



Juoell Abied & Linda Louise Eriksson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för Vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X VKG33X

HT 2013

Grundnivå

Handledare: Britt-Marie Bernhardson

Examinator: Gail Dunberger

## **Kvinnors upplevelser vid missfall och deras efterfrågade stödinsatser**

**En litteraturstudie**

## **Women's experiences of miscarriage and their requested support**

**A literature review**

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Missfall är ett vanligt förekommande fenomen i vårt samhälle. I Sverige rapporteras varje år att cirka 17 % av alla gravida kvinnor genomgår missfall. För många kvinnor är missfall en omtumlande händelse i livet som ofta har en djup emotionell påverkan. Missfall är till stor del ett ämne som är tabubelagt att samtala om i vårt västerländska samhälle. Därför har sjuksköterskor en viktig roll i det emotionella stödet till dessa kvinnor, vilket innebär en utmaning i Sverige eftersom vårdtiden för kvinnor som genomgått ett missfall är mycket kort, ofta begränsad till ett dygn.

**Syfte:** Denna litteraturstudie syftar till att belysa kvinnors rapporterade upplevelser av missfall samt vilka stödinsatser de efterfrågar.

**Metod:** Litteraturstudien är baserad på tolv vetenskapliga originalartiklar varav tio stycken hade kvalitativ ansats, en hade kvantitativ och en hade mixad ansats.

**Resultat:** I studien framkom det att upplevelsen av missfall är individuell. Hur kvinnor upplever sitt missfall är till stor del sammankopplat med kvinnans tankar runt sin graviditet. Om kvinnan har börjat fantisera om sitt barn och börjat identifiera sig med en ny identitet som mor, kan ett missfall framkalla komplexa känslomässiga reaktioner. Många av kvinnorna påtalade brister i bemötandet från sjukvården, vilket hade en betydande roll för hur de upplevde missfallet. De efterfrågade mer bekräftelse och ett mer humanistiskt bemötande och vårdande, samt uppföljningar. Studien visade även att kvinnor upplever att de närstående är viktiga stödfaktorer för dem under missfallet.

**Diskussion:** Resultatet visade att det föreligger brister inom vård av kvinnor som genomgått missfall, framförallt genom att kvinnornas emotionella behov inte blir tillgodosedda. Sjuksköterskor som arbetar inom gynekologiska enheten behöver en ökad kompetens och beredskap i vårdandet av kvinnor som genomgår missfall.

**Nyckelord:** Missfall, upplevelser, bekräftelse, sorg, stöd, kvinnor, sjuksköterskor, stödinsatser.

## **Abstract**

**Background:** Miscarriage is a common phenomenon in our society. It is reported that approximately 17 % of all pregnant women in Sweden go through a miscarriage every year. For many women miscarriage is a tumultuous life event that often has a deep emotional impact. Miscarriage is a subject that often is prohibited to talk about in our western society. Consequently this means that nurses have an important role in the emotional support for these women. This can be a challenge in Sweden since the hospital stay for women who go through a miscarriage is very short and often limited to a day.

**Aim:** This study aims to highlight women's reported experiences of miscarriage and their requested support.

**Methods:** This study is based on twelve original scientific articles, of which ten had a qualitative approach, one had a quantitative approach and one had a mixed approach.

**Results:** The study showed that the experience of miscarriage is individual. How women experience their miscarriage is largely linked to a woman's thoughts about her pregnancy. A miscarriage can evoke complex reactions if the woman starts to fantasize about her child and starts to identify herself as a mother. Many of the women complained about the lack of care that was given to them from the health care, which had a significant role in how they experienced the miscarriage. They requested more acknowledgements and more humanistic treatment and care, as well as follow-ups. The study also showed that women feel that relatives are a support factor to them during the miscarriage.

**Discussions:** The results showed that there are flaws in the care of women who has experienced miscarriage, particularly that the women's emotional needs are not met. Nurses who work in a gynecological unit require enhanced skills and preparedness in the health care of women undergoing miscarriage.

**Keywords:** Miscarriage, experiences, acknowledgement, grief, support, women, nurses, support.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
2.1 MISSFALL.....	1
2.1.1 Symtom och diagnostisering av pågående missfall .....	2
2.1.2 Omhändertagande vid missfall.....	2
2.2 SAMHÄLLETS SYN PÅ MISSFALL .....	3
2.3 MISSFALL - EN RISK FÖR PSYKISK OHÄLSA? .....	4
2.4 SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER OCH ROLL VID VÅRDANDET AV KVINNOR SOM GENOMGÅTT MISSFALL .....	4
2.5 SJUKSKÖTERSKANS KOMPETENSOMRÅDE .....	5
<b>3. PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>6</b>
<b>4. SYFTE</b> .....	<b>6</b>
4.1 FRÅGESTÄLLNINGAR .....	6
<b>5. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT</b> .....	<b>6</b>
5.1 SAUK-MODELLEN .....	6
5.1.1 Sauk-modellens fyra grundelement .....	7
<b>6. METOD</b> .....	<b>8</b>
6.1 DATAINSAMLING.....	8
6.2 URVAL .....	8
6.2.1 Inklusionskriterier och exklusionskriterier.....	9
6.2.2 Utvalda artiklar.....	9
6.3 DATAANALYS.....	9
<b>7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>10</b>
<b>8. RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
8.1 KVINNORS UPPLEVELSER AV MISSFALL.....	10
8.1.1 Sorg som upplevelse .....	10
8.1.2 Skuld och självanklagelser .....	12
8.1.3 Identitetskris .....	12
8.2 KVINNORS UPPLEVELSER AV SJUKVÅRDENS STÖD OCH BEMÖTANDE .....	12

8.2.1 Information från sjukvården .....	12
8.2.2 Empati och sympati inom sjukvården .....	14
8.2.3 Terminologi inom sjukvården.....	15
8.3 KVINNORS UPPLEVELSER AV NÄRSTÅENDES STÖD OCH STÖDET FRÅN ANDRA MÄNNISKOR I SAMHÄLLET .....	15
8.4 KVINNORS EFTERFRÅGADE STÖDINSATSER AV SJUKVÅRDEN.....	16
<b>9. DISKUSSION .....</b>	<b>18</b>
9.1 METODDISKUSSION.....	18
9.2 RESULTATDISKUSSION.....	20
9.3 SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER.....	23
9.4 FRAMTIDA FORSKNING.....	24
<b>REFERENSFÖRTECKNING .....</b>	<b>25</b>
<b>BILAGA 1, SÖKMATRIS .....</b>	<b>28</b>
<b>BILAGA 2, GRANSKNING AV STUDIERNAS KVALITET .....</b>	<b>30</b>
<b>BILAGA 3, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT .....</b>	<b>32</b>

## 1. Inledning

Under vår sjuksköterskeutbildning har vi bearbetat och utvecklat en etisk och vårdvetenskaplig grundsyn på människan. En central värdegrund för sjuksköterskan är att människan ses som en unik varelse med en unik livsvärld. Vi har båda fått möjlighet att dela bekantas upplevelser vid missfall och med det som utgångspunkt upptäckte vi en problematik inom vårdandet av kvinnor som drabbats av detta. Gemensamt för berättelserna var att kvinnorna inte fick det stöd de behövde och efterfrågade av vårdpersonalen. En nyfikenhet väcktes och fick oss att vilja fördjupa oss i detta ämne och därmed synliggöra om denna problematik är ett vanligt förekommande fenomen. Genom att synliggöra eventuell problematik hoppas författarna att litteraturstudien ska vara till hjälp för vårdpersonalen i vårdandet av kvinnor som genomgått missfall.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Missfall

Definitionen av missfall enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är när ett foster med en vikt av 500 gram eller mindre stöts ut ur kvinnans kropp. Detta ska ske innan graviditetsvecka 22 och leder då till upphörd graviditet (Adolfsson, 2006). Sedan juli 2008 har Sverige samma definition på missfall som Världshälsoorganisationen. I Sverige gäller att om en osäkerhet finns på graviditetens längd, får fostret vara högst 25 cm långt och inte visa något livstecken när den stöts ut ur kvinnans kropp för att räknas som missfall. Uppfylls inte dessa villkor talar man inte längre om missfall, utan om ett dödfött barn. Innan lagen ändrades år 2008 räknades alla foster som avlidit och stöts ut ur kvinnans kropp innan graviditetsvecka 28 som missfall (Adolfsson, 2009).

