

Populärvetenskaplig version

En analys av föräldrars erfarenheter och vårdgivarens roll då ett barn föds dött

BAKGRUND

I Sverige föds varje år mellan 90 000–100 000 barn. Av dessa är 300–350 dödfödda vilket innebär 3.8/1000 dödfödda barn (Medicinska födelseregistret 2003:1). Att mista sitt barn redan innan det är fött är en traumatisk upplevelse för föräldrar till det dödfödda barnet men också för sjukvårdande personal. Internationellt har det prenatalt döda barnet och sorgprocessen uppmärksamats från mitten av 1960-talet och framåt (Giles, 1970; Covington, 1993; Lasker, 1994), men endast ett fåtal studier omfattar läkarens roll (Bourne, 1968; Knapp et al. 1979; Davis et al, 1988) och faderns situation i sorgprocessen (Dyregrov, 1987; Page-Lieberman, 1998). Svensk forskning har företrädesvis studerat hur modern till det dödfödda barnet kan stödjas (Cullberg, 1966; Laurell-Borulf, 1982; Rådestad, 1998). Den framlagda avhandlingen är den första i Sverige som dels beskriver läkarens roll vid omhändertagandet av föräldrar till dödfödda barn och dels studerar föräldrarnas upplevelser av anknytning till sitt dödfödda barn och sjukhusets omhändertagande både retrospektivt och prospektivt.

SYFTE

Avhandlingens syfte är att beskriva och utvärdera föräldrars erfarenheter av sjukhusets omhändertagande och att studera vårdgivares roll och attityd i omhändertagandet.

DESIGN, POPULATION OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Parents' bonding experience with their stillborn child, encompassing their hospital care and well being three months after the event (Artikel I)

Studiens syfte var att visa skillnader och likheter i moderns och faderns (dyad) upplevelse av att se och hålla i sitt dödfödda barn, upplevelse av sjukhusets omhändertagande och välbefinnande tre månader efter händelsen.

Studien är prospektiv och longitudinell och följer föräldrarna tre månader efter det att barnet föddes dött och två år framåt i tiden. Tre mätningar med tre studiespecifika enkäter ingår i studien: tre månader, ett år respektive två år efter händelsen. Till grund för enkäterna har material från två genomförda fokusgruppsmöten med enbart pappor till dödfödda barn använts, då tidigare forskning till stor del är genomförd på enbart kvinnor. Ett reliabilitetstestat välbefinnandeinstrument (W-BQ12) med 12 frågor angående föräldrarnas välbefinnande för tillfället ingår i samtliga delmätningar. Till 1- respektive 2-årsmätningen har studien tillförts en kontrollgrupp av kvinnor och män som fött levande fött barn. Endast 3-månadersmätningen ingår i avhandlingen. Artikel I visar resultat av delstudien baserad på 3-månadersmätningen efter hän-

delsen och omfattar 22 föräldrapar som fått dödfött barn från graviditetsvecka ≥ 22 på något av de fem Stockholmsjukhusen.

The role of caregivers after birth of a stillborn baby: Views and experiences of parents (Artikel II)

Syftet med studien var att beskriva vårdgivarnas omhändertagande såsom det har upplevts av föräldrarna i den process, som för föräldrarna igenom sorgearbetet efter det att barnet fötts dött.

Studien är en kvalitativ intervjustudie av 31 föräldrar till dödfött barn som intervjuats vid två tillfällen. Totalt genomfördes 57 intervjuer. Intervjuerna genomfördes 1992–1994, fyra–sex år efter det att barnet föddes dött, av fyra psykologistuderanden som gick sista terminen på sin psykologutbildning. I artikeln beskrivs också Psychosocial Transition (PST) som en teori som den engelske psykiatern Colin M Parkes funnit vara användbar för att förklara olika aspekter på människans reaktioner på förlust. PST beskrivs som den process efter en förlust, som vid sidan av sorgen är den psykologiska och sociala förändring patienten genomgår då nya livsvillkor upprättas. Parkes anser att den drabbade behöver känslomässigt stöd, skydd i en period då den drabbade kan känna hjälplöshet och hjälp att formulera nya mål för framtiden. Vid bearbetning av intervjuerna framkom, att föräldrarna i processen efter förlusten upplevt kritiska moment och viktiga vändpunkter i vårdens omhändertagande, som sammanfattats i sex kvaliteter: 'Stöd i kaos', 'Stöd i att möta och separera från barnet', 'Stöd i sorgen', 'Diagnos', 'Vårdens organisation' och 'Att förstå sorgens kärna'.

