä, jatkuvuus, älä pelkää, vanhemmuuden vahvistaminen ja kohtele lasta kuin se olisi elossa sekä puutteellinen kohtaaminen. Näistä kuudesta pääkategoriasta nousi myös esiin kaksi alakategoriaa. Tuloksista kävi ilmi, että äidit arvostivat hoitohenkilökunnan rohkeutta olla läsnä ja jatkuvuutta hoitajien keskuudessa, he kehottivat hoitajia olemaan pelkäämättä äidin kohtaamista. He korostivat vanhemmuuden vahvistamisen merkitystä ja kuinka arvostettua oli, että heidän lastaan oli kohdeltu kuin se olisi elossa. Mutta tuloksissa tuli myös esiin joitakin puutteita kohtaamisessa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: sikiön kohtukuolema, kokea, hoitoon, kuolleena syntynyt

BACHELOR'S THESIS

Author: Hanna Hjulfors
Degree Programme: Midwife (UAS), Vaasa
Supervisor(s): Terese Österberg

Title: When Happiness Turns into Sorrow– A Qualitative Study on Mother's Experience of Care and the Treatment of Caregivers in Case of Intrauterine Fetal Death

Date 4.6.2024 Number of pages 32 Appendices 3

Abstract

In this study the purpose was to highlight mother's experiences of care and the encounter from caregivers in case of intrauterine fetal death, a fetus that dies in the womb at least 22 completed weeks of pregnancy or when the fetus reaches a weight of 500 grams. The questions that were asked to achieve the purpose were: How do mothers describe their experience of care in case of intrauterine fetal death? How do mothers describe the encounter from caregivers in case of intrauterine fetal death?

The theoretical framework used is Katie Eriksson's theory of suffering. It is a qualitative study with an inductive approach. Data collection was conducted through semi-structured interviews both face-to-face and online via Microsoft Teams meetings. In total, five mothers were interviewed, and the interviews were conducted in Swedish. The data material was analyzed using qualitative content analysis. The results were compared against the theoretical framework and previous research.

In the results, six main categories emerged: Daring to be close, continuity, do not be afraid, confirmation of the parental role, treating the child as if it had lived and shortcomings in treatment. From the six main categories, two subcategories also emerged. In the results, it was observed that the mothers had appreciated when the caregivers had dared to be close and that it was a continuity of the caregivers, they encouraged the caregivers to not be afraid of taking care of the mother. They emphasized the importance of being confirmed as parents and how appreciated it had been when their child had been treated as if it had lived. However, some shortcomings in the encounter also emerged.

Language: Swedish

Key words: intrauterine fetal death, experiences, treatment, stillborn

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Inledning..... | 1 |
| 2 | Syfte och frågeställningar | 2 |
| 3 | Teoretisk Bakgrund..... | 2 |
| 3.1 | Graviditet | 2 |
| 3.2 | Orsaker till fosterdöd | 4 |
| 3.3 | Riskfaktorer | 5 |
| 3.4 | Förlossning..... | 5 |
| 3.5 | Efter förlossningen..... | 6 |
| 3.6 | Fastställande av orsak | 7 |
| 3.7 | Upplevelser vid intrauterin fosterdöd..... | 7 |
| 4 | Teoretisk utgångspunkt..... | 8 |
| 4.1 | Lidande | 8 |
| 4.1.1 | Bekräftande av lidandet..... | 9 |
| 4.1.2 | Själva lidandet | 9 |
| 4.1.3 | Försoningen..... | 9 |
| 4.2 | Lidande i vården..... | 10 |
| 4.2.1 | Sjukdomslidande | 10 |
| 4.2.2 | Vårdlidande | 11 |
| 4.2.3 | Livslidande..... | 11 |
| 5 | Kvalitativ metod..... | 12 |
| 5.1 | Urval..... | 12 |
| 5.2 | Datainsamling | 13 |
| 5.3 | Data-analys..... | 14 |
| 6 | Etiska övervägande | 15 |
| 7 | Resultat | 16 |
| 7.1 | Våga vara nära | 17 |
| 7.1.1 | Visa värme | 18 |
| 7.2 | Kontinuitet | 18 |
| 7.3 | Inte vara rädd..... | 19 |
| 7.3.1 | Vara ärlig..... | 19 |
| 7.4 | Erkännande av föräldrarollen..... | 20 |
| 7.5 | Behandla barnet som om det hade levt..... | 21 |
| 7.6 | Bristande bemötande..... | 21 |
| 8 | Diskussion..... | 22 |
| 8.1 | Metoddiskussion | 23 |
| 8.2 | Resultatdiskussion | 25 |

| | |
|-----------------------------|----|
| 8.3 Slutsats..... | 28 |
| Litteraturförteckning | 30 |

Bilaga 1 Facebook text

Bilaga 2 Informationsbrev och samtyckesblankett

Bilaga 3 Intervjuguide

1 Inledning

Död är inte vad man förväntar sig av en graviditet eller förlossning, det kan verkligen vara chockerande för föräldrarna. I Finland innebär intrauterin fosterdöd att ett foster dör i livmodern när fostret nått en vikt av 500 gram eller efter 22: a graviditetsveckan (Tiitinen, 2023). År 2022 inträffade 130 dödfödslar i Finland (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023).

Det är en väldigt känslig och en svår situation om man upplever en fosterdöd, både som förälder och som barnmorska. Barnmorskan behöver ge stöd i ett tidigt skede av sorgen, det kan vara svårt och man behöver kunna ge tid åt föräldrarna. Orden man säger till föräldrarna är något de kommer att komma ihåg och kan påverka deras minne av händelsen och sorgprocessen (Chapman & Charles, 2018).

Jag valde detta ämne eftersom det är något jag vill fördjupa mig i och få mera kunskap om. I barnmorskans yrke är fosterdöd något man kan möta och jag vill känna att jag har förberett mig och kan stötta föräldrarna enligt bästa förmåga i detta. Jag vill genom interjuver få fram, hur mammorna upplevde vården och bemötandet från vårdarna vid intrauterin fosterdöd. Eftersom det är ett sådant känsligt ämne kan det bli en utmaning att fördjupa sig i detta ämne vid intervjuer. Jag hoppas att jag kan bidra till något positivt med arbetet och lära mig mycket, men också att andra barnmorskor och vårdare kan lära sig mer om fosterdöd och om bemötandet som mammorna och deras partner behöver.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här studien är att lyfta fram mammors upplevelser av vården och upplevelser av bemötandet från vårdare då de fick sitt dödfödda barn. De frågor som jag ställer för att uppnå syftet är: Hur beskriver mammor sin upplevelse av vården vid intrauterin fosterdöd? Hur beskriver mammor bemötandet från vårdpersonalen vid intrauterin fosterdöd?

3 Teoretisk Bakgrund

I vilken graviditetsvecka kvinnan befinner sig i då ett foster dör i livmodern och det betraktas som intrauterin fosterdöd och inte missfall eller sent missfall är lite olika beroende på plats i världen. I Finland är det om fostret som dött i livmodern är minst 22 fullgångna graviditetsveckor eller minst 500gram i vikt (Tikkanen, Pekkola, & Stefanovic, 2021). Ifall längden på graviditeten inte är känd, baseras det på barnets vikt eller längd i stället. (Rådestad, Intrauterin fosterdöd, 2016). Om kvinnan inte känner fosterrörelser och man inte kan höra barnets hjärtljud med de instrument som finns vid mödrarådgivning ska hon skickas till moderskapspoliklinik för vidare utredning och fortsatt vård (Författarna och Institutet för hälsa och välfärd, 2015). Första krisen börjar när det blir klart att fostret har dött, det är då viktigt att externt lugna situationen och tillåta föräldrarnas känslomässiga reaktioner och det är även det som skapar grunden för det fortsatta arbetet. De behöver mentalt skydd och trygghet, som vårdare är det genom att vara lugn och trösta och försöka guida framåt. Det är inte ovanligt med en aggressiv attack från föräldrarna, och den är oftast riktad åt läkaren. Det är viktigt att vara tydlig så att föräldrarna inte drar egna slutsatser (Väisänen, 2000).

3.1 Graviditet

Att försöka bli gravid och få barn är en självklarhet för många. När en kvinna blir gravid kan hon uppleva en rad olika tecken och symtom som kan ge henne anledning att misstänka att hon är gravid. Under graviditeten genomgår kvinnans kropp märkbara anatomiska och fysiologiska förändringar. Några förändringar i början av graviditeten kan vara att bröstet kan förändras, menstruationen uteblir, man kan ha morgon- eller kvällsillamående,

trötthet, ökat antal blåstömningar och ökad aptit och törst (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2016).

Ibland är kvinnan medveten om att hon är gravid redan från befruktningsögonblicket, medan andra kanske inte märker av det på flera månader. De flesta märker av det redan efter ungefär två veckor då mensen uteblir. Då är det vanligaste att man använder sig av ett graviditetstest för att bekräfta. Efter det kan man gå vidare och ordna tid till mödrarådgivning (Balaskas & Gordon, 2004).

Det finns få händelser som är så starkt förknippade med lycka som att vänta barn. Graviditet kan vara en önskan att se släkten fortsätta eller en bekräftelse på kärleken mellan en kvinna och en man. Trots detta är inte alla graviditeter planerade, och det är inte alla barn som är efterlängtade, ändå kan en oplanerad graviditet leda till ett mycket välkommet barn. Att planera och att vänta ett barn innebär en djupgående process av eftertanke och reflektion. Även om kvinnan känner lycka över det positiva beskedet, kan det uppstå en oro om hur hon ska hantera detta och en rädsla för den kommande förlossningen. Ibland vill hon kanske känna glädje, men samtidigt vågar hon inte ta något för givet. Alla dessa känslor och funderingar är en del av förberedelsen inför föräldraskapet, och de utgör en viktig del av den personliga tillväxt och mognad som graviditeten kan medföra (Weström, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2005).