Begreppet missfall kan även kallas för spontan abort (Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2005, s. 189). Begreppet missfall tillämpas mestadels i den kliniska praktiken medan begreppet spontan abort vanligtvis tillämpas i den medicinska litteraturen (Adolfsson, 2006). I Sverige rapporteras varje år att cirka 15000 kvinnor av cirka 90000 gravida kvinnor genomgår missfall (Adolfsson & Larsson, 2006).

Inom sjukvården skiljer man på ett tidigt och ett sent missfall. Ett missfall som antas ha skett innan slutet av vecka tolv ses som ett tidigt missfall medan ett sent missfall ska ha skett från vecka 13 till och med vecka 22. Majoriteten av missfallen är tidiga och orsakas av flera olika faktorer som vanligtvis är okända i de enskilda fallen. Forskning visar att cirka två tredjedelar av alla tidiga missfall orsakas av kromosomavvikelse hos fostret. Andra orsaker

till tidigt missfall kan vara missbildningar hos det befruktade ägget, infektioner hos kvinnan, defekter i moderkakan, metaboliska eller endokrina störningar hos kvinnan (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 183-186). Orsaken till sena missfall är oftast okända. Faktorer som kan ge upphov till sena missfall är exempelvis livmodersdefekter som svaghet i livmodertappen, myom, utomkvedshavandeskap och folsyrabrist (Adolfsson, 2009). Det finns även klara samband mellan överdriven alkoholkonsumtion och fosterdöd, då fostrets lever inte är fullt utvecklad och inte kan bryta ner alkohol. Aktiv och passiv rökning är andra faktorer som kan ge upphov till missfall, dels genom nikotinets toxiska effekt och dels genom en negativ påverkan på moderkakans funktion (Burd, Elliot, Odendaal & Steyn, 2009).

### *2.1.1 Symtom och diagnostisering av pågående missfall*

Missfall startar oftast med en vaginal blödning och/eller smärtupplevelse hos kvinnan. Vid ett pågående missfall kan kvinnan uppleva kramp i buken och smärta i nedre ryggen.

Smärtupplevelsen brukar liknas vid mensvärk eller förlossningsvärkar och kan komma i intervaller (Adolfsson, 2006). Blödningen börjar oftast sparsamt med ljust och koagelblandat blod, som sedan vanligtvis övergår till en rikligare vaginal blödning. Blödningen kan fortskrida mellan ett par dagar upp till cirka två veckor innan missfallet blir komplett. Ett missfall är komplett när kroppen stött ut hela graviditeten, det vill säga foster, moderkaka och hinnor (a.a.).

För att kunna diagnostisera ett missfall krävs tre informationskällor. Den första informationskällan är kvinnans beskrivning av blödningen och smärtupplevelsen, samt hennes anamnes. Den andra informationskällan är en gynekologisk undersökning, där läkaren undersöker kvinnans livmoder och livmoderhals. Den tredje informationskällan är ett vaginalt ultraljud, där man kan se om fostret rör sig, om hjärtat slår, eller om det överhuvudtaget finns ett foster i livmodern. Efter att dessa tre informationskällor sammanställts kan läkaren ställa en diagnos (Bergman & Normelli, 2000, s. 116-118).

### *2.1.2 Omhändertagande vid missfall*

I dagsläget finns det ingen behandling som kan stoppa ett redan påbörjat missfall. När kroppen börjat stöta bort en graviditet, är processen redan igång och resulterar alltid i ett missfall. Alla resurser och vårdinsatser ska riktas in på att rehabilitera kvinnan fysiskt och psykiskt (Bergman & Normelli, 2000). När en kvinna går igenom ett tidigt missfall med en sparsammare blödning och har ett bra allmäntillstånd bör hon rekommenderas att åka hem i lugn och ro och låta kroppen stöta ut resterna av graviditeten. När blödningen har avtagit ska

kvinnan åka tillbaka till sjukhuset för att göra ett nytt ultraljud och kontrollera om en kirurgisk behandling i form av skrapning är nödvändig eller inte. Skrapning innebär att kvinnans livmoder töms på blod och att graviditetsrester skrapas bort. Detta leder till att smärtorna avtar och att kvinnan slutar att blöda (Adolfsson, 2009). Fördelen med att låta kvinnans kropp själv få stöta bort graviditeten är att kvinnan då får längre tid på sig att bearbeta sina emotioner och kan bygga upp en djupare förståelse över vad som hänt. När kroppen avbryter graviditeten själv blöder kvinnan mellan ett par dagar till ett par veckor, till skillnad från en kirurgisk eller medicinsk behandling där graviditeten ofta tar slut efter ett par timmar (Fredholm & Johansson Rosander, 2002, s. 107-108).

När kvinnan har nedsatt allmäntillstånd, kraftiga smärtor eller kraftig blödning kan en medicinsk eller kirurgisk behandling vara nödvändig. Medicinsk behandling hjälper kroppen att stöta ut graviditetsrester genom att mjuka upp livmoderhalsen och verka livmoderkontraherande. Vid kirurgisk behandling suges eller skrapas graviditetsrester ut ur livmodern, detta sker vanligtvis under narkos (Borgfeldt et al. 2010, s. 186-187). Vid ett senare missfall sker detta i en tvåstegsprocess där första steget liknar utdrivningsskedet under en normal förlossning. Fostret är då så pass stort att det måste krystas ut. I det första steget injiceras en värkstimulantia i kvinnans livmodershåla, vilket framkallar sammandragningar som gör att fostret stöts ut. I det andra steget utförs en kirurgisk behandling där alla graviditetsrester förs ut. Det är inte alltid som den kirurgiska behandlingen är nödvändig, utan det händer att kvinnan får ut alla graviditetsrester i första steget (Fredholm & Johansson Rosander, 2002, s. 107-108).

## **2.2 Samhällets syn på missfall**

Missfall är den vanligaste komplikationen i samband med en graviditet och är därmed ingen ovanlig förekomst. Missfall är inte ett ämne som det samtalas öppet om, utan tystas ofta ner och anses vara en ensak mellan kvinnan och hennes partner. Inom sjukvården betraktas missfall ofta som en lättare komplikation utan svåra efterföljande komplikationer. Detta kan innebära att sjukvårdspersonal inte prioriterar missfallets emotionella påverkan på kvinnan (Price, 2008). De flesta missfall sker tidigt in i graviditeten, och en tidig graviditet är inte alltid känd för omgivningen. Kvinnan kan därför ha svårt att samtala om sina upplevelser och få en förståelse av omgivningen för de känslomässiga rektionerna (Adolfsson, 2006).

Hur kvinnan hanterar ett missfall är till stor del sammankopplat med kvinnans tankar runt sin graviditet (Hutti, 2005). Dock är det inte ovanligt att kvinnan drabbas av psykisk ohälsa som till exempel sorg, ångest och depression efter ett missfall (Evans, Lloyd, Considine &



Hancock, 2002). En studie gjord av Kong, Lok, Lam, Yip & Chung (2010) visar att en ökad självmordsfrekvens föreligger hos kvinnor första året efter ett missfall. Upp till 25 % av alla kvinnor som genomgått missfall uppvisar tecken som går att sammankoppla med posttraumatiska stressyndrom en månad efter missfallet (Bowles, Bernard, Epperly, Woodward, Ginzburg, Folen, Perez & Koopman, 2006).

### **2.3 Missfall – En risk för psykisk ohälsa?**

Enligt Cullberg (2006, s. 19) kan psykiska kriser uppstå när tidigare erfarenheter inte är tillräckliga för att kunna uppleva den nuvarande livssituationen man befinner sig i som hanterbar. Ett missfall kan leda till en traumatisk kris i form av en depression och kan även upplevas som ett misslyckande. För att kunna begripa de psykologiska symtom som kvinnor kan uppvisa vid ett missfall är det viktigt att ha en kunskap om kvinnors inre känslor (Cullberg, 2006, s.128 & 141).

