

# Föräldrar till prematurfödda barn Orsaksförklaring och coping i den akuta fasen\*

Katarina Garefalaki Kornaros

Förberedelsen till föräldraskapet avbryts vid prematur förlossning och ställer föräldrar inför svåra psykiska påfrestningar och frågor. Föreliggande studie har erhållit data från projektet "För tidigt födda barn och deras föräldrar – en tvärvetenskaplig longitudinell studie". Syftet är att beskriva hur föräldrar ser på orsaken till den för tidiga födseln (gestationslängd 24+0-35+6). Extraherade delar av 74 enskilda intervjuer (39 mödrar och 35 fäder) analyserades med innehållsanalys. Resultatet gav temat "Inre eller yttre orsak – möjlig att påverka eller inte". Sub-kategorier var *psykisk (inre-påverkbar)*, *fysiologisk (inre-opåverkbar)*, *bebis (inre-opåverkbar)*, *fysisk aktivitet (yttre-påverkbar)*, *information (yttre-opåverkbar)* och *ödet (yttre-opåverkbar)*. Det tänkbara är att föräldrar som får en medicinsk orsaksförklaring av sjukvården mer frekvent anger en fysiologisk orsak och använder sig av problemfokuserad coping. Föräldrar som ser orsaken som påverkbar bär på en påtaglig skuld och använder sig mer av otillgängliga och ineffektiva copingstrategier.

En blivande förälder går igenom en mental process för att långsamt anpassa sig till föräldraskapet. Den förändringen kan ta olika lång tid men förstärks under de sista månaderna då fostrets rörelser blir mer påtagliga (Cranley, 1981). Stern & Bruschiweiler (1998) menar att tre graviditeter pågår samtidigt; fostrets utveckling i livmodern, föräldrarnas inställning till föräldraskapet och en inre skapelse av barnet. Föräldrar får en ökad känslighet under graviditeten. Mamman har ett emotionellt försprång i relationen till barnet eftersom hon bär det inom sig och går igenom förlossningen. Pappan får lägga sitt huvud mot sin kvinnas mage för att uppfatta hjärtljud och sparkar (Salomonsson, 2013). Hur föräldrarnas känslofyllda fantasier beskriver barnet har betydelse för anknytningen. Övergången till föräldraskapet kan vara svårare för förstagångsföräldrar eftersom det är nytt för dem och de kan sakna självförtroende (Rubin, 1984). För förstagångsföräldrarna ett prematurfött barn blir den psykologiska förberedelsen avbruten (Zeanah & McDonough, 1989). Att identifiera sig som förälder kan vara svårt då andra vårdar barnet och om den fysiska närheten till barnet är begränsad (Fenwick, Barclay och Schmied, 2008; Lupton & Fenwick, 2001; Reid, 2000).

---

\* Ett varmt tack till min handledare Emma Fransson på KI som låtit mig ta del av projektets data och som givit mig stöd under arbetets gång. Masteruppsatsen tillägnas min mor Gertrude Holm, min man Harry Kornaros och mina barn Afrodite och George. Den är även till minne av min far, Docent Jannis Garefalakis.

Orsaken till för tidig födsel är i nära hälften av alla fall okänd. Ett mycket för tidigt fött barn är ett oerhört trauma. Föräldrar kastas in i en överklig värld där barnets hälsa står på spel. Samtidigt som föräldrarna ska anpassa sig till nya roller är ovissheten och oron om barnet oerhört stor. Krisreaktionen kan ge symtom som överklighetskänslor, sömnrubbingar, förändrad tidsuppfattning, ångestattacker och aptitlöshet (Stjernqvist, 1999). Det tar tid och kraft av en förälder till ett prematurfött barn att acceptera att omständigheten är allt annat än normal (Saugstad, 1999). Känslor som skuld och sorg är ofta allmänna bland föräldrarna. Om det inte finns någon medicinsk orsak till den för tidiga förlossningen kan mamman lägga skulden på sig själv. Hon kan leda orsaken till stress i arbetet eller oförsiktighet med resor och andra aktiviteter (Garel, Dardennes & Blondel, 2007). Att tala om potentiell orsak är därför av betydelse för att bearbetningen av traumat ska kunna underlättas. Det är också av vikt att sörja den avbrutna graviditeten och föreställningarna som omkullkastats långt ifrån verkligheten. Det kan främja anknytningen till det prematurfödda barnet (Stjernqvist, 1999).

### *Prematuritet*

Begreppet prematur betyder *före mognad* och omfattar en räckvidd av olika exempel. Alltifrån barn som kan väga lite och få svåra komplikationer med lång specialistvård, till barn som föds ett fåtal veckor för tidigt och kan komma ikapp. Den medicinska definitionen av prematur är en gestationsålder kortare än 37 fullgångna veckor. I Sverige är andelen prematurfödda barn 5,5 % och den siffran har legat konstant sedan 1995 (Socialstyrelsen, 2009).

Mognadsgraden är beroende av fullgjorda graviditetsveckor vilka mest frekvent delas in i följande: Extrem prematur födsel (<28 veckor), mycket för tidig prematur födsel (<32 veckor), måttlig prematur födsel (32-36 veckor) och sen prematur födsel (34-36 veckor; Altman, 2011). Kategorier som brukar användas i termer av födelsevikt för att beskriva prematuritet är "låg födelsevikt" (<2500 gram), "mycket låg födelsevikt" (<1500 gram) och extremt låg födelsevikt" (<1000 gram; Gäddlin, 2011). Barnets mognadsgrad visar tydligare dess förutsättningar än vad födelsevikten gör. I Sverige föds ca 2 % (ca 2200 stycken) barn mellan veckorna 30+0 - 34+6 varje år (Altman, 2011). När den för tidiga födseln beskrivs i den här uppsatsen används antal graviditetsveckor (gestationslängd) och inte födelsevikt.

### *Kända orsaker till prematuritet*

Prematura förlossningar kan antingen starta 1) spontant med intakta hinnor, 2) med hinnbristningar 3) med förlossningsinduktion eller kejsarsnitt på moders- eller fosterindikation. Andelen spontana prematura förlossningar utgör 45 % av födslarna, 30 % på grund av infektion hos moder eller foster och 25 % orsakas av hinnbristningar. Orsaken bakom en spontan prematur födsel kan vara både biologisk och psykosocial (Goldenberg, Culhane, Iams & Romero, 2008).

Riskfaktorer för spontan prematur förlossning inkluderar bland annat infektion eller inflammation och vaskulär sjukdom. Den starkaste prediktorn är en kort cervixlängd (Goldenberg et al, 2008). Prematur förlossning med hinnbristningar tros bero på en infektion som i sin tur leder till en inflammation vilken bryter ner fostrets membran (Mercer, Goldenberg, Meis et al, 2000 refererat i Goldenberg, 2008). Havandeskapsförgiftning och intrauterin tillväxthämning är exempel på medicinska

indikationer för prematur förlossning. Enligt Haelterman, Marcoux, Croteau & Dramaix (2007) ger fysiskt krävande och stressigt yrkesmässigt förhållande i graviditetens början en ökad risk för havandeskapsförgiftning.

#### *Ärftlighet.*

Kvinnor som har systrar som fött prematurt har 80 % högre risk att själva föda tidigt (Winkvist, Mogren & Hogberg, 1998, refererat i Goldenberg, 2008) och de som föder för tidigt har många gånger morföräldrar som fötts för tidigt (Porter, Fraser, Hunter, Ward & Varner, 1997, refererat i Goldenberg, 2008). Genetiska studier har identifierat en ”singel nukleotid polymorfism” i flera gener som associerats till prematur födsel utan eller med hinnbristningar (Crider, Whitehead & Buus, 2005; Engel et al., 2005; Macones et al., 2004, refererat i Goldenberg, 2008). Risken för prematur födsel ökar om en interaktion av särskilda gener (hos foster och moder) och bakteriell vaginos hos moder förekommer. Kombinationen av en särskild genotyp och bakteriell vaginos ökar risken för spontan tidig födsel (Engel et al., 2005 refererat i Goldenberg, 2008).

#### *Föräldrarelation, stress och depressivitet.*

Hohmann-Marriott (2009) visar i sin studie från Nya Zeeland hur relationen mellan föräldrar under graviditeten ökar risken för prematur förlossning. I de fall graviditeten inte var avsiktlig av varken mödrar eller fäder fanns större risk för prematur förlossning. Genom att undersöka kvaliteten på föräldrars relation fann de att gemensam intention för graviditeten, äktenskaplig status vid befruktning och kvaliteten på parrelationen under graviditeten påverkade det nyfödda barnets hälsa. Moderns stress ökade när hon inte haft som syfte att bli gravid samt om hon inte delade uppfattning om graviditeten med partnern. Risken för prematur födsel var särskilt hög när föräldrarna var ogifta och/eller båda menade att graviditeten inte var avsedd. Padilla och Reichman (2001) fann att risk för låg födelsevikt hos det nyfödda barnet reducerades, när kvinnan rapporterade att mannen hade bidragit ekonomiskt under graviditeten och när parterna levde tillsammans.

