

Reaktioner och psykosociala konsekvenser hos föräldrar till mycket för tidigt födda barn.

Gunnel Pehrsson och Birgitta Sandén-Eriksson

Att få ett barn som föds mycket för tidigt innebär ett betydande psykologiskt trauma för föräldrarna. De befinner sig i en utdragen kris med stor osäkerhet om barnets överlevnad eller framtida bestående men. Syftet med studien var att fördjupa förståelsen för föräldrars reaktioner och de psykosociala konsekvenserna när ett barn föds för tidigt. Ur en enkät som tillställdes föräldrar till barn vårdade på Barnsjukhuset, Akademiska sjukhuset i Uppsala och födda före utgången av vecka 28 under åren 1991, 1994 och 1994 lyftes 7 öppna frågor ut. Frågorna handlade om föräldrarnas upplevelser under och efter barnets sjukhusvistelse. Föräldrarnas reaktioner under intensivvårdsperioden kännetecknades av kaos, överklighet och ovisshet medan den senare vårdperioden kännetecknades av osäkerhet i föräldrarollen och oro för framtiden. De främsta psykosociala konsekvenserna under sjukhusvistelsen var den splittrade familjen med äsidosättande av syskon och en ansträngd ekonomi. Det viktigaste stödet fick föräldrarna av varandra, anhöriga, föräldrar i samma situation och personalen. Föräldrarnas reaktioner efter barnets hemkomst visade en mera splittrad bild där några tycktes ha bearbetat traumat medan andra fortfarande var starkt påverkade. Studiens resultat indikerar behov av ett program för psykosocialt omhändertagande av föräldrar till för tidigt födda barn.

Gunnel Pehrsson är kurator vid Barnsjukhuset, Akademiska Sjukhuset i Uppsala. Birgitta Sandén-Eriksson, FD, är lektor vid Institutionen för Socialt arbete, Stockholms Universitet.

Bakgrund

Varje år föds i Sverige ca 300 barn före utgången av graviditetsvecka 28 och /eller med en födelsevikt understigande 1000 g (Socialstyrelsen: Medicinsk födelseregistrering 1999). Sextionio av barnen överlever (Finnström, Otterblad-Olausson, Sedin, Serenius, Svenningsen, Thiringer, Tynell, Wennergren & Wesström 1999) men kräver ett högteknologiskt medicinskt omhändertagande under lång tid - ofta på regionsjukhus långt från hemorten. För föräldrarna innebär barnets sjukdom och vård ett betydande psykologiskt trauma som utlöser en krisreaktion

Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2002

(Singer, Salvatore, Guo, Collin, Lilien & Belye 1999, Stjernqvist 1992). Alla föräldrarnas förväntningar inför graviditet och förlossning ställs på huvudet. I stället för en normal förlossning i beräknad tid hamnar de i ett kaos där allt sker snabbt och utan tid för förberedelse. Barnet tas om hand av vårdpersonal, tas ifrån föräldrarna och förs till en nyföddhetsavdelning. Barnets sjukdom, den pressade situationen och intensivvårdens apparatur kan göra det problematiskt för föräldrarna att knyta en normal kontakt med sitt barn (Eckerman & Oehler 1992). Under den första perioden - här kallad intensivvårdsperioden - som ofta varar flera veckor, svänger

415

barnets tillstånd tidvis snabbt mellan lugnare, relativt stabila lägen och livshotande, kritiska tillstånd. Föräldrarna befinner sig i en utdragen akut kris med stor osäkerhet, såväl om barnet skall överleva, som om det skall få framtida, bestående men. I en sådan situation har föräldrarna stort behov av såväl psykologiskt som socialt stöd (Nordström-Erlandsson, 1996).