Det finns en beskriven modell inom psykiatrin som kan användas som ett hjälpmedel för att kunna förstå krisens förlopp. Modellen som beskrivs behandlar fyra krisfaser som benämns; chockfasen (1), reaktionsfasen (2), bearbetningsfasen (3) och nyorienteringsfasen (4) (Cullberg, 2006, s.143). Chockfasen kan ha en varaktighet i några minuter till några dygn och under denna fas har den drabbade ingen verklighetsuppfattning då situationen personen befinner sig i inte är begriplig. Under reaktionsfasen börjar personen förstå det som har skett och börjar här försöka finna en mening med händelsen (Cullberg, 2006, s.144). Under bearbetningsfasen blickar den drabbade framåt istället för att vara kvar i det förflutna där traumat var i centrum. Vid situationer där den drabbade inte har övergått till bearbetningsfasen kan detta tyda på att den drabbade behöver professionellt hjälp (Cullberg, 2006, s.152 & 153). Nyorienteringsfasen bidrar till att personens självkänsla byggs upp, nya intressen skapas och känslor bearbetas under förutsättning att personen har försonats med den traumatiska händelsen (Cullberg, 2006, s.154).

### **2.4 Sjuksköterskors upplevelser och roll vid vårdandet av kvinnor som genomgått missfall**

I en brittisk studie gjord av Evans (2012) som undersökt sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med kvinnor som drabbats av missfall inom gynekologi och kirurgi, belyser sjuksköterskorna att de har ett stressfyllt och krävande arbete. Flertalet av sjuksköterskorna uttryckte att tidsbristen var ständigt närvarande, vilket innebar en signifikant stressfaktor. Sjuksköterskorna i studien vittnade även om att den medicinska synen på missfall är ständigt

närvarande på sjukhusen. Fokus ligger på de fysiska aspekterna och de emotionella aspekterna förbises ofta.

Det framkommer i studien gjord av Murphy & Merrel (2009) att vårdinsatser fördelas så att de kvinnor som har allvarliga fysiska konsekvenser av sitt missfall prioriteras. Det rapporteras i den studien att sjuksköterskorna uttryckte besvikelse över deras arbetssituation. Tidsbristen gjorde det omöjligt för sjuksköterskorna att kunna tillgodose kvinnornas emotionella behov. Tidsbristen ledde även till att sjuksköterskorna inte kunde upprätthålla en god kontinuitet gentemot patienten. Detta skapade frustration hos sjuksköterskorna då de inte kunde ge en vård de själva önskade, samt en besvikelse över hur sjukvårdsorganisationen fungerar på deras arbetsplats i Storbritannien.

Sjuksköterskan har en svår men viktig roll i vårdandet av kvinnan, där dennes emotionella och fysiska behov skall tillgodoses under en kort begränsad tidsperiod. Den genomsnittliga vårdtiden i Sverige för en kvinna som har fått missfall är vanligtvis mindre än ett dygn (Borgfeldt et al., 2010, s. 187-188). Sjuksköterskan ska då hinna hjälpa kvinnan med att börja arbeta fram en acceptans över sin situation för att få en förståelse i det som har hänt. Sjuksköterskans ska enligt Borgfeldt et al. (2010, s. 187-188) vara bekräftande och uppmärksam mot kvinnan och samtidigt identifiera känslor såsom skuld och skam över det inträffade missfallet, samt förmedla att reaktioner av dessa slag är helt normala. Sjuksköterskan ska även informera om vad det är som har hänt och ge tid till frågor, samt förmedla kontakt till en kurator eller psykolog som kvinnan kan samtala med om sina emotioner runt missfallet.

## **2.5 Sjuksköterskans kompetensområde**

Sjuksköterskor har både lagar och etiska koder att följa under vårdandet och tillvägagångssättet. I enlighet med International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan en etisk skyldighet att utföra god omvårdnad och ta ansvar över att dennes fastställanden och omdömen vilar på en moralisk grund (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Sjuksköterskan ansvarar för att omsorg baseras på mänskliga rättigheterna och beaktar människans trosuppfattning, värderingar och sedvänjor. Sjuksköterskan ska erbjuda en vård på ett hänsynsfullt sätt utan att varken kränka individen, familjen eller allmänheten (a.a.).

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) belyser olika åtgärder för att medicinskt förebygga, behandla, samt undersöka skador och sjukdomar. Målet med hälso- och sjukvårdslagen är att en god vård ska uppfyllas under samma premisser för alla medborgare i

samhället. Omsorgen ska präglas av vördnad för den enskilda individens värdighet och alla människors lika värde. En individanpassad vård ska stå i centrum och utformas i samråd med patienten i den grad som det är möjligt (Sveriges Riksdag, 2013).

Socialstyrelsens (2012) handbok för vårdgivare belyser att en god omsorg kännetecknas av att patient och vårdgivare samarbetar, så att patienten blir delaktig i sin vård och där både patient och vårdare jobbar mot ett gemensamt mål. Patienten bidrar med sin expertis om sin kropp, upplevelse, känsla och situation. Sjuksköterskan bidrar med sin kompetens för att kunna tydliggöra behandlingen, sjukdomen och vilka resultat som förväntas. Ett sådant samarbete ger en förutsättning för ett professionellt arbete och bemötande från sjuksköterskan.

### **3. Problemformulering**

I Sverige rapporteras varje år att ca 15000 kvinnor genomgår missfall, vilket visar att det är ett vanligt förekommande fenomen i vårt samhälle. Kvinnor som får missfall kan hamna i en riskfylld farozon då sjuksköterskor, trots lagar och etiska koder om hur vården bör tillämpas, inte alltid kan tillhandahålla den omvårdnad kvinnorna behöver. Då missfall kan vara mycket påfrestande för kvinnan finns det en risk att kvinnan efter missfallet drabbas av psykisk ohälsa. I och med detta är det av vikt att ta reda på kvinnors rapporterade upplevelser efter ett missfall samt sammanställa vilka stödinsatser som efterfrågas för att belysa eventuell problematik som föreligger i vården av kvinnor som fått missfall.

### **4. Syfte**

Syftet med denna studie var att belysa kvinnors rapporterade upplevelser vid missfall och vilka stödinsatser de efterfrågar.

#### **4.1 Frågeställningar**

1. Vilka upplevelser och känslor rapporterar kvinnor?
2. Vilka stödinsatser behöver kvinnor under och efter ett missfall?

### **5. Teoretisk utgångspunkt**

#### **5.1 Sauc-modellen**

I denna litteraturstudie valdes SAUK-modellen som utgångspunkt (Gustafsson, 2004). SAUK-modellen består av fyra del-element och dessa är sympati, acceptans, upplevelser, kompetens och bygger på varandra där varje del-element måste uppfyllas i tur och ordning för att den bekräftande omvårdnaden skall kunna appliceras i praxis (Gustafsson, 2004, s. 139-

142).

Denna bekräftande omvårdnadsmodell valdes eftersom den är ett redskap som kan bidra till att kvinnor som genomgår missfall känner sig uppmärksammade, lyssnade till, respekterade, och unika. En bekräftande omvårdnad stärker kvinnans känsla av att vara betydelsefull vilket ofta leder till en starkare självkänsla och därmed bidrar till att kvinnan lättare kan hantera påfrestande situationer i livet (Gustafsson, 2004, s. 117-119). SAUK-modellen kommer att återfinnas i resultatdiskussionen där den integreras med resultatet i studien

### *5.1.2 Sauk-modellens fyra grundelement*

Sympati är det första del-elementet som måste uppfyllas för att processen i SAUK-modellen skall kunna fullbordas. Patienten ska kunna känna att vårdpersonalen har en medkänsla inför denna och dennes situation. Patienten ska uppleva att vårdpersonalen visar ett stort engagemang och närhet för att denna ska kunna känna trygghet i vårdandet. För att bevara patientens integritet måste dock närheten accepteras av patienten själv. Genom att vårdpersonalen visar sympati kan en god vårdrelation mellan patient och vårdare utvecklas (Gustafsson, 2004, s. 167-170).

Acceptans är det andra del-elementet i SAUK-modellen och ska bidra till en tillåtande atmosfär för patienten. Denna tillåtande atmosfär ska få patienten att känna sig respekterad och accepterad, att alla tankar och uttryck är tillåtna, vilket leder till ett ökat självförtroende och ökad frihet hos patienten. Denna atmosfär kan bli förverkligad när vårdpersonalen blir medveten om sin förförståelse och kan tygla denna (Gustafsson, 2004, s. 180-185).