Forskningen pekar på att stress under graviditeten är en riskfaktor för prematur födsel (Glynn, Schetter, Hobel & Sandman, 2008; Lilliecreutz, Sydsjö & Josefsson, 2011). Lilliecreutz och kollegor (2011) visar hur stress och ångest under graviditeten är riskfaktorer för negativa obstetriska och neonatala resultat. Återkommande vardaglig stress, som relationsproblem eller ekonomiska bekymmer riskerar att skada fostret. Stress och ångest hänger samman med förhöjda inflammatoriska värden, prematur födsel och förkortad graviditetslängd. Förhöjda inflammatoriska värden är troligen en underliggande faktor bakom stress och ångest under graviditeten (Coussons-Read, et al, 2012).

I en studie gjord av Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa och Sandman (1999) undersöktes prenatala psykosociala prediktorer för fosters födelsevikt och graviditetslängd. Personliga resurser i form av relevant tro på sig själv påverkade moders och fosters hälsa. Adaptiva resurser såsom självkänsla, optimism och sakkunskap gagnade graviditeten och födseln. Positiva tankar om sig själv bedömdes minska stressen. Gravida kvinnor med starkare självkänsla, högre sakkunskap och större optimism tycktes ha lägre upplevd stress. Oklart var om det resulterade i lägre värderad stress eller bättre coping och stresshantering.

Winnicott (1956), barnläkare och psykoanalytiker, beskriver hur den gravida kvinnan börjar identifiera sig med det väntade barnet och föreställningarna blir till ett "inre objekt". Enligt Winnicott befinner sig mödrar under graviditeten i det "primära moderstillståndet" och det håller i sig några veckor efter barnets födelse. Det innebär att mamman har förmåga att identifiera sig med barnet, bidra med vad det behöver och följa det omsorgsfullt. Enligt Raphael-Leff (1991), professor i psykoanalys, är många kvinnor oroliga under graviditeten. Tanken på att bli tre innebär uteslutande och konkurrens. Både graviditeten och fostret är mottagare för projektioner som behöver bearbetas före barnets födelse. Endast positiva representationer av barnet kan tyda på en fixering och är en idealisering av sig själv och barnet. Risk för depression finns när barnet inte lever upp till idealbilden.

Depressiva symptom under graviditeten påverkar risken att föda för tidigt och leder till en förhöjd risk för prematur förlossning, i synnerhet för kvinnor under 25 år och över 35 år (Fransson, Örténstrand och Hjelmstedt, 2011). Gravida kvinnor med blod- och injektionsfobi har fler symptom på depression och ångest än gravida kvinnor med god hälsa (Lilliecreutz, 2011). Ångest och nedstämdhet under graviditeten kan ha betydelse för hur tidigt kvinnan söker vård i förlossningsförloppet. De med mer uttalade depressionssymptom söker tidigare med värkar än kvinnor med låga poäng på depressionsskalan. Fostren till kvinnor med depressiva symptom tenderar att födas tidigare och må sämre efter förlossning (Pettersson Dabo, 2011; Fransson, 2012).

Risk att utveckla depression under graviditeten är större för kvinnor som saknar känslomässigt stöd och för dem som exempelvis upplever fysiska komplikationer under graviditeten. Kvinnan kan lida av ångest och det tar sig uttryck i att hon inte tycker om att vara gravid, beskriver en kvävande oro, trötthet, irritabilitet och en oförmåga att koncentrera sig. Kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp tidigare i livet kan uppleva graviditeten som obehaglig och visa symptom som fobier, somatiska problem och låg självkänsla (Raphael-Leff, 1991).

Föräldrar till prematurfödda barn upplever större förekomst av stress efter förlossning och har större risk att få psykologiska problem (oro, ångest och depression) än de till fullgångna barn (Carter, Mulder, Frampton och Darlow, 2007; Davis, Edwards, Mohay och Wollin, 2003; Fransson, 2012). Olshtain-Mann och Auslander (2008) visade på mer föräldrastress och mindre föräldrakompetens, två månader efter att de lämnat intensivneonatalavdelningen, i jämförelse med föräldrar till fullgångna barn. Stressnivån skiljer sig mellan pappor till tidigt och sent födda prematurer. De förstnämnda upplever högre nivå av stress än de sistnämnda (Fransson, 2012). Carter och kollegor (2007) beskriver hur en högre grad av vistelse på neonatalintensiven pekar på förbättring av mammors, men inte pappors, depressiva symptom. Pappornas ökade vistelse på neonatalintensiven associeras istället med lägre förbättring av depressiva symptom. Mammor i yngre ålder (framkommer inte hur gamla) har sämre förutsättningar till hälsoförbättring i jämförelse med de äldre. En god föräldrarelation nio månader postpartum minskar de initiala depressiva symptomen.

I en fransk studie visar Garel och kollegor (2007) att kvinnor som fött mycket för tidigt (gestationslängd 26-32 i studien) upplevde trötthet, depressivitet, ångest och fysiska

besvär två månader och ett år efter förlossning. Trötthet och depressivitet var mer påtagligt vid andra intervjun, ett år efter förlossning. Känslor av skuld, tillbakadragande och post-traumatiska symptom knöts till de depressiva symptomen. Nästan hälften av mammorna med upplevd depressivitet efter ett år hade inte rapporterat det (i alla fall inte explicit) två månader efter förlossning. Det var även dubbel så stor risk för post-traumatiskt stressymptom efter ett år. Omfattningen av ångest och skuldkänslor var likartad vid de två tidpunkterna.

När föräldern inte rutinmässigt har hand om sitt barn blir den fysiska och psykiska närheten inskränkt. Föräldrar till prematurfödda barn upplever det svårare att uppfatta spädbarnets kommunikationssignaler. Ångest och depression hos modern brukar öka efter en prematur förlossning vilket i högre grad riskerar bindningen mellan förälder och barn (Feldman, Weller, Leckman, Kuint & Edelman, 1999). Sorg och skuldkänslor är två centrala hinder för goda omvårdnadsstrategier (Flacking, Ewald & Starrin, 2007).

### *Kristeori*

Ordet kris härstammar från det grekiska *krisis* och betyder med vardagligare termer *plötslig förändring* (Cullberg, 2006). Det är ett psykologiskt reaktionsmönster som inträffar inför yttre svårigheter som vid exempelvis en prematur förlossning. Johan Cullberg, professor i psykiatri, säger att när det finns ett klart yttre skäl till utlösta reaktioner kallas det *traumatiska kriser* (grekiska *trauma = slag, skada*). Kriser som kallas *utvecklingskriser* och *livskriser* utlöses också av yttre händelser men tillhör mer livets gång. För den sakens skull behöver det inte betyda att de är lätta att genomgå. Att få barn kan i enskilda fall vara svårt att hantera. Kunskap om en människas förhistoria och tidigare utveckling krävs för att förstå varför han/hon reagerar på ett visst sätt. Den aktuella livsperioden personen befinner sig i är också viktigt att känna till då människan ständigt går igenom en utvecklings- och förändringsprocess. De sociala förutsättningarna väger starkt vid en eventuell krissituation. En väl fungerande familj kan ge stöd åt den som drabbas i jämförelse med ett sämre nätverk (Cullberg, 2006).

En kris består av en följd krisfaser som representerar en modell; chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. De är inte alltid åtskilda, ibland saknas någon eller så kan de förlöpa invävd i varandra. Cullberg (2006) beskriver dem på följande sätt:

*Chockfasen* – den här fasen varar från en kort stund till några dygn. Verkligheten kan inte bemötas då det ännu inte skapats strategier för en bearbetning. Inom sjukvården är det viktigt att de som exempelvis ska ge medicinsk information är medvetna om att den drabbade efteråt kan ha svårt att minnas vad som sagts. Effekten blir minimal och meddelandet nås inte fram när information ges i direkt anslutning till något chockartat.

*Reaktionsfasen* – den *akuta krisen* innefattar både chock- och reaktionsfasen. Efter att ha försökt att komma ifrån det som ska ske eller det som skett inträder reaktionsfasen. Det leder till en psykisk omställning som har till uppgift att integrera verkligheten på ett så funktionellt sätt som möjligt. Individens försvarsmekanismer mobiliseras och den drabbade försöker finna någon mening i den svåra situationen. Under den här fasen förnekas verkligheten omedvetet eftersom den psykiska världen är inriktad på ett reparativt arbete. Ältande om varför det hänt och att det är orättvist är vanligt

förekommande. Förklaringar som söks och ges avspeglar många gånger föreställningar den drabbade haft. Därför kan orealistiska skuld känslor över det inträffade föras på tal (Cullberg, 2006).

*Bearbetningsfasen* – när den akuta krisen lämnats inträder bearbetningsfasen som pågår ungefär ett halvår till ett år efter traumat. Sker inte fasen inom rimlig tid, kan det leda till en låsning för individen, där sakkunnig hjälp kommer att behövas. Bearbetningen är nämligen avgörande för att verkligheten inte ska förfalskas. Att skratta och att kunna orientera sig utåt igen blir omöjligt vilket gör att tillståndet kan diagnostiseras som depression.

*Nyorienteringsfasen* – risen kan få en ny betydelse och får följa med in i framtiden och vara en del av det förgångna. Följaktligen har fasen ingen avslutning men de svikna förhoppningarna och den skakande självkänslan har förhoppningsvis bearbetats. Nyorienteringsfasen fordrar dock att individen försonats med den traumatiska händelsen.