En normal graviditet varar från befruktningen till förlossningen i genomsnitt 266 dagar eller 38 veckor. Det kan vara utmanande att fastställa exakt när befruktningen har ägt rum. Därför är det viktigt att använda sig av den förväntade förlossningsdagen, som beräknas med hjälp av sista normala menstruationens första dag. På detta sätt erhåller man en uppskattad graviditetsvaraktighet på omkring 280 dagar eller 40 veckor. Graviditeten indelas i tre perioder där varje period är tre månader. Dessa kallas trimestrar. Under första trimestern av en graviditet utvecklas anlag till alla de viktigaste organen hos fostret. Under första trimestern bildas hjärnan, hjärtat, lungorna, levern, njurarna och andra organ. Under andra trimestern blir dessa organ färdigutvecklade. Sedan under tredje trimestern sker fostertillväxten. Organsystemen blir funktionsdugliga under denna period. (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2016). Efter att 37 fulla veckor har passerat, betraktas graviditeten som fullgången medan om graviditeten varar i 42 fulla veckor anses den vara överburen (Weström, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2005).

Lika som en graviditet fysiologiskt indelas i tre trimestrar kan man även indela den psykologiskt i tre trimestrar. Första trimestern kan kännetecknas med starka känslor av osäkerhet både till barnet och föräldraskapet, den blivande mamman pendlar mellan stunder av lycka och förtvivlan. Det kan vara ofattbart att vara gravid. Här börjar även de första fantasierna och tankarna om barnet dyka upp (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019). I andra trimestern har kvinnan börjat känna fosterrörelser och det syns nu även fysiskt att kvinnan är gravid, magen och bröstet växer. Här börjar humöret bli stabilare och ofta är kvinnan inte lika trött längre. Fostret börjar alltmer uppfattas som en unik individ, och en kvinnas tankar, drömmar och önskningar kretsar alltmer kring barnet. Hon börjar förbereda sig på att bli en bra mamma till just sitt barn (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019). I tredje trimestern ökar kvinnans tankar kring barnets födelse och eventuell död. Hon upplever nu en känsla av att vara stor och tung, och det är svårt att röra sig smidigt. Känslorna och reaktionerna blir återigen intensiva, likt hur de var under den första trimestern. De sista fyra till fem veckorna är av stor betydelse. Kvinnans tankar kretsar nu konstant kring det kommande barnet, och oron inför förlossningen är påtaglig. Sedan, en dag upptäcker hon att längtan efter att träffa barnet har tagit överhanden och rädslan har ersatts av en stark längtan. I den allra sista fasen fördjupar sig kvinnan mycket i sig själv. På liknande sätt som många djurarter, ägnar hon nu mycket tid åt att "boa". Hon rengör och dekorerar sitt hem, går igenom lådor och garderober, sorterar och rensar ut. Hon är på väg in i ett nytt skede av sitt liv. Det som tidigare var viktigt och sparades med omsorg, förlorar gradvis sin betydelse och kan nu kastas bort. Samtidigt som detta arbete fungerar som förberedelse inför det kommande, blir det också en form av bearbetning av det förflutna (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019).

3.2 Orsaker till fosterdöd

De vanligaste orsakerna till intrauterin fosterdöd är placentainsufficiens (moderkakan fungerar inte som den borde) och tillhörande tillväxthämning, sjukdom, fostermisbildning, för tidig avlossning av placenta, infektion och navelsträngskomplikationer (Tiitinen, 2023). Statistik visar att i 26% av fallen per 1000 fall av fosterdöd, var orsaken placentainsufficiens och av det orsakat fostertillväxthämning, oförklarlig anledning 18%, fostermisbildning eller sjukdom var 14%, navelsträngskomplikation 14%, för tidig avlossning av placenta 13%, anemi hos fostret 7%, infektion 6% och andra skäl 3%. (Tikkanen, Pekkola, & Stefanovic,

2021). I en studie som även den gjordes i Finland var de vanligaste orsakerna medfödda anomalier, placentainsufficiens samt öglor och knutar på navelsträngen. Orsaken till dödfödsel kunde fastställas för 78% av fallen medan 22% lämnade oklassificerade. Om dödsorsaken lämnas oförklarad kan ändå många andra orsaker uteslutas, vilket underlättar för föräldrarna och sjukvårdsenheten (Tanita, Markkula, & Laine, 2017).

3.3 Riskfaktorer

Riskfaktorer för intrauterin fosterdöd kan bero på tidigare dödfödselar, moderns höga ålder, rökning eller övervikt. Ytterligare riskfaktorer kan vara långvariga sjukdomar speciellt om mamman har diabetes och problem vid tidigare graviditet. Den största riskfaktorn för fosterdöd är tillväxthämning av fostret i livmodern (Gardosi, Madurasinghe, Williams, & Francis, 2013). I en dansk studie upptäckte man att fetma ökar risken för intrauterin död med ungefär tre gånger och intrauterin död relaterad till placentainsufficiens med upp till fem gånger jämfört med normalviktiga (Tikkanen, Pekkola, & Stefanovic, 2021).

3.4 Förlossning

Då mammorna fått de dåliga nyheterna vill de flesta föda barnet så snabbt som möjligt och smärtmedicineringen måste vara effektiv. Kejsarsnitt rekommenderas endast om det är fara för mammans hälsa eller liv (Tiitinen, 2023). Det finns ingen anledning att vänta på igångsättning av förlossningen efter beskedet, det kan orsaka mera stress och kan ge ökad psykiskt trauma i en redan psykiskt tung situation. Endast om mamman önskar att få tid att bearbeta är det skäl att vänta (Erlandsson, Lindgren, Malm, Davidsson-Bremborg, & Rådestad, 2011). Vid förlossning av ett dött barn sker den oftast via vaginal förlossning. (Boyle, o.a., 2017). Att förlora ett barn under graviditeten eller vid förlossningen är en obeskrivlig traumatisk upplevelse för föräldrarna, och det är viktigt att ta hänsyn till deras känslomässiga tillstånd när informationen ges. Vid sådana tillfällen bör man använda vardagliga och enkla ord och undvika att släta över verkligheten. Att fostret inte lever är något som de hela tiden har hoppats på att undvika under graviditeten. I en sådan svår tid behöver föräldrarna mer stöd än någonsin från professionella inom mödra- och förlossningsvården. En närvarande person bör stanna hos kvinnan och visa att även de delar hennes sorg. Det kan vara tröstande att hålla i handen. Det är vanligt att en mängd frågor dyker upp samtidigt som starka känslor av ilska, skuld och misslyckande. Det är

avgörande att föräldrarna inte lämnas ensamma med sina tankar och känslor. Det är viktigt att förstå att det inte finns någon enkel lösning för att hantera en sådan tragisk händelse. Även personalen kan känna sig oförberedd och bära på känslor av skuld och misslyckande i sådana situationer. Under sådana omständigheter är det också viktigt att säkerställa att förlossningen blir så smärtfri som möjligt. Det är ett sätt att göra upplevelsen så skonsam som möjligt för föräldrarna. Förlossningen och den lilla tiden efter med sitt barn kommer att vara det enda minnet de har kvar (Weström, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2005).

3.5 Efter förlossningen

När ett dött barn föds innebär detta att föräldrarnas möte med sitt nyfödda barn samtidigt är början till avsked till barnet. Det rekommenderas att man aldrig ska fråga föräldrarna om de vill se sitt barn, det kan tolkas som att det inte är självklart. Föräldrarna behöver veta att ett barn som föds dött ändå behandlas som ett barn. Det dödfödda barnet känns varmt och mjukt de första 30 minuterna, precis som ett levande barn. Av den anledningen är den omedelbara tiden efter förlossningen viktig, eftersom det ögonblicket aldrig kommer tillbaka. Det är betydelsefullt att se sitt döda barn för att föräldrarna ska kunna förstå att barnet inte lever. Personalen ska behandla barnet som ett levande barn. Om föräldrarna bokstavligen säger att de inte vill se barnet ska de då informeras var barnet finns och att de kan se barnet vid ett senare tillfälle. Efter någon timme bör de igen erbjudas möjligheten att se sitt barn, vill de fortfarande inte se sitt barn då informeras det att föräldrarna själva kan ta initiativ att se barnet ifall de ändrar sig (Rådestad, 2016). Föräldrar uppmuntras att titta på, hålla och vara en stund med sitt barn. (Terveyskyla, 2018) De flesta mammor är tacksamma över att vårdare hade gjort hand- och fotavtryck av deras barn, de var tacksamma för fotografier och en lock av håret från barnet. Många är även mycket glada över att ha fotografier tillsammans med sitt barn (Rådestad, Westerberg, Ekholm, Davidsson-Bremborg, & Erlandsson, 2011). Man tar alltid en bild som man sparar i journalen som man kan visa senare om de inte velat under den första tiden. (Väisänen, 2000)

Många tillbringar tid med barnet efteråt, vissa vill bjuda in andra att också träffa barnet, oftast nära släktingar, familjemedlemmar och vänner. Föräldrarna lider och är sårbara, det är viktigt för vårdare att förstå handlingar och praxis kring den nyfödda. Det är viktigt för föräldrarna att bli bekräftade som föräldrar (Jørgensen, Prinds, Mørk, & Hvidtjørn, 2022).

Mamman och ibland partnern stannar på sjukhuset en kort tid. Det är viktigt att sjukhuset och öppenvården samarbetar bra, eftersom förlusten blir riktig i hemmet. Föräldrarna vill i första hand ha information om varför barnet dog och inte psykiatrisk hjälp (Väisänen, 2000). Om de stannar på sjukhuset efter förlossningen bör de erbjudas eget rum. För många föräldrar kan det vara svårt att höra andras barn skrika och se glada föräldrar med sina barn då de själva har upplevt förlusten av sitt barn. Möjligheten till samtal med dem som var närvarande vid barnets födelse och död, de som har fått se barnet och som kan bekräfta dess existens, är av stor betydelse för föräldrarna. De bör erbjudas flera uppföljningsbesök under en längre tid efter att de har lämnat sjukhuset. Ett team bestående av barnmorskor, läkare, kuratorer, psykologer och sjukhuspräster bör samarbeta för att planera eftervård för både föräldrarna och eventuella syskon till barnet (Rådestad, 2016).

