

”Herregud, har jag ett barn?”

En grupp föräldrar berättar om hur de har hanterat att få ett mycket för tidigt
fött barn

Linnea Holm och Nina Öst

Psykologexamensuppsats ht 2010

Institutionen för psykologi

Handledare: Karin Stjernqvist

Biträdande handledare: Johanna Månsson

Examinator: Sven Ingmar Andersson

Vol. XIII (2011): 10

SAMMANFATTNING

Att få barn betraktas som en stor omställning. Men när barnet kommer tidigare än beräknat, prematurt, kan det också betraktas som en kris. Studiens syfte var att fördjupa förståelsen för hur en grupp föräldrar hanterat att få ett barn fött före graviditetsvecka 33, under tiden barnet vistats på neonatalavdelning. Femton föräldrar berättade om sina upplevelser i en halvstrukturerad intervju. Intervjuerna tolkades med hjälp av en fenomenologisk-hermeneutisk analysmetod. Analysen belyste nio viktiga temata: *att reagera med chock, att finna sig i situationen, att sätta barnet i första hand, att söka svar, att upprätthålla det normala, att ge och ta emot stöd, att ha en positiv inställning, att bejaka sina känslor och att erövra föräldrarollen.* Den övergripande förståelsen sammanfattades i följande formulering: *att hantera genom att försöka undkomma, stanna kvar i och/eller försöka förändra situationen.* Resultaten visade också att dessa hanteringsstrategier uttrycks på mycket olika sätt, vilket understryker vikten av ett fortsatt individualiserat stöd till föräldrarna.

Nyckelord: föräldraskap, hantering, kris, neonatalvård, prematuritet, stöd, fenomenologisk-hermeneutisk metod

ABSTRACT

Having children is a process that generates change in one's life. When a child is born prematurely, however, it can turn into a crisis for the parents. The purpose of this study was to deepen our understanding about how parents of very premature or extremely premature babies coped with this situation during their babies' stay at the neonatal ward. 15 parents shared their experiences during semi-structured interviews which were interpreted using a phenomenological-hermeneutic analytic approach. Nine important themes were distinguished from the results. These included: *reacting with shock, acceptance, putting the child first, searching for answers, trying to hold on to what one considers normal, being able to give and receive support, having a positive attitude and empowering the role of the parent.* The comprehensive understanding was summarized in the following essence: *to cope by trying to escape, to stay in and/or by trying to change the situation.* The results also showed that these strategies used to cope with the situation are expressed in many different ways, which stresses the importance of a continued individualized parental support.

Key words: parenting, coping, crisis, neonatal care, prematurity, support, phenomenological-hermeneutic method

FÖRFATTARNAS TACK

Vi vill börja med att rikta ett stort Tack till alla de föräldrar som delat med sig av sina minnen, känslor och tankar. Utan er hade den här uppsatsen inte varit möjlig.

Tack till våra handledare Karin Stjernqvist och Johanna Månsson för ett stort stöd och kloka synpunkter, och Tack till Institutionen för psykologi som har gjort det möjligt för oss att undersöka detta spännande ämne. Vår förhoppning är att uppsatsen skall skänka dess läsare mycket glädje och fördjupad kunskap inom ämnet. Sist men inte minst vill vi tacka Pontus och Lars för ert oändliga tålamod.

Linnea och Nina

Januari 2011

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
<i>Definitioner och förekomst</i>	1
<i>Orsaker till prematur födelse</i>	1
<i>Den prematura förlossningen</i>	2
<i>Risker förknippade med prematur födelse</i>	2
<i>Mortalitet</i>	2
<i>Morbiditet</i>	3
<i>Vård efter prematur förlossning</i>	3
<i>Somatiskt omhändertagande</i>	3
<i>Psykologiskt omhändertagande</i>	4
<i>Uppföljning av det prematura barnet</i>	5
TEORI	5
<i>Föräldraskapet</i>	6
<i>Omställningen till moderskap</i>	7
<i>Omställningen till faderskap</i>	9
<i>Samspel mellan barn och förälder</i>	10
<i>Anknytning</i>	11
<i>Hantering av påfrestning</i>	11
<i>Kristeori</i>	12
<i>Copingteori</i>	13
SYFTE	15
METOD	15
<i>Kunskapsteoretisk position</i>	15
<i>Fenomenologi</i>	15
<i>Fenomenologisk hermeneutik</i>	16
<i>Metodologiskt tillvägagångssätt</i>	16
<i>Forskningsprocessen</i>	17
<i>Rekrytering och urval inklusive urvalskriterier</i>	17
<i>Datainsamling</i>	18
<i>Dataanalys</i>	19
<i>Metoddiskussion</i>	19
<i>Validitet</i>	19
<i>Reliabilitet</i>	20
<i>Etiska överväganden</i>	21
RESULTAT	21
<i>Naiv förståelse</i>	21
<i>Tema och subtema</i>	22
<i>Övergripande förståelse</i>	29
DISKUSSION	30
<i>Att försöka undkomma situationen</i>	30
<i>Att reagera med chock</i>	30
<i>Att stanna kvar i situationen</i>	32
<i>Att finna sig i situationen</i>	32
<i>Att upprätthålla det normala</i>	32
<i>Bejaka sina känslor</i>	33
<i>Positiv attityd</i>	33
<i>Att försöka förändra situationen</i>	34
<i>Att sätta barnet i första hand</i>	34

<i>Att söka svar</i>	35
<i>Att ge och ta emot stöd</i>	35
<i>Att erövra föräldrarollen</i>	36
<i>Sammanfattning</i>	37
<i>Förslag till fortsatt forskning</i>	37
REFERENSER	39

Bilaga 1: Rekryteringsplansch

Bilaga 2: Informerat samtyckesblankett

Bilaga 3: KASAM-formulär

Bilaga 4: Intervjuguide

*Låt mig få bära dig
När du är svag
För du betyder allting för mig
Var inte rädd
Kärleksvisan*

BAKGRUND

För att ge en ökad förståelse för den tillvaro föräldrar och barn befinner sig i under den första tiden i barnets liv följer en inledande del om det för tidigt födda barnet. Det ges en översikt av orsakerna till för tidig födelse, förlossnings- och vårdrutiner samt riskbild och uppföljning.

Definitioner och förekomst

I Sverige föds mellan hundra- och hundratiotusen barn varje år (Socialstyrelsens medicinska födelseregister, 2008). Att få ett fullgånget barn innebär att föda mellan graviditetsvecka 37+0 och 41+6. Barnet betraktas då som moget (Marsal, 2008). Enligt den senaste mätningen förlöstes 5,6 procent av alla barn för tidigt, alltså före graviditetsvecka 37 (Socialstyrelsens medicinska födelseregister, 2008). Att föda för tidigt kallas också att föda prematurt (Marsal, 2008; Westgren, 2008). De prematura barnen grupperas dels efter mognadsvecka, dels efter födelsevikt (Westgren 2008; Stjernqvist 1999). Att vara född för tidigt kan således även innebära att ha en födelsevikt under 2500 gram (Marsal, 2008; Westgren, 2008; Stjernqvist, 1999; Socialstyrelsens medicinska födelseregister, 2008). Föds barnet före graviditetsvecka 33 talar man om en mycket för tidig födelse, eller att ha en födelsevikt under 1500 gram. Föds barnet före graviditetsvecka 29, eller med en födelsevikt under 1000 gram, räknas det som en extremt mycket för tidig födelse (Marsal, 2008; Westgren, 2008; Stjernqvist, 1999; Socialstyrelsens medicinska födelseregister, 2008).

Jämfört med många andra länder har Sverige en relativt låg förekomst av för tidigt födda barn, vilket beror på en hög levnadsstandard och en utvecklad och tillgänglig mödrabarnhälsovård (Stjernqvist, 1999). Ur ett globalt perspektiv är dock prematur födsel ett frekvent fenomen som har ökat de senaste åren (Baldoni, in press). Frekvensen varierar mellan olika länder och populationer (Westgren, 2008).

Orsaker till prematur födelse

För tidig födelse kan ha flera orsaker. I ungefär hälften av fallen kan prematuritet förklaras med sjukdomar hos modern. Det rör sig då i första hand om för högt blodtryck,

njursjukdom eller komplikationer i livmodern och moderkakan (Fellman, 2008). Även diabetes, infektioner, och tarmsjukdomar hos modern kan vara faktorer som ligger bakom en för tidig födelse (Stjernqvist, 1999). Flerbörd och tonårsgraviditeter är andra vanliga förklaringar. Rökning och annat nikotinmissbruk ökar också risken för att föda prematurt, liksom att fostret drabbats av tillväxthämning (Fellman, 2008). Har fostret en missbildning eller annan sjukdom kan detta leda till prematur födelse (Stjernqvist, 1999). Andra riskfaktorer är tidigare prematura förlossningar eller tungt fysiskt arbete men också låg socioekonomisk status och att vara utsatt för extrem psykisk stress (Westgren, 2008; Stjernqvist, 1999). I många fall hittas aldrig orsaken till varför ett barn kommer för tidigt (Stjernqvist, 1999). Många föräldrar får aldrig veta varför det hände.

Den prematura förlossningen

Man försöker inom svensk förlossningsvård i första hand förhindra eller fördröja en för tidig förlossning eftersom det är så pass hög mortalitet och morbiditet förknippat med detta (Westgren, 2008). Men går värkarbetet inte att hämma, eller om en fortsatt graviditet innebär att moder och barn utsätts för stora risker, kan man ta beslut om att sätta igång en förlossning. Man beaktar i samband med detta även sjukhusets resurser att klara av omhändertagandet av barnet. Det är viktigt, påpekar Westgren (2008) att barnet föds där det kan få ett gott omhändertagande. Den prematura förlossningen kan sedan ske genom både kejsarsnitt och vaginal förlossning. Kejsarsnitt anses emellertid vara komplicerade vid mycket för tidiga förlossningar och är, skriver Westgren, förknippade med ökad risk för morbiditet hos modern. En prematur förlossning kan bli mycket traumatisk för föräldrarna eftersom den kan innebära en risk för både moders och barns hälsa, och kan inträffa akut innan föräldrarna har hunnit ställa in sig på det (Westgren, 2008).

Risker förknippade med prematur födelse

Mortalitet. Man har i Sverige idag en större möjlighet att rädda barn som föds för tidigt från att dö (Stjernqvist, 1999). Prognosen för överlevnad hos prematurt födda barn har förbättrats under de två sista decennierna genom bättre uppföljning under graviditeten, en strävan inom vården efter att hitta en optimal födelsetid och ett bättre omhändertagande vid och efter födelsen (Fellman, 2008; Hallin, Hellström-Westas & Stjernqvist, 2010). Men att födas, oavsett om det sker när barnet är moget eller omoget, innebär alltid en risk avseende mortalitet och morbiditet (Westgren, 2008). Globalt sätt har Sverige en mycket låg spädbarnsdödlighet (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2009). Om ett barn med en födelsevikt över 1500 gram överlever eller ej är idag mer beroende av barnets sjukdomsbild än av själva

prematuriteten. Vad gäller barn med en födelsevikt under 1000 gram krävs det visserligen en långvarig vårdtid, men andelen överlevande har ökat stort de sista decennierna medan antalet skadade barn har förblivit på samma nivå eller minskat (Westgren 2008; Fellman, 2008).

Morbiditet. Stjernqvist (1999) beskriver hur alla nyfödda barn går igenom en omställningsperiod till livet utanför livmodern men att denna period för ett för tidigt fött barn tar betydligt längre tid, beroende på hur moget barnet är. Generellt gäller att ju omognare barnet är, desto fler och allvarigare sjukdomar och komplikationer har det (Fellman, 2008). Ett barn som föds för tidigt riskerar bland annat i högre grad än fullgångna barn att drabbas av syrebrist, så kallad asfyxi, bland annat i samband med förlossningen. Lungorna på det prematura barnet är inte färdigutvecklade och barnet kan därför inte andas normalt när det föds (Fellman, 2008). Mycket för tidigt födda barn har på grund av detta en tendens att ta pauser i andningen, så kallade apnéer (Lagercrantz, 2008). Det för tidigt födda barnet kan också till följd av de omogna lungorna utveckla kronisk lungsjukdom, Bronkopulmonell dysplasi, så kallad BPD. Även huden är outvecklad vilket leder till att barnet kan drabbas av för låg eller för hög kroppstemperatur. Detta kan leda till en ökad vätskeavdunstning. De barn som är mycket för tidigt födda har omogen sug- och sväljfunktion på grund av en omogen mag- och tarmkanal. Dessa barn riskerar att få inflammatorisk tarmsjukdom (Fellman, 2008). Vidare föreligger en ökad risk för hjärnblödning samt för hjärnskador. En annan komplikation av prematuriteten är en ökad känslighet för att utveckla infektioner på grund av att barnet har ett sämre immunförsvar (Fellman, 2008; Stjernqvist, 1999).

Vård efter prematur förlossning

Somatiskt omhändertagande. Att födas för tidigt innebär att man behöver extra lång tid på sig för att anpassa sig till det nya livet utanför mammas mage (Stjernqvist, 1999). Barnets omogna funktioner måste regleras med hjälp av medicin och teknik (Kleberg & Westrup, 2008). Beroende på när barnet fötts och vilka komplikationer det råkat ut, för ser anpassningsprocessen och vårdbehovet olika ut. Denna anpassningsprocess och tillfrisknande sker på en nyföddhetsavdelning, en så kallad neonatalavdelning, där barnet observeras och omhändertas av professionell personal (Stjernqvist, 1999). Jackson (2006) konstaterar i sin avhandling att den moderna neonatalvårdens strategi i första hand är att identifiera och minimera fysiologiska störningar hos barnet. På neonatalavdelningen övervakas bland annat barnets andning, puls, blodtryck och motoriska aktivitet kontinuerligt (Berg & Wingren, 2008). Barn med underutvecklade lungor kan ges andningsstöd både med hjälp av respirator, Continuous Positive Airway Pressure, så kallad CPAP och/eller syrgas (Berg & Wingren,

2008). För att hjälpa barnet att reglera sin temperatur och minska barnets värmeförluster kan barnet läggas i en varm kuvös. Denna kan vara öppen eller slutna beroende på vilket behov barnet har, de minsta barnen vårdas till en början i den slutna. Då det mycket för tidigt födda barnet förlorar vätska har man en ökad fuktighet i kuvösen. Ibland räcker det dock att ligga hud mot hud med föräldern, så kallad känguruvård, för att barnet skall behålla sin kroppsvärme (Sedin & Ågren, 2008; Berg & Wingren, 2008). Näringstillförsel får de flesta mycket för tidigt födda barnen genom bröstmjölk via en sond. De omognare barnen behöver utöver detta dropp (Berg & Wingren, 2008).