Föräldrarna i studien ger konkreta exempel på vårdgivarnas omhändertagande i den process som följer efter att ha fått ett dödfött barn. Studien illustrerar också betydelsen av att även personalen stöds i detta omhändertagande.

Physicians' role and gender differences in the management of parents of a stillborn child: a nationwide study (Artikel 1II).

Syftet var att studera gynekologens roll och attityd och eventuella könsskillnader i omhändertagandet av föräldrar till dödfödda barn.

Studien är en tvärsnittsstudie och har en kvantitativ ansats med frågeformulär till samtliga gynekologer vid Sveriges kvinnokliniker. Av 594 gynekologer (svarsfrekvens 87%) var 319 kvinnor och 275 män. Av samtliga inkluderade gynekologer var $154 \leq 40$ år (118 kvinnor och 36 män), 269 var 40–49 år (154 kvinnor och 115 män) och 171 gynekologer var ≥ 50 år (47 kvinnor och 124 män). Åldersfördelningen visar att framtidens gynekolog kommer att vara kvinna. Studien visar stora likheter mellan kvinnliga och manliga gynekologers attityd till omhändertagandet av föräldrar till dödfödda barn, samt att tidigare studieresultat har haft effekt på vården.

Physicians' attitudes and advice concerning pregnancy subsequent to the birth of a stillborn child (Artikel IV)

Syftet var att undersöka gynekologens inställning till efterföljande graviditet och att identifiera vilka råd gynekologen ger.

Studien genomfördes med innehållsanalys av en öppen fråga som löd 'Änge kortfattat vilka råd Du ger kvinnan/paret inför eventuellt nästkommande graviditet'. 552 gynekologer (svarsfrekvens 93%) gav tillsammans 802 råd inför ny graviditet.

TEORETISKT RAMVERK

Då ett barn dör under graviditeten, oberoende av graviditetsvecka, är det en traumatisk händelse. Att få ett dödfött barn är speciellt svårt eftersom det är en händelse som inte är förväntad och oftast finns inte någon möjlighet till förberedelse (Parks, 1998).

Stress är en effekt av ett psykologiskt trauma och kan vara en signal och början till psykologisk bearbetning (Michel et al. 2001). Föräldrar sörjer sitt dödfödda barn och är under en längre eller kortare tid i sorgearbete. Beroende på individuell fysisk och psykisk hälsa har föräldern olika sätt att hantera händelsen och att bearbeta det som hänt (*coping*). För att förstå den psykologiska betydelsen av en förlust har både Parkes och Bowlby utarbetat systematiska studier dels i hur en förlust påverkar vuxna och dels i anknytningsteorin '*attachment theory*'. Kärnan i anknytningsteorin är 'när jag är nära en älskad person, då mår jag bra och när jag är långt ifrån är jag ängslig' (Holmes, 1994). Anknytningen kan störas av separationsångest. Sorg (*Grief*) och *psykologisk och social förändring* är två processer som startar vid en förlust (Parks, 1998). Termen '*psychosocial transition*' täcker den process som kommer efter förlusten då den drabbade inrättar sig i livet på nytt. Sjukhuspersonalen bör kunna möta kvinnor och män i den process som innebär att bli förälder till ett dödfött och inte som väntat ett levande barn. (Parks, 1998).