Upplevelsen är det tredje del-elementet där patientens livsvärldsansats står i fokus. Vårdpersonalen ska få en större förståelse och kunskap om hur patienten upplever sin unika situation och livsvärld, och forma vården efter denna. För att vårdpersonalen inte ska tolka patientens upplevelse och situation med sin egen förförståelse är det viktigt att vårdpersonalen speglar patientens ord ur dennes livsberättelse. Patienten får själv bekräfta vad som stämmer och inte stämmer, så att patienten lär vårdpersonalen hur dennes situation ser ut. Genom detta stärker patienten tron på sig själv, och ser sig själv som en resursrik människa, där patienten själv är aktör och kan påverka sin egen situation (Gustafsson, 2004, s. 196-204).

Kompetens hos vårdpersonalen är det sista del-elementet i SAUK-modellen. Fokus ligger på att stärka patientens livsresurser och livskvalité. Vårdpersonalen hjälper patienten med att hantera och bearbeta emotioner runt dennes livsplan, inre samt yttre miljö. Livsplanen belyser patientens egna mål samt dennes planer med livet. Patientens inre miljö belyser patientens

relation med sig själv, och den yttre miljön belyser patientens relation med andra såsom familj och vänner, samt estetisk, ekologisk och hjälpmedelsvägledning (Gustafsson, 2004, s. 211-220).

## 6. Metod

För att besvara syftet och frågeställningarna i studien valde författarna att göra en litteraturstudie i enlighet med Fribergs (2006) modell. En litteraturstudie skapar en överblick över redan befintlig forskning och sammanställer kunskapsläget inom det valda området (Friberg, 2006).

### 6.1 Datainsamling

Vid datainsamlingen följdes Östlundhs (2006) riktlinjer. Artiklarna inhämtades från databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO. Dessa databaser valdes just för att de hade störst urval av vårdvetenskapliga artiklar. För att kunna avgränsa det valda problemområdet började datainsamlingen med en bredare fritextsökning. Detta ledde till en bra översikt över kunskapsfältet och en djupare förståelse inom problemområdet. Tillvägagångssätten som användes i litteratursökningen dokumenterades under hela processen och presenteras i bilaga 1.

För att artiklarna skulle besvara syftet och frågeställningarna i litteraturstudien utformades sökorden efter dessa. De engelska begreppen omvandlades till ämnesord med hjälp av databasernas tesaurus. Sökorden som användes för att finna artiklarna till studien var följande: *abortion, spontaneous\**, *miscarriage, pregnancy fails, support\**, *experience\**, *coping, health, care* samt *women*. I flertalet av sökningarna användes boolesk teknik och trunkering (Östlundh, 2006). I de fall ämnesorden blev för smala och inte gav några träffar breddades sökningen och en fritextsökning applicerades istället. Fritextsökningarna gjordes även efter utvalda artiklars referenslistor, vilket resulterade i en artikel.

### 6.2 Urval

För att de funna artiklarna skulle motsvara studiens syfte granskades de noggrant. Först fick de gå igenom ett urval baserat på titel och sedan abstrakt. Därefter fick de genomgå ett urval baserat på litteraturstudiens inklusion- och exklusionskriterier som presenteras nedan. De artiklar som passerade denna granskning fick genomgå ytterligare ett urval baserat på en kritisk kvalitetsgranskning i enlighet med Fribergs (2012, s. 138-139) bedömningsinstrument. Dessa bedömningsinstrument presenteras i bilaga 2.

### 6.2.1 Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Sökningarna begränsades till tidskrifter som var ”peer reviewed”, eftersom detta innebär att de är vetenskapligt granskade (Östlundh, 2006). Artiklarna tilläts att vara av både kvalitativt och kvantitativt ansats och skrivna på svenska eller engelska. Ett kriterium var att artiklarna baserats på en vetenskaplig empirisk grund och att de belyst kvinnors upplevelser vid missfall, alternativt belyst vilka stödsatser i samband med missfall som kvinnorna efterfrågat. För att få en så aktuell litteraturstudie som möjligt begränsade artiklarnas publiceringsår till mellan år 2002 och 2013. Artiklar som inte motsvarade studiens syfte uteslöts. Till dessa hörde artiklar som belyste endast partnerns, familjens, läkarens eller barnmorskans upplevelse vid missfall. Även artiklar som enbart belyste de medicinska delarna av missfall uteslöts.

### 6.2.2 Utvalda artiklar

I den första informationsinsamlingen valdes 24 artiklar ut som berörde studiens syfte och som klarade passagen genom inklusions- och exklusionskriterierna. Därefter genomfördes den slutgiltiga granskningen med hjälp av Fribergs (2012, s. 138-139) bedömningsinstrument och efter detta återstod tio artiklar med kvalitativt ansats, en artikel med kvantitativt ansats och en artikel med både kvantitativ och kvalitativt ansats. De tolv artiklarna finns dokumenterade i en översiktstabell i bilaga 3.

## 6.3 Dataanalys

Fribergs (2012) analysmodell användes i studien. I modellen beskriver Friberg (2012) olika steg som kan följas vid en analys.

1. Det första som har gjorts utav författarna är att läsa igenom varje studie ett flertal gånger för att studierna ska förstås och för att få ett sammanhang. Detta resulterade i att författarna fångade in helheten av respektive studie. För att minimera riskerna för feltolkning översattes de engelska artiklarna som författarna hade till sitt förfogande med stöd av lexikon.
2. Sedan har studierna analyserats vidare för att finna likheter och olikheter i teori, metodens tillvägagångssätt, analys, syfte och slutligen i studiernas resultat.
3. Författarna har sedan jämfört artiklarnas resultat för att göra en sammanställning. Därefter har författarna formulerat olika huvudteman och subteman som presenteras i resultatet.

## 7. Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg & Wengström (2013, s. 69-70) ska etiska överväganden alltid finnas med vid urval av artiklar. Detta har författarna beaktat och valt artiklar som har blivit godkända av en etisk kommitté alternativt där etiska överväganden har gjorts. Författarna har lagt stor vikt på att vara objektiva och vidtog åtgärder för att minska påverkan av deras förförståelse på studien. Detta skedde genom att författarna tydliggjorde sin förförståelse både för sig själva och för varandra vid studiens början, för att på så vis lättare kunna sätta den inom parantes (Gustafsson, Hermerén & Petersson, 2005).

## 8. Resultat

Resultatet presenteras genom att författarna efter analys av artiklarna, arbetat fram fyra huvudteman som besvarar studiens syfte och frågeställningar. Två utav fyra huvudteman är indelade i olika subteman. Dessa huvudteman benämns och handlar om; (1) kvinnors upplevelser av missfall, (2) kvinnors upplevelser av sjukvårdens stöd och bemötande, (3) kvinnors upplevelser av närståendes stöd och stödet från andra människor i samhället och (4) kvinnors efterfrågade stödinsatser av sjukvården.

### 8.1 Kvinnors upplevelser av missfall

#### 8.1.1 Sorg som upplevelse

Det har rapporterats i ett flertal studier att kvinnor upplever olika känslor vid missfall men enligt vissa studier har den märkbart dominerade upplevelsen varit sorg över missfallet som reflekteras av känslor som ensamhet, tomhet, ilska, ångest och förlust (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004; St John, Cooke & Coopy, 2006; Gerber-Epstein, Leichentritt & Benyamini, 2009; McCreight, 2008; Maker & Ogden, 2002; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003). Det framgår tydligt i flera av kvinnornas berättelser att de hamnade i chock som ibland visade sig i förnekelse vid diagnostisering av deras missfall (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2002). I studien gjord av Adolfsson et al. (2004) där 13 kvinnor intervjuats visade kvinnor som hamnade i ett chocktillstånd olika reaktioner. Vissa kvinnor begrep inte informationen de fick från vårdpersonalen, och några visade sin förtvivlan i form av gråt. En del ville inte visa sin förtvivlan eftersom de var rädda för att inte kunna kontrollera sig själva då.