Psykologiskt omhändertagande. Enligt vissa författare har det skett en gradvis rörelse inom neonatalvården från att bara ha fokus på att vårda barnet, till att ha fokus på att vårda och förse hela familjen med livskvalitet (Jackson 2003, refererat i Baldoni, 2010). Neonatalvården kännetecknas nu även av omsorg och omvårdnad av det lilla barnet, och föräldrarnas delaktighet i vården värderas allt högre (Roze & Breart 2006, referat i Jackson 2006; Berg & Wingren, 2008). Som Stjernqvist (1999) konstaterar har man i takt med den teknologiska utvecklingen inom neonatalvården börjat inse vikten av att stötta familjesystemet som ett led i att främja barnets framtida utveckling.

I Sverige arbetar de flesta neonatalavdelningar utifrån Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, så kallat NIDCAP. Detta är en individualiserad, utvecklingsstödande och familjecentrerad vårdform som ligger till grund för och hjälper vårdpersonal och föräldrar att observera och tolkar barnets välbefinnande och vårdbehov. Med NIDCAP-programmet kan man anpassa vården efter varje barns individuella mognad och behov. Programmet lägger stor vikt vid föräldrarnas medverkan i vården, de ses som barnets primära vårdgivare (Kleberg & Westrup, 2008; Stjernqvist, 1999; Jackson, 2006). Föräldrarnas roll har förändrats och man bildar tillsammans med personal ett team som ihop vårdar barnet. På samma sätt som barnets stöd individualiseras gör även stödet till familjen detta utifrån hur väl man hanterat och klarat situationen. Det gäller att möta föräldrarna där de är och utifrån de krisreaktioner de uppvisar, menar Stjernqvist (1999). Stöd av psykolog eller kurator bör alltid erbjudas (Stjernqvist, 1999).

Exempel på riktlinjer som främjar familjesystemet inom den neonatala vården är den nämnda kängurumetoden där barn får möjlighet att komma fysiskt nära sina föräldrar och vice versa, men också att barnet vid vaginala förlossningar tas hand om inne på förlossningsrummet så att föräldrarna kan närvara. Förlöser man med kejsarsnitt rekommenderas att pappan är närvarande vid omhändertagandet av barnet på neonatalavdelningen, här tas också ett foto av barnet som pappan kan visa för sin partner.

Ytterligare ett exempel är att man fortast möjligt lägger barnet vid mammans bröst samtidigt som det sondmatas för att mamma och barn skall få vara nära varandra (Sedin & Ågren, 2008).

Uppföljning av det prematura barnet

Hur det för tidigt födda barnet utvecklas över tid är relaterat till bland annat välfärdssystem, samhällsstruktur och socioekonomiska faktorer så som inkomst och utbildningsnivå (Hallin et al., 2010). Detta innebär att uppföljningsstudier bör läsas utifrån sin kontext. Men generellt sett visar studier ett samband mellan hur mycket för tidigt fött barnet är och barnets senare utveckling (Stjernqvist, 1999).

Långtgående problematik kan vara både medicinsk och psykologisk (Stjernqvist & Hellström-Westas, 2008). Man har sett att för tidigt födda barn riskerar utveckla neurologiska funktionshinder (Hallin et al., 2010). Neurologiska skador uppkommer främst som en följd av tidig hjärnblödning. De vanligaste följderna är då Cerebral Pares (Fellman, 2008; Stjernqvist & Hellström-Westas, 2008). Andra neurologiska skador är mental retardation eller andra kognitiva nedsättningar. Långtgående effekter kan också vara lungpåverkan till följd av BPD (Stjernqvist & Hellström-Westas, 2008). Av de prematura barn som föds är barn födda före graviditetsvecka 32 i stort behov av att följas upp för att identifiera eventuella framtida problem (Stjernqvist, Hellström-Westas, 2008). Dock visar forskningen att av de prematura barn som varje år vårdas på svenska neonatalavdelningar har de flesta en övergående problematik och en god prognos (Stjernqvist & Hellström-Westas, 2008). Att det oftast går bra kan förklaras delvis utifrån det prematura barnets hjärnas plasticitet (Stjernqvist, 1999; Lagercrantz, 2008). Om en del av hjärnan drabbas kan andra delar ta över dess funktioner. Man kan därför utvecklas i stort sett normalt, trots att man haft en hjärnskada som nyfödd (Lagercrantz, 2008). Man har även funnit att de förbättrade omvårdnadsrutinerna av mycket för tidigt födda barn som implementerats i samband med införandet av NIDCAP lett till en förbättrad myelinisering av nervbanorna, vilket kan tänkas påverka hjärnans plasticitet och organisation på ett positivt sätt, skriver Lagercrantz (2008).

TEORI

I ett försök att sammanfatta vad det kan innebära för föräldrar att få ett för tidigt fött barn ges här en kort teoretisk översikt av föräldraskapet, det viktiga samspelet mellan förälder och barn, och en introduktion av anknytningsteori, kristeori samt copingteori. De sistnämnda

teorierna fann uppsatsförfattarna relevanta för diskussionen av resultatet, därför presenteras de nedan.

Föräldraskapet

Att bli förälder är en av de största övergångsperioderna i livet. Brodén (2004) väljer att kalla denna omställning för utvecklingsperiod och pekar på att det sker en psykologisk förändringsprocess som omformar föräldrarnas inre landskap och, om allt går bra, leder till utveckling. Omställningen är en känslomässigt omvälvande period som för paret går ut på att skapa sig nya föräldraidentiteter (Stern, 1999). Denna förändring beskriver Brodén (2004) som en alltmer privat övergång som är upp till varje förälder att klara av. Även Cullberg (2006) pratar om föräldraskapet som en omställning som i en del fall kan upplevas som starkt påfrestande och utlösa en livskris. Cullberg (2006) poängterar att krisen bör ses som en möjlighet till utveckling och som en naturlig del av livet. Brodén menar att det tar nio månader att i psykologisk mening utvecklas till ett föräldrapar och beskriver det som en känslomässigt mycket reaktiv period där föräldrarnas tillgänglighet till sina egna känslor är av stor betydelse för hur de hanterar övergången. Om det dessutom händer något upprörande under denna psykiskt sårbara tid som graviditetsperioden innebär kommer detta sannolikt att påverka processen (Brodén, 2004). En sådan upprörande händelse skulle kunna vara just en prematur födelse.

Att få ett barn som föds för tidigt beskrivs i litteraturen som en chockartad och stressande händelse (Goldberg & DiVitto, 1995, refererat i Jackson, 2006). Graviditeten övergår vid prematur födsel till att bli en tid fylld av väntan på besked om hur det skall gå för barnet (Stern, 1999). Att vistas i en intensivvårdsmiljö och att känna oro för barnets medicinska tillstånd är några av de påfrestningar som beskrivs av föräldrarna själva (Jones, Rowe, & Becker, 2009; Affleck, Tennen & Rowe, 1991). Carter, Mulder, Bartram och Darlow (2005, refererat i Jones, Rowe & Becker, 2009) poängterar att påfrestningarna omfattar både individ och familjesystem. Något som styrks av Stjernqvist (1999) som tillägger att prematur födsel för föräldrarna i vissa fall kan utlösa en traumatisk kris. En traumatisk kris är en reaktion på en omstörtande och överraskande händelse där, till skillnad från en vanlig kris, individen upplever hela sin trygghet, existens och identitet vara hotad (Psykologiguiden, 2011). Stjernqvist (1992, refererat i Stjernqvist, 1999) fann i en studie att 85 procent av mammorna och 65 procent av papporna till mycket för tidigt födda visar tecken på krisreaktion vid barnets födelse och då med symptom som överklighetskänslor, ångestattacker och förändrad tidsuppfattning. Man har också funnit signifikanta skillnader i

dessa mödrars mående jämfört med fullgångna mödrar (Nordström-Erlandsson, 1996, refererat i Jackson, 2006). Stern (1999) talar om att en för tidig födelse kan leda till att dessa föräldrar utvecklar ett inre landskap som skiljer sig från andra föräldrars.

Mödrars stressupplevelser i samband med för tidig födelse har visat sig vara starkare än fäders (Shield-Poe & Pinelli, 1997, refererat i Jackson, 2006). Man har sett att män och kvinnor delvis reagerar olika på denna påfrestning (Shield-Poe & Pinelli, 1997; Tommiska, Östberg & Fellman, 2002, refererade i Jackson, 2006). Mammor rapporterar i en studie av Tommiska et al. (2002, refererat i Jackson, 2006) om upplevelsen att det är svårt att känna att man räcker till som mor till sitt för tidigt födda barn. De känner en oro inför barnets hälsotillstånd och över att de upplever stress (Holditch-Davis & Miles, 2000, refererat i Jackson, 2006; Jackson, 2006). Vidare upplevs det som stressande att inte vara nära barnet och mammorna känner sig negativt påverkade av vårdmiljön (Shield-Poe & Pinelli, 1997; Spear, Leef, Epps & Locke, 2002; Tommiska et al., 2002, refererade i Jackson, 2006). Jackson (2006) fann i sin avhandling att mammorna har ett behov av att få vara delaktiga i vården. Studier som gjorts på pappors stressupplevelser visar att dessa är relaterade till barnets sjuklighet, till föräldrarnas sätt att hantera situationen och till att känna sig socialt isolerad (Shield-Poe & Pinelli, 1997; Spear 2002; Tommiska et al., 2002, refererade i Jackson, 2006). Att få barn prematurt innebär även påfrestningar på parrelationen (Stjernqvist, 1999). Har man barn sedan tidigare innebär det att föräldrarna redan gått igenom processen att bli föräldrar. Detta är något som kan minska de påfrestningar som flergångsföräldrar upplever, menar Stjernqvist (1999). Andragångsföräldrar upplever dock ofta att det är svårt att lösa logistiken med vården av den nyfödda på sjukhus och syskonen hemma (Stjernqvist, 1999).

En prematur födsel kan alltså betraktas som en oväntad omställning och innebära en chock, en stress och/eller en kris där föräldrars generella välbefinnande och tillvaro verkar påverkas på ett eller annat sätt.

Omställningen till moderskap. Stern (1999) har myntat begreppet moderskapskonstellation och hävdar att kvinnan under sin graviditet utvecklar en ny mental organisation som är anpassad till uppgiften att ta hand om ett barn. Han menar att en helt ny sida av personligheten etableras. Även Raphael-Leff (1993, refererat i Brodén, 2004 och i Stjernqvist, 1999) har skildrat en form av identitetsutveckling, en så kallad relationsutveckling, som kvinnan går igenom under graviditeten. Denna delas i sin tur in i tre psykologiska utvecklingsfaser. Faserna kallas fusion, differentiering och separation och har som syfte att förbereda kvinnan för hennes kommande uppgift. Under fusionsfasen betraktas

barnet som en integrerad del av kvinnans kropp, och ses inte som en egen individ. Under den andra fasen, differentieringsfasen, sker ett skifte från att ha upplevelsen av att bara vara gravid till en upplevelse av att faktiskt ha ett barn i magen. Kvinnan skiljer nu ut barnet som en egen individ och hon har mycket fantasier, tankar, känslor och drömmar om vad hon bär i sin mage och hur barnet kommer att se ut (Raphael-Leff, 1991, 1993, refererat i Brodén, 2004 och i Stjernqvist, 1999). Brodén (2004) beskriver fantasin som en inre arbetsmodell, vilken hjälper till att utveckla det psykologiska föräldraskapet. Under den tredje fasen, separationsfasen, börjar kvinnan psykiskt ställa sig in på den kroppsliga separationen som skall ske. Fantasierna försvagas ju närmre förlossning hon kommer. Under denna fas börjar hon kunna föreställa sig att barnet kommer att överleva utanför magen. Barnet blir verkligt på ett nytt sätt och hon börjar längta efter personen där inne (Raphael-Leff, 1991, 1993, refererat i Brodén, 2004 och i Stjernqvist, 1999; Brodén, 2004).

Kvinnor som föder sitt barn mycket eller extremt mycket för tidigt befinner sig någonstans mellan differentierings- och separationsfasen. När barnet föds för tidigt är bilden av fantasibarnet fortfarande stark och stämmer sannolikt inte överens med hur ett prematurt fött barn ser ut. Det kan uppstå en inkongruens mellan den fantasi föräldern har av barnet och det verkliga barnet (Stern, 1999). Hon har inte heller helt ställt in sig på separationen så som den fullgångna kvinnan har. Man har funnit att mödrar till för tidigt födda barn beskriver den första tiden efter födseln som överklig (Stjernqvist, 1999). Dessa mammor känner en ambivalens inför sitt nya föräldraskap som å ena sidan upplevs som något glädjande, å andra sidan som en sorg över den förlorade graviditeten och en känsla av utanförskap i relation till andra nyblivna mammor med fullgångna barn (Jackson, Ternstedt & Schollin, 2003; Stjernqvist, 1999).

Kvinnans identitetsutveckling mot moderskap beskrivs också av Mercer (2004, refererat i Jackson, 2006) genom fyra faser. Utvecklingen tar sin början under den gravida kvinnans egna förberedelser inför förlossningen, för att fortgå efter förlossningen genom att hon lär känna sitt barn på ett nytt sätt utanför magen. Detta gör hon till stor del till en början genom att härma andras sätt att vårda det, för att efter en tid av att ha följt andras råd börja vårda barnet på det sätt hon själv anser vara bäst. Så småningom, efter cirka fyra månader, uppnår kvinnan en känsla av modersidentitet, menar Mercer (2004, refererat i Jackson, 2006). Man har funnit att mammor till fullgångna och för tidigt födda barn på detta sätt utvecklar sin modersidentitet, men att det tar längre tid för mödrar som har fött barn för tidigt (Zabielksi, 1994, refererat i Jackson, 2006).

En komplicerande faktor för de mödrar som föder prematurt är att tillståndet för barnet ofta är kritiskt vilket innebär att barnet förs iväg för vård direkt efter förlossning. Kvinnan går då miste om att få lägga upp barnet på bröstet omedelbart efter födseln, hon förlorar den fysiska närhet och möjlighet till samspel med barnet detta innebär. Hon kan inte med egna ögon se att barnet är friskt, eller få dessa bekräftelser från omgivningen, något som bland annat sätter den nyblivna moderns självbild som en duglig barnaföderska i gungning (Stjernqvist, 1999). När mammorna väl återfår den fysiska kontakten med sitt barn upplevs detta som en positiv vändning, något som också observerats hos papporna (Jackson, 2006).