Resultat

Stöd i kaos

Att förlora en nära anhörig är ofta föregripet av en period av sjukdom eller insikt om förestående död. Få föräldrar anar att barnet i magen är dött och informationen kan därför komma som en chock. Både modern och fadern behöver information, råd och stöd i varje steg i händelseförloppet. I den prospektiva studien hade tolv par inte en tanke på att barnet skulle kunna dö i magen, men 8 kvinnor hade besökt mödravården på grund av de känt oro i graviditeten och 6 av dessa tyckte också att oron togs på allvar (artikel I).

Vid ultraljudsundersökning, eller annan examination som görs för att fastställa barnets död ger 92% av landets gynekologer beskedet direkt till kvinnan utan att invänta anhörig (artikel III). De kvinnliga gynekologerna under 40 år ger oftare informationen direkt till kvinnan utan att invänta maken eller annan anhörig ($p=.002$) (artikel III). De manliga gynekologerna anger att de handlagt fler fall av dödfött barn än sina kvinnliga kollegor de senaste tre åren ($p=.003$) (artikel II).

Trots att paret är i en känslig och svår situation efter beskedet så måste de omedelbart ta emot en mängd information. Beroende på om informationen ges på ett känsligt eller okänsligt sätt kan detta ha förödande konsekvenser för föräldrarna. Ögonblicket när informationen ges och hur det sägs är ofta något som föräldrarna kan återge ordagrant (artikel I). Gynekologen eller den som ger beskedet har också ett ansvar för det som meddelats till föräldrarna och bör kunna bemöta reaktionerna av det sagda. När informationen angående barnets död gavs, ansåg papporna i större utsträckning än mödrarna att informationen gavs på ett okänsligt sätt ($p=.021$) (artikel I).

Föräldrarna informeras om att kejsarsnitt inte rekommenderas utan att normalförlossning är rutin. I den retrospektiva studien ansåg de flesta kvinnorna att det var självklart att ett kejsarsnitt skulle utföras (artikel II). Oavsett detta så förstod föräldrarna och var nöjda med upplevelsen av normalförlossning i efterhand (artikel II). I den prospektiva studien var den första reaktionen hos 13 av 22 mödrar och 10 av 22 fäder att önska förlossning med kejsarsnitt (artikel I). Nitton av 20 mödrar ansåg att de hade fått en förklaring från personalen varför man planerat en normalförlossning och var också nöjda med förklaringen (avhandlingen). Om det finns medicinska orsaker till att kvinnan bör förlösas med kejsarsnitt och situationen ej är akut så kan 55% av de kvinnliga och 45% av de manliga gynekologerna tänka sig att förlösa kvinnan i vaket tillstånd (avhandlingen).

Det är vanligt att en förlossning med dödfött barn startar med att förlossningen induceras. Föräldrarna kan ges ett förslag att antingen gå hem ett par timmar eller över natten eller att stanna kvar på förlossningsavdelningen eller

gynekologisk avdelning innan induktion. 82% av de kvinnliga och 75% av de manliga gynekologerna föreslår kvinnan att gå hem och att återkomma till sjukhuset nästkommande dag (artikel III). I den retrospektiva studien var några kvinnors förlossning redan igång och några kvinnor gick ej hem före förlossningen. Nästan hälften av paren följde rådet att gå hem. De flesta av dessa ansåg att rådet var bra (artikel II). Av elva par som gick hem efter att ha fått information om att barnet var dött i den prospektiva studien var den omedelbara reaktionen att det var bra att gå hem hos ett par och ganska dåligt hos två par. Fem pappor och två mammor tyckte att förslaget var bättre än sin partner. Tre månader senare ansåg sju par att förslaget hade varit mycket/ganska bra och två mammor och två pappor ansåg att förslaget var bättre än vad partnern ansåg (artikel I). För 14 kvinnor i den prospektiva studien startades förlossningen med induktion. För 10 av dessa kvinnor startades förlossningen inom 24 timmar, för tre kvinnor startade induktionen över 24 timmar och för en kvinna sattes förlossningen igång omedelbart (artikel I). När gynekologerna tillfrågades om sin inställning till induktion ansåg 40% att förlossningen skulle induceras inom 24 timmar, 26% ansåg över 24 timmar, 4% svarade vet ej och hos 30% var åsikten att det saknade betydelse när förlossningen sattes igång. Det fanns inga skillnader mellan könen eller åldersgrupper hos gynekologerna i denna fråga (artikel III). När mödrarna i den prospektiva studien blev tillfrågade om sin åsikt när de önskade att bli igångsatta, svarade 10 att de ville bli igångsatta inom 24 timmar två över 24 timmar och 2 önskade igångsättning omedelbart (artikel I).