3.6 Fastställande av orsak

Barnet som föds och placentan undersöks noggrant. Prov tas från placenta för patologens undersökning, som infektionsprover och vävnadsprover. Även navelsträngen kontrolleras. Av mamman tas det blodprov som levervärden, gallsyror, blodsocker, sköldkörtelprov, blodsocker och C-reaktivt protein (Tiitinen, 2023). Tillstånd för obduktion av barnet görs alltid, för att fastställa orsaken är det en av de viktigaste undersökningarna. De flesta som nekar till att barnet får undersökas ångrar det senare och medger att om personalen skulle ha försökt övertyga dem att det är viktigt skulle de ha gett samtycke (Pekkola, Tikkanen, Loukovaara, Paavonen, & Stefanovic, 2022).

3.7 Upplevelser vid intrauterin fosterdöd

Mammor vars förlossning blev igångsatt mera än 24 timmar efter har nästan fem gånger högre risk av ångestrelaterade symtom efter tre år. Att vänta på igångsättningen beskrivs som den värsta delen av processen av mammor som har förlorat sitt barn som ännu var i livmodern. Väntan på förlossningen beskrivs som värre än själva förlossningen. Många kvinnor är hemma tills tiden för igångsättningen och de säger att det är som att vänta i "ingenmansland". Känslans beskrivs som att vara på sidan av normalitet och sättas på en okänd plats och att vara på den platsen är en ofrivillig väntan i vilken de inte har verktygen för att hantera situationen (Malm, Rådestad, Erlandsson, & Lindgren, 2011).

I en studie som gjordes i Helsingfors, i vilken både mammor och deras partner deltog, valde jag till detta arbete att endast inkludera svaren från mammorna, det deltog 57 mammor i studien.

Det kom fram att mammorna till det döda barnet hade känt bra stöd under förlossningen. De var även nöjda över tiden de fick att hålla sitt barn och kände inte någon press av vårdarna angående det. De var över lag nöjda med stödet på avdelningen men de var inte lika nöjda med socialarbetarnas rådgivning. Majoriteten höll med om att de fick information om obduktionsundersökningen på ett lätt förståeligt vis och de var också medvetna om att även om undersökningen görs är det inte garanterat att de får reda på orsaken till att fostret dog. Tre av fyra tyckte att de hade blivit tillfrågade samtycke till obduktion vid lämpligt tillfälle och att det blev frågat på lämpligt sätt. Väldigt få kände att de hade blivit pressade till att ge samtycke till obduktion. Under tiden för behandling på avdelningen hade 94,5% av mammorna blivit erbjudna att prata med psykolog, präst eller psykiatriker, och av samtliga var det 85,2% som accepterade en tid för att prata med någon av de angivna. Över hälften av de deltagande mammorna kände att de hade fått tillräckligt med information om praktiska arrangemang. Majoriteten kände att uppföljningsbesöket hjälpte, men flera kände att besöket ökade deras ångest. Av de som deltog sa 55,8% av mammorna att en klar anledning till barnets död hade hittats. De flesta höll med om att obstetrikern förklarade resultaten åt dem på ett förståeligt sätt på uppföljningsbesöket och de fick tillräckliga svar på sina frågor. Endast några ångrade att de hade gett samtycke till obduktion (Pekkola, Tikkanen, Loukovaara, Paavonen, & Stefanovic, 2022).

4 Teoretisk utgångspunkt

Jag har valt att använda mig av Katie Erikssons teori om lidande, när föräldrarna/mammorna till barnet genomgår intrauterin fosterdöd innebär det en stor sorg. De har väntat på sitt barn och förberett sig för ankomsten men utgången blir en helt annan.

4.1 Lidande

Eriksson menar att om man lever innebär det bland annat att lida, och att lidandet är allomfattande och i sig själv meningslöst, men varje individ har förmågan att tilldela det

mening genom att genomgå det. Hon skriver också "till sitt djupaste väsen är lidande ett döende och när livet segrar har lidande utgjort en kraftkälla till nytt liv" (Eriksson, 1994).

En människa som sörjer och lider är trött och en trött människa behöver lugn och vila, men behöver nödvändigtvis inte vara ensam. När man mist någon som man älskar och som varit betydelsefull upplever man en stor ensamhet. Den största känslan av ensamhet kan vara den att inte bli sedd. Eriksson skriver att inte bli sedd är att betraktas som "död", och att det finns många "levande döda" bland oss. De finns mitt ibland oss, på sjukhus och vi möter dem dagligen, men vi ser dem inte (Eriksson, 1994).

Lidandet drama utspelas i varje människas lidande. Lidandets drama har tre uppdelningar, bekräftandet av lidandet, själva lidandet och försoningen, dessa tre förklaras närmare nedanför.

4.1.1 Bekräftande av lidandet

Att "jag ser" är att förmedla till den andre att man bekräftar, att man ser personens lidande och det innebär en tröst och att det finns någon som kan komma till möte i hens lidande. Bekräftelse kan visas på olika sätt, med beröring, en blick eller ett ord. Om man inte bekräftar lidandet innebär det att man bortförklarar eller överser lidandet vilket leder till ytterligare lidande. Att bekräfta medmänniskans lidande betyder att inte överge, att visa att man finns till för den andre och att ge tid och rum för den lidande (Eriksson, 1994).

4.1.2 Själva lidandet

Man behöver tid och rum när man lider. Genom att bortförklara eller snabbt hitta orsaker till lidandet finns det risk att ta ifrån människans lidande. Man pendlar mellan lidande och lust, mellan hopplöshet och hopp. En människa som lider vill känna gemenskap men vill ofta vara ensam. Det kan kännas hopplöst vilket i sin tur leder till förtvivlan om man känner sig övergiven i sitt lidande. Blir man förtvivlad känner man inte längre något hopp (Eriksson, 1994).

4.1.3 Försoningen

Att försonas innebär att upptäcka ett "nytt liv", att skapa en ny helhet av det liv där något har gått förlorat. I försoningens kontext innebär det att man formar en ny helhet där det

onda anpassas på ett sätt som ger det ny mening och sammanhang. När en människa har uppnått försoning kan man ofta ge det genomlevda lidandet en mening. Försoningen utspelar sig olika för alla människor. Försoningens väg tar olika former för olika människor. Ibland kräver den en smärtsam kamp och en djup känsla av förkrosselse. Andra gånger kan den komma som en stilla insikt om livets oföränderliga verklighet. Oavsett hur försoningen uppnås, innebär den alltid en transformation; den ger upphov till en ny form av enhet och helhet (Eriksson, 1994).

4.2 Lidande i vården

Vi bör sträva efter att eliminera det onödiga lidandet, men det finns en typ av lidande som inte kan utplånas och som vi i stället bör göra allt för att mildra. Att lindra patientens lidande innebär främst att respektera deras värdighet, att undvika fördömande och maktmissbruk, och i stället erbjuda den vård som patienten behöver. Särskilt tydligt blir detta när patienten måste utföra sina mest privata behov med hjälp av andra. Det djupaste lidandet kan ibland lindras genom en enkel vänlig blick, ett ord eller ett annat uttryck för genuint medlidande. Vårdpersonal försöker både genom konkreta åtgärder för patientens välbefinnande och genom att finnas närvarande och bygga en relation. Det mest betydelsefulla är att våga möta lidandet, att inte undvika det utan i stället stå inför det och arbeta igenom det. I vården möter vi på tre olika lidande, sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Ofta smälter de samman, vilket gör det svårt att särskilja dem i verkliga situationer. Genom att beskriva var och en av dem får vi en djupare förståelse för deras unika karaktärer och därigenom öka våra möjligheter att identifiera dem och eventuellt lindra lidandet i specifika vårdkontexter (Eriksson, 1994).

4.2.1 Sjukdomslidande

Kroppslig smärta som är förorsakad av sjukdom eller behandlingen av sjukdomen. Genom att reducerar smärta kan man lindra ett outhärdligt lidande, den bör lindras till all möjlighet. Själligt och andligt lidande förorsakas av upplevelser, som förnedring, skam och/eller skuld som människan upplever i relation till sin sjukdom eller behandling. Denna form av lidande är nära det som benämns som vårdlidande. Man kan känna skuld om man får en sjukdom och känner att man kanske förorsakat den själv genom att inte leva rätt. Exempelvis inom gynekologi gör man intrång i människan mest intima områden. Det

uppstår många situationer där människan kan känna skam och förnedring inom vården såsom att man tvingas söka fram information, köa, fråga, vänta och använda samma utrymmen som andra (Eriksson, 1994).

4.2.2 Vårdlidande

Kränkning av patientens värdighet kan vara att frånta hen att helt och fullt vara människa. Det kan vara att slarva med att skydda patienten vid intima vårdåtgärder eller personliga frågor. Fördömelse och straff hänger samman med ovanstående. Något som är vanligt inom vården är att vårdaren tänker att det är sin uppgift att avgöra vad som är rätt och fel gällande patienten, vårdare kan bedöma men patienten har frihet att välja själv. Ett sätt att straffa är att nonchalera patienten, som exempel att inte torka kring munnen efter maten då patienten inte själv klarar av det. Maktutövning är att ta den andres frihet genom att tvinga hen att göra något som hen inte skulle välja av fri vilja eller som hen inte orkar med. Utebliven vård kan vara bristande förmåga att bedöma och se vad patienten behöver. Det kan också vara att låta patienten vänta längre då hen ringer på för att hen är "svår och omöjlig". Utebliven vård förekommer i olika former, från små mindre företeelser som slarv till direkt medveten vanvård (Eriksson, 1994).

4.2.3 Livslidande

Det vanliga vardagslivet rubbas och mer eller mindre tas helt ifrån en. Lidandet människan står inför innefattar hela hens livssituation. Det innebär allt från möjlighet att dö till en förlust av att ha möjligheten att vara social. Livslidande är det lidande som är kopplat till alla aspekter av att vara i livet, att existera som människa i samspel med andra människor. Att vara hotad av förintelse, att känna rädslan för att dö utan att veta när, utgör en oerhörd form av lidande. Likaså är att inte bli sedd ett annat sätt att känna lidande. Hotet om död, rädslan och förtvivlan blandas med viljan att leva och kampviljan. En plötslig påtvingad förändring av en människas livssituation strider mot det naturliga, och individen behöver tid för att hitta ett nytt meningsfullt sammanhang. Att känna sig maktlös och ge upp inför en till synes hopplös situation är något som vi ofta står inför inom vården. Denna känsla av uppgivenhet kan uppstå när en patient inte längre har styrkan att kämpa. När vi möter en patient som lider svårt, som lider av en obotlig sjukdom och kanske även bär på en tung börda, kan det kännas oerhört utmanande att veta hur vi ska agera (Eriksson, 1994).