Omställningen till faderskap. Forskning visar att män tar en allt större del i familjelivet (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997). Få studier har dock tittat på faderskapet på samma sätt som på moderskapet, eller på de mekanismer som ligger bakom mannens övergång till fader (Lindberg, Axelsson, & Öhring, 2008; Jackson, 2006). Pappors upplevelser och erfarenheter av att få prematura barn har studerats mycket lite (Lindberg et al., 2008; Jackson, 2006). Jackson (2006) utgår ifrån att människor utvecklar sin föräldraidentitet i samspelet med sitt barn. Att bli pappa beskrivs utifrån denna teoretiska utgångspunkt som en process vars främsta syfte, liksom för modern, är att få en nära relation till sitt barn (Hagström, 1999, refererat i Jackson, 2006). Likaså menar Stern (1999) att på samma sätt som kvinnan söker sin modersidentitet söker mannen efter sin fadersidentitet. Att bli pappa är en central del i mannens identitetsutveckling som också den kan leda till personlig utveckling (Marsiglio, 1995, refererat i Jackson, 2006). Man har också funnit att pappors utveckling mot föräldraskap främjas om han är närvarande vid barnets födelse (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1997, refererat i Jackson, 2006). Lindberg et al. (2008) menar att det tar tid för fäder till prematurt födda barn att känna sig som förälder och knyta an till sitt barn. Hon menar dock att papporna i slutändan verkar ha en upplevelse av att de hade ett starkare band till sina barn än vad de uppfattade att deras manliga vänner hade till sina fullgångna barn (Lindberg et al., 2008). Lindberg et al. fann att pappor till prematurt födda barn upplevde att de hade förändrats som person och i sina värderingar. Lindberg et al. (2008) ger som förklaring att detta kan bero på att papporna till för tidigt födda barn var mer involverade i barnets omvårdnad vilket gjorde att de lärde känna barnet och utvecklade föräldrafärdigheter. Andra studier har visat att pappor till prematura barn överlag är mer engagerade än andra pappor (Marton, Minde & Perotta, refererat i Stjernqvist 1981). Dessa är dock äldre studier, och möjligheterna för alla fäder att knyta an till sina prematurt födda barn ser idag annorlunda ut.

Vad man vet idag är att fäderna till för tidigt födda barn, liksom mödrarna, har en stark oro för barnets överlevnad och framtida utveckling (Lundqvist, 2008). Fäderna håller dock detta för sig själva och agerar istället som stöd för barnets moder (Magnusson & Plantin 2004, refererat i Jackson, 2006; Stjernqvist, 1999) och bidrar med en optimistisk attityd till barnets medicinska tillstånd (Murphy 1990, refererat i Stjernqvist 1999). Lundqvist (2008) fann vidare att fädernas olika roller som make, pappa och familjeförsörjare kom i konflikt vilket orsakade dem stress, något som även Jackson et al. (2003) har funnit stöd för. Att inte kunna ta hand om sin partner och sitt barn gav dem en känsla av hjälplöshet, något som förvärrades av att inte kunna vara nära mödrarna på sjukhuset (Lundqvist, 2008). Jackson et al. (2003) fann dock att många fäder kände sig trygga i att överlämna vården till personalen och att de hade tillit till personalens kompetens. Det blev fädernas ansvar att ta hand om praktiska göromål som inte hunnits med före nedkomsten. Retrospektivt redogjorde fäderna för en känsla av utanförskap och de upplevde sin papparroll som svårdefinierad. Känslan av kontroll återfick de genom att lära sig om den teknologiska apparaturen samt genom att tillgodogöra sig information, något som, menar Lundqvist (2008), gjorde dem mer motståndskraftiga mot kaotiska känslor (Lundqvist, 2008). Fädernas egna behov beskrivs, enligt dem själva, som mindre angelägna dagarna efter födseln än barnets och partners (Lundqvist, 2008). Deras krisreaktion kommer därför ofta i efterhand, när barnets situation är lite mer stabil (Stjernqvist, 1999).

Samspel mellan barn och förälder

På grund av det för tidigt födda barnets neurologiska och fysiologiska omognad saknar det förutsättningar att, på samma sätt som ett fullgånget barn, kommunicera med sin omvärld. Bland annat har det underburna barnet annorlunda sömn- och vakenhetsstadier, samt andra typer av vakenhetsmönster än det fullgångna barnet. Dessa faktorer gör att barnet ofta befinner sig i ett dåligt tillstånd, sällan är alert vaket, och har svårigheter att fokusera blicken. Barnet har också svårare att hantera inre och yttre stimuli och mycket för tidigt födda barn är mer lättstörda av yttre stimuli så som ljud och ljus. Vidare har de också en svagare motorisk utveckling (Stjernqvist, 1999). Sammantaget har för tidigt födda barn en sämre kommunikationsförmåga än fullgångna (Bakeman & Brown 1980; Field, 1980, refererat i Stjernqvist, 1999). Även Kleberg och Westrup (2008) konstaterar att prematura barn, jämfört med fullgångna, ger svagare signaler, är mindre vaket och svarar sämre. Man har funnit att barnens lägre interaktionsförmåga avspeglas i föräldrarnas gensvar. En del föräldrar svarar genom att öka sin egen aktivitet, andra genom att bli passivare. Ytterligare en viktig aspekt,

som skiljer de prematura barnen från de fullgångna, och som påverkar samspelet, är att de under den första tiden i livet är oförmögna att själva kunna komma till ro när de blivit oroliga alternativt uppjagade (Stjernqvist, 1999).

Anknytning. Relationen mellan barn och förälder kan betraktas utifrån anknytningsteorin (Bowlby, 1969). Anknytning syftar till på den bindning barnet får till sin vårdgivare, och är enligt Bowlby (1969) ett instinktivt biologiskt beteende. Den tidiga anknytningen har stor betydelse för våra framtida relationer. Viktigt för att skapa denna bindning är att barnet är moget nog för att kommunicera (Bowlby 1969, refererat i Jackson 2006), vilket det för tidigt födda barnet alltså inte är. Det prematura barnets förmåga till kommunikation är liten i förhållande till det fullgångna (Jackson, 2006). Patterson och Barnard (1990, refererat i Stjernqvist, 1999) konstaterar att det krävs mer tid och mer lyhördhet från föräldrarna, under en tid då de själva kanske befinner sig i djup kris. Stjernqvist (1999) har funnit att när samspelet mellan mödrar och barn inte fungerar kan mödrarna uppleva sig avvisade (Stjernqvist, 1999).

Viktigt att känna till är att prematuritet i sig idag inte är en lika stor riskfaktor för anknytning som tidigare, eftersom föräldrarna tack vare NIDCAP-vården har större möjligheter till fysisk och psykisk närhet till barnet (Stjernqvist, 1999). Att skapa förutsättningar för en bra anknytning är dock en viktig del av den neonatala vården. Inom NIDCAP-metoden ses det som en självklarhet att sträva efter att föräldrarna skall bo tillsammans med sitt barn under hela vårdtiden, eller att det åtminstone skall finnas en vuxensäng vid varje vårdplats. Detta efterlevs dock inte alltid i praktiken, då bara ett fåtal avdelningar har samvård och ofta enbart för mor och barn (Stjernqvist, 1999). Andra viktiga moment som främjar anknytning har visat sig vara kängurumetoden (Berg & Wingren, 2008). Denna metod minskar depression, främjar lyhördhet gentemot barnet och bidrar till mer positiva känslor hos mödrarna (Hedberg Nyqvist, 2008). Genom föräldrarnas ökade ansvar och förändrade roll inom dagens neonatalvård hjälps de till att lära känna sitt barn, och lära sig läsa barnets signaler (Stjernqvist, 1999). En sidoeffekt av ett ökat fokus på anknytning inom vården, menar Goldberg och DiVitto (1995, refererat i Jackson 2006), kan dock vara att föräldrar som inte lyckas realisera den eftersträvade närheten till barnet direkt efter förlossning kan känna sig misslyckade.

Hantering av påfrestning

Det mycket prematura barnet föds omoget och behöver ofta långvarig sjukhusvård, något som ofta innebär en stor påfrestning och ställer stora krav på barnets föräldrar. Den

omställning, och ibland den kris, som det kan innebära för föräldrar att få ett barn som föds mycket för tidigt har beskrivits ovan. En stor del av den litteratur som finns tillgänglig om föräldrar till för tidigt födda barn har sin utgångspunkt i kristeorin. Med hjälp denna teori kan förståelsen för föräldrarnas reaktioner öka. Även copingteorin har för uppsatsförfattarna blivit ett relevant teoretiskt ramverk för att diskutera resultaten, den presenteras här tillsammans med kristeorin.

Kristeori. Cullberg (2006) menar att den psykologiska krisreaktionen bäst förstås utifrån vilken den utlösande faktorn är, vilken inre betydelse det som skett har för individen, vilken livssituation individen befinner sig i samt personens sociala situation. Människor reagerar olika beroende på vilken personlig betydelse de tillskriver det inträffade. Krisen utmärks av en upplevelse av att de sätt man under livet lärt sig att reagera på och de erfarenheter man har plötsligt inte räcker till för att förstå och hantera den livssituation man råkat hamna i. Cullberg (2006) menar att det går att skönja ett generellt krisförlopp mellan människor och att det därför ter sig naturligt att dela in det i stadier, ett generellt förlopp:

- Chockfasen
- Reaktionsfasen
- Bearbetningsfasen
- Nyorienteringsfasen

Chockfasen är den första delen i den akuta krisen. Chockfasen innebär att den drabbade håller verkligheten ifrån sig med all sin makt. Denna period kan vara alltifrån en sekund till några dygn. Det är under den här tiden svårt att förstå och förhålla sig till det som skett. *Reaktionsfasen* utgör den andra delen i den akuta krisen och pågår ungefär fyra till sex veckor. Denna reaktionsfas tar vid då personen börjar förstå vad som skett, vilket kan aktivera olika försvarsmekanismer då verkligheten nu skall integreras i personens medvetande och psyke. Det beskrivs (Cullberg, 2006) hur frågan *varför* upprepas och sökandet efter meningen med det skedda och upplevelsen av orättvisa är vanlig under denna fas. Inte sällan framkommer hur magiskt tänkande och orealistiska skuld känslor präglar den drabbades förklaringsförsök. De försvarsmekanismer som är aktiva under den akuta fasen hjälper ofta personen att mer gradvis konfronteras med det inträffade men kan skapa problem om de förlänger och försvårar övergången till bearbetningsfasen (Cullberg, 2006). Cullberg (2006) menar att psykiska kriser i den här fasen kan innebära upplevelser av övergivenhet, kaos

och/eller självförkastelse vilka kan leda till självdestruktiva eller aggressiva handlingar, känslor av sorg, försummande av egna och andras behov, ångest men också ett meningssökande i vad som skett eller med livet (Cullberg, 2006). Vanliga reaktioner under den akuta krisen är sorg vilken ofta kan uttryckas kroppsligt såväl som psykiskt. Självförkastelse kan manifesteras genom att man drar sig undan, något som i sin tur Cullberg menar ytterligare bekräftar ens känsla av att vara utanför och oduglig. Aggressivitet menar Cullberg uttrycks ofta genom att individen tar en krävande och skuldbeläggande ställning (Cullberg, 2006).

Bearbetningsfasen pågår generellt mellan ett halvt till ett år efter traumat. Nu börjar individen blicka framåt för att i *nyorienteringsfasen* lära sig leva med krisen som en erfarenhet som finns kvar i minnet men som inte påtagligt hindrar individen i livet (Cullberg, 2006).

Copingteori. Lazarus och Folkman (1984) beskriver en stress- och copingmodell. Modellen beskriver relationen mellan stress och coping. Den är den mest accepterade och använda modellen för studiet av människors hantering (Affleck et al., 1991). Modellen blir viktig i det här sammanhanget eftersom den beskriver olika strategier för hur vi människor reagerar på stressande situationer. En *stressor* i detta sammanhang definieras som vad som helst som bedöms som stressande för individen i fråga (Lazarus & Folkman, 1984, refererat i Hughes, McCollum, Sheftel & Sanchez, 1994). Den prematura födseln kan liknas vid en sådan stressor. Lazarus och Folkman definierar *coping* som ”konstant föränderliga kognitiva och beteendemässiga kraftansträngningar för att hantera specifika externa och/eller interna krav vilka bedöms vara krävande eller överstiga personens resurser” (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141, författarnas översättning). Coping är alltså ett slags hanterande av det som upplevs som ohanterligt. Copingprocessen är en medveten process som kräver mobilisering av inre resurser (Lazarus & Folkman, 1984). Coping är allt som människor gör eller tänker om/med stressande problem, men inte en utvärdering av hur effektivt de lyckas lösa problemet eller lindra sin ångest (Affleck, Tennen & Rowe, 1991).

Folkman och Lazarus (1980, refererat i Folkman & Lazarus, 1985) definierar coping utifrån två övergripande kategorier: så kallad emotionsfokuserad coping vars funktion är att reglera påfrestande emotioner, och så kallad problemfokuserad coping vars funktion är att förändra problemet som orsakar påfrestningen. Man fann i en studie (Folkman & Lazarus, 1980, refererat i Folkman & Lazarus, 1985) att problemfokuserad coping användes oftare vid händelser som av personen bedömdes vara möjliga att förändra än i dem som bedömdes som oföränderliga. Motsatt användes emotionsfokuserad coping oftare i situationer som bedömdes

som oföränderliga (Folkman & Lazarus, 1985). Lazarus (1999, refererat i Eriksson & Lövholt, 2007) anser att coping ofta alternerar mellan emotionsfokuserad och problemfokuserad eller involverar båda typerna samtidigt. Lazarus (1999, refererat i Eriksson & Lövholt, 2007) poängterar att båda sorter av coping, i fel situation, kan vara ofördelaktiga och framhåller att en flexibilitet bland strategier är att föredra. Eriksson och Lövholt (2007) menar att det vid tidpunkten för publikationen av deras examensuppsats inte fanns någon forskning som visade på att en viss generell copingstrategi är den uteslutet bästa i alla lägen. Det sätt som dessa strategier skiftar på och det som orsakar dessa växlingar är de bedömningar som personen gör under processens gång (Lazarus & Folkman, 1984). Copingprocessen innefattar att man gör en bedömning av situationens karaktär, om man har resurser nog att klara av den och att sedan välja en lämplig strategi att hantera situationen utifrån. Sker ytterligare förändringar i relationen mellan personen i fråga och den stressande situation denne befinner sig i, sker en ny bedömning av vad som försiggår, vad det betyder för individen, samt vad som kan göras åt det (Lazarus & Folkman, 1984).

Nedan följer (av författarna fritt översatt) åtta identifierade copingstrategier (Folkman & Lazarus, 1988, refererat i Lundqvist & Ahlström, 2006):

- Konfrontativ coping; aggressiva ansträngningar mot att förändra situationen såväl som fientlighet och risktagande
- Avståndstagande coping; ansträngningar mot att frigöra sig själv och skapa en positiv inställning
- Självkontrollerande coping; ansträngningar mot att styra sina egna känslor
- Söka socialt stöd; ansträngningar mot att hitta informativt, materiellt och känslomässigt stöd
- Ansvarstagande coping; ett erkännande av ens egen roll i problemet och försök att ställa saker till rätta
- Flykt/undvikande coping; önsketänkande och försök att undvika problemet
- Strategisk problemlösande coping; avsiktliga problemfokuserade ansträngningar mot att förändra situationen
- Positiv omvärderande coping; ansträngningar mot att skapa en positiv mening genom att fokusera på personlig utveckling eller mognad.

Affleck et al. (1991, refererat i Riddersporre 2003) har påvisat samband mellan å ena sidan psykologiskt obehag och undvikande- och flyktstrategier, å andra sidan mellan psykologiskt välbefinnande och strategierna kognitiv omstrukturering och positiv

omvärdering. Riddersporre (2003) gör en koppling mellan chock- respektive bearbetningsfas i kristeorin och undvikande- och flyktstrategierna, samt mellan nyorienteringsfasen och kognitiv omstrukturering och positiv omvärdering. Hon skriver att det är troligt att den coping man använder i början av ett krisförlopp troligen inte för en mot samma mål som de strategier som hjälper en att komma ur krisen (Riddersporre, 2003).