Stöd i att möta och separera från barnet

Att ge stöd i att möta barnet men också i att skiljas från barnet är en hörnsten i omhändertagandet. Det kan ses som en utmaning och svår balans för personalen att uppmuntra föräldrarna att hålla sitt barn utan att föräldrarna tvingas till det. Det är viktigt vilket stöd föräldrarna får i denna situation. I den prospektiva studien ansåg 6 par att de hade ett stort behov av att diskutera med personalen hur mötet skulle bli med barnet och tio par ansåg att de fått tillräcklig information (artikel I). Oavsett om paret reagerat med tårar eller ilska så ansåg alla föräldrar i den prospektiva studien att personalen visat dem förståelse under förlossningen (artikel I). Föräldrarna tillfrågades i vilken grad personalen var ett stöd för dem under förlossningen. Svarsalternativ var från 0 (inget stöd alls) till 4 (mycket stort stöd). Barnmorskan tillskrevs ett medelvärde från mammorna respektive papporna av 3.7 (0.6) / 3.7 (0.7), undersköterskan 3.1 (1.3) / 3.0 (1.2) och gynekologen 1.6 (1.8) / 2.5 (1.5).

Sex par var rädda inför mötet med barnet. Trots dessa känslor så höll samtliga föräldrapar utom ett i sitt barn (artikel I), detta barns födelsevikt var 500 gr. (artikel I). På fråga om tiden var tillräcklig när föräldrarna höll barnet i anslutning till förlossningen svarade 20 mammor och 19 pappor att de tyckte att tiden de höll barnet var lagom just då. Tre månader senare ansåg 12 mammor och 7 pappor att tiden de höll barnet hade varit för kort (artikel I). Tiden som föräldrarna tillbringade med sitt barn var emellan tio minuter till mer än tio

timmar. Pappor hade samma starka känslor av värme, stolthet, ömhet och sorg som mammorna, när de höll i sitt barn. Det fanns ett relativt starkt positivt samband mellan tiden som papporna tillbringade med barnet vid förlossningen och barnets vikt. Ju högre vikt ju längre tid med barnet ($r=.53, p=.022$) (artikel I). Sex föräldrar av 31 i den retrospektiva studien höll ej i sitt barn och av dessa ångrade sig tre (avhandlingen). Oavsett hur många timmar föräldrarna var tillsammans med barnet så ansåg de att tiden var för kort (artikel II). När det gäller gynekologernas åsikt angav de kvinnliga gynekologerna en starkare inställning till att föräldrarna skulle uppmuntras att hålla i sitt barn ($p=.008$) (artikel III). Samtliga pappor och 20 av mammorna uttryckte att de själva bestämt tiden utan press från personalen. Nästan samtliga föräldrar ansåg att personalen behandlat deras barn med respekt (artikel I).