Studier visar att för en del kvinnor var missfallet en traumatisk händelse där framtidens ovisshet skapade rädsla då de inte visste hur de skulle gå vidare med livet (Gerber-Epstein et al., 2009; Simmons, Singh, Maconochie, Doyle & Green, 2006). Dock visade studien gjord av

Wong et al. (2003) där 22 kvinnor intervjuats att alla inte behöver uppleva missfallen som traumatiska. Flera kvinnor upplevde att missfallet inte var traumatiskt och detta ledde till att de kände skuld för att de saknade sorgen som många kvinnor enligt dem generella antagandena från samhället, bör känna vid missfall.

Hos en del kvinnor ledde missfallet till en besvikenhet då deras drömmar och planeringar av framtiden rasade (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; St John et al., 2006). Dessa kvinnor kände förlust, hjärtesorg vilket ledde till en negativ påverkan på deras psykiska och/eller fysiska hälsa. De visade sina känslor på olika sätt som exempelvis genom att stänga in sig från omgivningen (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009), ligga i sängen hela dagarna (Adolfsson et al., 2004), gråta i förtvivlan (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; St John et al., 2006) samt genom svårigheter att utföra vardagliga sysslor (Adolfsson et al., 2004). För en del är det på kvällarna när de är avskilda från samhället som de tar ut sin sorg (Adolfsson et al., 2004). De fick även fysiska åkommor som värk i magen, ryggen och upplevde även yrsel (Adolfsson et al., 2004). I studien gjord av Gerber-Epstein et al. (2009) belystes att alla kvinnor inte behöver känna den sorg som är beskrivs av många. Några upplevde att missfallet var en lättnad för dem och att det inte hade påverkat deras psykiska hälsa negativt på grund av att barnet ändå inte var önskat (Gerber-Epstein et al., 2009).

Förlusten är en stor del av sorgen då en del kvinnor upplevde att fostret var ett barn de förlorat (Adolfsson et al., 2004; Murphy & Philpin, 2010). De hade planer för det här barnet, planer för barnets och familjens framtid och när missfallet inträffade upplevde några kvinnor att de blev bortrövade från sina barn. Detta skapade en tomhetskänsla hos dessa kvinnor (Adolfsson et al., 2004). Den känslan som beskrevs ovan delas dock inte av alla kvinnor. I studien gjord av Murphy & Philpin (2010) där åtta kvinnor intervjuats nämnde en kvinna att hon inte upplevt att fostret var ett barn då hon ännu inte känt den sparka. En annan kvinna berättade att hon valde att se sitt embryo som ett foster då hon ansåg att tankar kring missfallet kunde förvärras om hon såg fostret som ett barn (Wong et al., 2003).

Några kvinnor vågade inte känna en glädje över deras graviditet på grund av att de i sitt förflutna fått missfall och oroade sig nu över att det skulle kunna hända igen (Adolfsson et al., 2004; Séjournéa, Callahana & Chabrola, 2009; St John et al. 2006). Dessa kvinnor undvek att fästa sig vid det ofödda barnet för att de försökte skydda sig själva från att uppleva den smärtan igen om ännu ett missfall skulle inträffa (Adolfsson et al., 2004; St John et al. 2006). Några kvinnor beskrev missfallet som en förlust som är en del av dem nu och att förlusten förevigt kommer att finnas kvar som ett minne och som ett ärr (Adolfsson et al., 2004;



Gerber-Epstein et al., 2009). Då denna förlust lever vidare hos många kvinnor fanns det svårigheter med att träffa gravida kvinnor och barn (Adolfsson et al., 2003; Gerber-Epstein et al., 2009; Tsartsara & Johnson, 2002; St John et al., 2006). Detta gjorde att en del kvinnor undvek att vistas med vänner som var gravida (Gerber-Epstein et al., 2009).

### *8.1.2 Skuld och självanklagelser*

I ett flertal studier framkom känslor av skuld och självanklagelser hos de kvinnor som genomgått missfall (Adolfsson et al., 2004; McCreight, 2008; Maker & Ogden, 2003; St John et al., 2006; Wong et al., 2003). En del kvinnor kände ilska och anklagade sig själva för att de ansåg att de måste ha bidragit till missfallet på ett eller ett annat sätt (McCreight, 2008; St John et al., 2006). Vissa kvinnor ansåg att de kunde ha tagit hand om sig själva bättre under graviditeten. De beskrev exempelvis att de har varit för aktiva (Maker & Ogden, 2003) eller borde varit mer aktiva under graviditeten (Adolfsson et al., 2004) samt stressat, rökt eller förtärt alkohol under tiden de var gravida och att detta då var bidragande faktorer till missfallet (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003). Det belystes även att somliga kvinnor upplevde skuld på grund av att de kände att de svek andra genom missfallet och fick således kvinnorna att känna sig misslyckade som människor (Wong et al., 2003). McCreight (2008) rapporterade att en kvinna upplevt skuldkänslor och självanklagelser för missfallet då en läkare berättat att missfallet kan ha berott på hennes övervikt.

### *8.1.3 Identitetskris*

Moderskap ses hos vissa som varje kvinnas rättighet och därmed en självklarhet för att kunna få barn om kvinnan själv vill det (Adolfsson et al., 2004; Simmons et al., 2006). Vid en graviditet gör en del kvinnor planeringar inför den blivande rollen som mamma, detta kan vid ett missfall påverka dessa kvinnor negativt då de ansåg att deras identitet och även rättigheten till att bli mor berövats (Adolfsson et al., 2004; Simmons et al., 2006). I St John et al. (2006) kvalitativa studie baserad på tre kvinnor som intervjuats ansåg alla tre att de kämpade med sin identitet efter missfallet då de upplevt att de var mödrar men numera utan ett barn. Dessa kvinnor hade efter missfallet inget synligt bevis som då kunde representera deras kärlek för barnet. I en annan kvalitativ studie gjord av Gerber-Epstein et al. (2009) där 19 kvinnor intervjuats rapporterades att kvinnor upplevde att de inte skulle bli fullkomliga om inte de blev mödrar då de ansåg att moderskap är relaterat till kvinnlighet. De skapade tvivel om sin egen fertilitet och därmed ett tvivel på om de var kapabla till att kunna bära ett barn.

## **8.2 Kvinnors upplevelser av sjukvårdens stöd och bemötande**

### *8.2.1 Information från sjukvården*

Kvinnorna upplevde att information från personalen varierade. En del av kvinnorna var nöjda med den information de fick och kände att de fick svar på sina frågor (Abboud & Liamputtong, 2002; Simmons et al., 2006; Wong et al., 2003). En majoritet av studerade kvinnor upplevde dock brister i informationen. De ansåg att informationen inte alltid var enhetlig och att de inte fick tillräckligt av den information de hade behövt. Kvinnorna upplevde att de frågor som uppkom i samband med missfallet varken togs på allvar eller fick tid till att ge sig till känna (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003). I Abboud & Liamputtong (2002) studie rapporterades det ett missförstånd som rörde diagnostisering av missfallet. Det framkom att läkaren och sjuksköterskan gett två olika besked till en kvinna. Enligt läkaren var hennes barn dött medan sjuksköterskan hade uppgett att barnet var vid liv. Det visade sig senare att läkaren hade rätt. Kvinnan berättade att hon upplevde den dubbla informationen som fruktansvärd då hennes tankar och emotioner hade pendlat mellan hopp och förtvivlan.

Ett antal av kvinnor i studierna var besvikna över att personalen inte delgav dem information om vilka psykiska och fysiska symptom de kunde förvänta sig i samband med missfallet. De flesta av kvinnorna ansåg att de broschyrer de fick med sig hem inte innehöll tillräcklig information (Abboud & Liamputtong, 2002; Maker & Ogden, 2003; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; Wong et al., 2003).

Ett antal av de kvinnor som blev rekommenderade att åka hem och låta kroppen själv ta hand om missfallet var besvikna på informationen de fick av vårdpersonalen innan hemgången. Kvinnorna berättade att de hamnade i chock när missfallet satte igång. Chocken grundades i att smärtan var mycket stark och intensiv, vilket de inte fått information om på sjukhuset. Kvinnorna saknade även information om blödningsmönstret efter missfallet, de visste inte hur mycket eller hur länge de skulle blöda (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; Simmons et al., 2006).

I åtta av de granskade studierna rapporterade kvinnorna att de sökte efter en förklaring till sitt missfall och frågade personalen varför just de hade drabbats (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003). De flesta av kvinnorna upplevde ett bristande engagemang från sjukvårdspersonalen angående denna fråga och det faktum att de inte fick något svar.