#### *Försvarsmekanismer i en akut kris.*

Människan använder försvarsmekanismer för att minska upplevelsen av och medvetandet om hot och fara för jaget. De är omedvetna psykiska reaktionssätt som många gånger har ett värdefullt innehåll. Försvarsmekanismerna behövs för att den drabbade i lagom takt ska kunna möta den smärtsamma realiteten. Ibland kan de dock stjälpas mer än att hjälpa då de försvårar övergången till det som inträffat (Cullberg, 2006). De mest förekommande försvarsmekanismerna vid olika krissituationer är:

*Regression* – Individen antar beteenden eller tankemönster som var karaktäristiska för tidigare utvecklingsstadierna. Omgivningen kan få svårt att bemöta regressionen när den drabbade får våldsamma känsloutbrott och/eller beter sig barnsligt. Han/hon kan bli starkt beroende av att andra ska fatta beslut och/eller förlita sig på ödet/existentiellt tänkande.

*Isolering* – Känslor kan kapslas in och är ett av de vanligaste försvaren vid trauma. Den drabbade kan prata med andra om vad som inträffat och kan få höra att den hanterar situationen på ett moget sätt. Tvärtom vad den drabbade ger sken av kan det handla om en känslolisering. Då sker en förvrängning av känslorna och det i sin tur kan ge negativa följder.

*Förnekelse* – Individen lägger visserligen märke till den svåra situationen men kan förneka delar av innehållet men också hela händelsen. Vid kroppsliga sjukdomssymtom av hotande karaktär är förnekelse vanligt. Det har visat sig i studier att förnekelse och försvarsmekanismer kan påverka efterförloppet av en större kirurgisk operation. Starka positiva förväntningar inför en operation kan leda till förnekelse om operationen inte får de resultat som tänkts.

*Projektion* – Individen överför exempelvis skuld känslor på omgivningen. Syftet med det är att lägga ansvaret för ett skeende på andra som individen själv kan ha skuld känslor för.

*Rationalisering* – Mekanismen minskar upplevelsen av hot eller skuld med skenbart förnuftsmässiga argument. Tydliga händelser kan rationaliseras bort eller förminskas.

*Undertryckande* – Detta är till skillnad från isolering en mer medveten handling och sker i ett försök att inte visa exempelvis oro och sorg. På det viset kan den drabbade försöka att socialt anpassa sig till omgivningens förväntningar och krav. Individen kan försöka att ”ta sig samman”, ”tänka på något annat” eller ”vara duktig”.

*Prematurföräldrars känslor i chock- och bearbetningsfas.*

Föräldrar till prematurfödda barn upplever omvälvande känslor i synnerhet under chockfasen. Watson (2010) beskriver hur föräldrar upplever flera kriser strax före och efter den prematura födseln. Besked om att exempelvis barnets överlevnad inte kan garanteras och att risken för missbildningar finns får föräldrar att känna både rädsla och ångest. Frågor som dyker upp hos föräldern kan vara ”när kan bebisen komma?”, kommer det att överleva och om ja, hur länge?, kommer det få problem senare i livet?, kommer vi som föräldrar att klara av detta?

I en kvalitativ studie av Lindberg, Axelsson och Öhrling (2008) berättar pappor hur de inte tänkt tanken på en prematur förlösning förrän verkligheten kommit ikapp dem. De första dagarna kändes överkliga och svåra. De glömde nästan bort apparaturen runt omkring då de var så fokuserade på mamman och barnet. Lundqvist, Hellström-Westas och Hallström (2007) beskriver hur pappor tyckt att det varit svårt när barnet behövt akut medicinsk vård och medicinering. Oron omsattes i ansvarshandlingar genom att följa modern och barnets hälsotillstånd. Vid sådana förhållanden vill pappor ha tillförlitlig och tillgänglig information som ges på ett öppet sätt med upprepade förklaringar (Lindberg et al, 2008).

Föräldrarna kan också förväntas bete sig på ett sätt som får dem att känna sig som inbjudna gäster i relation till barnet (Watson, 2010). Ger sjuksköterskan ett bra stöd till föräldrarna underlättar det krisen och stabilisering kan börja ta fart. På så vis skapas ett gynnsammare läge vid utskrivning från avdelningen (Fegran, Fagermoen & Helseth, 2008). Även Watson tar upp hur föräldrar till prematurfödda barn kan uppleva en maktlöshet kring barnets skötsel. Sjuksköterskor kan både fysiskt och psykiskt exkludera föräldern från att interagera med barnet. Föräldern behöver invänta direktiv för att kunna ta hand om barnet. I samma studie känner sig föräldrarna begränsade i flera veckor efter barnets födelse eftersom de bär på känslor av osäkerhet kring barnets tillstånd. Fegran et al (2008) belyser föräldrarnas låga självförtroende i den akuta fasen som lätt kan generera skuld-känslor. För att hantera situationen underlättar det att se samma personal och helst ha en primär sjuksköterska att prata med.

Lupton & Fenwick (2001) visar att sjukvårdspersonalens kontroll bidrar till att förstora föräldrarnas maktlöshet och att reducera deras föräldraroll. Vidare beskriver Watson (2010) hur det är ovissheten om den aktuella situationen som gör att föräldrarna pendlar mellan kris och inte kristillstånd. Maktlösheten försätter föräldrarna i ett ingenmansland där deras beteende kan bli antingen passivt eller lydigt personalens förväntningar. Taylor (2008) tar upp hur föräldrarna upplever skuld-känslor. Mödrar känner skuld över den för tidiga födseln och att inte kunna ta hand om barnet. De jämför sig med

vårdpersonals förmåga att vårda barnet och ser sig själva som mindre dugliga. Pappor känner skuld över att ha försatt modern i en smärtsam situation som är svår att ta sig ur.

Psykiater och psykoanalytiker Björn Salomonsson (2013) utför mor-spädbarnspsykoanalytisk behandling (MIP: ”Mother-Infant Psychoanalytic treatment”). Han menar att en kvinna kan få ett psykologiskt trauma under graviditeten. Får hon exempelvis veta att hon bär på en livshotande sjukdom uppkommer många tankar. Dödshot och abortfunderingar kan trasa sönder ”kärlekssträngen” till fostret. Dåligt samvete, skuld känslor, oro och depression kan istället uppta sinnesstämningen. I chockfasen kan mamman uppleva en skräck över hur hon ska kunna älska barnet som hon under graviditeten sett som ett hot. Föds barnet dessutom prematurt kan mamman känna skuld för de tankar hon haft om fostret och samtidigt oroa sig för barnets hälsotillstånd.

### *Coping*

Lazarus och Folkman (1984) beskriver begreppet coping till att innefatta kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att bemästra, reducera eller tolerera interna och/eller externa krav som överstiger individens förmåga. Under copingperioden försöker individen hantera den svåra situationen och obehagskänslorna som hör till (Roth & Cohen, 1986). De flesta klarar av att återskapa ny jämvikt och mogna som människor. Att bemästra yttre hot och stress görs aktivt och/eller passivt. Det förstnämnda innebär en medveten och konstruktiv process medan det sistnämnda ofta handlar om ett omedvetet förlopp (Brattberg, 2008).

Det finns huvudsakligen tre olika copingstrategier beskrivna, vilka är: problemfokuserad-, emotionsfokuserad- och undvikande coping. Vid problemfokuserad coping läggs fokus på att aktivt påverka källan till problemet och att se en mening framför sig. Emotionsfokuserad coping inriktas på att förändra ens egen tolkning och emotioner inför situationen vilket kan innebära att aktivt acceptera situationen, att söka socialt stöd, att distansera sig eller helt enkelt undvika att tänka på problemet (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus konstaterar att de två förstnämnda strategierna kan variera tillsammans snarare än att utesluta varandra (Lazarus, 2000). Vidare menar Lazarus att det är alltför naivt att säga att problemfokuserad coping fungerar mer effektivt och emotionsfokuserad sämre. Individer skiljer sig i vilka copingstrategier de använder och förlitar sig på olika antal strategier i en krissituation. Den psykologiska anpassningen är således mindre relaterad till specifik strategi. Viktigare är individens förmåga att utnyttja en mångfald av effektiva strategier och att kunna tillämpa dem flexibelt (Kaluza, 2000). Används undvikandestrategier är copingmetoderna otillgängliga eller ineffektiva och individen riskerar att få en svår negativ hälsoutveckling (Lazarus & Folkman, 1984).

Existentiella frågor aktualiseras i samband med sjukdom, lidande och livskriser (Brattberg, 2008). I en studie från Storbritannien av Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson och Newman (2013) visade existentiell coping på både för- och nackdelar när aspekter undersöktes i relation till ångest och depression. Resultatet visade att patienter kan ha nytta av sina andliga behov men de kan också fungera som en barriär mot att hantera krisen effektivt.



### *Prematuritet och coping.*

Fenwick och kollegor (2008) beskriver hur kvinnan försöker återvinna sitt moderskap efter en prematur förlossning. Modern kan uppleva att vårdpersonalen förhindrar kontakten till barnet. Den första tiden består av att ”bara existera”, ”strävan efter att vara bebisens mamma” och ”försök att etablera kompetens”. Kvinnor är olika lång tid i faserna vilket hänger på faktorer som självförtroende i moderskapet, barnets hälsotillstånd och sjuksyster-moder relation. Alla kvinnor kan inte framgångsrikt använda sig av en strategi. Det är lättare för dem med ett utvecklat självförtroende som moder. De som utger sig för att vara osäkra i den nya rollen har svårt att ställa frågor, diskutera och styra vården kring barnet. Grad av självförtroende påverkar hur och i vilken utsträckning de söker närhet med barnet. Mammor som inte har fysisk kontakt med barnet känner sig ”frånkopplade” och ”inte som en mamma”.