Stöd i sorgen

Det är viktigt att sjukhuspersonalen ger stöd och informerar nära anhöriga och syskon så snart som möjligt efter händelsen och ger dem möjlighet att också se det dödfödda barnet. Om syskonet tillåts att se barnet så har det större möjlighet att dela familjens sorg. I den prospektiva studien hade 8 kvinnor fått ett barn före det dödfödda barnet. Tre syskon såg barnet och mödrarna var också nöjda med att syskonet sett barnet. Tre mödrar ansåg att syskonet var för litet och i två fall angavs ingen orsak varför syskonet inte såg (avhandlingen). Gynekologerna ansåg inte i någon större utsträckning att det var viktigt att syskonet såg barnet (55%) (artikel III). Signifikant fler kvinnliga gynekologer ansåg att det var viktigt med en nedre åldersgräns för syskon att se ett dödfött barn. De manliga gynekologerna ansåg att syskonet borde vara mellan 5–7 år med en högsta notering av en manlig gynekolog som ansåg att syskonet borde vara 18 år. De kvinnliga gynekologerna ansåg att syskonet borde vara mellan 3–5 år för att se barnet (avhandlingen).

Föräldrarna i den prospektiva studien ansåg att barnmorskorna och undersköterskorna var mycket viktiga personer under förlossningen (artikel I). De flesta föräldrarna talar om dem som varma, hjälpsamma och förstående med en empatisk känsla för situationen. Föräldrarna underströk betydelsen av att ha fått stöd i sorgen eftersom de upplevde att rätt stöd var en hjälp för dem. Att möta samma läkare och barnmorska igen efter händelsen och få möjlighet att tala igenom händelsen underlättade sorgprocessen. Många föräldrar hade också möten en gång i veckan med kuratorn så länge som de själva ansåg att de behövde stöd (artikel II).

Den vanligaste reaktionen på händelsen för både mammor och pappor i den prospektiva studien var att ge uttryck för sorgen med att gråta. Fem pappor angav också att de reagerade med irritation, tystnad och ilska (avhandlingen).

Tre månader efter händelsen hade kvinnorna ett signifikant högre negativt välbefinnande NWB ($p<.0001$), ett lägre positivt välbefinnande PWB ($p=.010$) och ett lägre totalt välbefinnande GWB ($p=.001$) än papporna, medan energinivån inte skiljde sig mellan föräldrarna (artikel I).

Tjugotvå % av gynekologerna menade att föräldrarna först behövde bearbeta sorgen innan de ingick i ny graviditet, vilket ansågs i signifikant högre grad av de kvinnliga gynekologerna ($p=.014$) (artikel IV).

Diagnos

Majoriteten av gynekologerna ansåg att det var viktigt att kunna ge en diagnos (artikel III). Både kvinnliga och manliga yngre gynekologer (< 40 år) ansåg i signifikant högre grad att det var viktigt att kunna ge en korrekt förklaring till varför barnet föddes dött ur medicinsk synvinkel ($p=.044$) (artikel III). När det gäller gynekologernas attityd till obduktion, accepterade de flesta gynekologer att föräldrarna sa nej till obduktion utan att ställa frågan på nytt. Endast 28% återvände och frågade en gång till. Signifikant fler manliga än kvinnliga gynekologer accepterade parets nej ($p=.012$). De kvinnliga gynekologerna svarade i högre utsträckning än sina manliga kollegor att de "inte visste" om föräldrarna hade ångrat att de sagt ja till obduktion eller ångrat att de sagt nej, 46% vs 34% respektive 68% vs 52% (avhandlingen).

För de flesta föräldrar är det viktigt att få en diagnos som förklarar varför barnet föddes dött. I den prospektiva studien, hade 20 par blivit tillfrågade angående obduktion av barnet. Elva mammor och 14 pappor av 22 svarande par ansåg att läkaren gett tillräcklig information angående varför barnet skulle obduceras (avhandlingen). Femton mammor och 14 pappor ansåg inte att de fått svar på varför barnet föddes dött genom obduktionen, medan fyra par fått detta. Trots att de flesta par inte fick svar genom obduktionen var det endast en mor av 40 föräldrar som ångrade obduktionen (avhandlingen). Det fanns två skäl till varför föräldrarna önskade att obduktionen utfördes. Viktigaste orsaken till att vilja att barnet obducerades var att få en orsak till det inträffade och i andra hand att kunna bidra till ny kunskap (avhandlingen). Den retrospektiva studien visar att en så utömmande förklaring som möjligt till varför barnet föddes dött är viktigt för föräldrarna (artikel II).