### 8.2.2 *Empati och sympati inom sjukvården*

I artiklarna (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Murphy & Philpin, 2010; Rowlands & Lee, 2010; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003) framkom det att flertalet av kvinnorna upplevde en brist på empati och sympati i sjukvårdspersonalens vårdande. Andra kvinnor (Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Rowlands & Lee, 2010; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003) upplevde sig väl omhändertagna av sjukvården och där det fanns en god empati och sympati gentemot kvinnorna.

Kvinnorna som deltog i en studie gjord av Tsartsara & Johnson (2002) blev vårdade på en specialenhet för kvinnor som genomgått missfall. Dessa kvinnor upplevde att de fick en bra och empatisk vård. Kvinnorna var nöjda med det bemötande de fick av personalen, och upplevde att det alltid fanns en sjuksköterska tillhands som kunde tillgodose deras enskilda behov.

Abboud & Liamputtongs (2002) studie beskrev hur en kvinna kände sig bekräftad av läkarens empatiska handling. Läkaren hade kontaktat henne när hon kommit hem efter sitt missfall för att fastställa hennes välmående. Ytterligare en kvinna hade upplevt att läkaren bekräftat hennes upplevelser då läkaren uppvisade empati och värme genom att hålla kvinnans hand.

Andra kvinnor hade mindre bra erfarenheter av sjukvården i samband med deras missfall (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Murphy & Philpin, 2010; Rowlands & Lee, 2010; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003). De kände att de inte blev bra bemötta av sjukhuspersonalen och att många av deras behov och önskningar inte blev tillgodosedda. Ett flertal kvinnor i studierna (Gerber-Epstein et al., 2009; Simmons et al., 2006; Wong et al., 2003) upplevde att personalen normaliserade deras missfall och behandlade dessa som något helt naturligt. Personalen kunde till exempel uttrycka att missfall inte är något ovanligt och att det är många kvinnor som genomgår detta.

Flera kvinnor berättade om en avsaknad av empati från läkare och barnmorskor när de fick sitt missfall diagnostiserat (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; McCreight, 2008; Rowlands & Lee, 2010; Simmons et al., 2006). En kvinna i studien av McCreight (2008) berättade att hon upplevde en stor brist av medkänsla från läkaren när han diagnostiserade hennes missfall med hjälp av ultraljud. Läkaren hade sagt till kvinnan att hennes barn kommer dö direkt efter födseln och sedan hade han lämnat

rummet. Kvinnan lämnades ensam kvar med sjuksköterskan och fick inte chans att få svar av läkaren på sina efterföljande frågor.

### *8.2.3 Terminologi inom sjukvården*

En del av kvinnorna i studien gjord av Rowlands & Lee (2010) berättade att de ofta hade svårt att förstå innebörden av den medicinska terminologin personalen använde sig av. De var därför tvungna att själva försöka finna en förklaring och en djupare förståelse för vad sjukhuspersonalen hade sagt till dem. Terminologin personalen valde att använda gentemot kvinnorna och hur de valde att benämna kvinnornas missfall hade en betydelse för hur kvinnorna upplevde vårdandet och omhändertagandet under sina missfall (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; Séjournéa et al., 2010; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003).

I elva av tolv granskade studier (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; McCreight, 2008; Maker & Ogden, 2003; Murphy & Philpin, 2010; Rowlands & Lee, 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003) belyste kvinnorna att sjukvårdspersonalen stundvis använde sig av den medicinska terminologin, och benämnde deras förlorade barn som förlorade foster eller embryon. Flertalet av kvinnorna blev berörda av att personalen kallade deras förlorade barn för något som de uppfattade som icke mänskligt. De kände en frustration över att personalen inte delade deras upplevelse av att de precis förlorat ett barn.

## **8.3 Kvinnors upplevelser av närståendes stöd och stödet från andra människor i samhället**

Flera studier rapporterade att närstående som familj, make, vänner och släktingar utgör ett viktigt stöd för kvinnor som genomgått missfall (Abboud & Liamputtong, 2005; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2003; Rowlands & Lee, 2010). Kvinnor som har gått igenom missfall beskrev närståendes närvaro som stöttande och lyhörda för deras upplevelser. De hjälpte kvinnorna efter missfallet dels genom att de försökte uppmuntra dem att vara positiva till framtiden och dels genom att sympatisera med deras upplevelser (Abboud & Liamputtong, 2005; Gerber-Epstein et al., 2009; Rowlands & Lee, 2010). Dock belystes det även att det fanns kvinnor som ansåg att stödet från familjen, slakten, vännerna och maken var bristfällig (Abboud & Liamputtong, 2005; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2003; Rowlands & Lee, 2010; St John et al., 2006). Det rapporterades att de närstående inte kunde bekräfta missfallet och därmed inte kunde bekräfta kvinnans känslor av förlust och

sorg. Ett flertal kvinnor önskade att de närstående haft en bättre förståelse för deras emotioner och den tid det tog att bearbeta dessa (Abboud & Liamputtong, 2002; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2003; Rowlands & Lee, 2010; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002).

Andra faktorer som kunde hjälpa kvinnor i den situation de befann sig i var patienter på sjukhuset och andra kvinnor som upplevt en liknande situation. I ett flertal studier framkom det att vissa kvinnor kände att de blev förstådda när de pratat med andra kvinnor som haft en liknande upplevelse som dem (Abboud & Liamputtong, 2005; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Rowlands & Lee, 2010; Maker & Ogden, 2003). En kvinna berättade i studien gjord av Gerber-Epstein et al. (2009) att hon upplevde att det hjälpte henne när hon pratade med en annan kvinna som fått missfall tidigare. Detta eftersom hon upplevde att den andra kvinnan förstod hennes situation. Det finns även en del kvinnor som upplevt att människor som har gått igenom en liknande händelse och vill hjälpa till gör det på ett otillfredsställande sätt. Alla kvinnor kände sig inte hjälpta av att samtala om missfallet med kvinnor i liknande situationer (Abboud & Liamputtong 2005; Gerber-Epstein et al., 2009).

#### **8.4 Kvinnors efterfrågade stödinsatser av sjukvården**

Majoriteten av kvinnorna som deltog i studierna efterfrågade mer information från personalen på sjukhuset. De önskade att de fått en mer personlig informationsgivning, där det fanns tid till att få svar på de frågor som uppkom i samband med missfallet (Abboud & Liamputting, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003).

Kvinnorna efterfrågade att få reda på vad som orsakat deras missfall. Kvinnorna berättade att om de känt till orsaken till missfallet skulle de förmodligen undkommit många av de självanklagelser och den skuld de kände efteråt (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003). Ett antal av kvinnorna ansåg att mer information hade hjälpt dem att lindra den oro de kände vid nästkommande graviditet efter missfallet. Kvinnorna trodde att de då skulle upplevt en större glädje över nästkommande graviditeten och att de skulle knutit an tidigare med sitt barn (Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006).

Kvinnorna efterfrågade en mer sympatisk och empatisk vård under och efter missfallet. De efterfrågade en stöttande och en bekräftande vård som utgår från hur de själva upplever sitt

missfall (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Murphy & Philpin, 2010; Rowlands & Lee, 2010; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003).

Flera av kvinnorna efterfrågade en vård där personalen kommunicerar med en begriplig och genomtänkt terminologi. Många av kvinnorna kände att personalen använde sig av en okänslig terminologi som gjorde att de blev stötta (Abboud & Liamputtong, 2002; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Murphy & Philpin, 2010; Rowlands & Lee, 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003).

Vidare efterfrågade kvinnorna ett mer pedagogiskt tillvägagångssätt vid diagnostisering av missfallet. Kvinnorna önskade att personalen hade fokuserat mer på att uppmärksamma och bekräfta deras emotioner vid delgivningen av diagnosen (Abboud & Liamputtong, 2002; McCreight, 2008; Simmons et al., 2006). En del av kvinnorna efterfrågade en separat vårdenhets för kvinnor som genomgår missfall (Rowlands & Lee, 2010; Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002). Kvinnorna berättade att det var psykiskt påfrestande att dela vårdenhets med friska gravida kvinnor samt kvinnor som gör planerade aborter eller steriliseringar.