SYFTE

Enligt uppsatsförfattarnas förståelse finns få studier som med en kvalitativ ansats har undersökt hur föräldrar hanterar den omvälvande omställningen till att bli förälder i förtid. I en tid där vården förändrats från att enbart förse barnet med vård till att vårda och ge omsorg till hela familjesystemet blir det också viktigt att lyssna till föräldrarnas egna berättelser om den prematura födseln. Genom att göra detta hoppas uppsatsförfattarna kunna bidra med en ökad förståelse för föräldrarnas situation och i förlängningen även barnets. Vidare vill uppsatsförfattarna göra dessa föräldrars berättelser tillgängliga för andra föräldrar, genom förhoppningen om att vårdpersonal förmedlar studiens innehåll vidare.

Syftet med föreliggande studie är att fördjupa och utöka förståelsen för hur en grupp föräldrar hanterar att få ett mycket eller extremt mycket för tidigt fött barn, under tiden barnet vistas på neonatalavdelning.

METOD

Kunskapsteoretisk position

För att kunna uppnå studiens syfte valdes en fenomenologisk-hermeneutisk forskningsansats. Målsättningen med den fenomenologiska hermeneutiska analysen är att belysa innebörden av ett fenomen utifrån den levda erfarenheten (Lindseth & Norberg, 2004). Metoden, såsom Lindseth och Norberg (2004) har konstruerat den, passar för forskning inom sjukvård och beteendevetenskap. Den ansågs därför lämplig för föreliggande studie.

Fenomenologi. Inom fenomenologisk forskning har man som ambition att fördjupa och utöka förståelsen av det studerade fenomenet (Rosberg, 2000). Det eftersträvas att göra en beskrivning av ett fenomenets natur. En förutsättning för detta är att forskaren sätter sina förutfattade meningar om det fenomen som studeras inom parentes (Spiegelberg, 1982 & Karlsson, 1997, refererade i Rosberg, 2000). Detta innebär att forskaren bortser från sina

förkunskaper och fördomar av det som studeras för att kunna öppna upp för en djupare förståelse (Lindseth & Norberg, 2004).

Ett viktigt begrepp inom fenomenologin är den *levda erfarenheten*. Att utforska ett fenomen innebär att synliggöra meningsstrukturen i den levda erfarenheten så som den beskrivs av informanten (Rosberg, 2000). Fenomenologin försöker alltså fånga essensen av fenomenet genom att be människor berätta om sina levda erfarenheter. På så sätt kan forskaren upptäcka gemensamma drag, en essens, i alla de variationer av berättelser som ges av ett fenomen (Rosberg, 2000; Lindseth & Norberg, 2004).

Inom fenomenologin är *livsvärldsbegreppet* centralt (Riddersporre, 2003; Rosberg, 2000). Livsvärlden är världen så som vi upplever den (Rosberg, 2000). Detta innebär att då man studerar någons levda erfarenhet, gör man det utifrån dennes livsvärld (Riddersporre, 2003). Riddersporre (2003) menar att genom att försöka nå en empatisk förståelse av informanternas upplevelser kan man också fånga essensen i dem.

Fenomenologisk hermeneutik. Det hermeneutiska inslaget i metoden är utgångspunkten att förståelse bara kan nås genom tolkning. Ett fenomenets essentiella mening undersöks således genom att studera och tolka text (Lindseth & Norberg, 2006). Forskarens beskrivning av ett fenomen görs alltid utifrån dennes förförståelse. Med förförståelse menas det historiska och sociokulturella ramverk utifrån vilket forskaren skapar sin nya förståelse (Rosberg, 2000).

Ett viktigt begrepp inom hermeneutiken är *intentionalitet*. Innebörden av detta begrepp är att medvetandet och varseblivningen alltid är riktat mot något som har en betydelse eller mening för oss i ett visst sammanhang. Den vardagskunskap vi bär, vilken alltså präglas av vår historiska och sociokulturella mening om världen, ingår här som den bakgrund mot vilken vi tolkar det vi uppmärksammar. Detta gör forskningsprocessen diskursberoende, vilket innebär att det som benämns som en giltig data är det som ger mening utifrån forskarens och informantens förförståelse (Kvale & Brinkmann 2009).

Metodologiskt tillvägagångssätt

Forskarens uppgift blir här att förstå de levda erfarenheterna av hur föräldrar hanterat att få ett för tidigt fött barn med utgångspunkt i deltagarnas kvalitativa berättelser, så som det uttrycks i intervjutexterna (Lindseth & Norberg, 2004). Fenomenet som undersöks är alltså *hanterande*. En väg att gå för att ta del av föräldrars erfarenheter av att få ett för tidigt födda barn är att be dem berätta om det i efterhand, retrospektivt. Liksom Lindseth och Norberg (2004) utgick författarna till föreliggande studie från att samtalet var ett värdefullt verktyg för att öka

insikten om ett fenomen. Dock, skriver Lindseth och Norberg (2004) kan det vara svårt för människor att beskriva ett fenomenens väsen. Människor kan tala om händelser och berättelser från sina liv, däremot är de inte lika vana att prata om fenomen i sig. Detta har att göra med, skriver Lindseth och Norberg (2004), att människan lever och agerar ut fenomen utan att nödvändigtvis kunna förklara dem. Vill man få tillgång till och undersöka ett fenomen bör man istället be informanterna berätta historier om situationer där fenomenet aktualiseras för att sedan genom analys av texten fånga fenomenets essens (Lindseth & Norberg, 2004).

Den halvstrukturerade intervjun påpekar Kvale och Brinkmann (2009) har delvis inspirerats av fenomenologin. En halvstrukturerad livsvärldsintervju söker fånga beskrivningar av personernas levda värld utifrån en tolkning av innebörden hos de beskrivna fenomenen. Frågor utformade med avsikt att fånga berättelser kommer förhoppningsvis leda fram till historier som i sin tur blottar fenomenets väsen. Utmaningen för forskaren ligger sedan i att analysera materialet och synliggöra fenomenet (Lindseth & Norberg, 2004).

Uppsatsförfattarna valde ett retrospektivt arbetssätt, det vill säga att intervjua föräldrar om förfluten tid. Detta berodde på de tidsmässiga ramar som omgav studien, och på grund av det faktum att prematur födsel ofta kan innebära en kris för föräldrarna (Stjernqvist, 1999). Riddersporre (2003) menar att det retrospektiva arbetssättet är skonsamt för informanten då forskaren ber om att få ta del av dennes historia, en historia som denne redan skapat och delgivit mening. Hon påpekar även att det man kan undersöka retrospektivt är det som varit meningsfullt för informanten, och betydelsen av det som undersöks som förmedlas (Riddersporre, 2003). Även Willig (2008) poängterar att det som är viktigt i en intervju inte är om återberättandet är korrekt utan huruvida det fångar den mening som händelsen tillskrivits. För en kvalitativ forskare är det viktigt att vara medveten om och ta ställning till om man ser sina data som en korrekt avspegling av något som faktiskt hänt informanten, eller om man ser den som en representation av dennes, i efterhand, konstruerade livshistoria (Willig, 2008).

Forskningsprocessen

Rekrytering och urval inklusive urvalskriterier. Studien baserades på intervjuer med 15 föräldrar till barn födda före 33:e graviditetsveckan under perioden 2006-04-01 – 2010-06-30. Tillstånd gavs av avdelningschefer att få sätta upp planscher på neonatalavdelningar, barn- och mödrahälsovårdsverksamheter och på barnmedicinska mottagningar (se bilaga 1). Genom dessa planscher rekryterades föräldrar till studien. Till de avdelningschefer som önskade skickades en projektplan för uppsatsarbetet. Även ansvarig för ett Internetforum för föräldrar till för tidigt födda barn kontaktades och planschen sändes ut till alla medlemmar på

forumets mailinglista. På dessa planscher beskrevs studien kortfattat och intresserade mammor och pappor ombads kontakta författarna via mail eller telefon. Vid kontakt fick föräldrarna ytterligare information om studien, inklusionskriterier stämde av och tid för intervju bokades. Föräldrarna valdes ut enligt följande inklusionskriterier; barnen skulle vara födda före graviditetsvecka 33 och vid intervjutillfället vara mellan sex månader och tre år gamla, korrigerad (räknat från beräknat födelsedatum) ålder. Föräldrarna skulle vara biologiska föräldrar till barnet och även vara bosatta i södra Sverige och tala svenska. Under rekryteringsfasens gång ändrades åldersspannet för barnen till att inkludera barn mellan två månader och fem år i syfte att kunna inkludera fler deltagare.

Beskrivning av deltagare. I studien deltog fem män och tio kvinnor. Det förekom både förstagångs- och flergångsföräldrar. Övriga demografiska fakta har av sekretesskäl valts att exkluderas.

Datainsamling. Vid mötet med föräldrarna fick de en informerat samtyckesblankett (se bilaga 2) där ramarna för och syftet med studien beskrevs i närmare detalj med inspiration av en samtyckesblankettsmodell av Sverne och Sylvander (1989). Denna blankett skrevs under av samtliga deltagare. Intervjupersonerna försäkrades anonymitet och konfidentialitet. Datainsamlingsmetoden bestod av Antonovskys (2005) 13 item KASAM-formulär (se bilaga 3) som mäter Känsla av Sammanhang i olika situationer hos informanten. En egenkonstruerad halvstrukturerad intervju (se bilaga 4) utfördes. Denna syftade till att fånga föräldrarnas retrospektiva (Riddersporre, 2003) berättelse av hur de hanterat den för tidiga födseln. Denna intervjuguide granskades av studiens handledare och pilottestades på en förälder i en av författarnas vänskapskrets per telefon. Intervjuguiden reviderades efter behov och godkändes sedan igen av handledare. Intervjun var uppbyggd med syfte att fånga föräldrars upplevelse av hur de hanterat att få ett för tidigt fött barn i samband med barnets vistelse på neonatalavdelning. Huvudfrågorna i intervjuguiden åtföljdes av på förhand bestämda följdfrågor. Huvudfrågorna syftade till att initiera informanternas berättelser, medan följdfrågorna syftade till att, ifall detta inte redan framkommit genom huvudfrågorna, fånga de strategier som föräldrarna använde sig av för att hantera sina upplevelser. Det fenomen intervjun syftar till att fånga bygger på Lazarus och Folkmans (1984) teori om att människor bemästrar stressande situationer genom att mobilisera resurser på olika sätt, något som resulterar i ett hanterande av situationen. Författarna satte, i enlighet med den fenomenologiska metodologin, sin teoretiska förståelse inom parentes under intervjuarbetet. Frågor ställdes för att fånga informanternas berättelser, tankar, känslor och handlingar som ett led i att fånga innebörden av fenomenet hantering. Intervjutillfällena tog

plats antingen i föräldrarnas hem, i av föräldern vald lokal eller i lokaler tillhandahållna av Psykologiska institutionen vid Lunds universitet. Val av lokal överläts till informanten under den initiala kontakten. Intervjuerna varade mellan 45-90 minuter. Samtliga intervjuer bandades och transkriberades. Materialet har behandlats konfidentiellt, avidentifierats och förvarats i låsta skåp.

Dataanalys. KASAM-formulären exkluderades ur denna studies dataanalys på grund av tidsbrist. Studien grundar sig således på 15 intervjuer med mammor och pappor till mycket och extremt mycket för tidigt födda barn. De bandade intervjuerna transkriberades ordagrant av intervjuaren och fyra av transkriberingarna kontrollerades och kontrollerades av den intervjuare som inte genomfört intervjuerna. Författarna följdes åt genom analysprocessen under två intervjuer för att säkerställa samstämmigheten i analysarbetet. Metodhandledning gavs i varje steg av analysen. De resterande 13 transkriptionerna delades mellan författarna så att författarna både analyserade de intervjuer de själva genomfört och de intervjuer den författaren genomfört. De transkriberade intervjuerna lästes först igenom för att generera en så kallad *naiv förståelse*, det vill säga en grov första uppfattning av texten som helhet. Därefter genomfördes en strukturell analys i enlighet med Lindseth och Norbergs (2004) metodmodell. Med den naiva förståelsen i tanken markerades *meningsbärande enheter* i texten i form av citat eller stycken som fångar något viktigt, och klipptes ut. Dessa meningsbärande enheter grupperades sedan ihop med textstycken som uttryckte en liknande mening, och formade i sin tur sammanslagna, *kondenserade meningsbärande enheter*. För varje intervju abstraherades dessa kondenserade meningsbärande enheter upp till *subtemanivå*. På denna nivå sammanslogs subtemata från alla intervjuer och grupperades, baserat på subtematas likheter sinsemellan, i *teman*. De naiva förståelserna från alla intervjuer sammanfogades till en enhetlig, övergripande naiv förståelse. Denna jämfördes sedan med de temata som framkommit för att säkra samstämmighet. Temata och övergripande naiv förståelse överensstämde och inga strukturella analyser gjordes därför om. Av de temata som beskrev fenomenet skapades en *övergripande förståelse*. För att nå en helhetsförståelse av fenomenet vägdes slutligen den övergripande naiva förståelsen samman med subtemata, temata, övergripande förståelse och teoretisk bakgrund.

Metoddiskussion

Validitet. I kvalitativ forskning utgår man från att det inte finns någon absolut sanning. Vad kunskap definieras som beror på dess meningsbärande sammanhang och förutsätter att det tillskrivs mening av ett subjekt. Validitetsbegreppet blir således diskurs- och

kontextberoende (Kvale, 1997, refererat i Rosberg, 2000). Validitet i det här sammanhanget, menar Kvale (1997, refererat i Rosberg, 2000), handlar om att validera forskningsresultatens trovärdighet, rimlighet och tillförlitlighet. Syftet med den föreliggande studien var att fånga essensen av fenomenet hantering i relation till hur föräldrar hanterat att få ett för tidigt fött barn. Genom att intervjua så många som 15 föräldrar fångades, för att vara en kvalitativ studie, här en stor del av den variation som kan tänkas finnas av fenomenet. Detta gav studien en hög validitet. Ett hot mot studiens validitet var att författarna på grund av tidsbrist inte återförde resultaten från de transkriberade intervjuerna till informanterna för eventuella modifieringar av svaren. Ett annat möjligt hot mot validiteten kan tänkas vara att de meningsbärande enheterna ibland kan tyckas passa in under flera temata. Dessa ibland tvetydiga enheterna speglar dock komplexiteten i den mångfacetterade människan. Då dessa meningar framkommit i ett sammanhang, intervjun, så måste de ses utifrån sin kontext. Då kontexten har beaktats kan validiteten anses vara god.