Studier på föräldrar till fullgångna barn visar att problemfokuserade copingstrategier resulterar i ett bättre omhändertagande av barnet än emotionsfokuserade strategier (Levy-Shiff, 1999). Det kan dock vara svårt att använda sig av problemfokuserad copingstrategi på en neonatalavdelning (Seideman et al, 1997). Sloan, Rowe och Jones (2008) fann dock att pappor använder sig mer av en problemfokuserad copingstrategi där de försöker omvärdera och anpassa sig till situationen på neonatalavdelningen. Den positiva strategin skiljer sig från undvikandestrategier vilka är relaterade till högre nivåer av stress hos modern (Feldman-Reichman, Miller, Gordon & Hendricks-Munoz, 2000). Undvikandestrategier används mer hos mammor än hos pappor (Hughes, McCollum, Sheftel & Sanchez, 1994). Enligt Taylor (2008) värderar pappor den informativa källan som vårdpersonal kan erbjuda och ett socialt stöd av partnern. Upplever pappan att kommunikationen mellan den medicinska personalen och honom fungerar, inger det trygghet och delaktighet i vården kring barnet.

Howland (2007) tar upp hur födseln av ett prematurfött barn kan försätta familjen i hög risk för kronisk stress. Av betydelse blir då hur föräldern använder sig av interna och externa resurser för att omvärdera det upplevda hotet. Interna resurser kan vara familjens kommunikationsstil, tidigare erfarenheter och ekonomisk stabilitet. Externa resurser är de som finns utanför familjen och som kan lindra stressen, exempelvis närståendes sociala stöd och kommunal service. Om en situation upplevs hotande är det högt korrelerat med personens tidigare erfarenhet av liknande händelser.

När föräldern omprövat hotet används copingstrategier för att återfå jämvikt. Problemfokuserad coping tas till när föräldern exempelvis försöker sätta sig in i situationen med hjälp av kunskap om företeelsen. Emotionsfokuserad strategi används när föräldern känner sig mer låst och istället försöker hantera sina egna känslor. Effektiv coping är när föräldern bedömer och bemöter den akuta krisen realistiskt (Howland, 2007). Feldman-Reichman och kollegor (2000) visar i sin studie att mammor som upplevde den för tidiga födseln som okontrollerbar, använde sig av konfrontativ coping (aggressiva tillvägagångssätt för att ändra på situationen, fientligt bemötande) och/eller undvikandestrategier (önskade att situationen såg annorlunda ut eller undvek problemet) hade högsta stressvärdena. Mammor som istället använde sig av problemfokuserad coping; ”accepterade ansvarstagandet” och arbetade mot att få ordning på situationen hade mycket lägre stressvärden.

Sammanfattningsvis beskriver litteraturen fysiologiska- och psykiska orsaker till prematur förlossning. Föräldrar till prematurfödda barn upplever ett trauma och går igenom flera olika kriser både före och efter förlossningen. De ställer sig ofta frågor av psykologisk karaktär och om frågorna inte beaktas finns risk för att mående och anknytning till barnet påverkas negativt. Tidigare forskning kring prematuritet har till största del fokuserat på det för tidigt födda barnet. Studier som utgått från ett föräldraperspektiv har visat på att psykosociala faktorer ökar risken för spontan prematur förlossning. Ambitionen med den här studien är följaktligen att tillföra kunskap om hur föräldrar beskriver orsaksförklaringen och hur den kan vara en indikation på hanterandet av den akuta fasen. Studien är av betydelse eftersom resultaten kan leda till mer adekvata stödinsatser för målgruppen.

### *Syfte*

Uppsatsen har som syfte att undersöka hur föräldrar till prematurfödda barn förklarar orsaken till den för tidiga födseln, och om orsaksförklaringen ger en indikation på hur föräldrarna hanterar den akuta fasen. Frågeställningarna är: Hur förklarar föräldrar till prematurfödda barn orsaken till den för tidiga födseln? Hur kan orsaksförklaringen indikera hanterandet av den akuta fasen?

## Metod

### *Undersökningsdeltagare*

Föreliggande uppsats har erhållit data från projektet "För tidigt födda barn och deras föräldrar – en tvärvetenskaplig longitudinell studie". Det har varit ett samarbete mellan Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa vid Karolinska Institutet och Psykologiska Institutionen vid Stockholms Universitet. Urvalet bestod av fyrtio familjer med prematurfödda barn, som rekryterades för intervju på sjukhus i Stockholm, under perioden januari 2007 till juni 2008. Rekryteringen skedde i samband med att föräldrarna kom in för förlossning, eller på neonatalavdelningen strax efter förlossningen. Undersökningsdeltagarna var föräldrar  $\geq 18$  år gamla som kunde kommunicera på svenska. Inklusionskriterierna för kvinnorna var: förstagångsmödrar med spontan förlossning och födsel mellan 23-35 fullgångna graviditetsveckor. Exklusionskriterierna var: tvillinggraviditet, preeklampsi, diabetes och systemisk infektion samt kända fosterskador. Om modern samtyckte till deltagande i studien tillfrågades också fadern. Bortfallet från de fyrtio familjer som rekryterats bestod av två pappor; en som inte kunde tala svenska och en som inte var sammanboende med mamman. Uppsatsen har i sin tur haft ett bortfall på fyra deltagare då intervjuerna var ofullständiga och frågan för den här uppsatsen inte kommit med i de intervjuerna. För den här uppsatsen användes intervjudata från 39 mödrar och 35 fäder vilka intervjuades enskilt.

### *Datainsamling*

Sessionerna varade i ca 45 minuter och ägde rum på BB eller på neonatalavdelningen 2-8 dagar efter förlossning. Intervjun utgick ifrån ett semistrukturerat frågeformulär och samma frågor ställdes till alla informanter (Kvale, 1997). Flertalet intervjuer spelades in med hjälp av diktafon och i de fall den inte funnits till hands fördes endast anteckningar. I metodanalysen hördes samtliga ljudfiler i sin helhet upprepade gånger till en god

överblick erhållits. Vissa intervjuer lästes endast igenom då de redan existerade i pappersformat. Studien koncentrerade sig på en fråga från det semistrukturerade frågeformuläret; "Vad tror du är orsaken till att barnet föddes före fullgången tid?" samt spontana uttalanden med liknande innehåll från varje enskild intervju, extraherades och transkriberades verbatim. Betoning, uttryck och eventuella störningar under den delen av intervjun skrevs ut för att återges så exakt som möjligt.

#### *Etiska aspekter*

Skriftlig och muntlig information har givits om studien. Deltagandet har varit helt frivilligt och har kunnat avbrytas när som helst. Föräldrarna informerades om att barnets vård inte skulle påverkas i något avseende och att psykologiskt stöd fanns tillgå. Studien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

#### *Analys*

En induktiv metod antogs och en innehållsanalys gjordes enligt Graneheim och Lundman (2004). Tillvägagångssättet hade en strukturerad och delvis tolkande prägel. Kategorier och tema skapades i interaktion med materialet (Patton, 2002). Det transkriberade materialet utgjorde analysenheten. Därefter delades texten in i meningsbärande enheter. Kontexten betraktades ur ett helhetsperspektiv när enheterna kondenserades och abstraherades. Därefter kategoriserades data och tilldelades en kod. Olika konceptuella kategorier utvecklades och ett huvudsakligt tema identifierades. Temat gav uttryck för det latenta innehållet i texten som förenade de underliggande betydelseerna (Graneheim & Lundman, 2004). Intern homogenitet och extern heterogenitet eftersträvades (Patton, 2002). Mammor och pappors intervjumaterial analyserades var för sig.

## Resultat

### *Inre eller yttre orsak – möjlig att påverka eller inte*

Av materialet framträdde ett huvudtema; "Inre eller yttre orsak – möjlig att påverka eller inte". Kategorierna består av Förälder, Bebis och Yttre orsak. Sub-kategorierna är 1) *psykisk (inre-påverkbar)*, 2) *fysiologisk (inre-opåverkbar)*, 3) *bebis (inre-opåverkbar)*, 4) *fysisk aktivitet (yttre-påverkbar)*, 5) *information (yttre-opåverkbar)* och 6) *ödet (yttre-opåverkbar)*. Sub-kategorierna beskriver om föräldern upplevde orsaken som en inre eller yttre omständighet. Om orsaken kunde påverkas eller inte är en tolkning av föräldrarnas svar och framkommer också i sub-kategorierna (*påverkbar* eller *opåverkbar*). Kategorierna är rubriker och sub-kategorierna underrubriker i resultatredovisningen.

#### *Sammanfattande struktur av materialet*

Föräldrar tillhörande sub-kategorin *psykisk (inre-påverkbar)* bar på svåra skuld känslor för den för tidiga födseln och det var mestadels mammor som tog upp det i samtal. Svaren som gavs var uttömmande och deras män speglade hur psykiskt dåligt kvinnorna mått under graviditeten. Föräldrar inom sub-kategorin *fysisk aktivitet (yttre-påverkbar)* uttryckte skuld känslor implicit i jämförelse med ovan nämnd sub-kategori. Inom sub-kategorier *yttre-opåverkbar* var inte skuld lika märkbar. Generellt sätt nämnde pappor mest frekvent fysiologiska orsaksförklaringar och tog inte upp hur de själva mått under

graviditeten. De återgav i större utsträckning vad som sagts av vårdpersonal och tycktes ha förlit sig med informationen. Föräldrar som inte fått något svar från sjukvården sökte efter mening på egen hand.