I en tidigare studie (Sandén-Eriksson & Pehrsson 2002) definierades psykosocialt stöd som medicinsk och social information, socialt stöd från såväl det formella som det informella nätverket, möjligheten att få samtala om de känslor som barnets för tidiga födelse väckt samt möjligheten att delta i vården (anknytningsprocessen). I kartläggning visades att föräldrar till barn födda före utgången av graviditetsvecka 28 och som vårdats på nyföddhetsavdelningen, Barnsjukhuset, Akademiska sjukhuset i Uppsala, var nöjda med den medicinska och sociala information de erhöll. De flesta föräldrar fick stöd i att etablera en känslomässig relation till sitt barn. Det sociala stödet från anhöriga - främst egna föräldrar - var viktigt men för sina psykologiska problem valde föräldrarna att söka stöd från det formella nätverket, dvs sjukvårdspersonalen. Studien visade att medicinsk och social information gavs mer frekvent under intensivvårdsperioden än under den senare delen av vårdperioden - här kallad neonatalperioden. Antalet samtal kring föräldrarnas känslomässiga reaktioner på barnets för tidiga födsel var lågt och minskade över tid. De flesta föräldrar fick stöd i anknytningsprocessen och upplevde vårdpersonalen som ett gott stöd. En tredjedel av föräldrarna uppfattade att de hade kvarstående psykologiska problem orsakade av barnets för tidiga födsel flera år efter händelsen medan få föräldrar rapporterade långvariga sociala och praktiska problem.

Syfte

Denna studie syftar till att fördjupa förståelsen för föräldrars reaktioner och de psykosociala konsekvenserna när ett barn föds mycket för tidigt.

Metod

Föräldrar till 68 barn som fötts före utgången av graviditetsvecka 28 och som överlevt tillställdes en enkät, som fokuserade på vilket psykosocialt stöd familjen fått och hur de ur ett psykosocialt perspektiv fungerade några år efter barnets födelse. Barnen var födda 1991, 1994 och 1997 och hade vårdats vid nyföddhetsavdelningen på Akademiska barnsjukhuset, Uppsala. Föräldrarna till 47 barn besvarade enkäten - 69%. Nitton av de 47 barnen var vid enkätens besvarande inskrivna vid habiliteringen - landstingens verksamhet för barn med funktionshinder. Enkäten besvarades 1999. Barnen var då 8, 5 respektive 2 år gamla. Enkäten innehöll 119 flervalsfrågor samt 24 öppna frågor. I denna studie analyseras sju av enkätens öppna frågor. Dessa frågor handlade om vad föräldrarna praktiskt, socialt och psykologiskt upplevde som svårast under vårdtidens olika faser - intensivvårdsperioden respektive neonatalperioden - vad som hjälpte dem, situationen efter barnets hemkomst samt hur barnets för tidiga födsel påverkat familjen. Antal föräldrar som besvarade varje öppen fråga varierade mellan 23 - 41.

Studien vilar vetenskapsteoretiskt på hermeneutisk grund då syftet var att nå en ökad förståelse genom att tolka ordens mening och innebörd (Kvale, 1997). Målsättningen med studien var dels att öka kunskapen om föräldrars reaktioner i samband med trauma, dels att söka efter praktiska tillämpningar vad gäller behandlingsinsatser. Det empiris-

ka materialet utgörs av föräldrarnas skrivna svar på öppna frågor i en enkät. Samtliga svar i de sju öppna frågorna transkriberades. Det utskrivna materialet omfattade 28 maskinskrivna sidor. Den analysmetod som valdes var meningskoncentrerad följd av meningskategorisering (Kvale, 1997). Vissa kategorier fanns redan från början inbyggda i frågeformuläret, som var uppbyggt efter fokusgruppsintervjuer och där fasindelningen - intensivvårdsperioden, neonatalperioden och tiden efter utskrivningen till hemmet - bedömdes som central.

Varje öppen fråga analyserades för sig i respektive fas. Öppen kodning (Starrin 1991) gjordes för att förstå meningen och innebörden i föräldrarnas uttalanden. Genom att analysera data rad för rad växte teman och mönster fram i texten. Därefter kodades materialet selektivt - dvs kodningen fokuserades mot ett huvudtema. I varje fas växte ett huvudtema fram - liv och död, längtan och väntan samt spår i själen. Inom varje huvudtema återkom kategorierna reaktioner, konsekvenser och stödjande faktorer. Författarna har kontinuerligt diskuterat teman och begrepp under analysarbetet och gjort en gemensam bedömning.

Resultat

Liv och död

Liv och död var det övergripande temat under den första intensivvårdsperioden.

Reaktioner

Reaktionerna under intensivvårdsperioden karakteriserades av känslor av kaos, överlighet, förvirring, ovisshet och hjälplöshet.

"Svårt att fatta vad som hänt, man var så omtumlad av allting." "Man pendlade mellan glädje, hopp, vanmakt och förtviv-

lan." "Det är mycket luckor, allt var ett enda kaos." "Förvirringen och känslan av att inte ha förstått vad som skett."