Ytterligare en faktor som kan ha påverkat validiteten är det faktum att föräldrarna själva fick bestämma platsen för genomförandet av intervjun. Detta syftade till att skänka föräldern en känsla av trygghet, men kan möjligen ha påverkat resultaten gällande vad de valt att berätta eller inte berätta. Att det gått olika lång tid sedan informanternas barn varit inlagda på neonatalavdelning kan ha påverkat vad och hur de berättar om sina upplevelser, man kan ha kommit långt i sin bearbetningsprocess. Vidare har informanterna haft olika lång tid att förbereda sig på den prematura förlossningen. Att man haft olika utgångspunkter har gjort att man möjligen befunnit sig i olika skeden i den initiala fasen, vilket kan ha givit en större variation i berättelserna.

Inom hermeneutiken betonas vikten av att lyfta fram beroendet mellan forskaren och dennes förförståelse (Rosberg, 2000). I den här studien måste medvetandegöras att författarnas femåriga psykologistudier sannolikt påverkat deras tolkning och förståelse av fenomenet. Det bör även nämnas att författarna använt metodanalysen för första gången, detta kan tänkas ha påverkat deras förmåga att sätta sin förförståelse inom parentes.

Reliabilitet. Då varje undersökningssituation är unik talas om reliabilitet i kvalitativ forskning i termer av att vara noggrann, exakt och korrekt igenom hela forskningsprocessen (Rosberg, 2000) till skillnad från den positivistiska forskningen där reliabilitet handlar om att kunna reproducera samma forskningsresultat som andra forskare vid andra tidpunkter (Kvale & Brinkmann, 2009). För att uppnå högsta möjliga reliabilitet var intentionen att kontrollera och läsa samtliga bandade och transkriberade intervjuer som den andra författaren genomfört. Även i analysarbetet av transkriptionerna var författarnas

intention att göra analyserna var för sig och kontrollera överensstämmelse på subtemanivå. Inget av dessa sätt att höja reliabiliteten var dock möjligt inom tidsramen för denna psykologexamensuppsats. Däremot gjordes dessa kontroller i den initiala delen av transkriberingsarbetet respektive analysarbetet. Den halvstrukturerade intervjun ökade också samstämmigheten i intervjuandet.

Etiska överväganden. En viktig etisk aspekt som bör tas i beaktande är frivilligheten hos deltagarna i studien. Forskarna har försökt uppnå detta krav genom att låta föräldrarna själva anmäla sitt intresse för deltagande. Det har under hela processen tydliggjorts att föräldrarna när som helst, utan några konsekvenser, kan dra sig ur. Deltagarnas sekretess och anonymitet har tagits i åtanke under hela studien. Deltagarna har delgivits information om bandning av intervjuerna samt raderingen av desamma vid avslutat arbete. Slutresultatet av deras medverkan erbjöds föräldrarna få sänt till sig via mail. Vidare kan man ifrågasätta den etiska riktigheten i att intervjua föräldrar som relativt nyligen fått barn prematurt med tanke på den krisupplevelse detta kan vara. Ett försök gjordes att respektera detta genom att författarna säkerställde att det gått en viss tidsperiod från det att barnet blivit utskrivet från neonatal. Ytterligare en etisk aspekt som togs i åtanke var att informanten var införstådd i studiens syfte och användningsområde (Sverne & Sylvander, 1989). Detta försäkrades föräldrarna genom informationen i det inledande skedet av intervjun.

RESULTAT

Den fenomenologisk-hermeneutiska analysen gällande föräldrars hanterande i samband med att få ett för mycket eller extremt mycket för tidigt barn resulterade i en naiv förståelse, 160 subtemata, 9 temata och en övergripande förståelse.

Naiv förståelse

Flertalet föräldrar beskrev att det till en början var svårt att förstå vad som hade hänt och varför. Många upplevde en oro och rädsla inför barnets hälsotillstånd och framtid, och somliga agerade på sätt som de i efterhand inte alls tyckte var likt dem. Föräldrarna beskrev hur man slitits mellan att sätta det sjuka barnet i första hand och försöka upprätthålla en normal tillvaro utanför sjukhuset med resten av familjen. Ett sätt att hantera situationen var att ta en dag i taget, en annan att söka stöd och svar på sina frågor och funderingar. Man beskrev också vikten av att försöka ha en positiv attityd till det inträffade och att ge utlopp för sina

känslor av sorg och besvikelse. Tiden på neonatalavdelningen beskrevs av många också som en process mot att erövra och återta ett förlorat föräldraskap.

Tema och subtema

Nedan presenteras de temata och exemplifierande subtemata som framkom genom den strukturella analysen, tabell 1. Därefter följer en genomgång av temata med förklarande citat. Citaten har ibland modifierats något för att öka läsbarheten.

Tabell 1. Nio teman (**fet stil**) och exemplifierande subtemata (*kursiv stil*)

Att reagera med chock

Att inte förstå att man har fått barn, att handla irrationellt

Att finna sig i situationen

Att ta ett steg i taget, att göra det som förväntas av en, att acceptera situationen som den är

Att sätta barnet i första hand

Att offra sig själv för barnets skull, att beskydda barnet

Att söka svar

Att skuldbelägga, att söka information, att ha en tro

Att upprätthålla det normala

Att hålla fast vid rutiner, att upprätta den normala tillvaron, att hålla ihop familjen

Att ge och ta emot stöd

Praktiskt stöd är hjälpsamt, att söka stöd inom familjen, att söka stöd utanför familjen

Att ha en positiv inställning

Att tänka positivt, att resonera från den ljusa sidan, att jämföra med de som har det värre

Att bejaka sina känslor

Att tillåta sig ha känslorna utanpå kroppen, att sörja en för tidig födsel

Att erövra föräldrarollen

Att trotsa sjukhusregler, återta sitt föräldraskap

ATT REAGERA MED CHOCK

Flera informanter beskrev en oförmåga att efter födseln ta in det som hänt. De hade svårt att ta till sig av den information som gavs eller att ta sig an någonting. Många gånger uttrycktes ett behov av att slippa konfronteras med det inträffade.

På nåt sätt, där och då, tror jag bara att jag, jag klippte lite, försökte stänga av, det blev liksom någon form av räddning, skyddsmekanism.

Jag levde på mitt lilla moln. Jag knaprade massor av tabletter. Jag fick dem att skriva ut en hel uppsjö med piller till mig...och så drack jag en liten öl på det, lite missbruksaktigt, och så gick jag där och lullade.

Flera föräldrar beskrev hur de agerat på sätt som de i efterhand betraktat som olik dem själva. Detta kan betraktas som ett sätt att försöka hantera en ohanterlig situation.

Så fort han blev sjuk så klarade jag inte att vara där. Så jag körde hem. Men jag vet inte hur jag körde hem. Det har varit jättefarligt...jag kan inte räkna hur många gånger jag kört och gråtit hysteriskt i bilen. Jag kunde inte vara där [på sjukhuset], jag fick sån panik, sån ångest. Jag måste hem.

Det fanns också föräldrar som berättade att rädslan över om barnet skulle överleva eller inte resulterade i ett avståndstagande.

Jag tror att jag hade distans, att man inte älskade det här barnet...för man visste inte, så man beskyddade kanske sig lite...man har inte heller kanske riktigt fattat att man ska få ett barn. Allting blir liksom lite konstigt...jag var bekymrad över om det hade förstört mina känslor för barnet, att han kom på det sättet. Jag visste inte om jag skulle förlora honom, om jag kunde älska honom.

ATT BEJAKA SINA KÄNSLOR

Föräldrar uttryckte ett behov av att få ge utlopp för de känslor som väckts i samband med den för tidiga födelsen. Flera berättade om den sorg de kände över att ha gått miste om sin graviditet och en stark oro över barnets hälsotillstånd. Detta kunde ge upphov till både ilska och ledsamhet. Också positiva känslouttryck berättades om, att tillåtas känna glädje över att ha fått ett barn blev lika angeläget.

Var jag ledsen så grät jag. Det fick bara komma. Alltså jag hade inga som helst...egoistisk är jag i att jag liksom skiter i vad folk tycker, ”Nu är jag ledsen, nu gråter jag, nu är det så”. Likadant någon gång på avdelningen...på intensivsen sen, när man satt vid kuvösen var jag ledsen, då...lät jag det bara komma. Det tror jag var väldigt viktigt. Att man inte kände liksom att... ”Nej vad ska folk tycka, jag kan ju inte sitta här”...utan att man bara lät det komma, lät sig vara ledsen. Jätteviktigt tror jag. Att inte bara stänga in det. Annars tror jag nog att man ganska lätt hade börjat ”Nu får jag torka tårarna och skärpa mig så får jag vara ledsen sen”.

ATT FINNA SIG I SITUATIONEN

Många beskrev att det enda möjliga sättet att hantera situationen, i alla fall till en början, var att ta en dag i taget och acceptera situationen som den var. Föräldrarna beskrev hur de oförberedda kastades in i sin föräldraroll. Som förälder till ett barn i beroende av sjukvård kan man känna sig maktlös och därför blev det ett sätt att hantera det att försöka acceptera, anpassa sig och att göra det som krävdes av en som förälder. Att tänka framåt kunde kännas för överväldigande.

Man kunde inte göra annat än att bara vara i det som det var och liksom köpa det för var det var.

Det går inte att göra så mycket mer än att bara finnas till och vara där, och vara mamma och pappa. Försöka lära känna sitt barn. Försöka ta så mycket ansvar man kan och får.

Man koncentrerade sig på att hänga med i det som hände just i stunden...då behövde man inte hålla på och fundera över vad det här betyder i det långa loppet.

ATT SÄTTA BARNET I FÖRSTA HAND

Föräldrar beskrev ett starkt behov av att få vara nära och tillsammans med sitt barn på sjukhuset. Det blev viktigt att beskydda barnet och att sätta gränser för både sig själv och barnet. De uttryckte även hur fysiskt och psykiskt utmattande det kunde vara att vara på neonatalavdelningen, och att det därför blev viktigt att ta hand om sig själv för att orka finnas där för barnet. Detta var inte alltid möjligt, och en stor självuppgifring var tydlig i berättelserna.

Dom sa att jag fick snällt stanna kvar på sjukhuset eftersom jag då hade genomgått en mellanstor operation...jag sa att jag tänkte inte stanna. Då sa dom att jag fick skriva ut mig på eget bevåg. Så jag skrev ut mig på mitt eget bevåg...jag menar, min dotter håller på att dö i en annan stad. Så vi tog tåget upp dan efter...jag gick ju som ett plöjtåg...vem klarar av att tåg efter en stor operation, det hade jag aldrig gjort idag.

Alla ville komma och titta, men jag sa att alla måste acceptera att han [barnet] är känslig. Man tänker på barnets bästa.

Föräldrar beskrev att det kunde kännas som att man slets mellan att vara med det sjuka barnet och att vara med resten av sin familj. Många berättar om hur de kämpade hårt för att räcka till för alla.

Jag ville gärna vara på sjukhuset, och här hemma hos mina barn, jag ville vara på bägge ställena, men det gick inte.

ATT SÖKA SVAR

Föräldrar förklarade hur viktigt det var att förstå vad som hänt och hände med barnet. Många föräldrar sökte svar på var det gått fel och kände inte sällan skuld över att de kanske själva orsakat den för tidiga födelsen. Att tillfråga personal på sjukhuset var en vanlig strategi,

så även att söka egen information på Internet och i litteratur. För många föräldrar blev detta ett sätt att ta kontroll över en påfrestande situation

Det är nästan så att man börjar tokgoogla...det är lite komiskt, nästan, att vår generation, du vet, man har Iphone med sig och man bara googlar allting. Så när man ligger där och vet att man ska föda om femtio minuter, så tar man fram sin telefon och börjar tokgoogla.

Många föräldrar beskrev, i sitt sökande efter mening och förståelse, en tillit till en högre makt eller syfte.

Vad har jag gjort för att förtjäna detta? Och då vände jag på det istället och tänkte "I'm the choosen one. The golden child"...det minns jag, att jag ofta tänkte att då får jag ju inte svika han där uppe, eller ja, jag tror ju inte på Gud, men, det är väl mer i mitt inre...jag känner att han där uppe är jag själv, och att jag då inte kan svika mig själv...Gud eller Buddha eller vem som nu finns i himlen har valt oss för vi är så ödmjuka individer, så man intalar sig själv att det är för att man självt är så snäll och bra förälder så att den övre makten har valt att ge dig det här sjuka barnet för att du är den enda som klarar det.

Det måste finnas en grund till det här...det blir väl ett naturligt urval, en naturlig selektion...det är ju starka individer som ska fortsätta på nåt sätt och det finns väl ingen anledning då att försöka klamra sig fast...till vilket pris som helst.

ATT UPPRÄTTHÅLLA DET NORMALA

Föräldrar beskrev att det kändes som en trygghet att hålla fast vid traditioner, rutiner och den vanliga tillvaron utanför sjukhusmiljön. Att vara tillsammans inom familjen som man brukade var något man nu eftersträvade, men detta beskrevs också vara ett svårt logistiskt pussel.

Jag är glad att jag gjorde det [klippte navelsträngen] men jag ser inte riktigt själva poängen och varför det är viktigt, men det var en sån där, inte tradition, men lite att det är det man har med sig.

Dagen efter hon föddes, var jag på arbetsintervju för en tjänst...det var lite spännande att börja intervjun med att säga att "Jo, om jag svarar lite konstigt så beror det på att jag blev pappa igår, så jag är inte säker på att jag är riktigt närvarande", det var en lite absurd känsla att åka dit, det var ett jobb jag ville ha, men det kändes inte så viktigt just då, samtidigt som jag inte ville ringa och säga att jag kommer någon annan dag.

Att upprätthålla känslan av normalitet kunde också göras genom att undvika konfrontation med sådant som påminde om vad man själv hade gått miste om. För en del föräldrar tydliggjordes detta genom att exempelvis vara tydlig med att tacka nej till all form av stöd.

Det är inte så lätt. Till exempel att gå utanför neonatal och se föräldrar som håller i sina barn och inte jag, det var det värsta. ”Jaha, vad har jag gjort för fel.” Det var orättvist... jag gick ut och grät, och undvek. Jag försökte undvika.

Då kom mammor med sina små plastbaljor med såna feta, tjocka, rosa bebisar. Eller dom var ju små för att vara nyfödda men i min värld var de ju såna feta kolosser...dom [mammorna] satt där och åt frukost och klappade på sin bebis, så visste jag att, ja min bebis ligger där nere och är såhär liten och kanske dör i morgon. Så det kommer jag ihåg, *det* var skitjobbigt...nä, vi [partner och jag] får gå in på rummet, jag kan inte sitta här.

Det faktum att människor omkring agerade så som man brukar när någon fått barn upplevdes som betydelsefullt. Motsatt beskrevs frånvaron av detta som frustrerande.

Jag var jättetacksam för att de kom med blommor, nallar och presenter. Det var liksom inte ”Nä, vi väntar med att ge en nalle för tänk om han dör om två dagar eller nåt”. Så, omgivningen visade att jag hade fått barn. Inte att jag hade fått ett halvt barn...det var liksom ”Grattis!” och det hade en stor betydelse.

De fanns också föräldrar som tackade nej till stöd och hjälp. Man hade ett tydligt behov av att få vara ifred, eller inte påminnas om det som hänt.