5 Kvalitativ metod

Jag har valt att göra en kvalitativ studie där syftet är att lyfta fram mammors upplevelse av vården vid intrauterin fosterdöd och bemötande från vårdare vid intrauterin fosterdöd. Datainsamlingen gjordes med semi-strukturerade intervjuer.

Syftet med denna metod är att genom analysen uppnå en så verklighetstrogen återgivning som möjligt av det observerade fenomenet. Kvalitativ metod kännetecknas av en närhet till forskningsobjektet. Man ska försöka mötas ansikte mot ansikte under intervjun. Man kan använda sig av exempelvis ljudinspelningar som analyseras, man undersöker personers erfarenheter och studerar det inifrån (Holme & Solvang, 1997). Kvalitativ metod har sin början i den holistiska traditionen och har för avsikt att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. Det finns inget som är fel i en erfarenhet och heller ingen absolut sanning. Meningen är att den kvalitativa forskningen äger rum i fenomenets naturliga miljö. (Henricson & Billhult, Kvalitativ metod, 2017)

Jag gjorde intervjuerna ansikte mot ansikte, en informant träffade jag på café, de andra gjordes intervjun via Microsoft Teams möte med kamerorna på. Alla intervjuerna spelades in som ljudinspelningar.

5.1 Urval

Urvalet av deltagarna i undersökningen blir avgörande, om man inkluderar fel personer i urvalet kan hela studien förlora värde i förhållande till det ursprungliga syftet. Kvalitativa intervjuer har som mål att berika informationsinnehållet och etablera en solid grund för mer omfattande och grundliga insikter om det fenomen som undersöks. Urvalet av de enheter eller fall som studeras är inte slumpmässigt. I stället genomförs det på ett systematiskt sätt med hjälp av noggrant formulerade kriterier som är teoretiskt och strategiskt definierade. Det systematiska urvalet kräver alltså en djup insikt i den grupp man tänker inkludera som undersökningsenheter samt en medveten plan för att nå önskade resultat (Henricson & Billhult, Kvalitativ design, 2013).

Mina kriterier för urvalet var mammor som har genomgått intrauterin fosterdöd vars graviditet varat i minst 22 veckor eller barnet vägt minst 500 gram. Förlossningen ska ha skett de senaste 7 åren, detta på grund av att vården kan ha ändrat genom tiden och för

att det finns risk för att man glömmet detaljer med tiden. För att intervjun skulle ske så smidigt som möjligt intervjuades endast svenskspråkiga kvinnor.

Jag postade inlägg på internetsidan Facebook, i 3 olika grupper, se bilaga 1. Det var svårt från början att hitta informanter, så inlägget publicerades även på min egen Facebook sida. Slutligen tog sju informanter kontakt med mig, genom att de sett mitt inlägg, varav de första fem som tog kontakt valdes. Jag önskade att intervjua fem och därför inkluderades de första fem som tog kontakt och som uppfyllde kriterierna.

5.2 Datainsamling

För att samla in kvalitativa data används olika metoder såsom intervjuer, berättelser, fokusgrupper eller deltagande observationer. Dessa tekniker möjliggör insamling av djupgående och detaljerad information genom att interagera med deltagarna på olika sätt. Intervjuer tillåter forskaren att ställa frågor direkt till deltagarna för att få deras perspektiv och åsikter (Henricson & Billhult, Kvalitativ design, 2013). Man ska försöka möta de man intervjuar ansikte mot ansikte. Undersökningssituationen ska likna ett vanligt samtal i en vardaglig situation. De ska försöka återberätta händelsen så noggrant som möjligt. För att få så bra förståelse som möjligt bör det innehålla direkta citat som påvisar individens egna uttryckssätt (Holme & Solvang, 1997).

Intervjun var semi-strukturerad vilket innebär att frågorna var formulerade på förhand men det finns inga färdiga svarsalternativ och det blir mera som en konversation och intervjuaren låter frågorna och ämnen komma upp naturligt genom samtalsgången (Holme & Solvang, 1997).

Efter att jag hade skrivit och bekantat mig med bakgrunden påbörjades datainsamlingen. Den samlades in genom semi strukturerade intervjuer. Intervjufrågorna formades för att uppfylla syftet och frågeställningarna, jag skapade dem genom att fundera vilka frågor behöver ställas för att få svar på mina frågeställningar och kunna få svar på syftet. Frågorna finns i bilaga 3.

De deltagande mammorna informerades att de deltar av egen vilja, att de har rätt att när som helst under intervjun avbryta, att endast jag och den handledande läraren har tillgång till materialet från intervjuerna och att deras namn inte framkommer någonstans i arbetet.

De informerades även att ljudinspelningarna och transkriberingen raderas till sina helheter efter godkänt arbete, se bilaga 2.

Intervjuerna gjordes i Finland under december 2023. En intervju gjordes ansikte mot ansikte och de fyra andra gjordes via teams möte online med webkameran på, de alla spelades in som ljudfiler. Transkriberingarna skickades tillbaka till mammorna som intervjuades för godkännande, alla godkände transkriberingen.

Jag hade skrivit färdiga frågor som mammorna fick innan intervjun för att kunna förbereda sig och läsa igenom dem, se bilaga 3. Frågorna var ställda på ett sådant sätt att de fritt fick beskriva och uttrycka sig. Informationsmaterialet från intervjuerna är i form av ljudinspelningar och stickordsanteckningar, samt transkriberingarna av ljudfilerna från intervjuerna. Ljudinspelningen från ena intervjun fungerade inte och jag kunde då inte transkribera intervjun, så med informantens samtycke skrev jag allt det jag kom ihåg att hon hade berättat vid intervjun. Sedan skickade jag dokumentet till henne och hon kompletterade med det jag glömt.

5.3 Data-analys

Inom kvalitativ forskning kan dataanalysen påbörjas redan efter första intervjun är gjord, men man kan även samla in all data och analysera först då. Det finns olika sätt att analysera men generellt transkriberas intervjuerna till text i sin helhet. Först läses texterna i helhet ett flertal gånger. I det andra steget av analysen hämtas texten ut som svarar på syftet och frågeställningarna som har ställts under undersökningen. Denna text, som ofta består av olika tankar, åsikter eller erfarenheter som deltagarna har delat med sig av, kallas för meningsenheter. Därefter bearbetas och organiseras dessa meningsenheter genom kodning, vilket innebär att liknande tankar eller idéer samlas ihop och formas till olika kategorier eller teman. Detta tillvägagångssätt hjälper forskaren att organisera och analysera den insamlade informationen på ett strukturerat sätt för att identifiera mönster eller gemensamma aspekter som kan ligga till grund för slutsatser i studien. Det är viktigt att ha syftet på studien i åtanke vid analysen (Henricson & Billhult, Kvalitativ design, 2013). Analysen av den information som framkommer i kvalitativa intervjuer är oftast en tidskrävande och komplex process. Huvudorsaken är den ostrukturerade karaktären hos den insamlade informationen. I sådana intervjuer krävs all strukturering och organisering

av data efter att insamlingen har avslutats. Därför är det viktigt att i förväg identifiera och förbereda sig för de analytiska utmaningar som kan uppstå innan man påbörjar ett projekt som involverar kvalitativa intervjuer. (Holme & Solvang, 1997)

Jag har gjort en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Det innebär att jag undersökte och tolkade innehållet, alltså transkriberingarna från intervjuerna, utan att ha förutbestämda teman eller teoretisk ram från början. Jag transkriberade en intervju i taget. Därefter läste jag igenom transkriberingarna flertal gånger. Sedan kodade jag dem för att få olika teman. Detta för att se vilka lika tankar, upplevelser och samband bland mammornas upplevelser som framkom under intervjuerna.

6 Etiska övervägande

När vi interagerar med andra människor är det viktigt att vara medveten om hur vi talar och agerar. Det är viktigt att följa etiska riktlinjer för att undvika att människor utnyttjas, skadas eller kränks i samband med forskning, särskilt när det gäller studier som involverar människor. Det finns alltid en risk att den person vi kommunicerar med tolkar en situation på ett annat sätt än någon annan. Därför är det viktigt att noggrant överväga vilka frågor vi ställer, varför vi ställer dem och hur vi formulerar oss. Vid insamlingen av intervjumaterial är det avgörande att säkerställa att detta inte på något sätt leder till lidande för den som delar informationen. Forskning ska följa tre grundläggande etiska principer, respekt för personer, göra gott-principen och rättvisepincipen. Respekt för personer innebär att människornas autonomi respekteras, vilket innebär att de har rätt att fatta beslut om sina liv. Detta inkluderar att ta hänsyn till deras åsikter och val, begränsa deras handlingar endast om det skyddar andra och ge dem all nödvändig information för att kunna fatta informerade beslut om sin medverkan i forskningen. Göra gott-principen innebär att man inte ska skada deltagarna och att man ska maximera de möjliga fördelarna och minimera risken för skada för dem som deltar i forskningen. Rättvisepincipen handlar om att fördela för- och nackdelar rättvist. Det innebär att lika fall ska behandlas lika och att man ska ta hänsyn till moraliskt relevanta skillnader mellan människor för att motivera eventuell särbehandling. En sådan skillnad kan vara sårbarhet. Rättvisepincipen används för att välja deltagare på ett rättvist sätt i forskningen (Henricson, Vetenskaplig teori och metod, 2023). Arbetet har följt forskningsetiska delegationen och deras anvisningar för god vetenskaplig praxis. Eftersom arbetet och intervjuerna kan vara känsloladdade upplevelser så försökte

jag undvika att orsaka ännu mera lidande. Det är väldigt viktigt att göra arbetet på ett etiskt rätt sätt för att inte göra mera skada än nytta. Jag säkerställde att de som deltog i intervjuerna visste att det är frivilligt att delta och de kunde vägra att delta. Jag bevarar data som jag får in säkert, på dator med lösenord och på så sätt kan den inte spridas (Forskningsetiska delegationen, 2023). Jag hade innan informerat vad det är för arbete jag skriver och annan tillhörande information, se bilaga 2. Jag tog i beaktande att informationen jag fick är väldigt känslig och det är mammors egna känslor och erfarenheter. Endast jag och handledande läraren har rätt att del av material jag fick in. Jag började med lätta frågor för att lätta på stämningen och i senare skede frågade jag de mera djupa frågorna. Mammornas namn och annan information som möjliggör identifiering framkommer inte i arbetet.