Ovissheten och hjälplösheten kretsade kring om barnet skulle överleva.

"Det var så otroligt ovissat den första månaden." "Man visste ju inte från dag till dag hur han mätte." "Att inte veta om han skulle klara sig." "Framst ovissheten om liv eller död." "Rent psykologiskt fick man förbereda sig på att kanske mista sitt barn."

Konsekvenser

De psykosociala konsekvenserna kännetecknades av splittrad familj och åsidosättande av syskon.

"Familjen var splittrad under denna tid. Det äldre barnet mätte inte så bra." "Pappa skulle ta hand om storebror, hinna jobba och vara med på sjukhuset." "Att inte få träffa min andra dotter som var hos farmor. Jag kände att jag svek henne." "Det svåraste var att det äldre syskonet hemma kom i kläm. Man drogs mellan hemmet och sjukhuset." "Man levde så totalt isolerad från sitt hem."

Stödjande faktorer

Det viktigast stödet för föräldrarna var det stöd de fick av varandra, av anhöriga och andra föräldrar i samma situation samt av personalen. I stödet från personalen ingick information om barnets tillstånd och föräldrarnas deltagande i barnets vård.

"Vi hade varandra." "Kärleken oss två emellan hjälpte oss. Den blev starkare." "Att vi hade varandra och kunde vara hos barnet båda två och stötta varandra." "Vi pratade mycket med varandra och hjälptes åt att bearbeta det hela."

"Farmor och mormor som hjälpte till praktiskt." "Förstående anhöriga." "En bra hjälp var alla vänner och anhöriga man pratade med."

"Ett annat föräldrapar i samma situation." "Utbyte av erfarenheter med andra föräldrar på neonatalavdelningen." "Andra föräldrar var viktiga för att orka med den tunga tid som följde."

"Samtalen med läkare och personalen." "Förtroende och tillit till den personal som skötte vårt barn." "Att vi kunde få vara på avdelningen så mycket vi orkade och att vi hade direkt medicinsk information och att vi blev mycket bra bemötta på barnsjukhuset." "Den fantastiska stötningen från personalen." "Personalens lugna, vänliga och sakliga bemötande."

Två andra viktiga faktorer som verkade stödjande var en egen okänd inre styrka och barnets kampvilja

"En egen styrka som man inte vet varifrån den kom." "Att se barnets kampvilja." "Att barnets hälsa blev bättre, då mädde jag bättre och det gav mig stöd."

Väntan och längtan

Väntan och längtan var det övergripande temat under den senare vårdperioden - neonatalperioden

Reaktioner

Neonatalperioden var en orolig tid. Psykologiskt handlade oron om osäkerhet i föräldrarollen - både om det egna ansvaret och rädslan för att barnet skulle dö.

"Hur skall vi klara av att sköta om lillan själva?" "Rädda för att åka hem, sam-

tidigt förväntansfulla." "Osäkerhet att själv klara av att sköta barnet i hemmet utan ronder och apparater." "Skulle barnet klara sig utan övervakning och experthjälp." "Tänk om han slutar andas."

Oron för hur man själv skulle klara av att ta hand om barnet var blandad med en väntan på och längtan efter att få komma hem med barnet.

"Man längtade att få hem henne, men man var rädd för att komma hem." "Längtan efter vardagen - att få var ensam med sin familj." "Längtan efter ett normalt familjeliv."

"Väntan på att hon skulle bli tillräckligt mogen för att få komma hem." "Att vänta och vänta på att slippa syrgas."

I denna period levde föräldrarna fortfarande mycket i nuet. Få uttryckte oro för barnets framtida utveckling. Hoppet om en framtid tillsammans med barnet kunde emellertid skönjas.

"Ett mycket starkt barn som verkligen ville leva." "Bara vetskapen om att vi skulle hem." "Förtroendet från läkaren att vi kunde ta hem henne tidigare än beräknat trots låg vikt."

Konsekvenser

De psykosociala konsekvenserna handlade efter flera månaders sjukhusvistelse om en ansträngd ekonomi.

"Ekonomien blev ansträngd. Vi var båda sjukskrivna under hela vårdperioden." "Eftersom vårdtiden var så lång blev det problem med boende, ekonomi mm." "Svåraste problemet just då var ekonomin pga att ena parten som jobbar varit tvungen att ta ledigt mycket."