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter och koder.

Meningsbärande enhet	Kondenserade meningsbärande enhet	Kod
Jag har tänkt att det kanske är mitt...fel...eller att orsaken ligger hos mig.	Mitt...fel...orsaken ligger hos mig	Mitt fel
Men hon har varit så aktiv i magen, hon har rört sig. Så hon har väl haft bråttom ut.	Bebis har haft bråttom ut	Bebis
Stress. Att jag blev lämnad under graviditeten och har kämpat med det.	Stress på grund av att ha blivit lämnad	Stress

Tabell 2. Exempel på koder, sub-kategorier, kategorier och tema från innehållsanalys av föräldrars uppfattningar om orsaken till den för tidiga födseln.

Tema	Inre eller yttre orsak – möjlig att påverka eller inte					
Kategori	Förälder		Bebis	Yttre orsak		
Sub-kategori	Psykisk (Inre-påverkbar)	Fysiologisk (Inre-opåverkbar)	Bebis (Inre-opåverkbar)	Fysisk aktivitet (Yttre-påverkbar)	Information (Yttre-opåverkbar)	Ödet (Yttre-opåverkbar)
Koder	Mått dåligt Mitt fel Stress Arbetsstress	Infektion Ärftlighet	Ville ut För lång För trångt	Tungt arbete Träning Flytt	"Ofullständig information" Fel datum	Naturens mening Gud

Tabell 3. Fyrfältstabell. Upplevd inre eller yttre orsak samt om den var påverkbar eller inte.

	Inre	Yttre
Påverkbar	Psykisk	Fysisk aktivitet
Opåverkbar	Fysiologisk Bebis	Information Ödet

## Förälder

### *Psykisk (Inre-påverkbar).*

De föräldrar som menade att orsaken låg hos dem själva/eller hos partnern gav mycket uttömmande svar. De hade en nedstämd/upprörd/sorgsen röst och använde sig mer av försvarsmekanismer i jämförelse med föräldrar som hävdade *yttre- opåverkbar* orsak. Mammor i den här kategorin menade att de påverkat den för tidiga förlossningen och bar således på svåra skuld känslor. En pappa tänkte att hans rökning kunde ha påverkat utgången. Flera pappor kunde uttrycka att mamman varit bidragande men i replik till intervjuaren säga att hon inte gjort något avsiktligt. Det var endast mammor som tog upp att de mått psykiskt dåligt och papporna gav en liknande bild av mammornas tillstånd. Männerna sa inget om sitt egna känsloliv utan talade endast om hur mamman mått. I de här föräldrarsvaren fördes frekvent dialog mellan intervjuaren och föräldern.

En mamma tog upp att hon varit deprimerad och mycket ledsen under graviditeten. Hon menade att det knaggliga förhållandet till partnern och närstående varit en bidragande anledning till den för tidiga födseln.

Mor 34 (v 34): Jag kände mig rätt apatisk. Eh och väldigt liksom väldigt ledsen å det var mycket tjafs liksom med ingen kommunikation med de närmsta runt omkring. Det kändes motigt och så.

En kvinna trodde att hennes partner möjligtvis klandrade henne för att ha druckit en coca-cola under graviditeten. Hon tyckte inte det var någon idé att ta upp det med honom för hon visste redan vad svaret skulle bli. Maken skulle säga att det inte var hennes fel även fast hon kände att han tyckte det. Kvinnan hade en upprörd och sorgsen röst genom intervjun och sökte svar från intervjuaren. Hon berättade att de hade haft svårt att få barn och att hon hela tiden trott att det varit något fel på henne.

När det talades om stress handlade det uteslutande om mamman. Hon kunde alltid peka ut källan till stressen; arbetsstress, stress på grund av sjuk anhörig och stress som uppkommit på grund av relationsproblem. Flertalet mammor talade om arbetsstress och deras respektive partner uttryckte att de hade en hög arbetsmoral med pressande förväntningar från arbetslaget/chefen. Att bli sjukskriven på halvtid kunde upplevas som mer stressande än att arbeta heltid. En kvinna som var sjukskriven på halvtid bad senare om att få gå upp till 75 procent för att hinna med allting på jobbet. Hon lämnade aldrig in det läkarintyget utan arbetade 100 procent därefter. En annan kvinna tyckte arbetet var spännande men också jobbigt då hon tjänstgjorde i beslutsposition. Hon behövde vara rätt tuff stundtals vilket var svårt att uppfylla i och med en ökad sensitivitet. Det var svårt för henne att förstå att hon inte orkade lika mycket och inte kunde hantera saker och ting som hon tidigare klarat av. Graviditeten upplevde hon som en inre förändring vilken krävde sin egen tid. Det var något hon förklarade som ”en egen konflikt”. Tillslut talade hon med chefen om den stora arbetsbördan som redan innan graviditeten upplevts som krävande. När hon inte hade koll på vad som förväntades uppkom stressen. När hon under en tid var ledig från arbetet mätte hon bättre.

Mor 34 (v 34): Jag fixar inte...Det är en tuff plats utan att vara gravid. Jag kände nu fixar inte jag det här för att jag ÄR gravid. (Paus). Men jag blev väldigt mycket bättre när julhelgen kom för då var jag ledig över hela. Jag sov ju i princip igenom hela.

Tillhörande den här kategorin fanns det kvinnor som kunde uttrycka att de före graviditeten klarade av sitt arbete men inte längre gjorde det. Arbetsbördan var för stor och de fortsatte i samma takt, även fast krafterna inte fanns. Några hade dessutom upplevt starka sammandragningar, konstaterat att det berodde på arbetsstressen, men trappade ändå inte ner. Pappor kunde beskriva en ängslan över att modern hade arbetat för mycket och några av dem funderade över om arbetsbördan kunde ha bidragit till den för tidiga födseln. De uttryckte också att kvinnan hade svårt att varva ner och tog jobbet med sig hem.

Kvinnor beskrev skulden de kände och riktade orsaken inom dem själva. Kroppen kunde upplevas värdelös eftersom den inte kunde bära barnet fullt ut. Vid utebliven medicinsk förklaring var skuld känslor mer märkbara. Möjliga orsakssamband definierades och föräldern förde då ofta en dialog med intervjuaren. Frågor som ”förstår du?” ställdes till intervjuaren vilket kan tolkas som ett behov av att få respons och samtala kring vad som hänt.

#### *Fysiologisk (Inre-opåverkbar).*

Infektion och ärftlighet beskrev föräldrarna som fysiologiska orsaker som funnits inom mamman. Orsaken var ingenting hon kunnat göra något åt (opåverkbar). Föräldrar som svarade infektion refererade oftare till vad vårdpersonal sagt i jämförelse med andra. Pappor gav mest frekvent infektion som orsaksförklaring.

Far 10 (v 24): Men då går man på vad läkarna säger. Nån infektion, nån typ av bakterier. Men det är ju nåt som jag inte har en aning om.

De som uteslutande menade att det hade med ärftlighet att göra hade oftast fått det svaret ifrån sjukvården. Föräldrar tog oftast upp att någon familj- eller släktmedlem fött för tidigt. Svaren var då konkreta och andra förklaringar gavs i mindre utsträckning.

Far 21 (v 35): Jag vet ju att X själv kom en månad för tidigt. Jag tror till och med hennes mamma gjorde det också. Tjejerna i hennes familj har gjort det.

#### *Bebis*

##### *Bebis (Inre-opåverkbar).*

I uttalanden tillhörande den här kategorin började föräldern med att anföra ovissheten kring den för tidiga födseln och nämnde sedan att en medicinsk förklaring uteblivit. Därefter tog de upp att bebisen hade haft bråttom ut eller tryckt på för mycket vilket inte gått att påverka (opåverkbar). Den här förklaringen gavs av få (färre än 10) föräldrar vilka inte tog upp någon annan tänkbar orsak.

Far 09 (v 35): Ingen aning. Det är ingen som sagt något, inte ens en läkare kan säga att de har någon teori. Men hon har varit så aktiv i magen, hon har rört sig. Så hon har väl haft bråttom ut.

En moder menade att barnet ville komma ut och uttryckte att det var förklaringen hon bestämt sig för att ha. Hon berättade att hon frågat läkarna om orsaken men vidareutvecklade inte den meningen. En annan mamma menade att bebisen hade haft bråttom ut men kunde inte förstå anledningen till det.

#### *Yttre orsak*

##### *Fysisk aktivitet (Yttre-påverkbar).*

Aktiviteter såsom flytt, tungt arbete och träning sågs som bidragande anledningar då de varit ansträngande. Föräldrar som tog upp fysisk aktivitet som orsak uttryckte skuld-känslor implicit. Det lät på dem som om den för tidiga förlossningen hade kunnat förhindras (påverkbar).

Det som nämndes mest frekvent inom den här kategorin var flytt. Det hade varit fysiskt ansträngande och krävt mycket spring i trappor.