7 Resultat

Materialet bestod av 39 sidor transkriberad text från intervjuerna. Att få svar rakt från mammorna är väldigt viktigt. Svaren på frågorna tar jag med mig till mitt blivande yrke och värdesätter högt. Svaren blev liknande. Vid analysen av materialet kom jag fram till ett tema: upplevelse och bemötande som jag sedan kategoriserade till huvudkategorier som är med **fetstil: våga vara nära, kontinuitet, var inte rädd, erkännande av föräldrarollen, behandla barnet som om det hade levt och bristande bemötande**. Under en del av kategorierna finns det underkategorier och de presenteras med *kursivstil* för att dela upp i mindre sektioner: *visa värme* och *vara ärlig*. För att förtydliggöra kategorierna har jag infogat en bild innan redovisningen för kategorierna, se bild 1. De teman jag kom fram till i analysen beskriver hur mammorna upplevde vården och bemötandet från vårdare vid intrauterin fosterdöd.

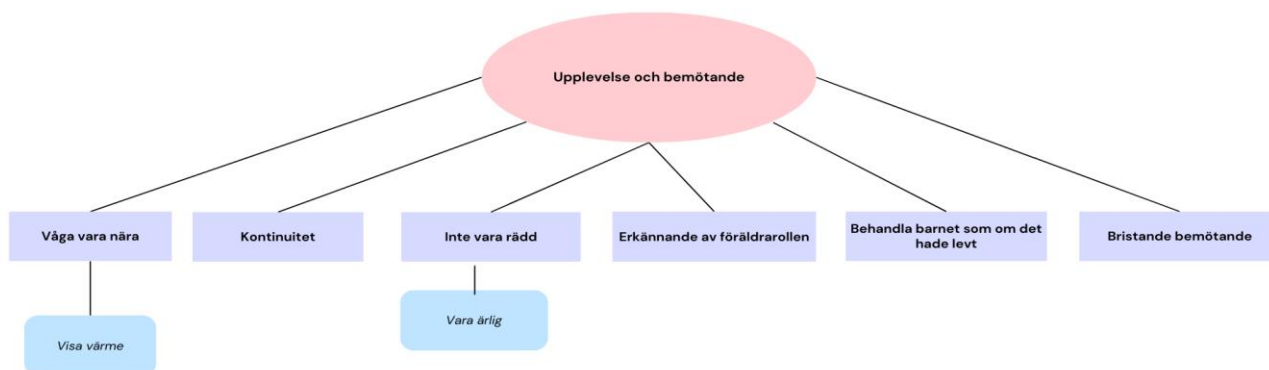


Bild 1

7.1 Våga vara nära

Mammorna beskrev att personalen gjorde allt de kunde för att stöda dem under den svåra tiden. De uppskattade särskilt att personalen inte drog sig undan utan i stället visade närvaro och omtanke, som genom en enkel fråga om hur man mår. Detta bidrog till en känsla av trygghet och tillfredsställelse med vården som helhet, vilket var ovärderligt under en sådan prövande tid. Alla mammorna var tacksam över vården de fått av barnmorskor. De flesta såg också positivt på sin förlossning nu i efterhand.

"Dom gjorde verkligen allt, allt dom kunde för oss"

"Dom var superhärliga. Dom kunde sitta där, ibland helt tysta"

"Dom frågade ofta hur jag mår och så där"

"Bara att dom, att dom inte skyggade tillbaka"

"Väldigt, väldigt nöjd med vården över lag, i våran förlossning, i våran hantering i det här faktiskt"

"Jag var jättesugen på att få barn. Jag var 0% sugen på att föda barn liksom. Så att det här kunde bli till en sån här fin upplevelse trots att han inte levde det, det är ju verkligen tack vare personalen liksom"

7.1.1 Visa värme

De uppskattade att vårdpersonal visade känslor och värme, ord kanske inte kan lindra smärtan. Att visa närvaro och medlidande, även genom kroppsspråk, är betydelsefullt och ger en känsla av stöd mitt i den svåra situationen. Ett varmt och medkännande bemötande betyder mer än att försöka hitta tröstande ord.

”Jag tyckte bara att det var fint att hon också visade känslor”

”[...] det finns inget man kan säga heller, det här är det värsta som kan ske, vad skulle dom ens kunna säga som hjälper. Det är nog viktigare då att man kan visa värme. Man behöver kanske inte säga något men bara det att man visar värme och att man bryr sig så betyder mycket”

”Visa värme. Det kan man göra fast man inte pratar samma språk, fast man inte kan kommunicera kan man visa med kroppsspråk att man finns där och bryr sig”

”Försöka vara lite mer ödmjuk. Trots den svåra situationen, för det är det man behöver då, man behöver inte en kall yta”

7.2 Kontinuitet

Mammorna betonar vikten av kontinuitet och sammanhang i vården. Att träffa samma vårdpersonal genom hela processen gav en känsla av trygghet och förståelse. Att de ansvariga för ens vård är bekanta med ens situation från början till slut underlättar den svåra tiden. Det gav en känsla av kontinuitet och stabilitet mitt i den tunga perioden. Det var skönt att inte behöva upprepa sig. Flera av mammorna sa också att man märkte att de barnmorskor som skötte om dem verkligen tog hand om dem.

”man märkte att de också försökte hålla en kontinuitet att den natt barnmorskan som kom det var samma som jag hade haft natten innan. Den barnmorskan som tillbaka morgonen efter var den samma som hade förlöst mig, och det var också väldigt skönt”

”Att träffa samma personer hela tiden som liksom visste vad man hade gått igenom att inte börja av från början så där”

"[...] det var samma barnmorskor som rondade, nån som hade haft en morgon så kom samma nästa dag, så det tyckte jag var bra"

"[...] det var så fint av dem att om att inte byta personal mitt i allt det här"

"Men också försöka ha lite så här kontinuitet. Det liksom kan vara samma personal och funka bra så här. En del kanske inte klickar och kanske man vill byta, men för mig var det väldigt värdefullt"

7.3 Inte vara rädd

Mammor som genomgått intrauterin fosterdöd betonar vikten av att våga stötta dem under den svåra tiden. Att inte dra sig undan utan våga prata och ta hand om mamman är avgörande. Det handlar om att behandla henne som en människa, inte bara som en patient.

"Att inte vara rädd för att våga ta hand om mamman, för att ja, det kommer vara jättejobbigt. Men det är ännu jobbigare för mamman"

"Att inte vara rädda. Att inte dra sig undan. Våga prata med mamman."

"Alla gjorde allt dom bara kunde för att det skulle vara så bra som möjligt för oss"

"Att man blir sedd som en människa inte bara som en patient"

"De var helt fantastiska där inne, de kunde sitta med mig bara sådär, för att stötta mig"

7.3.1 Vara ärlig

Mammorna uppskattade och önskade ärlighet och öppenhet från vårdpersonalen under en sådan traumatisk händelse. Mammorna uttrycker önskan om att få veta hur ett dött barn ser ut och att inte försöka dölja sanningen för att skydda dem från smärta. De önskar ärlighet om vad som kommer att hända och hur det kommer att kännas. Trots den svåra situationen uppskattar de ärligheten och rakheten från dem som stöder dem.

"Däremot önskar jag att någon hade berättat för oss hur ett barn som varit dött i två dygn ser ut. Dom visste det men de hade inte sagt någonting. Jag vet inte om

det var för att dom ville skydda oss, de ville inte skrämma oss och så där. Jag önskar dom hade berättat det”

”Och sedan bara var ärlig med vad som kommer hända och hur det kommer kännas. Alltså försök inte linda in det, utan att säga bebisen kommer födas och han kommer inte sprattla. Han kommer vara jättefin men han kommer inte skrika”

”Att ja, vara ärlig och rak”

”[...] och jag tyckte att det var fint att dom var så ärliga med det och berättade det liksom”

7.4 Erkännande av föräldrarollen

Vid intervjuerna framkom det att mammorna värderade att de fick erkännande för sin föräldraroll, exempelvis genom att barnmorskorna gratulerade dem till föräldraskapet. Att bli gratulerad till moderskapet och att få sitt barn erkänt som en del av familjen betydde oerhört mycket.

”Och att dom sa grattis till mig för att jag hade blivit mamma, och det betydde mycket för mig att han liksom, ja men att han är mitt barn lika mycket som om han hade levt”

”Och inte bara fokusera på det som blir ledsamt. För det är liksom också, vi blev mammor, vi blev föräldrar”

”Det var två barnmorskor som var med när han föddes, och när han var född och jag hade fått upp honom på bröstet så säger ändå en av barnmorskorna grattis du har blivit mamma”

”[...] och då sa dom att så här, men det är ditt barn du får göra vad du vill. Och det var också så himla betydelsefullt liksom. Att såhär, men du är hans mamma, det är du som bestämmer. Ja det var fint.”

7.5 Behandla barnet som om det hade levt

Mammorna poängterade vikten av att deras barn fortsatte att bli bekräftade, trots att de inte levde. Det var viktigt för dem att barnmorskorna bemötte barnet som om det hade levt, att det blev gjort på samma varsamma sätt. Trots sorgen behandlades deras barn med samma varsamhet och ömhet som om de levde. Att dokumentera stunderna med fotografier och filmer uppmuntrades, för att bevara minnet av barnet som också räknas.