HA EN POSITIV INSTÄLLNING

Vikten av att försöka ha en positiv attityd till det inträffade beskrevs av flera föräldrar. Föräldrarna berättade att en viktig strategi var att i svåra situationer se det från den ljusa sidan. Att se det normala och friska i barnet var essentiellt för att orka. Hos flera föräldrar beskrevs barnets framsteg ge ett hopp om en ljus framtid. Även en tro på en inneboende kapacitet och kraft att klara svårigheter vittnades om.

Jag vägrade att tänka tanken att det inte skulle gå. Jag kunde aldrig tänka den fullt ut, att det inte skulle gå vägen, för det var för jobbigt, det fanns ingen anledning att tänka den tanken. Utan nej, det skulle bara gå bra...”Jag är mamma liksom, vi har fått ett barn, och det här ska gå bra liksom, det här kommer att ta tid, men det ska gå bra”...det var ändå en ganska lycklig tid på nåt sätt.

Man blev liksom så här överdrivet positiv nästan tror jag...kompenserade stenhårt för allting som var läskigt.

En annan strategi var att jämföra sig med dem som har det värre, för att kunna se vad som gått bra för en själv.

Man letade alltid efter någon som hade det värre. Det var det jag gjorde. Hela tiden..."Sjukare barn, längre till sitt eget hem...vi slipper operation, han kunde ha kommit i vecka 24...vi har bara vitaminer i medicinen"...ja, man letade alltid efter någon som hade det värre...samtidigt som man i korridoren såg någon som var på väg hem...man såg dom som hade mer [bröst] mjölk, då tänkte jag "Nu är jag den som har det värre, nej nej, jag måste leta upp någon som har det värre".

Föräldrar berättade att det fanns en stor glädje över att ha fått barn trots omständigheterna, men många hade funderingar och oroade sig över om barnet skulle bli normalt eller inte. Det blev därför viktigt att hitta det normala i den onormala situationen.

Jag kommer ihåg att jag drack saft och vi fick mackor och man kommer ihåg brickan med Sverige-flaggan och så satt vi där och tittade på varandra och "Men vi har ju inget barn, han ligger där nere och håller på att dö och här ska vi skåla"... så vi försökte liksom "Ja vi har fått barn!".

ATT GE OCH TA EMOT STÖD

Ett givande och tagande av stöd beskrevs genomgående i intervjuerna. Varifrån stödet kom varierade. Föräldrarna beskrev hur stöd gavs till och kom från den närmaste familjen, det egna nätverket eller från tron på en andlighet. Många föräldrar upplevde det som viktigt med stöd från någon i samma situation eller med samma erfarenheter. Många berättade även om vikten av det professionella stödet från personal. Stöd från partnern var det mest framträdande.

Att ha en kväll tillsammans och inte tänka på vad som kunde gå fel utan tänka på vad som hade gått bra och äta gott och dricka vin tillsammans, slappna av tillsammans och ta hand om varandra. Det var väldigt viktigt.

Kontakten med psykologen var jätteviktig, just för att få bekräftat att det man känner att okej att känna.

Stödet från familj, vänner och personal var även viktigt för att få ihop det praktiska. Föräldrarna beskrev exempelvis att det var hjälpfullt att kunna lämna över ansvaret för barnet till partnern eller personalen. Detta skänkte dem också en känsla av trygghet. En förutsättning för detta beskrevs vara en tillit till personalens kompetens.

Jag hade problem med Försäkringskassan, man hade ju räkningar också. Det är ju inte bara det att man får ett för tidigt fött barn, utan man har ju räkningar också. De hade en kurator där på neonatalavdelningen. Så man gick bara dit, så hjälpte dom en.

Vi hade nannys, vi skämtade om det, ”Nä men, hon är hos våra nannys”, så vi gick på konsert och käkade middag med goda vänner. Det är helt sjukt.

ATT ERÖVRA FÖRÄLDRAROLLEN

Flertalet föräldrar beskrev svårigheter att känna sig som förälder i samband med vistelse på neonatalavdelning. De berättade om hur det kunde kännas som att de gått miste om starten på sitt föräldraskap, en del uttryckte rädsla för att anknytningen för alltid skadats. Vad som kunde skönjas var att ju mer föräldrarna lärde känna sitt barn och ju mer kompetenta de kände sig i vården av barnet, desto större anspråk gjorde de på föräldrarollen. Det beskrevs hur man tog en mer aktiv roll i omvårdnaden, och uttryckte sina egna tankar kring vad som var bäst för barnet. Ibland krockade föräldrarnas intressen med personalens arbete, vilket kunde sluta i att föräldrarna trotsade vårdrekommendationerna. En process mot att återta sitt föräldraskap blev tydlig.

...det blev lite konflikt i förhållande till personalen...ibland blev man arg och ibland blev man bara uppgiven och ledsen...”Varför gör ni såhär, när vi har pratat om det?”...men det var ju läkarordination...man kunde inte göra något heller, till slut blev det att man ville ha ner den där siffran, så jag gick och smygsänkte. Fast jag inte fick, när jag tyckte att nu ligger hon ju jättefint, då kanske vi ska pröva att få ner henne...men det var väl ett litet uppror för sin egen del...det är säkert en del i att försöka erövra den här föräldrakontrollen på något sätt, tror jag.

Jag kommer ihåg på slutet...han [barnet] sov hos oss [på patienthotellet]...sen av nån anledning så skulle han vara på sjukhuset en natt, och då sa jag att – ”Nu är det sista gången ni får låna honom”.

Det beskrevs samtidigt en osäkerhet inför att ta egna initiativ av rädsla för att göra fel och göra barnet illa.

En läkare kom till mig och sa att ”Du kan ta din bebis och gå runt sjukhuset”, så jag sa till mig själv att ”Herregud ska jag ta mitt eget barn och gå ut utan personal?”, man kände lite så att, ”Nu är jag på väg”. Jag glömmet aldrig alla i personalen grät, och jag grät med dom. Alla har sett vad jag gått igenom. Jag var helt – ”Herregud, har jag ett barn?” Man kände sig lite orolig, gick och tittade, ”Andas hon?”

Övergripande förståelse

Att bli förälder till ett mycket eller extremt mycket för tidigt fött barn beskrevs som att ställas inför något oförutsett och inför en tillvaro som plötsligt satts i gungning. Det blev en omställning från den tidigare tillvaron och ofta kunde upplevas som krisartad. I berättelserna, vars fokus låg på hur föräldrarna hanterat det inträffade, framstod det tydligt hur man på flera olika sätt försökt handskas med den nya främmande situationen och de inre känslomässiga reaktioner och tankar som väckts av det inträffade. Uppsatsförfattarna har samtidigt tyckt sig se en tendens till tre olika övergripande typer av hantering och gjort ett försök till att kategorisera dessa i övergripande temata. Dessa tre typer av hantering är: att försöka undkomma situationen, att stanna kvar i situationen, och/eller att försöka förändra situationen. En flexibilitet mellan dessa typer av hantering finns ofta representerat inom varje berättelse, och det vittnas om flera olika uttryckssätt för samma strategi. Den övergripande förståelsen sammanfattas i formuleringen, eller essensen: *att hantera genom att försöka undkomma, förändra och/eller stanna kvar.*

Föräldrar verkar initialt hantera den nya situationen genom *att försöka undkomma* den. Denna strategi abstraherades från temat *att reagera med chock*. Att försöka undkomma situationen beskriver många föräldrar i samband med tillfällena som upplevts som känslomässigt överväldigande för dem, och ofta i den initiala fasen av sjukhusvistelsen.

Att stanna kvar i situationen abstraherades från temata: *att finna sig i situationen, att upprätthålla det normala, att ha en positiv inställning* och *att bejaka sina känslor*. Att stanna kvar i den gamla bekanta tillvaron och att bejaka och förlika sig med den nya blev för många föräldrar ett första försök till att förhålla sig till situationen.

Att försöka förändra situationen abstraherades från temata: *att sätta barnet i första hand, att söka svar, att ge och ta emot stöd, att erövra föräldrarollen*. Det var tydligt i många föräldrars berättelser att de, utifrån de nya förutsättningar de stod inför, aktivt försökte hantera situationen genom att försöka förändra den till det bättre. Det blev med tiden allt viktigare för föräldrar att försöka återskapa den tillvaro som var tänkt från början.

DISKUSSION

Studiens syfte har varit att fördjupa och utöka förståelsen för hur en grupp föräldrar hanterat att få ett för tidigt fött barn, under tiden då deras barn legat på neonatalavdelning. En fenomenologisk-hermeneutisk analys av femton halvstrukturerade intervjuer resulterade i formuleringen: *att hantera genom att försöka undkomma, förändra och/eller stanna kvar i situationen*. Nedan belyses resultaten i relation till den teoretiska bakgrunden och den kompletterande teorin för att på så sätt skapa en helhetsförståelse av fenomenet.

Att försöka undkomma situationen

Att reagera med chock. Att få ett för tidigt fött barn beskrivs av föräldrarna initialt innebära att man slungas in i en ny, okänd tillvaro. Detta leder ofta till en oförmåga att ta in vad som hänt och att ta till sig av den information som ges. Tillvaron kan upplevas kaotisk och obegriplig. Dessa fynd går hand i hand med tidigare forskning, och stärker således kunskapen om att prematur födsel för många initialt innebär en chock och en upplevelse som kan jämföras med kris. Det kan jämföras med det Cullberg (2006) benämner som att befinna sig i chockfasen där man med all sin kraft håller verkligheten på avstånd. För föräldrarna kan förlossningen, när barnet kommer mycket tidigare än beräknat, upplevas alltför överväldigande för att man skall kunna förstå vad som har hänt. Cullberg (2006) talar i samband med chockfasen om försvarsmekanismer och dess fördröjande funktion för att den traumatiska händelsen inte skall bli för övermäktig. Ett exempel på en sådan försvarsmekanism är *regression*, vilken kan ta sig uttryck genom bland annat genom ett alkohol- och tablettanvändande (Cullberg, 2006). Att få personal på sjukhuset att skriva ut medicin för att man skall slippa känna kan jämföras med detta försvar. Det förekommer även *rationaliseringar* i berättelserna, vilka är en annan typ av försvar. Exempel på detta är de försök som görs att förklara det som skett utifrån sin personliga tro eller övertygelse. En annan försvarsmekanism som kan skönjas är den *undertryckande* strategin (Cullberg, 2006). Detta beskrivs som en mer medveten handling än de andra försvaren (Cullberg, 2006) och kan liknas vid föräldrarnas berättelser om hur de ”medvetet” trängt undan sina känslor för att istället ägna sig åt praktiska göromål.

Föräldrar vittnar om hur svårt det kan vara att se sitt barn sjukt och hur detta ibland kan utlösa reaktioner som föräldrarna i efterhand uppfattat som oväntade och inte alls likt dem. Ett exempel är föräldern som, när hennes son insjuknar på sjukhuset, inte klarar att vara där, utan panikartat kör hem i sin bil, för att efteråt inte minnas hemfärden. Detta kan uppfattas som en irrationell handling, men i ljuset av Cullbergs (2006) kristeori framstår det

som fullt begripligt. Att stanna kvar hade kanske blivit övermäktigt för föräldern och ett sätt blev då att fly. Detta kan vara ett sätt att minska upplevelsen av och medvetenheten om fara och hot.

Cullberg (2006) menar att så kallade övergivenhetsupplevelser är vanliga vid akuta separationer såsom exempelvis en närståendes död. Det framstår för författarna troligt att denna upplevelse av att bli övergiven även kan aktiveras vid *hot* om död. Denna upplevelse kan tänkas förklara föräldrarnas flykt och farliga bilkörande. Sannolikt krävde situationen mer än vad personen hade resurser till att klara av.

Upplevelsen av att inte ha resurser nog att klara av en situation berörs även inom copingteorin (Lazarus & Folkman, 1984). De berättelser som finns representerade inom temat *att reagera med chock* kan utifrån copingteorin (Lazarus & Folkman, 1984) förstås som att man upplevt och bedömt sina inre och yttre resurser otillräckliga. Copingstrategin *flykt/undvikande* (Lundqvist & Ahlström, 2006) illustreras av att föräldrarna undviker att konfronteras med den aktuella situationen.

Att få ett för tidigt fött barn blir ett onaturligt avbrott i den biologiska och psykologiska processen som förbereder föräldrarna på det nya barnets ankomst. Det blir därför viktigt att hjälpa föräldrar genom krisen, så att de kan återupprätta sin relation till barnet. Man kan tänka sig att denna krisreaktion annars stör utvecklingen mot föräldraskap och fördröjer den onödigt länge. Som tidigare redogjorts för kan en för tidig födsel bland annat innebära en inkongruens mellan moderns fantasier och den verklighet som hon möter. Många föräldrar beskriver en oro över att barnet skall se annorlunda ut eller att det ska vara skadat. Detta kan tänkas vara en del av den chockreaktion som beskrivs och illustreras av att föräldrar ibland drar sig för att möta sitt barn (Stjernqvists, 1999; Brodén, 2004).

Med utgångspunkt i kristeorin resonerar författarna att föräldrars reaktioner delvis kan förstås utifrån vad de har med sig in i den nya krisen. Människor har olika livserfarenheter och somliga kan bära på obearbetade kriser. Dessa kan väckas till liv om man hamnar i en ny kris, vilket kan göra att den aktuella krisreaktionen kan förstärkas (Cullberg, 2006). Cullberg (2006) poängterar att händelser kan ha olika betydelse för olika personer beroende på vad de tillskriver händelserna. I berättelserna vittnas om att föräldrar klarat omställningen olika bra, en del tycker att det har varit hanterbart medan andra har reagerat mycket starkt. Dessa fynd styrker vikten av en individualiserad vård.

Att stanna kvar i situationen

Att finna sig i situationen. Detta tema kan tänkas spegla den känsla av maktlöshet det kan innebära att vara förälder till ett barn på neonatalavdelning. Då man själv är fråntagen det primära ansvaret över barnet kan det upplevas, precis som många föräldrar vittnat om, att det inte finns så mycket annat att göra än att uthärda i situationen, att acceptera den och anpassa sig därefter. Detta kan ses som ett sätt att hantera den nya tillvaro man befinner sig i och de känslor och tankar den utlöser, för att på så sätt kunna skapa kontroll och balans. Man kan skönja ett passivt förhållningssätt hos dessa föräldrar. Ett förhållningssätt som kan kopplas samman med vad Folkman och Lazarus (1984) beskriver som att ta till emotionsfokuserade copingstrategier i situationer som bedömts som oföränderliga. Ett exempel på detta är den *självkontrollerande* copingen vilken syftar till att återfå känslan (Lundqvist & Ahlström, 2005) av kontroll. Att stanna kvar i situationen och uthärda de känslor och tankar som väcks verkar vara flera föräldrars sätt att ta kontroll.

Temat att finna sig i situationen är, igen, ett bra exempel på att det inte finns *en* bästa coping. Då föräldrarna bedömer att de inte har en lösning på problemet kan de inte heller använda sig av någon aktiv, eller problemlösande, copingstrategi i denna situation. Därmed inte sagt att denna mer passiva strategi skulle innebära att föräldrarnas upplevelse av stress och påfrestning är mindre.