Det är inte heller ovanligt med skuldkänslor. Både mammor och pappor talar om möjliga orsaker som kan ha påverkat utgången. De flesta föräldrarna i den prospektiva studien anklagar ingen för händelsen, men tre mödrar anser att mödravårdens barnmorska är ansvarig för att barnet föddes dött (artikel I).

Om obduktion inte var gjord ansåg föräldrarna att det hade negativ påverkan på en eventuell ny graviditet (artikel II). Tjugosju % av läkarna, 69 kvinnor och 78 män, menade att deras råd inför nästkommande graviditet var beroende på vilken diagnos det dödfödda barnet får (artikel IV). Ytterligare 3%, 7 kvinnor och 10 män, ansåg att den nya graviditeten var en risk för återupprepning (artikel IV).

Organisation av vården

Många föräldrar ansåg att vårdgivarnas förståelse för sorgens process, att få så mycket sjukskrivning som behövdes, och att erbjudas specialistmödravård i nästa graviditet underlättade sorgen (artikel II).

De flesta föräldrarna, utom tre pappor, i den prospektiva studien var sjuk-

skrivna efter händelsen. Tre månader efter händelsen var det en signifikant skillnad i sjukskrivningsfrekvens; ingen man och alla kvinnor utom fem var deltids- eller heltidssjukskrivna ($p=.004$) (avhandlingen). Sex mödrar och en fader hade önskat att sjukskrivningsperioderna hade varit längre (avhandlingen). Kvinnliga gynekologer förnyade oftare sjukskrivningen om föräldern önskade ($p=.020$). En jämförelse mellan åldersgrupperna visade att kvinnor <40 år förlängde kvinnans sjukskrivning i större utsträckning än äldre läkare ($p=.038$) (artikel III).

I den prospektiva studien fick sju mödrar och en fader ett recept på sömn/lugnande medel och tio föräldrar fick enstaka tabletter. Sju föräldrar uttryckte att de fick receptet på initiativ av läkaren. Tre föräldrar använde frekvent lugnande medel i anslutning till händelsen (avhandlingen). Manliga gynekologer visade en signifikant större villighet att förskriva lugnande medel ($p=.001$). Av etthundra slumpvis utvalda enkäter som granskades för att inhämta kommentarer om förskrivning av lugnande medel, ansåg 15 av 49 kvinnliga gynekologer att de inte ville förskriva lugnande medel för att inte störa sorgprocessen. Samma uppfattning angav 16 av 51 manliga gynekologer. Några manliga gynekologer anger att de skrev ut recept rutinmässigt (artikel III).

Över 90% av gynekologerna gick igenom händelseförloppet med föräldrarna (artikel III). De flesta gynekologer (83%) ansåg att ett samtal med föräldrar till dödfödda barn är ett svårare samtal att genomföra än samtal med patienter om andra gynekologiska problem. De flesta gynekologer samarbetade i samtalen med andra personalkategorier (95%) (avhandlingen).

En klar majoritet av gynekologerna tänkte på händelsen en tid efteråt. Trettio % var oroad för att det skulle bli ett anmälningssfall. En minoritet kände skuld över det som inträffat (artikel III). En jämförelse mellan åldersgruppen för män och kvinnor visade att de kvinnliga gynekologerna < 40 år tänkte mer på det inträffade ($p=.013$) och ororade sig mer över att bli anmälda än sina äldre kvinnliga kollegor. Manliga gynekologer mellan 40–49 ansåg att avdelningens organisation var ett hinder för omhändertagandet ($p=.040$) (artikel III). 90% av gynekologerna ansåg att de hade behov av handledning efter det inträffade och endast en minoritet fick denna handledning (40%) (artikel III).