" [...] vägde honom och mätte honom och så här så gjordes det väldigt fint liksom precis på samma, med samma varsamhet och samma fina sätt som dom hade gjort om han hade levt"

"Det skulle nog verkligen vara att bemöta barnet som om det hade levt"

"Uppmuntra att ta mycket bilder och filma och sen ta bilder när man är med sitt barn"

"Glöm inte att det barnet räknas också"

"Vi har känt dom dagligen de senaste nio månaderna, så för oss är det fortfarande vårt barn även om dom inte tar ett andetag och det är många som inte förstår det"

7.6 Bristande bemötande

Mammorna delar sina upplevelser av bristande bemötande från läkare och annan vårdpersonal under den traumatiska perioden. De beskriver hur vissa läkare kan verka distanserade och glömma bort att det finns människor bakom sina diagnoser, vilket skapar en känsla av att inte bli sedda eller förstådda. Ett exempel är när en läkare konstaterar fostrets död på ett opersonligt sätt och sedan fortsätter med känslolöst och klumpigt språk, vilket förvärrar den redan svåra situationen.

Dessa mammor betonar också att annan vårdpersonal verkar oförmögna att hantera föräldrar i sorg och förlust, vilket resulterar i kyligt och opersonligt bemötande. Det är tydligt att det finns en brist på empati och medkänsla från viss vårdpersonal, vilket förvärrar situationen och ger känsla av isolering. Trots detta pekar mammorna också på positiva exempel, där vissa barnmorskor och undersköterskor visat medkänsla och förståelse. Det

är viktigt att lyfta fram dessa exempel och sträva efter att alla inom vården ger stöd och empati till föräldrar som genomgår en sådan förlust.

”Jag kan tycka ibland att läkare, kan ibland glömma bort lite att det är personer bakom sina diagnoser och journalerna och upplevde inte alls samma sak ifrån barnmorskorna. Men läkarna ibland kan glömma bort de personer där bakom känns det som”

” [...] alltså så här i efterhand när jag tänkte att det är mycket på det att han (läkaren) var väldigt osmidig. Han gjorde ultraljudet, konstaterade att namn är död och sen så sa han bara såhär, har du gjort något tillväxt ultraljud, nej det har jag inte sa jag, han bara nej för att det inte skulle förvåna mig om det är en väldigt liten bebis för din mage ser ganska liten ut”

”läkarna kunde vara mera klumpiga och så där kalla, men alla andra var helt fantastiska”

” [...] jag blev placerad i något mitt emellan rum och dom var definitivt inte kapabla till att ta hand om människor som precis förlorat sin bebis. Jag blev väldigt dåligt bemött ingen ville komma in till mig. Ja, ja blir illa till mods”

”Ja det var en undersköterska som var väldigt trevlig, men resten var fruktansvärda”

” [...] jag hade en sån kylbädd och ja de tyckte väl att det var obehagligt att han var där. Att jag låg liksom med mitt döda barn. Så att, det var väl mer det att de inte ville, de ville inte vara där”

”Ja den (vården) var tvungen från deras sida, alltså de gjorde det de skulle rent vårdmässigt men inte, var inga känslor inblandade överhuvudtaget. Dom pratade knappt med mig när jag var där inne. Det var väldigt kyligt”

8 Diskussion

I det avslutande kapitlet granskas och diskuteras studiens metod och resultat. Tre rubriker tas upp, metoddiskussion, resultatdiskussion och slutledning. Under rubriken metoddiskussion kommer en tillbakablick på studien, hur den fungerade och om den kan

ha påverkats av yttre faktorer. Under rubriken resultatdiskussion tolkas resultatet utifrån Katie Eriksson omvårdnads teori om lidande som använts som teoretisk utgångspunkt i studien, även tidigare forskning. Under rubriken slutledning beskrivs vilken ny kunskap som erhållits, evidens samt till vad studien kan användas.

8.1 Metoddiskussion

Detta avsnitt bör omfatta alla detaljer som rör genomförandet av undersökningen. Även hur man försökt säkerställa trovärdighet och pålitlighet och överförbarhet i studien ska ingå i metoddiskussionen (Patel & Davidson, 2019).

Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod, med tanke på att syftet var att fånga mammornas känslor och upplevelser. Pappor exkluderades därför. Resultatet i studien skulle kunna vara annorlunda om även pappor deltagit.

Frågorna till intervjuerna skapades utifrån syftet och frågeställningarna till studien. Jag inkluderade också bakgrundsfrågor för att inte starta intervjuerna direkt med de känsliga frågorna, det var totalt 13 frågor. Se frågorna i intervjuguiden, Bilaga 3. Jag hade i intervjuguiden skrivit att intervjun skulle räcka max 90 minuter, ingen av intervjuerna uppnådde den längden.

För att hitta informanter till studien publicerades ett inlägg, se bilaga 1, i tre olika Facebook grupper. Dessa tre var "Mammor och gravida i Österbotten FINLAND", "Föräldrar som förlorat sina barn" & "Änglamammor på FB". Informanterna kom från Finland och Sverige. Vården skiljer sig förmodligen i de två länderna, men jag tycker inte att studiens resultat äventyras för det eftersom studien inte endast är tillgänglig att läsas och lära sig av i Finland även om den är gjord här. Detta gör att perspektivet blir större, och trots att informanterna kom från olika länder blev svaren liknande.

I genomsnitt tog intervjuerna 30 minuter. Dessa intervjuer ägde rum under december månad år 2023, och de genomfördes både ansikte mot ansikte och även online via Microsoft teams möte. Mammor med olika bakgrund och från olika delar av ett omfattande geografiskt område erbjöds chansen att delta, vilket resulterade i en bredd svar och perspektiv. Jag intervjuade fem mammor, av vilka de alla genomgått en intrauterin fosterdöd inom de senaste sju åren. Vid analyseringen märkte jag att fråga 1,2, 7 & 12 inte

var relevant för att få svar på syftet och frågeställningarna, ändå har forskningsfrågorna och studiens syfte uppnåtts.

Informationen som samlades in analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, där materialet kodades och organiserades i olika kategorier. Intervjuerna varade mellan 16 minuter och 46 minuter vilket resulterade i mycket text, och transkriberingen var mycket tidskrävande. På grund av att ljudinspelningen av ena intervjun var utan ljud, och det krävdes att jag fyllde i det jag kom ihåg och informanten det jag missat, kan ändå en del av informationen som framkom under intervjun lämnats bort i den slutliga texten av intervjun. Analysen var även den mycket tidskrävande. En nackdel med min analys kan vara att jag har genomfört den ensam. Eftersom ingen annan har läst materialet kan det innebära att jag omedvetet har förbisett viktiga delar. Dessutom har jag inte haft möjlighet att diskutera och ta del av andras tankar och idéer under analysens gång, vilket kan ha begränsat min förståelse och perspektiv.

De etiska övervägandena som har beaktats har uppfyllts. Resultatet från studien kan användas av all vårdpersonal som kommer i kontakt med mammor vid en sådan svår händelse. Genomförandet av studien har visat sig vara praktiskt genomförbart. En god vetenskaplig praxis har upprätthållits genom hela processen. Examensarbetes källor har varit väl valda. Urvalet av informanter har varit passande och analyserna som utförts har varit välgrundade.

Intervjuerna var frivilliga att delta i och berättelserna har presenterats på ett sådant sätt att ingen kan identifieras. Ingen förutom jag har fått tillgång till personuppgifter. En av examensarbetets styrkor har varit tillvägagångssättet, där informanterna är från ett stort geografiskt område. Att jag kunde använda mig av teams var en fördel för att kunna inkludera mammor längre bort ifrån. Närvaron blir kanske inte den samma som vid intervjuer ansikte mot ansikte, men eftersom både jag och informanten kunde ändå se varandra kändes det ändå som att vi skapade en kontakt.

En svaghet var att jag hade flera irrelevanta frågor som inte bidrog till att få svar på frågeställningarna och syftet. Om jag skulle skapa frågorna idag, hade jag nog ställt frågorna "hur upplevde du vården, och hur upplevde du bemötandet från vårdarna" rakt ut. Även om jag fick svar på syftet och frågeställningarna med de frågor jag ställde, vore det

ändå praktiskt att även ställa de frågorna rakt ut. En annan svaghet är att det var få antal informanter, resultatet skulle möjligen kunna variera med flera deltagare.

8.2 Resultatdiskussion

I detta avsnitt diskuteras resultaten som framkommit i denna studie om mammors upplevelse av vården och bemötandet från vårdare vid intrauterin fosterdöd. En diskussion om resultatet genomförs för att utvärdera om studiens syfte har uppfyllts (Patel & Davidson, 2019). Resultatet tolkas utifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori om lidande vilken också använts som teoretisk utgångspunkt, samt tidigare forskning.

Tolkningen av resultatet har jag delat upp i samma kategorier som i resultatet, detta för att det ska vara lättare att läsa och vara tydligare.

Att **våga vara nära** och att personalen inte drog sig undan var uppskattat av mammorna, det bidrog till en känsla av trygghet vilket är ovärderligt i en sådan svår situation. Att vårdarna ibland bara kunde sitta där helt tysta utan att säga något hade bidragit till en positiv upplevelse. Att vårdpersonalen *visade värme* och känslor var uppskattat. Att de visade närvaro och medlidande, även genom kroppsspråk gav en känsla av stöd. Enligt Eriksson (1994) är det viktigt att man blir sedd i sitt lidande. Och att man "ser" är att förmedla att man bekräftar personens lidande, vilket innebär en tröst. Vidare säger hon att man kan visa bekräftelse på olika sätt, med en beröring eller en blick. Eriksson betonar också vikten av närvaro och närhet i vården, där vårdpersonalen inte bara är fokuserad på att utföra medicinska åtgärder utan också på att skapa en relation och vara närvarande för patienten i deras lidande. Genom att vara närvarande och bekräfta patientens upplevelser kan vårdpersonalen bidra till en meningsfull och helande vårdprocess. Weström et al (2005) betonar också vikten på att en närvarande vårdare bör vara kvar hos föräldrarna och visa att de delar deras sorg. Där kommer också fram som exempel på att det kan vara tröstande med beröring.

Att det var en **kontinuitet** av vårdare betonar mammorna vikten på. Det gav en känsla av trygghet och förståelse. En känsla av stabilitet i mitten av kaoset. Det var uppskattat att de inte behövde upprepa sig då vårdarna redan kände till situationen. En kontinuitet av vårdare i en svår situation främjar inte bara själva vården men även det emotionella välbefinnandet. Att de hade haft en kontinuitet av vårdpersonalen bidrog till en bra

upplevelse av vården. Eriksson (1994) framhåller att kontinuitet i vården bidrar till en känsla av trygghet och tillit hos patienten. När patienten möter samma vårdpersonal kontinuerligt kan det underlätta kommunikationen och skapa en förtroendefull relation där patienten känner sig sedd och förstådd. Forskning styrker att föräldrar uppskattar och känner sig trygga genom att träffa bekant personal under hela sin vårdperiod (Ellis, o.a., 2016).