Far 09 (v 35): Sen var X ganska aktiv ett par dagar innan, för vi flyttade. Hon bar inget, men det var ändå ganska mycket trappor, och det har de sagt kan sätta igång en förlossning. Fast det sa förlossningsläkaren att han var säker på att det inte var.

En man tog upp att partners träningsintensitet kunde ha orsakat den för tidiga födseln. Han tyckte att hon sportat för hårt då hon före träningen också cyklat till jobbet. Det var ingen kvinna som tog upp träning som orsak.

##### *Information (Yttre-opåverkbar).*

Ofullständig information och felaktigt förlossningsdatum togs också upp. Föräldrarna menade att de var orsaker som inte kunnat påverkas (opåverkbar). Majoriteten föräldrar var nöjda med vården på BB och neonatalavdelningen. Några föräldrar menade dock att sjukvården givit ofullständig information under graviditeten och att det kunde ha bidragit till den för tidiga förlossningen.

Känslan av att inte ha blivit tagen på allvar beskriver en mamma som haft ont av sina myom. Hon hade uppsökt sin gynekolog, talat med barnmorskan på MVC och även varit på akuten för besvären. Det var aldrig någon som sagt att myomen kunde leda till för tidig födsel och kejsarsnitt. Hon menade att ansvaret låg på sjukvården som inte informerat henne om hur allvarligt det var.

Mor 29 (v 25): För det tycker jag liksom, en infektion det kan man ju inte göra något åt, men myomen visste man ju om. Jag kanske skulle ha levt på ett visst sätt eller vid minsta tecken att jag skulle ha tagit kontakt...(...) Så man känner att även om de inte säger att det är (betonar) det, så hör man ändå på undertonen att det kan det vara.

Orsaken felaktigt förlossningsdatum tog ett fåtal mammor upp som hävdade att de inte visste när de blivit gravida och/eller antog att sjukvården inte mätt korrekt.

*Ödet (Yttre-opåverkbar).*

Få föräldrar (färre än fem) hävdade att naturen haft sin gång eller att andra krafter spelat in. De här föräldrarna tog upp att de inte fått något klart svar från sjukvården.

Mor 25 (v 31): Eh (kort paus) där kan man ju bara lyssna på vad läkarna säger å de (tystnad/paus)..... Jag tror ju ändå att naturen har lite sin gång. Är det något som är problem så då tar naturen hand om det tycker jag (småskratt).

Uttalanden som tillhör den här kategorin beskriver också en vanmakt. En pappa tyckte att ovissheten kring orsaken blev till en stor livsfråga. Han undrade varför Gud eller någon hade gjort detta mot honom och mamman och i synnerhet mot bebisen. Pappan upplevde att ett straff tilldelats dem från någon högre makt. Känslor av skuld, orättvisa och otur framfördes.

## Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur föräldrar till prematurfödda barn förklarar orsaken till den för tidiga födseln och om orsaksförklaringen ger en indikation på hur föräldrarna hanterar den akuta fasen.

Orsaksförklaringarna resulterade i tre kategorier; förälder, bebis och yttre orsak. Försvarsmekanismer framträdde inom samtliga kategorier och hade som funktion att hantera det ohanterbara (Cullberg, 2006). De kan exempelvis vara indikatorer för svårhanterbara känslor såsom ångest och skuld. Då intervjun ägde rum 2-8 dagar efter förlossning är det tänkbart att föräldrarna var mitt uppe i ett trauma och i en akut kris. Uttalanden tillhörande sub-kategorin psykisk (inre-påverkbar) beskrev hur mammor som fött extremt mycket för tidigt kunde tala i termer som om de fortfarande var gravida. Det skildrar hur mammorna närmade sig realiteten med försiktighet. Enligt Brattberg (2008) är förnekelse det första en människa använder sig av när något oväntat och svårt inträffar.

Det talades om att kvinnan skött sig, möjligtvis för att motverka ett skuldbeläggande. Rationalisering, förnekelse eller existentiellt tänkande kan ha använts för att dämpa ångest och skuld och för att hålla skuldkänslor på avstånd.

I likhet med papporna i Taylors studie (2008) värderade papporna i denna undersökning den informativa källan som gavs av vårdpersonal. Kommunikationen dem emellan uttrycktes vara viktig för att hantera krisen. Inom sub-kategorin information (yttre-opåverkbar) upplevde pappor att de inte fått tillräcklig med information. Det utmynnade i fler frågor som inte fick gehör. Felaktigt förlossningsdatum togs upp där det sades att mätningen inte gjorts rätt. Att det inte spelade så stor roll vad som satte igång förlossningen kunde uttryckas först medan det framkom senare i uttalanden att föräldern onekligen letade efter svar. Möjligheten att omedvetet förneka verkligheten är stor



under den akuta krisen, speciellt när realitetsprövningen är nedsatt under den psykiska regressionen (Cullberg, 2006). En möjlig förklaring till att orsaken riktas mot annat håll kan vara att egna skuldkänslor projiceras. Det fanns en önskan om att få en orsaksförklaring eller att åtminstone få tala om potentiella orsaker. En tolkning är att ett professionellt utlåtande är viktigt för att inte rikta skulden mot sig själv.

Undertryckande av känslor kan ha använts som försvarsmekanism när föräldern uteslöt att prata om mående. Svar som ”vet inte” satte punkt för frågan och kunde därmed inte leda in på något svårhanterligt. Det kan ha varit ett försök till ”att ta sig samman” och inte visa känslor som skuld, oro och sorg. Cullberg (2006) säger att försvarsmekanismer som undertryckande och isolering av känslor kan förlänga krisprocessen. Det förnekade känslolinnhållet kan komma till uttryck senare i bearbetningsfasen i form av ångest och depression.

I en akut kris kan man förvänta sig att föräldrastressen ökar och att de drabbade riskerar att få psykologiska problem (Carter et al, 2007; Davis et al, 2003; Fransson, 2012; Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Nordqvist och Ohlström (2009) gjorde en kvantitativ studie inom ramen för samma projekt som den här uppsatsen. Den visade att föräldrarna till de prematurfödda barnen hade lägre föräldrastress 22 månader efter förlossning än föräldrar till fullgångna barn. De tror dock att föräldrastressen hade varit högre om mätningen gjorts fyra månader efter barnets födsel. Liknande resultat har den här studien visat på då föräldrarna sällan gick in på föräldrarelationens kvalitet och få tog upp hur relationen fungerat under graviditeten. En anledning till det kan vara att det är ett känsligt område att gå in på i synnerhet under en akut kris. Livssituationen sätts på prov och då är det för många rimligt att använda sig av emotionsfokuserad coping, som exempelvis innebär att söka socialt stöd.

Det är intressant att föräldrar valde att ta upp ”bebis” och ”yttre orsaker” som förklaring när vårdpersonal i flera fall sagt att det inte var rimliga skäl. Det kan ha att göra med att föräldrar söker en mening i krisen och försöker att undvika att skuldbelägga sig själva/partnern. Genom att söka en yttre orsak som antingen är påverkbar eller opåverkbar kan skulden dämpas. Tolkningen är att de hanterar krisen utifrån en problemfokuserad coping då de söker en yttre orsak på problemet. I det skedet är vårdpersonalens svar och stöttning av stor betydelse för att strategin ska vidmakthållas. Det som gynnar en problemfokuserad coping i den akuta fasen är stärkandet av föräldrarsjälvförtroendet och en god relation till vårdpersonalen (Fenwick et al, 2008).

Utifrån ett copingperspektiv kan ett existentiellt tänkande både vara effektivt och inte för att hantera en livskris (Thuné-Boyle et al, 2013). Inom sub-kategorin ödet (yttre-opåverkbar) gav föräldrar exempelvis naturens mening och Gud som orsaksförklaring. Beroende på föräldrarnas personliga resurser och sociala nätverk gav det olika utfall. I likhet med ovan nämnd studie användes det existentiella tänkandet både som emotionsfokuserad coping och som undvikandestrategi. Det fanns även en klar distinktion mellan optimism och pessimism i föräldrarnas uttalanden tillhörande den här sub-kategorin.

Generellt sätt tog männen upp hur kvinnan mått under graviditeten och dryftade inget om det egna måendet. Det kan bero på en föreställning om att det är kvinnan som ska

”känna” och mannen som ska ”stödja”. Möjligtvis är det en anledning till varför papporna var förbehållsamma med att uttrycka egna känslor. De speglade sin kvinnas känslor och kunde samtidigt använda sig av problemfokuserad coping vid beskrivning av eventuell orsak.

En hög andel uttalanden inom sub-kategorin psykisk (inre-påverkbar) talade om arbetsstress som påverkbar orsak. Det åskådliggör föräldrarnas vetskap om att det är en psykosocial faktor som kan resultera i en prematur födsel. Oroväckande är att många mammor kände att de inte hade möjlighet att varva ner och fundera över sin graviditet. Mammorna talade om en ökad känslighet vilken Winnicott beskrev som det primära moderstillståndet. Den ökade känsligheten hade mammorna upplevt som påfrestande och som ett hinder i arbetet. De hade inte alltid tid och kraft över till att bearbeta känslor som rörde graviditeten. Resultatet visar att de här mammorna har svårt att skifta fokus från den offentliga världen till den mer lokala världen av familj och vänner. Det sistnämnda lägger vikt vid relationer som förbereder och stöttar övergången till moderskapet (Smith, 1999). Männerna berättade att kvinnan blev stressad när hon inte kunde koncentrera sig på jobbet och det resulterade i utförbara arbetsuppgifter. De män som inte förhindrat kvinnan från att fortsätta i samma takt bar på skuld-känslor för det. Arbetsstressen som föräldrarna tagit upp är något som bör lyftas till familjepolitisk diskussion. Den här studien pekar på att mammor upplever arbetsstressen som en orsak för den för tidiga födseln. Tidigare studier har också visat att stress är en faktor (Glynn, Schetter, Hobel & Sandman, 2008; Lilliecreutz, Sydsjö & Josefsson, 2011).