Så småningom önskar paret en ny graviditet. De 552 gynekologer som besvarade den öppna frågan om vilka råd de ger inför ny graviditet gav tillsammans 802 råd. 59% av gynekologerna önskar ge paret stöd i en eventuell ny graviditet. De kvinnliga gynekologerna var i signifikant högre grad villiga att ge stöd ($p=.005$) (artikel IV). Tjugoen % av gynekologerna gav tidsråd mellan att vänta i 0–12 månader eller att bara "vänta" (artikel IV). Nio % av gynekologerna ansåg att paret själva kunde bestämma när de önskade ny graviditet (artikel IV).

Att förstå sorgens kärna

De flesta föräldrar anser att det är viktigt med minnen av det dödfödda barnet och de flesta paren i den prospektiva studien hade ett hand/fot-avtryck (81%)

och tio hade också en hårlock (avhandlingen). Ett id-band, som 19 föräldrar hade var också ett minne (avhandlingen). Ett annat viktigt minne var fotografierna. En majoritet av gynekologerna ansåg att barnet skulle fotograferas och där var ingen skillnad mellan könen (artikel III). Samtliga barn utom ett i den prospektiva studien var fotograferade och de flesta föräldrarna (88%) ansåg att det var mycket viktigt att ha ett foto av barnet. Signifikant fler mödrar tittade ofta på fotografierna ($p<.0001$) och ansåg att antalet foton inte var tillräckligt många ($p=.002$) (avhandlingen).

Paren i den retrospektiva studien ansåg att se och hålla i barnet, att ha minnen och ett foto hjälpte dem att sörja och bättre förstå vad som hänt (artikel III). Föräldrarna blir uppmuntrade att namnge barnet och helst det namn som de tidigare beslutat att ge barnet. Alla utom två barn i den prospektiva studien (artikel I) och nästan alla (artikel II) i den retrospektiva studien fick ett namn och signifikant fler kvinnliga gynekologer ansåg att det var viktigt att uppmuntra föräldrarna att ge barnet ett namn ($p=.035$) (artikel III).

Arton par hade en begravningsceremoni för barnet och 14 par hade en nära anhörig med vid ceremonin. Fler pappor (14) än mammor (9) var mycket nöjda med att ha en nära anhörig närvarande (artikel I). Samtliga syskon utom ett var med vid begravningsceremonin och föräldrarna var nöjda med att de var närvarande (artikel I).

Föräldrarna tänker ofta på sitt barn. Årsdagen från det inträffade återväcker det som hänt (artikel II). Sjutton mammor och 18 pappor ansåg inte att de sörjde barnet på samma sätt som sin partner (artikel I). I den prospektiva studien ansåg 18 par att förlusten av barnet hade påverkat deras relation så att de kommit närmare varandra (artikel I). I livsavgörande händelser och trots sorglig utgång kan livet ändå ändras till det bättre. Trots att föräldrarna i den retrospektiva studien inte fann mening i det som hänt ansåg de att de blivit mer ödmjuka inför livet och att de inte tog någonting i livet längre för självklart.

Resultaten i denna avhandling bidrar till ökad förståelse av aspekter i vården som påverkar föräldrarna i processen som följer efter ett dödfött barn. Om dessa aspekter tas i beaktande i ett psykosocialt vårdprogram kan detta positivt påverka omhändertagandet av dessa föräldrar.

Ordförklaringar

Dyad	Två enheter behandlade som en. Jämförelse inom varje par
Prospektiv	Framåt i tiden
Retrospektiv	Bakåt i tiden
Longitudinell	Över tid
Fokus grupp	En gruppintervju av personer som utfrågas
Reliabilitetstestat	Testar hur stabilt ett test är över tid
Psychosocial Transition	Sorg samt psykologisk och social förändringstid efter en förlust
Signifikant	Resultatet beror ej på slumpen