Att **inte vara rädd** och ta hand om mammor i en sådan svår situation är utmanande men mammorna uppmanar till att inte vara rädda för att ta hand om och stötta mamman. Att man vågar gå in till mamman, prata med henne eller bara finnas där. Vidare betonar de vikten på att *vara ärlig*, att vara rak. Säga rakt ut, inte ge falskt hopp. Berätta vad som kommer att hända, och hur det kommer kännas. Att inte dölja sanningen för att skydda från smärta, för smärtan kommer oavsett finnas där. Att vårdpersonalen hade varit inne hos mammorna, gav dem tid och vågade ta hand om dem bidrog till en bättre upplevelse av vården. Eriksson (1994) betonar i sin omvårdnadsteori vikten av att vårdpersonal inte ska vara rädda för att ta hand om patienter, även i svåra eller lidande situationer. Hon poängterar att vårdpersonalen måste vara närvarande och närma sig patienten med öppenhet och empati för att kunna erbjuda en meningsfull vård. Eriksson menar att vårdpersonal måste vara beredda att möta patientens lidande utan att undvika det eller vara rädda för att engagera sig känslomässigt. Genom att visa medlidande och närhet kan vårdpersonalen skapa en förtroendefull relation med patienten. Enligt Eriksson kräver vårdandet mod och närvaro från vårdpersonalen för att kunna möta patientens behov på ett lämpligt och känslomässigt sätt. Att inte vara rädd för att ta hand om patienter handlar inte bara om att utföra medicinska åtgärder, utan också om att vara närvarande för patienten i deras lidande och visa att man bryr sig om deras välbefinnande och hälsa. Forskning visar att mammorna beskriver tacksamhet till vårdpersonal då de tar sig tid att ge information och svara på frågor (Rådestad, Westerberg, Ekholm, Davidsson-Bremberg, & Erlandsson, 2011). Även Ellis et al (2016) beskriver att föräldrarna behöver utrymme att stöda varandra men inte bli "övergivna", det visar positivt då vårdpersonal ger tid till dem. Gower et al (2023) menar att mammorna vill att vårdarna ska vara ärliga och raka och inte linda in sanningen.

Mammorna värderade att de fått **erkännande av föräldrarollen**, vidare poängterade de vikten av att deras barn fortsatte bli bekräftade, trots att de inte levde. Att de blev grattade för att de blivit mammor, och **att barnet blev behandlat som om det hade levt** var av stor

betydelse. Att bli uppmanade att ta bilder av sitt barn och med sitt barn har varit betydelsefullt i efterhand. Forskning betonar också vikten av att erkänna och bekräfta barnet och föräldraskapet. Att behandla barnet som om det hade levt och att gratulera när barnets fötts. Det bidrar också positivt att skapa minnen av barnet, som foton, hand- och fotavtryck eller hårlock. (Rådestad, Westerberg, Ekholm, Davidsson-Bremborg, & Erlandsson, 2011). Downe et al (2013) beskriver tiden efter förlossningen som den enda tiden föräldrarna har med sina barn och de enda minnen de har med sina barn är detta något oerhört viktigt. Vidare även hur viktigt det är med att man som vårdpersonal bekräftar barnet och att föräldrarna håller barnet och uppmuntras till att göra det.

I resultatet kunde man även se att det fanns **bristande i bemötande**, dock inte från barnmorskorna, utan från läkare och annan vårdpersonal. Det kunde vara klumpiga kommentarer, en kylig miljö och känsla av att inte få någon hjälp alls. Att läkare kunde vara lite mera kalla i sitt bemötande hade flera av mammorna upplevt men det var bara en av mammorna som hade upplevt kyligt och väldigt dåligt bemötande från annan vårdpersonal, de pratade inte med henne och hon fick ingen hjälp, detta då hon var placerad på en annan avdelning än förlossningen/bb. Eriksson (1994) menar att den största känslan av ensamhet kan vara att inte bli sedd. Hon betonar vikten av ett respektfullt och empatiskt bemötande gentemot patienter. Hon anser att bristande i bemötande kan ha negativa konsekvenser för patientens välbefinnande och för vården som helhet. När vårdpersonalen inte lyssnar på patientens behov, inte tar dem på allvar eller visar brist på medlidande, kan det leda till att patienten känner sig nonchalerad eller missförstådd. Hon betonar även vikten av närvaro och närhet i vården, där vårdpersonalen inte bara fokuserar på att utföra medicinska åtgärder utan också på att skapa en relation och vara närvarande för patienten i deras lidande. När vårdpersonalen inte bemöter patienten på ett empatiskt och respektfullt sätt kan det resultera i en bristande tillit mellan patienten och vårdgivaren samt minska chanserna till en effektiv vårdprocess. Positiva minnen och resultat efter en intrauterin fosterdöd beror lika mycket på genuint omtänksam personals attityder och beteende som på medicinska åtgärder av hög kvalitet. All personal som möter föräldrar i denna situation behöver se varje möte som sin enda chans att få det rätt (Downe, Schmidt, Kingdon, & Haezell, 2013).

8.3 Slutsats

I resultatet kan man se att mammorna var nöjda med vården och bemötandet från barnmorskorna. Mammorna berättade att de uppskattade att barnmorskorna satt där med dem och att de visade värme, de hade fått tid av barnmorskorna och att det var en kontinuitet av vårdarna. Vidare berättade de att de önskar att vårdarna inte skall vara rädda för att ta hand om mamman och att vara ärlig. De värdesatte högt att de hade blivit bekräftade som föräldrar och att barnet blev behandlat som om det hade levt. Men det framkom även att läkare och annan vårdpersonal inte alltid har samma fina bemötande och att de kan glömma bort personerna bakom journalerna. Sammanfattningsvis visar resultaten av denna studie att mammorna hade övervägande positiva erfarenheter av vården och bemötandet från barnmorskorna. Det är självklart något bra och jag vet inte vad jag hade förväntat mig. Att barnet inte lever är det värsta tänkbara, så att mammorna ändå upplevt vården och bemötande bra visar på en stark professionell kompetens och medkänsla hos vårdpersonalen de varit i kontakt med.

Deras berättelser lyfter fram vikten av empatiskt och stödjande bemötande från vårdpersonalen under en sådan svår tid. Den känslomässiga närvaron och det professionella stödet från barnmorskorna bidrog till att skapa en trygg och förstående miljö för mammorna att hantera sin sorg och bearbeta sin förlust.

Under forskningsprocessen har jag fått insikten om den avgörande betydelsen av ett gott bemötande, hur viktigt det är för mammorna att vårdpersonalen vågar vara nära och ta hand om mamman och att det som mammorna värderade var att barnmorskorna bemötte barnet som om det hade levt. Av alla informanternas berättelser har jag fått en unik insikt till hur mammorna upplevde vården och bemötandet från vårdare, vad de gett för råd och önskemål, och det är värdefull information som jag kommer ta med mig i mitt framtida yrke som barnmorska.

Framtid forskning som skulle vara betydelsefull vore att få barnmorskornas upplevelse på att närvara en förlossning med ett barn som inte lever. Det finns få forskningar om barnmorskornas upplevelse enligt *Jones & Smythe (2015)* och i samma studie framkommer det även att det också är svårt får barnmorskorna. De förklarar känslor som chock, förnekelse och att anklaga sig själv för utkomsten av förlossningen. Trots att de vet att de

gjort allt de kunnat fanns en känsla av otillräcklighet. De kände också att de behövde vara ett stöd åt föräldrarna medan de på samma gång kände alla känslorna själva.

Litteraturförteckning

- Balaskas, J., & Gordon, Y. (2004). Confirming pregnancy. i J. Balaskas, & Y. Gordon, *The encyclopedia of pregnancy and birth* (s. 28-29). Manchester: Macdonald & CO.
- Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H., & Wangel, A.-M. (2019). Graviditetsförändringar och komplikationer. i C. Borgfeldt, I. Sjöblom, H. Strevens, & A.-M. Wangel, *Obstetrik och gynekologi* (s. 47). Polen: Författarna och Studentlitteratur.
- Boyle, A., Preslar, J., Hogue, C., Silver, R., Reddy, U., Goldenberg, R., . . . Dudley, D. (April 2017). Route of Delivery in Women With Stillbirth. *Obstet Gynecol. Author manuscript*, s. 129(4) 693-698.
- Chapman, V., & Charles, C. (2018). *The midwife's labor and birth handbook*. John Wiley & sons, Incorporated.
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Haezell, A. E. (den 14 Februari 2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: A qualitative interview study. *BMJ open*, s. 3(2).
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flendady, V., . . . Siassakos, D. (den 25 Januari 2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, s. 16(1).
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Malm, M.-C., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (den 27 Juli 2011). Mothers experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery. *J Obstet Gynaecol Res.*, s. 37(11).
- Forskningsetiska delegationen. (den 23 April 2023). *Forskningsetiska delegationen*. Hämtat från God vetenskaplig praxis: <https://tenk.fi/sv/forskningsfusik/god-vetenskaplig-praxis-gvp>
- Författarna och Institutet för hälsa och välfärd. (den 13 Maj 2015). *Handbok för mödrarådgivning*. Hämtat från Handbok för mödrarådgivning, Nationell rekommendation: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126655/2015_THL_OPA040_web.pdf?sequence=3
- Gardosi, J., Madurasinghe, V., Williams, M., & Francis, A. (2013). Maternal and fetal risk factors for stillbirth. *BMJ (Online)*, ss. 346(7893), 15.
- Gower, S., Luddington, J., Khosa, D., Thaivalappil, A., & Papadopoulos, A. (den 27 Mars 2023). Subsequent pregnancy after stillbirth: A qualitative narrative analysis of Canadian families' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, ss. 23(1), 208.
- Henricson, M. (2023). *Vetenskaplig teori och metod*. Polen: Författarna och Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2013). Kvalitativ design. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 135-136). Polen: Författarna och studentlitteratur.