Att upprätthålla det normala. Det blir tydligt i berättelserna att många, som ett led i att hantera de yttre och inre påfrestningarna, väljer att hålla fast i det som är bekant och känns igen, så som rutinerna på sjukhuset eller vardagliga aktiviteter. Att hålla ihop familjen är något som ger trygghet och en känsla av normalitet. Att sträva efter att upprätthålla det normala skulle kunna jämföras med en *avståndstagande* copingstrategi (Lundqvist & Ahlström, 2006). Man fokuserar på att hålla fast vid det normala snarare än på problemet. Att föräldrar till exempel fokuserar på att glädjas åt att ha fått barn, fastän barnet ligger på intensivvårdsavdelning och dess överlevnad är oviss, kan spegla ett försök att minska situationens allvar. Det skulle också kunna ses som ett försök att fly, vilket kan liknas vid copingstrategin *flykt/undvikande* (Lundqvist & Ahlström, 2006). Att upprätthålla det normala kan också liknas vid vad Riddersporre (2003), i sin studie av föräldrar till barn med Downs syndrom, definierat som ett *vardagligt förhållningssätt*. Detta förhållningssätt beskriver hur man framhåller det normala och odramatiska i situationen. Hon beskriver detta som ett sätt att under reaktionsfasen väja för krisens allvar för att inte hota jämvikten (Riddersporre, 2003).

Att bli passiv och hålla sig på avstånd från sjukhuset eller från sitt barn kan också tänkas vara ett resultat av de försvårade omständigheterna gällande barnets försämrade

möjligheter till kontaktskapande. Tidigare forskning har visat hur detta ibland har lett till att föräldrar minskat sina kontaktförsök med barnet, och att föräldrar som inte lyckas få den eftersträvade kontakt och närhet med sina barn efter förlossningen kan känna sig misslyckade.

I berättelserna framkommer föräldrars tankar om att det som hänt dem är orättvist. Dessa tankar kan liknas vid vad Cullberg (2006) talar om som utmärkande för reaktionsfasen. Detta är en tid, menar han, då många känner att det som hänt är orättvist och ofta frågar sig varför det hänt just dem. Föräldrarna beskriver även hur de, som ett sätt att hantera situationen, aktivt försöker undvika situationer där andra föräldrar vistas tillsammans med sina barn. Detta kan exemplifiera ett sätt att slippa konfronteras med att man själv inte kunnat upprätthålla det normala, en fullgången graviditet.

Bejaka sina känslor. Många föräldrar beskriver en sorg över den förlorade graviditeten, denna sorg är utmärkande för kriser (Cullberg, 2006). Att sörja i det här sammanhanget kan förstås som ett uttryck för att de drömmar och fantasier man hade om framtiden inte förverkligades och för den rädsla och oro man istället kanske känner. Graviditeten är en känslomässigt reaktiv period (Brodén, 2004) och när denna stora omställning dessutom får en plötslig vändning blir sörjandet en adekvat reaktion. Föräldrarna berättar i intervjuer om att de ibland inte kunde göra annat än att låta tårarna rinna.

Positiv attityd. Många föräldrar beskriver sin strävan efter att ha en positiv attityd till det inträffade. De berättar att en hjälpsam strategi varit att i svåra situationer se det från den ljusa sidan. Att se det normala och friska i barnet blev viktigt för att orka. Föräldrar berättar att det fanns en stor glädje över att ha fått barn trots omständigheterna.

Utifrån copingteoretiska begrepp (Folkman & Lazarus, 1984) kan man förstå föräldrarnas försök att vända det som kunde upplevas som negativt och jobbigt till något positivt som en form av *avståndstagande coping* (Lundqvist & Ahlström, 2006). Föräldrar beskriver att de försöker ha en positiv inställning till situationen bland annat genom att fokusera på det normala och friska hos barnet och att uppmärksamma barnets framsteg. Detta gör det möjligt att kunna drömma om en ljus framtid. Ett annat sätt att hantera situationen var att jämföra sig med dem som har det värre. Man frigör sig då från problemet genom att fokusera på andra, vilket underlättar att ha en positiv inställning till sin egen situation. Att sträva efter att se saker positivt som en strategi i en svår situation nämns även inom kristeorin. Ur ett sådant perspektiv kan det ses som utmärkande för bearbetnings- och nyorienteringsfasen (Cullberg, 2006) och skulle således kunna spegla föräldrarnas övergång från den akuta fasen.

Att försöka förändra situationen

Att sätta barnet i första hand. I Bowlbys anknytningsteori (1969) talas om anknytning som ett instinktivt biologiskt beteende hos barnet vilket föräldern svarar an på. Den ansträngning man gör som förälder trots de försvårande omständigheterna kan ses utifrån det omvårdnadsbehov modern har. Detta resonemang bör enligt författarna även kunna gälla för fäder. I enlighet med både den här studiens och Jacksons (2006) fynd om att både mödrar och fäder upplever det som en positiv vändning när de återfår den fysiska kontakten med sina för tidigt födda barn, verkar denna tanke rimlig. De uttryck för frustration som också beskrivs i samband med att vara nära sitt barn på neonatalavdelningar kan ses i ljuset av anknytningsteorin. Att exempelvis sitta känguru innebär att vara mycket nära ett barn som man inte vet om man kommer att få behålla i livet. Vissa föräldrar beskriver hur de undviker att komma för nära barnet av just detta skäl. Att vara nära sitt barn på ett så intensivt sätt gör det samtidigt mycket svårt att avskärma sig från sin kärlek och omsorg om barnet.

Att sätta barnet i första hand blir i sjukhussammanhang en betydligt svårare uppgift än vad det i normala fall skulle ha varit. Många föräldrar berättar om en uppoffring och åsidosättande av sina egna behov eller sin egen hälsa för att kunna finnas där för sitt sjuka barn. Att negligera sina behov är märkbart under den akuta krisfasen menar Cullberg (2006). Författarna har funnit att denna tendens kan löpa genom hela sjukhusvistelsen. En del föräldrar beskriver en leda i samband med att vistas på sjukhuset, och att exempelvis sitta framför en kuvös många timmar i sträck. Andra beskriver hur svårt det har varit att delta under ingrepp och se hur barnet lider. Trots detta, och trots att de själva kanske befinner sig i kris, fortsätter det vara viktigt för föräldrarna att komma dit. Det är viktigt, menar uppsatsförfattarna, att neonatalvården möjliggör för föräldrar att kunna vara fysiskt nära sina barn, precis som rekommendationerna lyder, men att man också får stöttning i det. Detta kan tänkas minska föräldrars upplevelse av stress och påfrestning. De riktlinjer för omvårdnad som förespråkas på svenska neonatalavdelningar där föräldrar uppmuntras till att vara nära sitt barn så mycket som möjligt har ett gott syfte, men föräldrarna beskriver ändå hur de ibland upplever denna uppmuntran som tvingande. Detta bekräftar Goldberg och DeVittos (1995, refererat i Jackson, 2006) i sin forskning. De har visat på hur föräldrar till för tidigt födda barn kan känna sig misslyckade. Således drar författarna slutsatsen att det blir viktigt att anpassa uppmuntran efter var i krisreaktionen föräldern befinner sig. För flergångsföräldrar har tidigare forskning noterat att en svårighet är just att få ihop det logistiska, detta stämmer även här. Man slits mellan hemmet och sjukhuset för att räcka till alla.

Att söka svar. I föräldrarnas berättelser är det framträdande att många aktivt söker information och svar på sina frågor. Utifrån copingteorin (Lazarus & Folkman, 1984) kan strategin *strategisk problemlösning* (Lundqvist & Ahlström, 2006) jämföras med föräldrarnas sökande på Internet, i litteratur, rådfrågande av personal och andra i sin omgivning med erfarenhet och kunskap om prematuritet. Även strategin *konfrontativ coping* (Lundqvist och Ahlström, 2006) exemplifieras av föräldrar som i sitt informationssökande, och försök till att få till stånd en bättre vård för sitt barn, beskriver sig själva som aggressiva och krävande. Även *ansvartagande coping* (Lundqvist och Ahlström, 2006) skildras i materialet av att föräldrar som känner att de bär skuld för att barnet kommit för tidigt letar efter sätt att kompensera som ett försök att ställa allt till rätta. Föräldrars beskrivningar av hur de söker efter svar genom att skapa mening åt det som hänt har en del gemensamt med copingstrategin *positiv omvärdering* (Lundqvist och Ahlström, 2006). Detta går i linje med tidigare forskning som visar att känslan av kontroll återfås genom att tillgodogöra sig information. I vår studie fann vi dock att ett distansering från information kunde vara lika viktigt, man kan alltså inte utgå från att alla vill ha det.

Sker detta sökande efter svar en bit in i sjukhusvistelsen så kan man tala om att personen i fråga lämnat chockfasen och gått in i reaktionsfasen (Cullberg, 2006). Att försöka förstå varför det inträffade hänt och hur framtiden kommer att se ut kan ses som ett adekvat sätt att börja integrera verkligheten igen. Att försöka finna mening i den kaotiska situationen blir då centralt, vilket har varit vanligt förekommande i berättelserna (Cullberg, 2006).

Att ge och ta emot stöd. I linje med tidigare forskning är stöd viktigt för föräldrar till prematurt födda barn (Stjernqvist, 1999; Hughes et al., 1994; Affleck et al., 1991, refererad i Jones et al., 2009). Stödsökande coping beskriver hur människor aktivt strävar efter att få både praktiskt och känslomässigt stöd. Genomgående berättar informanterna om att både praktiskt och emotionellt stöd är av stor betydelse under den tid de vårdar sitt mycket för tidigt födda barn. Detta är framträdande i resultatet där föräldrarna söker både emotionellt stöd till stor del hos partnern men även hos övriga närstående, hos personal på sjukhuset samt i form av praktisk hjälp som exempelvis hjälp med barnvakt till syskon eller hjälp med pappersarbete hos kuratorn. Att ha tillgång till stöd, genom att ha tillgång till exempelvis psykolog eller andra i samma situation verkar vara en mycket betydelsefull och uppskattad hjälp. Fler pappor i studien uttrycker att de under tiden på neonatalavdelningen fanns där som stöd för sin partner, något som är i linje med tidigare forskning (Magnusson & Plantin, 2004, refererat i Jackson, 2006; Murphy, 1990, refererat i Stjernqvist, 1999). Det upplevdes

frustrerande att inte kunna vara nära och stötta sin partner, något som går i linje med tidigare forskning. Men även mödrar beskriver hur de stöttar sin partner och sin övriga familj.

Att få ett barn mycket/extremt mycket för tidigt innebär, som studien bekräftar, en stor påfrestning för flertalet föräldrar. Har man dessutom psykiska problem sedan tidigare kan dessa förstärkas (Cullberg, 2006). Det är därför av stor vikt att föräldrarna får hjälp. Vissa föräldrar vittnar däremot om att de inte upplever händelsen som särskilt påfrestande. Resultaten tyder alltså på att man inte kan utgå ifrån att alla vill eller behöver stöttning.

Att erövra föräldrarollen. Det har varit märkbart att ju längre barnet ligger på sjukhuset, och ju mer föräldrarna lär känna sjukhusmiljön och känner sig bekanta med situationen börjar man allt mera göra anspråk på ansvar över barnet. Att erövra rollen som förälder kan utifrån föräldrarnas berättelser beskrivas som både en form av *strategiskt problemlösande-* och *konfrontativ coping* (Lundqvist & Ahlström, 2006). Att vid upprepade tillfällen söka reda på en läkare för att diskutera sitt barns omvårdnad är ett exempel på strategisk problemlösning (Lundqvist & Ahlström, 2006). Likaväl kan exempel där föräldrar själva manövrerar den medicinska utrustningen beskrivas som en sådan copingstrategi. De situationer där konflikter uppstår med personalen skulle kunna belysa en konfrontativ coping (Lundqvist & Ahlström, 2006) där aggressivitet i försöket att förändra situationen framträder.

Temat att erövra föräldrarollen kan även jämföras med Mercers (2004, refererat i Jackson, 2006) teori om mammans identitetsutveckling där modern beskrivs lära känna barnet genom att härma andras sätt att vårda det. Efter en tid av att ha följt andras råd om hur man vårdar barnet, börjar hon göra så som hon själv anser vara bäst för barnet. Detta leder så småningom till att hon alltmer känner att hon utvecklat en identitet som mamma (Mercer, 2004, refererat i Jackson, 2006). Den här utvecklingen kan förklara förloppet även hos de mammor som föder barn mycket/extremt mycket i förtid, dock menar Zabielski (1994, refererat i Jackson, 2006) att denna process ofta fördröjs. I resultatet återfinns liknande steg hos föräldrarna. Detta bör alltså ses som något normalt i en onormal situation. De berättar även om en känsla av fördröjning av att känna sig som förälder. Nya fynd är således att denna identitetsutveckling har kunnat skönjas även hos fäder. Vad som var märkbart var att ju närmare föräldrarna kom sitt barn, och lärde känna miljön och ju friskare barnet blev, och ju mer process mot att erövra sitt föräldraskap blev tydlig. Föräldrarna gjorde på egen hand saker för att förbättra situationen för barnet. Det blev med tiden allt viktigare för föräldrar att försöka återskapa den tillvaro som var tänkt från början.

Sammanfattning

Att få ett för tidigt fött barn beskrivs som chockartat och stressande, tillvaron sätts i gungning och en större del av både män och kvinnor uppvisar krisreaktioner. Studien har haft för avsikt att undersöka hur föräldrar hanterar den omställning det innebär att få ett för tidigt fött barn som behöver vistas på neonatalavdelning. Författarna fann i dessa femton berättelser en fördjupad förståelse för hur fenomenet hantering av att få ett för tidigt fött barn som vistats på neonatalavdelning ser ut. Den övergripande förståelsen representeras av nio temata som abstraherades till följande tre övergripande typer av hantering: *hantera genom att försöka undkomma, stanna kvar i- och/eller försöka förändra situationen*. Dessa representerar strategier genom vilka föräldrar har försökt handskas med den nya yttre tillvaron och de inre känslor och tankar som väckts. Det verkar följaktligen som att föräldrar befinner sig i liknande stadier tiden efter förlossning som kan jämföras med ett generellt krisförlopp. Samtidigt indikerar resultatet att uttryckssättet för dessa strategier skiljer sig mycket åt.

Studiens resultat understryker vikten av att man inom den neonatala vården fortsätter att erbjuda mammor och pappor ett individualiserat stöd. Man behöver vara lyhörd som personal då det blir viktigt att respektera alla föräldrars individuella uttryckssätt. Det är viktigt att förmedla till föräldrar att deras reaktioner är helt normala i all sin tvetydighet. Genom att göra detta hjälper man också familjer igenom denna omvälvande tillvaro. Uppsatsförfattarna vill slutligen avsluta med hjälp av ett citat som belyser det kanske viktigaste budskapet från studiens deltagare; ”Jag måste må bra själv för att kunna finnas där för mitt barn”.