Stödjande faktorer

Liksom under intensivvårdsperioden kom det viktigaste stödet från andra människor - varandra, andra föräldrar i samma situation, anhöriga och vänner samt personalen.

”Det som hjälpte oss var att vi fick vara tillsammans hela tiden och stötta varandra.” ”Att vi hade stöd av varandra.” ”Sammanhållningen oss emellan.” ”Andra föräldrar var ett stort stöd.” ”Stödet från farföräldrar och andra anhöriga.” ”Engagerad personal som gjorde allt för att stödja och hjälpa. De fanns alltid där för att hjälpa till.” ”Personalen som medmänskligt trots brist på resurser.”

Spår i själen

Traumat att få ett mycket för tidigt fött barn påverkade föräldrarna även lång tid efter barnets födelse. Traumat har satt sina spår i själen.

Efter barnets utskrivning till hemmet

Frågor som avsåg tiden efter barnets hemkomst besvarades dels utifrån förhållandena vid barnets hemkomst från sjukhuset och tiden där omkring dels utifrån förhållandena 2 - 8 år efter barnets födelse dvs vid enkätens besvarande.

Många föräldrar kunde vid enkätens besvarande konstatera att barnet hade medicinska problem med behov av fortsatt sjukvård i hemmet med åtföljande oro för framtiden, andra föräldrar var oroliga för barnets utveckling och eventuella framtida men, och en del hade fortfarande en underliggande oro för att barnet inte skulle överleva.

Reaktioner

Väl hemma med barnet karakteriserades föräldrarnas reaktioner av en allmän oro inför framtiden, en underliggande oro för barnets

utveckling och en tendens till överbeskydd. Många föräldrar uttryckte skuld känslor för åsidosättande av syskon

”Oro och funderingar hur det skall gå för barnet.” ”När M haft feber har jag fått panik och känt rädsla att hon skulle dö.” ”Oron över sen utveckling, att det är något som inte stämmer.” ”Hur skall det gå? Bli det några men längre fram?” ”Vi har en överdriven oro och beskyddarinstinkt för barnen.” ”Syskonen har fått stå tillbaka.”

Konsekvenser

De psykosociala konsekvenserna handlade om svårigheter i anpassningen till livet hemma, känslor av isolering och problem med att möta omgivningens reaktioner

”Att komma tillbaka till livet utanför sjukhuset.” ”Att missa tryggheten på sjukhuset.” ”Jag har känt mig oerhört ensam.” ”Glömmer och skjuter undan ganska mycket av det vanliga sociala livet.” ”Oförståelse från omgivningen var mycket hårt.”

På lite längre sikt tyckts den omvälvande upplevelsen att ha fått ett mycket för tidigt fött barn satt spår i själen som gjort att man fick en annan livsinställning

”Vi har lärt oss att livet är skört. Vi tar hand om varandra.” ”Man tänker på ett helt annat vis. Man blir mera ödmjuk.” ”Man har blivit starkare.” ”Vi har vuxit som människor.” ”En ödmjukhet i synen på livet.” ”Det är lättare att ta utmaningar, som man kanske aldrig skulle ha gjort.” ”Uppskattar glädjen i det lilla.” ”Det har gett oss styrka och en medvetenhet om att livet inte alltid är enkelt.”

Familjesammanhållningen hade för många stärkts men även motsatsen rapporterades

"Familjen har blivit sammansvetsad."
"Familjebilden är mer stärkt, har svetsats samman." "Psykologiskt kom mamma och pappa varandra närmare." "R:s pappa och jag skilde oss." "Det påverkade oss så att vi separerade."

För några familjer hade händelsen satt spår i själen som inneburit bestående "men" för familjen genom svårigheter att bearbeta händelsen

"Allt var kaos. Kommer så här efteråt inte ihåg så mycket." "Den här tiden känns som den varade i evighet när den pågick men efteråt kommer man nästan inte ihåg någonting." "Jag tycker att jag fortfarande inte mår så bra trots att det har gått 2 år. Tänker nästan varje dag på det."

Några föräldrar hade dock kunnat bearbeta händelsen så att barnets för tidiga födsel på sikt inte tycktes ha påverkat dem.

"Ingenting jämfört om man skulle ha fått barn i vanlig tid." "Frågan är hur mycket det skiljer från en vanlig födsel."