Mammor vars uttalanden kategoriserats under ”psykisk inre-påverkbar” har mycket skuld-känslor och upplever troligtvis en bristande modersidentitet. De ser sig själva som orsak till den för tidiga förlossningen medan kvinnor som tar upp yttre orsaker försöker hantera situationen med emotions- och problemfokuserade strategier. Tidigare studier visar hur mammor till prematurfödda barn i varierande grad kan känna bristande modersidentitet och att det tar olika lång tid för dem att inta den (Fenwick et al, 2008; Lupton & Fenwick, 2001; Reid, 2000). Cullberg (2006) menar att förklaringar som söks och ges avspeglar många gånger föreställningar den drabbade haft. En tänkbar förklaring till varför de här mammorna skuldbelade sig själva kan vara för att de funderade över svåra tankar som exempelvis: ”Jag har inte kunnat hålla barnet inom mig hela vägen ut”, ”jag har inte kunnat skydda mitt barn” eller ”ville jag verkligen bli gravid?”. Orealistiska skuld-känslor över det inträffade kan därför föras på tal. Resultatet i den här studien visar att prenatala psykosociala förhållanden och föreställningar ger olika orsaksförklaringar i den akuta krisen. I likhet med Rini et al (1999) är personliga resurser av betydelse för att bemästra krisen på ett adaptivt sätt.

Något som var utmärkande för mammor vars uttalanden kategoriserats under ”psykisk inre-påverkbar” var att de skildrade episoder från graviditeten och gav utförliga beskrivningar. Det kan ha varit ett sätt att återvinna moderskapet. De såg sig själva som orsak till den för tidiga födseln och hade förmodligen svårare att känna självförtroende i rollen som mamma (Fenwick et al, 2008; Lupton & Fenwick, 2001; Reid, 2000). Vanligt var också att de förklarade graviditeten som ett hinder för arbetet och/ eller något trist som bara skulle härdas ut. I likhet med Feldman-Reichman (2000) studie använde sig några av de här mammorna av konfrontativ coping. De kunde låta irriterade på intervjuaren och ibland ifrågasätta ställda repliker. Den rådande situationen (akuta

fasen) upplevdes svår och mammornas röst kunde vara nedstämd/upprörd/sorgsen. De här resultaten pekar på att mammor vars uttalanden främst tillhör ”psykisk inre-påverkbar” behöver terapeutisk behandling för att komma ifrån låsningarna i bearbetningsfasen. Salomonsson (2013) beskriver hur detta annars kan bli en ond cirkel ”hur älska ett barn som man haft så svårt att knyta an till medan man bar på det ⇔ skuld för att man inte älskar ⇔ sämre kontakt ⇔ skuld ⇔ svårt att älska ett barn man inte kan knyta an till”. Risken är att de inte kommer att kunna försonas med traumat utan psykiatriska stödinsatser eftersom copingmetoderna är otillgängliga och ineffektiva. Det gör att en nyorienteringsfas inte är möjlig och enligt Garel et al. (2007) studie finns risken att den här gruppen ett år efter förlossning upplever utmattning och depressivitet. Den har också dubbel så stor risk för post-traumatiskt stressyndrom. Föräldrar med tidigare relationsproblem eller psykisk ohälsa kan få den traumatiska händelsen förstärkt. Intressant är att få föräldrar talade öppet om depressiva symtom som tänkbar orsak. Det avspeglar att föräldrar inte känner till att depression kan vara en riskfaktor för prematur födsel.

I likhet med Lupton & Fenwick (2001) upplevde en del föräldrar sig utlämnade och hjälplösa. De hade ett uppgivet tonfall och ställde sig undrande till hur situationen skulle bli. Föräldrar som fött barn extremt för tidigt (före gestationslängd 29) beskrev en vanmakt och hade större benägenhet att skuldbelägga sig själva. Därför är det angeläget att belysa den här föräldragruppen i stort men i synnerhet de som tillhör kategorin psykisk (inre-påverkbar). I den ingår också föräldrar som tidigare fått missfall eller genomgått något liknande. En situation som upplevs hotande är högt korrelerat med personens tidigare erfarenhet av liknande händelser (Howland, 2007). Följaktligen bör samtalsessioner med psykolog/kurator ske omgående efter barnets födsel. På så vis kan föräldrarsjälvförtroendet bli stärkt och en effektiv coping initieras.

#### *Metoddiskussion*

Patton (2002) menar att det krävs förmåga och försök att identifiera kärnan i materialet. Kvalitativ forskning har gått mot att föredra uttrycket tillförlitlighet (trustworthiness) vilket inbegriper trovärdighet (credibility), överförbarhet (transferability), pålitlighet (dependability) och bekräftande (confirmability). Den kvalitativa undersökningen kan fokusera på ett specifikt fall inom en särskild kontext och har som mål att erbjuda skilda perspektiv och snarare uppmuntra till dialog än att finna en absolut sanning.

Trovärdigheten urskiljs i huruvida forskningsresultatet utgör en trovärdig konceptuell tolkning av datamaterialet (Lincoln & Guba, 1985). Den här studiens analys har inte genomförts av intervjupersonen vilket både kan vara en för- och nackdel för validiteten. En intervjuare kan observera gester, mimik, och kroppsspråk som i detta fall inte varit möjligt och följligen försvunnit i transkriberingen. Däremot har inte analysen färgats av intervjupersonens subjektiva tankar om informanterna. För att stödja tillförlitligheten gjordes ett systematiskt men öppet förfarande vid behandling av data som följde Graneheim & Lundman (2003). I analysen finns det en risk för att ursprungsdata förändras. För korta eller för långa meningsbärande enheter påverkar trovärdigheten och kodningen har därför genomförts ”öppet”. Analytikern har noga satt sig in i materialet, utgått från ett helhetsperspektiv och försökt undvika konfirmeringsbias. På det viset har tema, kategorier och sub-kategorier skapats ur datamaterialet (Patton, 2002).

Pålitligheten är en bedömning av kvaliteten på de integrerade processerna för datainsamling, dataanalys och teori. Den här studien utfördes i en reell sjukhusmiljö i samband med en prematur förlossning. Intervjun gjordes utifrån ett semistrukturerat frågeformulär vilket innefattade en rad teman. Studien koncentrerade sig på en fråga från det semistrukturerade frågeformuläret; "Vad tror du är orsaken till att barnet föddes före fullgången tid?" och den avspeglar sig i resultatets huvudtema.

Intervjuns kvalitet grundas till stor del utav intervjuaren själv. Som forskningsverktyg bör intervjuaren vara expert både på ämnet för intervjun och på mänskligt samspel (Kvale, 1997). Intervjuerna för aktuell studie utfördes av två doktorander som var väl insatta i ämnet. I Kvales (1997) kvalifikationskriterier för intervjuare framgår att man bör ha som avsikt att noggrant sätta sig in i informantens upplevelser och uppfattningar. Vidare menar Kvale (1997) att intervjun öppnar för att förstå världen ur den intervjuades synvinkel och med hjälp av en analys belyses erfarenheter ur ett vetenskapligt perspektiv. Datamaterialet som använts i den här studien samlades in med hjälp av diktafon och anteckningar. Ljudkvaliteten var måttligt bra då det som sades kunde höras, dock krävdes viss koncentration för att urskilja ord och meningar. I vissa fall fanns endast en anteckning och det kan påverka studiens pålitlighet (Patton, 2002). Något som efterfrågats under analysarbetets gång var specifika data huruvida föräldrarna fått svar ifrån sjukvården eller inte. Det skulle stärka studiens tillförlitlighet.

Innehållsanalys valdes som analysmetod för att verkligheten skulle kunna undersökas på olika sätt och förståelsen var i beroende av en subjektiv tolkning. En text innehåller alltid många budskap och därför förekommer alltid tolkningar när den bearbetas. Innehållsanalys är en reaktiv metod vilket betyder att forskaren inte påverkar respondenterna som har intervjuats. Det ger en ökad reliabilitet för den här studien. Analysmetoden har också möjliggjort för en saklig beskrivning av genomförandet av exempelvis kodningsschemat (Graneheim & Lundman, 2004).

### *Framtida forskning*

Inledningsvis är det av intresse att se över genomförda uppföljningsintervjuer som utförts fyra månader efter förlossningen. Det skulle ge ytterligare kunskap om hur föräldrarna förklarar orsaken under bearbetningsfasen. De har då tagit sig ur den akuta krisen och har förmodligen mer kunskap om det som hänt dem. Det skulle även vara av vikt att följa upp detta för att få ökad kunskap om hur uttalade orsaker som stress och depressiva symtom påverkar dem fyra månader senare.