Förslag till fortsatt forskning

Författarna anser att de teoretiska ramverken kring kris och coping som använts mycket i tidigare studier av föräldrar till prematurt födda barn, och som används även här, visserligen är relevanta teorier i sammanhanget, men har en begränsad förklaringsförmåga. Liksom Jackson (2006), som drar en parallell mellan föräldrars reaktioner på för tidig födsel och deras personligheter, tycker sig författarna skönja att individuella faktorer spelar en stor roll för utfallet. För att därför fördjupa förståelsen för de skillnader som finns mellan hur dessa föräldrar hanterat att få ett för tidigt fött barn föreslås vidare forskning beakta teorier så som Antonovskys (2006) teori om *känsla av sammanhang*.

Antonovsky utvecklade sin salutogent inriktade teori om *känsla av sammanhang* för att försöka förstå vad det är som gör att människor blir och förblir friska trots höga nivåer av stress. Han fann att känslan av sammanhang är en betydelsefull faktor i individens inneboende strävan efter hälsa. Begreppet känsla av sammanhang inbegriper tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Utifrån detta salutogena perspektivet antas att människan har inneboende strävan efter hälsa och balans (Antonovsky, 2005). Detta ger ytterligare djup till studiens resultat, där det tydligt framkommer en strävan efter att hitta en balans i sig själv och mellan sig själv och omgivningen. De hanteringsstrategier uppsatsförfattarna i studien har funnit vara förekommande kan tänkas vara olika sätt att nå denna jämvikt. Författarna anar en tendens till att de föräldrar som sett eller funnit en mening med det inträffade och upplever situationen som hanterbar klarar den oväntade omställningen bättre än de som inte finner situationen begriplig, meningsfull och hanterbar.

Det vore önskvärt att i framtiden också studera hur föräldrar hanterar att få ett för tidigt fött barn i relation till deras välbefinnande. Man skulle kunna undersöka huruvida känsla av sammanhang är viktigt för välmåendet hos denna föräldragrupp. Det hade även varit intressant att undersöka huruvida känsla av sammanhang här en del i copingprocessen på det sätt att exempelvis en hög känslan av sammanhang ger en ökad flexibilitet vid val av copingstrategi.

REFERENSER

- Affleck, G., Tennen, H. & Rowe, J. (1991). *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer-Verlag.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Andra utgåvan, tredje tryckningen, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1987).
- Baldoni, F. (in press) Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby: A study in DMM perspective. *Second Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA)*. St. John's College, Cambridge, UK, 29-31 August 2010.
- Berg, A. & Wingren, U. (2008). Kliniska rutiner och procedurer. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 447-459). Studentlitteratur.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, volume 1*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter: En tid då relationer skapas och utvecklas*. Första utgåvan, andra tryckningen. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Bäck-Wiklund, M. & Bergsten, B. *Det moderna föräldraskapet: en studie av familj och kön i förändring*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling, med tillägg av Tom Lundin om katastrofpsykologi*. Femte omarbetade och utökade utgåvan. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

- Eriksson, O. & Lövhölm, E. (2007). *Potentiellt traumatiska händelser, PTSD och Coping: Förekomst och samband hos universitetsstudenter*. Examensarbete, Umeå universitet, Institutionen för psykologi.
- Fellman, V. (2008). Det för tidigt födda barnet. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 89-97). Lund: Studentlitteratur.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Halldén, B., Christensson, K. & Olsson, P. (2005). Meanings of being pregnant and having decided on abortion: Young Swedish Women's experiences. *Health Care for Women International*, 26,778-806.
- Hallin, A., Hellström-Westas, L. & Stjernqvist, K. (2010). *Follow-up of adolescents born extremely preterm: Cognitive function and health at 18 years of age*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi och Pedagogiska institutionen.
- Hedberg Nyqvist, K. (2008). Amning av för tidigt födda. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 129-135). Lund: Studentlitteratur.
- Hughes, M., McCollum, J., Sheftel, D. & Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Children's Health Care*, 23(1), 1-14.
- Jackson, K. (2006). *Att vara förälder till ett för tidigt fött barn: en prospektiv studie om upplevelsen av föräldraskap och möten med vården*. Doktorsavhandling, Örebro universitet, Örebro Studies in Caring Sciences.

- Jackson, K., Ternestedt, B.-M. & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.
- Jones, L., Rowe, J., & Becker, T. (2009). Appraisal, coping and social support as predictors of psychological distress and parenting efficacy in parents of premature infants. *Children's Health Care*, 38(4), 254-263.
- Kleberg, A. & Westrup, B. (2008). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 461-470). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Lagercrantz, H. (2008). Apnéer och plötslig spädbarnsdöd. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 209-212). Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 79-85.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Lunqvist, L. & Ahlström, G. (2006). Psychometric evaluation of the Ways of Coping Questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 485-493.

- Lundqvist, P. (2008). *Children Born Prematurely: Their fathers' experiences and trends in mortality and morbidity during a ten-year period*.
Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Medicinska fakulteten.
- Marsal, K. (2008). Fostrets tillväxt och utveckling. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 29-38). Lund: Studentlitteratur.
- Psykologiguiden. (2011). Hämtat 18 januari 2011, från Psykologiguiden:
http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=73&kris_trauma
- Riddersporre, B. (2003). *Att möta det oväntade: Tidigt föräldraskap till barn med Downs syndrom*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Rosberg, S. (2000). *Kropp, varande och mening: i ett sjukgymnastiskt perspektiv*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Sedin, G. & Ågren, J. (2008). Kuvösvård. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 437-444). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsens Medicinska Födelseregister. (2008). Hämtat 16 december 2010, från
Socialstyrelsens Medicinska Födelseregister:
<http://192.137.163.40/epcfs/index.asp>
- Statistiska Centralbyrån. (2009). Hämtat 16 december 2010, från Statistiska Centralbyrån: http://www.scb.se/Pages/List___250612.aspx
- Stern, D. (1999). *En mor blir till: Hur moderskap förändrar dig för all framtid*. Falun: Bokförlaget Natur och Kultur.

- Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidigt: Hur går det sedan?* Borås: Bokförlaget Natur och kultur.
- Stjernqvist, K., & Hellström-Westas, L. (2008). Uppföljning efter neonatalvård. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 497-502). Lund: Studentlitteratur.
- Sverne, T. & Sylvander, I. (1989). *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in theory and method*. Second edition. Berkshire: McGraw-Hill, Open University Press.
- Westgren, M. (2008). Obstetrisk handläggning vid hotande förtidsbörd. I Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L. & Norman, M. (Red.), *Neonatologi* (pp. 49-53). Lund: Studentlitteratur.



FÖRÄLDER

TILL ETT

FÖR TIDIGT FÖTT BARN?

Varje år i Sverige föds cirka 6 000 barn för tidigt.

Det behövs mer kunskap om **föräldrars upplevelse** i samband med för tidig födelse. Därför önskar vi få träffa Dig, pappa eller mamma till ett för tidigt fött barn, som fötts före graviditetsvecka 33 och nu är mellan 6 månader och 3 år (korrigerad ålder) gammal.

Vi vill gärna intervjua dig för att ta del av dina erfarenheter. Intervjun tar ca 45-60 min och kommer att ske på din hemort. Det tillkommer också ett frågeformulär.

Vi heter Linnea Holm och Nina Öst, och är studenter på Psykologutbildningen i Lund. Intervjun kommer att ske inom ramen för vårt examensarbete. Vi handleds av Karin Stjernqvist (professor vid Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet) och Johanna Månsson (leg. Psykolog och doktorand vid Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet).

Hör gärna av dig till oss via e-mail, telefon eller/och sms - om du är intresserad av att delta eller vill ha mer information!

Allt deltagande sker anonymt, och uppgifterna behandlas konfidentiellt.

Tack på förhand!

Nina Öst, psykologstuderande
070-742 20 55 nina.ost.146@student.lu.se

Linnea Holm, psykologstuderande
070-555 84 33 linnea.holm.772@student.lu.se

Informerat samtycke till att deltaga i studien om föräldrars erfarenheter av att ha fått ett för tidigt fött barn

Bakgrund

Det behövs mer kunskap om hur föräldrar hanterar en för tidig födelse. Vi studerar därför – genom intervjuer – hur mammor och pappor till för tidigt födda barn upplevt och handskats med denna situation. Vi studerar också – genom självskattningsformuläret KASAM – ”känsla av sammanhang”. KASAM mäter känslan av sammanhang i olika situationer. Studien sker inom ramen för ett psykologexamensarbete vid Lunds Universitet under hösten och vintern 2010-2011.

Vad innebär det att vara med?

Att delta i denna studie är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange skäl. Deltagandet innebär att Du under cirka 60 minuter kommer att få delta i en intervju, svara på ett antal bakgrundsfrågor samt fylla i ett självskattningsformulär. Vårt samtal kommer att spelas in, detta material behandlas konfidentiellt.

Den färdiga uppsatsen kommer att vara en offentlig handling. Dock kommer alla svar från bakgrundfrågor, frågeformulär och intervju att avidentifieras och ingen enskild individ kommer att kunna igenkännas då resultaten presenteras.

Tack på förhand!

Linnea Holm, psykologstuderande Lunds Universitet
070-555 84 33 linnea.holm.772@student.lu.se

Nina Öst, psykologstuderande Lunds Universitet
070-742 20 55 nina.ost.146@student.lu.se

Handledare: Karin Stjernqvist (professor vid Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet)

Bitr. handledare: Johanna Månsson (leg. Psykolog och doktorand vid Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet).



LUNDS
UNIVERSITET

Informerat samtycke till att delta i studien om föräldrars erfarenheter av att ha fått ett för tidigt fött barn

Samtycke

Jag har tagit del av informationen, förstått syftet med studien samt vad min medverkan innebär och samtycker till att delta i denna studie.

Namnsteckning

Namnförtydligande

Datum och ort

KASAM - KÄNSLA AV SAMMANHANG

Namn.....
 Nummer.....
 Datum.....
 Ålder..... Kön.....

Här är några frågor som berör skilda områden i livet. Varje fråga har 7 möjliga svar. Var snäll och markera den siffra som bäst passar in på ditt svar. Siffran 1 eller 7 är svarens yttervärden. Om orden under 1 passar dig, ringa in 1:an, om orden under 7 passar dig, ringa in 7:an. Om du känner annorlunda, ringa in den siffra som bäst överensstämmer med din känsla. Var snäll och ge endast ett svar på varje fråga.

1. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?

1	2	3	4	5	6	7
mycket sällan eller aldrig						mycket ofta

2. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer som du trodde du kände väl?

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

3. Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken?

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

4. Hittills har ditt liv:

1	2	3	4	5	6	7
helt saknat mål och mening						genomgående haft mål och mening

5. Känner du dig orättvist behandlad?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

6. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du ska göra?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

7. Är dina dagliga sysslor en källa till:

1	2	3	4	5	6	7
glädje och djup tillfredsställelse						smärta och leda

8. Har du mycket motstridiga känslor och tankar?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

9. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

10. Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en "olycksfågel". Hur ofta har du känt det så?

1	2	3	4	5	6	7
aldrig						mycket ofta

11. När något har hänt, har du vanligtvis funnit att:

1	2	3	4	5	6	7
du över- eller undervärderade						du såg saken i

dess betydelse

dess rätta
proportion

12. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

13. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/aldrig

Var snäll och kontrollera att du svarat på alla frågor!

Hej och välkommen!

Först av allt vill jag att du läser igenom denna blankett, den handlar om ditt deltagande i studien.

Jag skulle vilja börja intervjun med att fråga dig några korta bakgrundsfrågor. Intervjun kommer sedan ta cirka 45 minuter.

Först av allt ska du få fylla i ett frågeformulär. Du tar den tid du behöver för att fylla i det, och fyller i så sanningsenligt som du kan. Undrar du något, är det bara att fråga. Instruktioner: Börja med att fylla i uppgifterna längst upp till höger. Läs sedan instruktionerna och fyll i.

Nu är det dags för bakgrundsfrågorna. Det krävs bara korta svar.

- a. Ditt namn?
- b. Vilken vecka är ditt barn fött i?
- c. Hur gammalt är ditt barn idag, räknat från när hon/han skulle ha fötts?
- d. Har ditt barn varit sjukt efter förlossningen fram till utskrivningen från neonatal? Hur? Har det varit någon annan komplikation för ditt barn fram till dess att ni lämnade neonatal?
- e. Har ditt barn legat i respirator, i så fall hur länge?
- f. Hur födde du/din partner?
- g. Var det komplikationer för dig/din partner i samband med förlossningen? Vad? Under tiden du/hon låg på sjukhus? Vad?
- h. Är det första barnet, syskon? Är de för tidigt födda?
- i. Hur gammalt var ditt barn när hon/han skrevs ut från neonatal?

Nu har jag inga fler bakgrundsfrågor att ställa. Nästa del är Intervjudelen.

Intervjun kommer att handla om mammors och pappors upplevelse av hur det var att få ett för tidigt fött barn, och hur man har handskats med detta – under tiden efter förlossningen till att ni lämnade neonatal.

Är det något du inte vill svara på så behöver du inte det, undrar du någonting så är det bara att fråga. Är du redo?

Inledande fråga

Fråga: Vill du berätta lite om hur det var för dig alldeles efter förlossningen?

Följdfrågor: Hur handskades du med det, vad gjorde du, kände du, tänkte du? Har du något särskilt minne?

Hantering

Fråga: Var det något du upplevde som extra stressande eller svårt under den här allra första tiden?

Potentiella följdfrågor: På vilket sätt? vad tänkte du då, vad gjorde du då för att hantera det? Hur handskades du med det? hur kändes det?

Fråga: Var det något som var särskilt hjälpsamt eller viktigt för dig i samband med det du precis beskrev?

Följdfrågor: se ovan

Fråga: Vill du berätta lite om hur det var för dig sen, efter den här allra första tiden - under tiden din bebis låg på neonatal.

Fråga: Var det något annat som du upplevde som extra stressande eller svårt under tiden på neonatal?

Följdfrågor: se ovan

Fråga: Var det något som du var särskilt hjälpsamt eller viktigt för dig i samband med detta?

Följdfrågor: se ovan

Fråga: Var där något annat du upplevde som stressande eller svårt under tiden på neonatal?

Följdfrågor: se ovan

Fråga: För många innebär tiden efter den för tidiga födseln en berg och dalbana av positiva och negativa besked om barnets tillstånd. Var det så för er?
I så fall, hur handskades du med dessa besked?

Följdfrågor: se ovan

Är det någonting som du skulle vilja lägga till?

Behöver du höra någon fråga igen?

Det var alla frågor jag hade.

Tack för att du tog dig tid, och för att du velat dela med dig av din berättelse.

Vi vet att dessa frågor kan väcka mycket tankar och känslor. Om det är så att ni har funderingar som kommer upp i efterhand, går det självklart bra att höra av sig till oss.

Uppsatsen kommer att finnas tillgänglig förhoppningsvis runt januari, du kan meddela mig om du vill ta del av den.

Går det bra om jag kontaktar dig ifall det är något jag märker att jag behöver klargöra i efterhand?