- Henricson, M., & Billhult, A. (2013). Kvalitativ design. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (s. 133). Polen: Författarna och Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2013). Kvalitativ design. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (s. 134). Polen: Författarna och Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. i M. Henricson, *VETENSKAPLIG TEORI OCH METOD* (s. 111). Polen: Studentlitteratur AB, Lund.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik*. Malmö: Studentlitteratur.
- Jones, K., & Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*, 51, 17-22.
- Jørgensen, M. L., Prinds, C., Mørk, S., & Hvidtjørn, D. (2022). Stillbirth – transitions and rituals when birth brings death. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (36)100-108.
- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2016). Den normala graviditeten. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes, *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområden* (ss. 217-218). Estland: Författarna och Studentlitteratur.
- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2016). Den normala graviditeten. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes, *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 221). Estland: Författarna och Studentlitteratur.
- Malm, M.-C., Rådestad, I., Erlandsson, K., & Lindgren, H. (April 2011). Waiting in no-man's-land- Mothers experiences before the induction of labor after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive Healthcare*, ss. 2(2) 51-55.
- Patel, R., & Davidson, B. (2019). *Forskningsmetodikens grunder*. Polen: Författarna och studentlitteratur.
- Pekkola, M., Tikkanen, M., Loukovaara, M., Paavonen, J., & Stefanovic, V. (2022). Stillbirth aftercare in a tertiary obstetric center- parents experiences. *Journal of perinatal medicine*, ss. 50(6), 844-853.
- Rådestad, I. (2016). Intrauterin fosterdöd. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes, *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområden* (s. 417). Estland: Författarna och studentlitteratur.
- Rådestad, I. (2016). Intrauterin fosterdöd. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes, *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (ss. 420-421). Estland: Författarna och Studentlitteratur.
- Rådestad, I. (2016). Intrauterin fosterdöd. i H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes, *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 423). Estland : Författarna och studentlitteratur.
- Rådestad, I., Westerberg, A., Ekholm, A., Davidsson-Bremborg, A., & Erlandsson, K. (2011). Evaluation of care after stillbirth in Sweden based on mothers' gratitude. *British Journal of Midwifery*, 19(10) 646-652.
- Tanita, L., Markkula, T., & Laine, J. (2017). Causes of Stillbirth in Turku, Finland 2001-2011. *Pediatric and development pathology*, 20(1) 5-15.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (den 30 Juni 2023). *Ennakkotilasto: Perinataalitalasto- synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet*. Hämtat från Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: https://thl.fi/documents/10531/2782837/Perinataalitalaston+ennakkotiedot+2022_Liitetaulukot.pdf/8c98d8a5-346a-7590-0af8-813a391311ef?t=1688452963573
- Terveyskyla. (den 15 Augusti 2018). *Hälsobyn.fi*. Hämtat från Hälsobyn, fosterdöd: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/problem-under-graviditeten/fosterd%C3%B6d>
- Tiitinen, A. (den 25 April 2023). *DUODECIM, TERVEYSKIRJASTO*. Hämtat från kohtukuolema: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00876>
- Tikkanen, M., Pekkola, M., & Stefanovic, M. (2021). Sikiön kohtukuolema. *Suomen lääkerikehti*, ss. 76(41) 2321-2326.
- Väisänen, L. (2000). Kuolleena syntynyt lapsi. *Duodecim lehti*, ss. 116(14) 1507-1512.
- Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.-B. (2005). *Obstetrik och gynekologi*. Sverige: Författarna och Studentlitteratur.

Facebook text

Hej alla mammor! Jag studerar till barnmorska på Yrkeshögskolan Novia och håller nu på att skriva mitt examensarbete om Upplevelser av vården och bemötandet av vårdare vid intrauterin fosterdöd. (ett foster som dör i livmodern). Dessa berättelser är viktiga och som blivande barnmorska vill jag gärna lära mig mera om ämnet och kunna bredda min förståelse för dessa händelser. Kriterier för att delta är en graviditet med ett foster som varat i minst 22 graviditetsveckor eller en uppnådd vikt hos fostret på minst 500g. Graviditeten och förlossningen bör ha ägt rum inom de senaste 5 åren. Endast svenskspråkiga inkluderas för att intervjun ska ske så smidigt som möjligt.

Jag hoppas nu genom denna grupp hitta mammor som upplevt intrauterin fosterdöd och kan tänka sig ställa upp på en intervju. Intervjun görs ansikte mot ansikte eller genom till exempel teams möte.

Namntaggar i kommentarsfältet undanbeds vänligen. Ta gärna kontakt antingen via PM eller e-post för mera information och/eller intresse.

Tack på förhand, Hanna 😊

E-post: Hanna.hjulfors@edu.novia.fi

Informationsbrev & samtyckesblankett

Hej!

Jag heter Hanna Hjulfors och studerar nu mitt tredje år till barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag ska skriva mitt examensarbete om mammors upplevelse av vården och bemötande av vårdare vid intrauterin fosterdöd. Alltså ett foster som dör i livmodern vid minst 22 veckors längd på graviditet eller uppnådd vikt på 500g hos fostret.

Examensarbetet görs genom intervjuer. Intervjuerna kommer att bandas in och sedan analyseras. Efter godkänt arbete kommer de att raderas till sin helhet. Materialet behandlas konfidentiellt och kommer endast att användas till examensarbetet. Inga personuppgifter eller namn kommer att framkomma i arbetet. Endast jag och den handledande läraren kommer att se materialet. Det är frivilligt att delta och man har rätt att när som helst under processen avbryta sitt deltagande. Kriterier för att delta är en graviditet med ett foster som varat i minst 22 graviditetsveckor. Graviditeten och förlossningen bör ha ägt rum de senaste 5 åren. Endast svenskspråkiga deltagare inkluderas i intervjun för att säkerställa att kommunikationen sker smidigt och för att uppnå det mest precisa och bästa resultatet.

Vid eventuella frågor kontakta mig eller min handledande lärare:

e-post: Hanna.Hjulfors@edu.novia.fi

terese.osterberg@novia.fi

Tel: 0503310046

Tack för att du ställer upp!

Med vänliga hälsningar Hanna Hjulfors

Genom att skriva under samtyckesblanketten ger jag tillåtelse att bli intervjuad och har förstått informationen jag fått angående examensarbetet.

Intervjuaren:

Namn och datum:

Den intervjuade:

Namn och datum:

Intervjuguide

Examensarbete kring temat lidande och fosterdöd

Kontaktuppgifter:

Hanna Hjulfors, Tel: 0503310046

” Syftet med en kvalitativ studie är att genom analysen uppnå en så verklighetstrogen återgivning som möjligt av det observerade fenomenet”

En semistrukturerad intervju blir mera som en konversation än en intervju. Det finns färdiga frågor men svaren formuleras fritt.

Syftet med arbetet:

”Syftet med studien är att lyfta fram mammornas upplevelse av vården och bemötandet av vårdare vid intrauterin fosterdöd”

Frågorna jag vill besvara:

”Hur beskriver mammorna sin upplevelse av vården vid intrauterin fosterdöd?” och ”Hur beskriver mammorna bemötandet av vårdpersonalen vid intrauterin fosterdöd?”

Som teoretisk utgångspunkt i studien har jag använt Katie Erikssons teori om lidande. Hon menar att lidandet är uppdelat i bekräftande av lidande, själva lidandet och försoningen. Utifrån de olika delarna har frågorna formulerats.

Information gällande intervjun

- Denna information samt intervjufrågorna får du minst en vecka innan intervjun äger rum. Detta för att du ska få bekanta dig med frågorna som ska ställas, samt för att få information som rör ditt deltagande i studien.
- Intervjun räcker max 90 minuter

- Intervjun kommer spelas in som ljudinspelning, den kommer att raderas till sin helhet efter godkänt arbete.
- Ditt namn eller personuppgifter kommer inte att framkomma i studien. I transkriberingen tar jag mig rätten till att använda täcknamn för namn på personen eller orter som kan bidra till att möjliggöra identifiering. I transkriberingen kommer du att omnämnas till exempel som "Kvinna 1"
- Efter transkriberingen kommer du få skickat texten till dig och då får du också möjligheten att be mig göra korrigerings ifall du upplever att jag förstått någonting fel.
- Som informant har du ingen skyldighet att svara på frågor.
- Du har rätt att när som helst under processen avbryta ditt deltagande.

Frågor:

- Hur länge sedan är det sedan du förlorade ditt barn?
- Har du flera barn?
- Kan du berätta om din upplevelse när du först insåg att något var fel med din graviditet och att det var en intrauterin fosterdöd? Hur reagerade du på nyheten?
- Vilka var dina första steg efter att ha fått diagnosen intrauterin fosterdöd? Hur fungerade vården och kommunikationen med sjukvårdspersonalen vid detta skede?
- Berätta om din upplevelse av att vara på sjukhuset för att föda ditt dödfödda barn.
- Hur beskriver du bemötandet från vårdpersonalen under den här tiden?
- Hur upplevde du den fysiska och emotionella upplevelsen av att föda ett dödfött barn? Kände du att du fick tillräckligt med stöd och information från vårdpersonalen?
- Var det något speciellt som vårdpersonalen gjorde eller sa som hjälpte dig att hantera din sorg och förlust på ett bättre sätt?
- Kan du beskriva den eftervård du fick från sjukvårdspersonalen efter födelsen? Var det tillräckligt med stöd och rådgivning tillgängligt för dig och din partner?

- Hur var din erfarenhet av att kommunicera med läkare och barnmorskor om orsakerna bakom intrauterin fosterdöd och eventuella framtida graviditeter?
- Kände du att du hade möjlighet att vara delaktig i beslut som rörde din vård och behandling under denna svåra tid?
- Hur har din upplevelse av vården och bemötandet av vårdpersonalen påverkat din sorgprocess och din förmåga att bearbeta förlusten?
- Upplever du att sorgen har förändrats över tiden, på vilket sätt?
- Om du skulle ge råd till vårdpersonalen som hanterar kvinnor som går igenom en intrauterin fosterdöd, vad skulle det vara? Vad tror du är viktigt för dem att förstå och förbättra i sin vård och sitt bemötande?