Majoriteten av kvinnorna efterfrågade någon som de kunde samtala med under vårdtiden, någon som förstod dem och hade tid till att sätta sig ner och lyssna till vad de hade att säga (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003).

Flertalet av kvinnorna önskade en uppföljning efter missfallet. De kände att sjukvården prioriterade att rehabilitera dennes fysiska åkommor, men att de emotionella effekterna förbisågs och lämnades till kvinnorna att ta hand om själva. Kvinnorna berättade att en uppföljning skulle få dem att känna sig bekräftade och betydelsefulla. Flera av kvinnorna berättade att de inte hade förmågan att själva söka hjälp hos sjukvården eftersom de inte visste vem de skulle kontakta (Adolfsson et al., 2004; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003). En del av kvinnorna kände sig övergivna av sjukvården och upplevde att de hamnade i ett utanförskap efter sitt missfall. Kvinnorna tillhörde inte mödravården längre, men upplevde att de inte heller platsade in inom den regionala sjukvården efter att deras kropp återhämtat sig efter missfallet (Gerber-Epstein et al., 2009; St John et al., 2006; Wong et al., 2003).

Flera av kvinnorna ville ha ett kontinuerligt samtalsstöd efter sitt missfall. Detta för att lättare kunna bearbeta sina emotioner (Gerber-Epstein et al., 2009; Séjournéa et al., 2010;

Simmons et al., 2006; St John et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002). En del av kvinnorna önskade att de hade blivit sammanförda med en kurator eller psykolog (Gerber-Epstein et al., 2009; Séjournéa et al., 2010; Tsartsara & Johnson, 2002). Andra kvinnor önskade att de hade fått erbjudande om att delta i självhjälpsgrupper för kvinnor som genomgått missfall (Gerber-Epstein et al., 2009; McCreight, 2008; Séjournéa et al., 2010; Simmons et al., 2006; St John et al., 2006). Kvinnor som deltog i självhjälpsgrupper ansåg att dessa grupper är till en värdefull hjälp eftersom de får dela erfarenheter med kvinnor i liknande situationer (Abboud & Liamputtong, 2002; McCreight, 2008; Séjournéa et al., 2010; St John et al., 2006).

## 9. Diskussion

### 9.1 Metoddiskussion

Litteraturstudien baserades på en kritisk granskning av aktuell forskning med avseende på kvinnors rapporterade upplevelser vid missfall, samt på de stödinsatser kvinnorna efterfrågade i samband med missfall. Litteraturstudien baserades på ett noggrant genomfört urval av vetenskapliga artiklar som analyserades, granskades och sammanställdes. Detta gjordes för att skapa en ny helhet med en fördjupad kunskap inom det valda problemområdet med en hög reliabilitet (Friberg, 2006). Litteraturstudien bestod av 12 artiklar, tio artiklar med kvalitativt ansats, en artikel med kvantitativt ansats samt en artikel med både kvantitativ och kvalitativt ansats. Genom att kombinera kvantitativa och kvalitativa artiklar får man enligt Forsberg & Wengström (2013, s. 56) en bred bild av det som undersöks. För att artiklarna skulle besvara syftet och frågeställningarna i litteraturstudien utformades elva sökord. Valet, mängden samt kombinationen av sökord som används i en studie kan ha en påverkan på resultatet (Östlundh, 2006). Med fler sökord, och andra ordkombinationer hade författarna möjligtvis kunnat bredda studien. Dock användes i flertalet av sökningarna boolesk teknik och trunkering. Detta gjordes för att precisera sökningen och öka antalet relevanta träffar samt minska antalet irrelevanta träffar vilket anses vara en styrka i studien (Östlundh, 2006).

De funna artiklarna genomgick ett urval baserat på tre steg. Det första urvalet begränsades till artiklarnas titel och abstrakt, vilket kan ha inneburit att relevanta och aktuella artiklar som motsvarade studiens syfte kan ha förbigåtts. Det andra urvalet begränsade artiklarna till uppsatta inklusions- och exklusionskriterier. Artiklarnas publiceringsår begränsades till år 2002 - 2013 då det är en styrka att basera en studie på den mest aktuella forskningen (Östlundh, 2006). Författarparet har i efterhand diskuterat Östlundhs resonemang eftersom man kan ifrågasätta om det är tidpunkten för ett upplevt fenomen som avgör dess relevans

ur ett vetenskapligt perspektiv. Författarna har reflekterat över detta och insett att det fastställda tidskriteriet utgör en risk för att flera äldre artiklar från det föregående årtiondet, som svarar mot studiens syfte har förbigåtts, vilket kan ha påverkat resultatet.

Inklusionskriteriet att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska medförde att flera artiklar skrivna på japanska, franska och spanska gallrades ut. Resultatet kan eventuellt ha blivit påverkat av att engelska inte är författarparets modersmål, eftersom misstolkningar kan ha skett när engelska artiklar analyserades och är därmed en svaghet i denna studie. För att minska risken för misstolkningar av de engelska artiklarna har författarna tolkat texterna enskilt och sedan jämfört resultaten, för att nå hög reliabilitet. Det slutgiltiga urvalet baserades på en kritisk kvalitetsgranskning i enlighet med Fribergs (2012, s.138-139) bedömningsinstrument, vilket är en styrka i denna studie. Artiklar som inte redovisade sin metodbeskrivning utförligt gallrades därför bort. Även artiklar där syftet eller problemformuleringen inte var tydligt beskriven, samt artiklar där det inte återfanns ett etiskt resonemang gallrades bort. En möjlig svaghet med användandet av Fribergs (2012, s.138-139) bedömningsinstrument är att författarparet själva var tvungna att bedöma i vilken grad artiklarna uppfyller dem. En sådan bedömning blir aldrig helt objektiv och det är mycket troligt att andra författare hade gjort bedömningen annorlunda och därför kommit fram till ett annat resultat.

För att undvika subjektiva tolkningar av artiklarna analyserade författarna dem först enskilt ett flertal gånger, för att sedan sammanställa dem gemensamt. Validiteten i studien bedöms vara stark då resultatet svarar mot studiens syfte och belyser kvinnors upplevelser och efterfrågade stödinsatser i samband med missfall, vilket är det relevanta för studien.

Studien belyser enbart kvinnors upplevelser och detta är ett medvetet val av författarparet som gjordes för att begränsa syftet. Syftet skulle vidgas om även mäns upplevelser undersöktes. Ett annat medvetet val författarna gjorde var att inkludera artiklar som var skrivna av författare från olika kulturer, då Sverige är ett mångkulturellt samhälle. Ett mål med denna studie var att medvetandegöra den problematik som åligger sjukhusvården av kvinnor som genomgår missfall, oavsett vilken kultur de härstammar ifrån. Resultatet i studien är baserat på artiklar från Storbritannien, Australien, Frankrike, Sverige, Israel och Nordirland. Resultaten i dessa artiklar hade en stark samstämmighet om kvinnors rapporterade upplevelser och vilka stödinsatser de efterfrågade, vilket gjorde det lätt att identifiera teman och subteman till litteraturstudiens resultat. Samstämmigheten i artiklarnas resultat påvisar att litteraturstudiens resultat har en överförbarhet till den svenska sjukvården samt till vården i ovan nämnda länder.



Författarna inser att studiens resultat inte ger en helt representativ bild över alla kvinnor som genomgår missfall. Kvinnorna som medverkade i de studier som de granskade artiklarna baserades på ställde upp på frivillig basis och i två av artiklarna rekryterades kvinnor från självhjälpgrupper och internetforum som berör ämnet missfall. Troligtvis förelåg det därför ett behov hos många av de medverkande kvinnorna att samtala om sina upplevelser. Det är rimligt att anta att kvinnor som känner ett sådant behov påverkar resultatet i de studier de deltar i på ett annorlunda sätt än vad helt slumpmässigt utvalda kvinnor som genomgått missfall skulle ha gjort. Det är därför även rimligt att anta att resultatet av denna litteraturstudie skulle varit annorlunda om den baserats på artiklar med ett helt slumpmässigt urval av deltagare och ett minimalt bortfall.