Föräldrar till prematurfödda barn upplever ofta ångest och stress på hemmaplan när de själva ska vårda barnet. En framtida studie skulle kunna undersöka om föräldrar som anger "mitt fel" som orsaksförklaring mår sämre fyra månader postpartum än andra föräldrar till prematurfödda barn. Det skulle också vara tänkvärt att göra en randomiserad kontrollerad studie där föräldrar delas in slumpvis. På det viset skulle man kunna studera effekt av extra stöd/vård och se om orsaksförklaringen spelar roll. Baserat på det skulle man kunna se om föräldrar som anger "mitt fel" är mer i behov av konsultation/samtal än de som uppger yttre orsaksförklaringar.

Studier har tidigare visat att föräldrar påverkas av vårdrutiner och vårdpersonalens bemötande (Lundqvist et al, 2007; Lupton & Fenwick, 2001; Garel et al, 2007). Därför skulle det också vara intressant att jämföra föräldrars orsaksförklaring och strategier att hantera den akuta fasen från olika neonatalavdelningar. Resultatet skulle kunna vara en vägvisare för vilka vårdrutiner som fungerar mer eller mindre bra.

#### *Slutsatser*

Föreliggande studie har undersökt hur föräldrar till prematurfödda barn förklarar orsaken till den för tidiga födseln och om orsaksförklaringen ger en indikation på hur de hanterar den akuta fasen. Sammanfattningsvis tyder resultaten på att föräldrar anger inre och yttre orsaker till prematur förlossning som antingen har gått att påverka eller inte. Föräldrar som får en medicinsk orsaksförklaring av sjukvården anger mer frekvent fysiologisk orsak och använder sig av problemfokuserad coping. De förlikar sig med vårdpersonalens svar och ger en realistisk bild av situationen. Föräldrar som ser orsaken som påverkbar bär på en påtaglig skuld och använder sig mer av otillgängliga och ineffektiva copingstrategier. De har upplevt oro, stress och/eller depression under graviditeten och låter nedstämda, upprörda och/eller sorgsna under intervjun. Studien vill belysa att föräldrar till prematurfödda barn som bär på svåra skuldkänslor kan vara en presumtiv riskgrupp. De har ett behov av att prata om det som hänt och att hitta en mening som de kan stå ut med. Frågan är vad som händer med dem som inte hittar en mening? Låsningar i bearbetningsfasen kan vara en risk och en nyorienteringsfas svår att uppnå utan behandling av traumat.

## Referenslista

- Altman, M. (2011) *Moderately preterm infants. Studies of length of hospital stay and neonatal outcome.* Karolinska Institutet, Stockholm.
- Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara. Om coping.* Stockholm: Värkstaden
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Frampton, C. M. A & Darlow, B. A. (2007). Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit: Parental Psychological Status at 9 months. *Acta Paediatrica*, 96, 1286-1289.
- Coussons-Read, M.E., Lobel, M., Carey J.C., Kreither M O., D'Anna K., Argys L., et al. (2012). The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across generation. *Brain, Behavior and Immunity*, 26, 650-659.
- Cranley, Mecca S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling. Samt Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner.* Stockholm: Natur och Kultur
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73, 61-70.
- Fegran, L., Fagermoen, MS & Helseth, S. (2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units- from closeness to detachment. *Journal of advanced nursing*, 64, 363-371.
- Feldman-Reichman, S., Miller, A., Gordon, R & Hendricks-Munoz, K. (2000). Stress appraisal and coping in mothers of NICU infants. *Children's Health Care*, 29, 279-293.
- Feldman, P. J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. A., & Wadhwa, P.D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 715-725.
- Feldman-Reichman, Weller A, Leckman FJ, Kuint J & Edelman IA. (1999). The nature of mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 929-939.
- Fenwick, J., Barclay, L & Schmied, V. (2008). Craving closeness: A grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the special care nursery. *Women and Birth*, 21, 71-85.
- Flacking, R., Ewald, U., Starrin, B. (2007). "I wanted to do a good job": Experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 64, 2405-2416.
- Fransson, E., Örténstrand, A & Hjelmstedt, A. (2011). Antenatal depressive symptoms and preterm birth: A prospective study of Swedish national sample. *Birth*, 38, 10-16.
- Garel, M., Dardennes, M. & Blondel, B. (2007) Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth results of the epipage qualitative study. *Child: care, health and development*, 33, 137-143.
- Glynn, L.M., Dunkel Schetter, C., Hobel, C.J. & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27, 43-51.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., Romero, R. (2008) Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371, 75-84.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Gäddlin, P-O. (2011). Follow-up studies of very low birthweight children in Sweden. *Acta Paediatrica*, 100, 940-949.
- Haelterman, E., Marcoux, S., Croteau, A., Dramaix, M. (2007). Population-based study on occupational risk factors for preeclampsia and gestational hypertension. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33, 304-317.
- Hohmann-Marriott, B. (2009). The Couple Context of Pregnancy and its Effects on Prenatal Care and Birth Outcomes. *Matern Child Health*, 13, 745-754.
- Howland, L. (2007). Preterm Birth: Implications for Family Stress and Coping. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7, 14-19.
- Hughes, M., McCollum, J., Sheftel, D., Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Children's Health Care*, 23, 1-14.
- Kaluza, G. (2000). Changing unbalanced coping profiles: A prospective controlled intervention trial in worksite health promotion. *Psychology and Health*, 15, 423-433.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Levy-Shiff, R. (1999). Fathers' cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of adjustment to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 13, 554-567.
- Lincoln Y. S., Guba E.G. (1985) *Naturalistic Inquiry*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- 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.
- Lilliecreutz, C., Sydsjö, G., Josefsson, A. (2011). Obstetric and perinatal outcomes among women with blood- and injection phobia during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1, 289-295.
- Lundqvist, P., Hellström Westas, L., & Hallström, I. (2007). From Distance Toward Proximity: Fathers' Lived experience of Caring for Their Preterm Infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 490-497.
- Lupton, D & Fenwick, J. (2001). They've forgotten that I'm the mum: constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science and Medicine*, 53, 1011-1021.
- Nordqvist, T & Ohlström, A. (2009). *Föräldrastress och vuxenanknytning hos mammor och pappor till prematurfödda barn*. (Opublicerat examensarbete). Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Olshstein-Mann, O & Auslander, G.K. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parenal) risk? *Health and Social Work*, 33, 299-308.
- Padilla, Y., & Reichman, N. (2001). Low birthweight: Do unwed fathers help? *Children and Youth Services*, 23, 505-530.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Newbury park CA: Sage
- Petersson Dabo, F. (2011). *Genetics and Labor Pain Behavior*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet.
- Raphael-Leff, J. (2005). *Psychological Processes of Child Bearing*. London: Anna Freud Centre

- Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health care*, 4, 23-29.
- Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa P. D., Sandman C. A. (1999) Psychological Adaptation and Birth Outcomes: The Role of Personal Resources, Stress, and Sociocultural Context in Pregnancy. *Health Psychology*, 18, 333-345.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York Springer.
- Salomonsson, B. (2013). *Tryggare kan flera vara: samtal med små barn och deras föräldrar*. Stockholm: Carlsson.
- Saugstad, O.D. (1999). *När barnet föds för tidigt*. Norge: Luther forlag.
- Seideman, R.Y., Watson, M.A., Corff, K.E., Odle, P., Haase, J. & Bowerman, J.L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 169-177.
- Sloan, K., Rowe, J. & Jones, L. (2008). Stress and Coping in Fathers Following the Birth of a Preterm Infant. *Journal of Neonatal Nursing*, 14, 108-115.
- Smith JA. (1999). Identity development during the transition to motherhood: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 281-299.
- Socialstyrelsen (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Medicinska födelseregistret 1973-2009 - Assisterad befruktning 1991-2008.
- Stern, D.N. & Bruschiweiler-Stern, N. (1998) *The birth of a mother. How the motherhood experience changes you forever*. Basic Books, New York.
- Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidigt*. Stockholm: Natur och kultur.
- Taylor, L. S. (2008). A Rites of Passage Analysis of the Families' Experience of Premature Birth. *Journal of Neonatal Nursing*, 14, 56-60.
- Thuné-Boyle, I C.V., Stygall, J., Keshtgar Mohammed, R.S, Davidson, T och Newman, S. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22, 646-658.
- Watson, G. (2010). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1462-1471.
- Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. I Through paediatrics to psycho-analysis (pp. 300-305). London (1982): Hogarth Press.
- Zeanah, C.H. & McDonough, S. (1989). Clinical Approaches to Families in Early Intervention. *Seminars in Perinatology*, 13, 513-522.



Preparation for parenthood is interrupted by premature birth and parents are faced with difficult psychological issues and pressure. This study has obtained data from the project "Premature babies and their parents - a multidisciplinary longitudinal study." The aim of the study is to describe parents' views on what caused the premature birth (gestational length 24+0-35+6). Extracted information from 74 individual interviews (39 mothers and 35 fathers) was analyzed using content analysis. The analysis gave the theme "Internal or external cause - possible to influence or not." Sub-categories were mental (internal-responsive), physiological (internal-non responsive), baby (internal-non responsive), physical activity (external-responsive), information (external-non responsive) and fate (external-non responsive). Based on the results, it is reasonable to assume, that parents who receive a medical explanation more frequently indicate a physiological cause and use problem-focused coping. Parents, who judge the cause as being impressionable, carry significant guilt and use more of inefficient coping strategies.