De flesta familjer hade vid undersökningstillfället funnit sitt eget individuella sätt att förhålla sig till omständigheterna såsom de blev. Mådde barnet bra mådde också föräldrarna bra oavsett om barnet hade ett handikapp eller ej.

"Man anpassar sig." "S är svårt handikapat. Trots det är hon världens positivaste, gladaste och framför allt den lyckligaste unge man kan tänka sig. Och detta uppväger alla problem." "Allt han kan är en gåva och det är underbart att ha honom."

I en familjs uttalande framgår hur sammansatta känslorna efter att ha fått ett för tidigt fött barn kunde vara och hur oron kan lura bakom hörnet.

"Stor oro och ångest har satt sina spår i våra själar, men eftersom åren gått och barnet vuxit och blivit friskare har detta efterhand bytts ut mot glädje och tacksamhet. Numera är problemen av mycket ringa art, men rädslan för att något skall hända dyker förstås upp emellanåt."

Diskussion

Denna kvalitativa studie begränsas av att vi endast kunnat analysera och dra slutsatser utifrån de skriftliga uttalanden som föräldrarna gjort i enkäten utan möjlighet att ställa förtydligande följdfrågor som vid en intervju. Studien visar de reaktioner föräldrarna redovisade flera år efter barnets födelse.

Föräldrareaktionerna och de psykosociala konsekvenserna såg olika ut beroende på i vilken period i sjukdomsförloppet som barnet befann sig, medan de var förvånansvärt likartade för föräldrar som befann sig i samma fas. Efter utskrivningen till hemmet blev bilden mer splittrad, vilket skulle kunna förklaras av att det hade gått olika lång tid sedan barnen föddes, att graden av medicinska problem hos barnen skiftade samt att varje familj var unik med olika förmåga att bearbeta svåra händelser. Forinder (2000) fann tex vid en uppföljning flera år efter bennmägstransplantation hos barn att ca 1/3 av föräldrarna levde med en obearbetad kris.

Att få ett barn som är mycket för tidigt fött utöser krisreaktioner hos föräldrarna. De hamnar initialt i ett chocktillstånd (Cullberg 1975, Lindeman 1944) som kännetecknas av kaos och överklighet. Föräldrarna utsätts därefter för ett utsträckt trauma med lång tid av ovisshet pga svängningar i barnets tillstånd. De genomgår under det ibland utdragna sjukdomsförloppet ständigt nya kriser i samband med försämringar i barnets tillstånd med åtföljande ökad oro för barnets

överlevnad - s.k. transitioner (Forinder 2000). Kriser som orsakas av långvarig allvarlig sjukdom kan inte bearbetas och läkningsprocessen kan inte påbörjas så länge hotet finns kvar och man känner sig otrygg (Mehlum & Weisaeth 1997, Stjernkvist 1992).

Det sociala stödet från det informella nätverket var enligt vår tidigare studie (Sandén-Eriksson & Pehrsson 2002) av stor betydelse för föräldrarnas förmåga att handskas med sin situation. Även sjukvårdspersonalens stöd var viktigt. Under den första kaotiska, ovissa perioden var de viktigaste trygghetsskapande åtgärderna för föräldrarna att de fick medicinsk information och stimulerades att delta i barnets vård. Under vårdtiden på neonatalavdelningen, när föräldrarnas hopp om ett liv tillsammans med barnet kunde skönjas, och de hade större känslomässigt utrymme att bearbeta sina reaktioner, visade det sig att de framförallt vid psykologiska problem i första hand vände sig till personalen. Det är därför viktigt att personalen har kunskap och beredskap att möta föräldrarnas behov av krisbearbetning.

I vår tidigare studie (Sandén-Eriksson & Pehrsson 2002) framkom att föräldrarna kände sig väl omhändertagna under intensivvårdsperioden. De fick kontinuerlig medicinsk och social information och upplevde att personalen gav dem ett gott psykologiskt stöd. Frekvensen samtal med personalen minskade dock väsentligt under neonatalperioden - i ett skede när utrymmet för känslomässig bearbetning av upplevelsorna kring barnets för tidiga födsel blivit möjlig. Föräldrarna hade då ett stort behov av att få samtala om vad de varit med om under barnets vårdperiod och sin oro inför att själva ta hand om barnet hemma. Efter utskrivningen till hemmet hade alla barn följts upp medicinsk medan endast ett fåtal föräldrar hade erbjudits psykosocial uppföljning.

Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2002

Att stödja föräldrarna är således en viktig uppgift i neonatalvården. Studien visar att föräldrar får ett gott stöd framför allt under intensivvårdsperioden. Emellertid bör stödet förbättras under den senare delen av vårdperioden och efter barnets utskrivning till hemmet och bättre anpassas till den fas där föräldrarna befinner sig.

Det är önskvärt att det psykosociala stödet systematiseras i ett vårdprogram där läkare, sjuksköterska/barnsköterska och kurator deltar. Viktiga komponenter i ett sådant stöd är att återskapa trygghet, rekonstruera traumahistorien och återinfoga individen i nätverk och samhälle (Mehlum & Weisaeth 1997).

Mål i utvecklingen av vårdprogram

Under intensivvårdsperioden

- * Hjälpa föräldrarna att etablera en relation till sitt barn
- * Genom upprepad saklig medicinsk information ge föräldrarnas insikt om barnets tillstånd och därigenom förbättra deras förmåga att hantera sin situation
- * Genom psykosocial rådgivning och insatser lösa akuta sociala problem
- * Ge möjlighet till samtal kring föräldrarnas reaktioner
- * Förbereda överflyttning till annan vårdnivå

Under neonatalperioden

- * Genom fortsatt upprepad saklig medicinsk information ge föräldrarna en realistisk bild av barnets situation och framtida prognos
- * Hjälpa föräldrarna att bygga en stark relation till sitt barn och stimulera dem att aktivt ta del i barnets skötsel och själva ta över mer och mer av vården av barnet
- * Ge mycket utrymme för samtal kring

föräldrarnas tankar och känslor kring nutid, framtid och vad som hänt under vårdperioden inkl händelserna i samband med förlösningen

* Uppmärksamma familjens sociala situation och hjälpa dem att upprätthålla kontakt med sitt sociala nätverk.

* Förbereda föräldrarna inför barnets utskrivning till hemmet

Efter utskrivningen

* Ge möjlighet till uppföljningssamtal.

* Vid behov mobilisera samhällets stödresurser och medverka till ett smidigt överförande till öppenvård, habilitering eller annan medicinsk/ psykologisk uppföljning

Referenser

Cullberg J. (1975) Kris och utveckling. Stockholm: Natur & Kultur.

Eckerman C & Oehler J. (1992) Very-Low Birth weight New born and Parents as Early Social Partners. In: Friedman S, Sigman M, (eds.), The Psychological Development of Low Birth Weight Children. 91-124. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

Finnström O, Otterblad-Olausson P, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K, Tynell R, Wennergren M & Wesström G. (1997) The Swedish national prospective study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. *Acta Paediatr.* May;86(5):503-11

Forinder, U. (2000) I skuggan av cancerbenmargstransplantation hos barn ur ett föräldraperspektiv. Akademisk avhandling. Institutionen för social arbete, Stockholms Universitet.

Kvale, S. (1997) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund. Studentlitteratur

Lindemann, E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101:141-148.

Mehlum, L & Weisaeth, L (1997) Det psykiska traumat - förståelse och intervention i Weisaeth, L. (red) Människor, trauman och kriser. Sid 337-353 Natur och Kultur, Stockholm 1997

Nordström-Erlandsson, B. (1996). Risk and resilience during the neonatal period. Academic dissertation. Department of psychology, Gothenburg University, Sweden.

Sandén-Eriksson B & Pehrsson G. (2002) Evaluation of psyko-social support to parents with an infant born preterm, *Journal of Child Health Care* (March) 6(1)19-32

Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L & Baley J. (1999) Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low birth weight infant. *Journal of American Medical Association*, March 281(9)799-805.

Starrin B, Larsson G, Dahlgren L & Styrborn S. (1991). Från upptäckt till presentation. Om kvalitativ metod och teorigenering på empirisk grund. Studentlitteratur. Lund.

Stjernqvist K. (1992). Extremely Low Birthweights Infants. Development, behaviour and impact on the family. Academic dissertation. Department of applied psychology, department of paediatrics and department of child and youth psychiatry, University of Lund, Sweden.

Socialstyrelsen, Medicinsk födelseregistrering 1999, Statistik: Hälsa och sjukdomar 2001:5. www.sos.se