## 9.2 Resultatdiskussion

Resultatet visas i fyra teman och i första temat belyses kvinnors psykiska och fysiska upplevelser av missfall. Missfall kan vara en stor händelse i kvinnors liv och kan därmed påverka deras livssituation negativt. Trots att en del artiklar visade att vissa kvinnor inte upplevde händelsen som märkbar fanns det ett flertal kvinnor i dessa artiklar som upplevde missfallet som påtaglig. Ett antal kvinnor upplevde att missfallet kom som en chock för dem vid diagnos och upplevde därmed missfallet som traumatiskt. Chockfasen bidrog med att vissa kvinnor inte kunde begripa det personalen sagt. Den bidrog även med att en del kvinnor förnekade förlusten, vilket kan relateras till Cullbergs (2006, s. 143) krisförlopp där chockfasen är den första fasen, och upplevs först hos en person som upplevt något traumatisk. Cullberg (2006, s.143) menar att när en person upplever en händelse som traumatisk och hamnar i chock, inte har någon verklighetsuppfattning och kan därmed inte begripa den situation de är i.

Vissa kvinnor upplevde en enorm sorg efter missfallet då de kände att de förlorat det de drömt och planerat om inför framtiden. Detta fick vissa kvinnor att känna sig misslyckade som individer. De upplevde att de förlorat rättigheten till att bli mor och önskan till ett efterlängtat barn. Händelsen hade en påverkan på deras psykiska och fysiska hälsa. Enligt Cullberg (2006, s. 128) kan kvinnor som precis har varit med om ett missfall hamna i depression och uppleva ett misslyckande med att inte ha kunnat hålla kvar barnet. Dessa upplevelser som är beskrivna ovan kan knytas an till andra fasen i krisförloppet som är reaktionsfasen. Här har kvinnan börjat förstå vad som har hänt och i denna fas finns det en risk för att utveckla psykisk ohälsa. Cullberg (2006, s. 144) beskriver vikten av att vårdaren stödjer personens egna resurser för att den drabbade ska kunna övergå till bearbetning och

nyorienteringsfasen som är dem två sista faserna i krisförloppen. För vårdaren är det viktigt att ha en kunskap om krisens förlopp för att bidra med hopp om en bättre framtid (Cullberg, 2006, s.152-154).

I tema två som handlade om kvinnors upplevelser av sjukvårdens stöd och bemötande framkom det att det fanns en del kvinnor som var nöjda med given information från vårdpersonalen. Dock upplevde majoriteten av kvinnorna brister vid informationsgivning. Kvinnorna upplevde missnöje med att de inte fick tillräcklig med information om missfallets psykiska och fysiska konsekvenser. Enligt McCabe (2003) studie om sjuksköterska - patientrelationen gjord i Irland, ska en sjuksköterska och patientrelation vara baserad på en öppen och ärlig kommunikation. Denna öppna och ärliga kommunikation är en väsentlig del i vårdandet eftersom det kan leda till att patientens hälsa främjas. En bristande oärlig kommunikation kan leda till att sjuksköterskan stjälper patientens välmående och trygghet.

Författarna till denna litteraturstudie anser att resultatet visade att det brister i kommunikationen mellan kvinnorna som genomgått missfall och vårdpersonalen. Detta då en del kvinnor tyckte att informationen som vårdpersonalen gav inte var enhetlig. Kommunikationen och relationen mellan vårdpersonalen är av betydelse för att kvaliteten i vårdandet ska bli bättre. Brister det i kommunikationen brister det även i vårdandet av patienter enligt studien gjord av Molazem, Ahmadi, Mohammadi & Bolandparvaz (2010) som är gjord i Iran och undersökte sjuksköterskors uppfattning av vad som främjar kvaliteten i vårdandet.

Resultatet visade att flertalet kvinnor upplevde att vårdpersonal hade svårigheter att visa empati och sympati gentemot dem. Detta kan undvikas genom att vårdpersonalen använder sig av SAUK-modellen som är en bekräftande omvårdnadsmodell, ett redskap i vårdandet där första del-elementet i modellen är sympati. Del-elementet sympati belyser vikten av att vårdaren visar sympati genom medkänsla och engagemang för kvinnan och hennes situation. Detta kan leda till att kvinnan upplever trygghet med vården och kan även leda till att en god relation etableras mellan vårdaren och kvinnan (Gustafsson, 2004, s. 167-170). Det här kan styrkas av McCabe (2003) som menar att sjuksköterskor som visar sympati och empati bekräftar patienten i dennes situation.

Vissa kvinnor blev upprörda och ledsna över att vårdpersonalen använde sig av opassande komplexa medicinska termer. De önskade att vårdpersonalen kunde kommunicera med en begriplig terminologi. Detta tyder på att det är av betydelse att sjuksköterskor skapar en individanpassad vård som handlar om att kommunicera med ett språk som patienterna förstår (McCabe, 2003). Vi har tidigare i vår bakgrund nämnt hälso- och sjukvårdslagens

ställningstagande till individanpassad vård. Lagen menar att en individanpassad vård ska bedrivas och vara ständigt i fokus (SFS 1982:763). I bakgrunden nämner vi även att sjuksköterskan har enligt ICN, etiska skyldigheter att bedriva en god omvårdnad baserad på ett hänsynsfullt bemötande. Det innebär att patienten inte får känna sig förolämpad av sjuksköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Resultatet visade att ett flertal kvinnor upplevde att sjukvårdspersonalen brast i sitt handlande och bemötande och därmed gick sjuksköterskorna emot de etiska skyldigheterna de har i enlighet med ICN's etiska kod.

En del kvinnor upplevde att deras behov inte blev tillgodosedda av vårdpersonalen. De önskade att de kunde bli mer stöttade och bekräftade. Detta kan knytas an till SAUK-modellens andra och tredje element som benämns acceptans och upplevelseelementen. Vårdpersonalen måste i acceptansfasen spegla en stämning som är öppen för kvinnans känslor och tankar och där vårdpersonalens egen förförståelse sätts inom parentes. Detta kan leda till att kvinnan känner sig accepterad, respekterad och kan även bidra med att kvinnans självförtroende ökas (Gustafsson, 2004, s. 180-185). Efter att detta har gjorts går vårdpersonalen vidare till tredje elementet som är upplevelsefasen där kvinnans livsvärld står i fokus. Här är kvinnans upplevelser av sin situation i fokus. Genom att vårdpersonalen låter kvinnan berätta om sina upplevelser kring den unika situationen får vårdpersonalen en kunskap om kvinnans situation och därmed behov. Kunskapen som personalen erhåller i den tredje fasen gör att de får möjligheten att vårda kvinnan utifrån hennes egna upplevelser av sitt missfall (Gustafsson, 2004, s. 196-119).

I denna studiens bakgrund beskrevs det att sjuksköterskan har en betydelsefull roll i vårdandet av kvinnan där sjuksköterskan bland annat ska tillfredsställa kvinnans fysiska och psykiska behov. Sjuksköterskan ska även kunna förmedla kontakt till en psykolog eller kurator (Borgfeldt et al., 2010). Dock visade vårt resultat att en del kvinnor upplevde det motsatta. Flertalet av kvinnorna upplevde att deras psykiska behov försumrades då prioriteringen var att behandla de fysiska åkommorna. En del önskade att de kunde ha blivit sammanförda med en psykolog eller kurator för att skapa en dialog om sina upplevda känslor.

Majoriteten av kvinnorna uttryckte att de behövde få svar på sina frågor efter missfallet och önskade att vårdpersonalen hade tid för det. Vårdpersonalen har enligt lag skyldigheter att med sin kompetens, ge information till patienten gällande den aktuella situationen och vad som kan förväntas (Socialstyrelsen, 2012). Vårdpersonalen ska vara i dialog med patienten för att informationen ska ges på bästa sätt. Dialogen gör att patienten kan känna sig delaktig i sin vård och därmed kunna medverka i den (a.a.). De efterfrågade även att det skulle finnas kontinuerliga samtal med vårdpersonalen och att det skulle finnas tid för uppföljningar.

Författarna till denna studie anser att det bristande vårdandet kan till stor del relateras till tidsbristen inom vården. Tidsbristen lyfts även upp i litteraturstudiens bakgrund där Murphy & Merrel (2009) beskrev sjuksköterskors upplevelser i samband med vården vid missfall, där de uttryckte att tidsbristen var konstant närvarande och hindrade dem för att kunna ge en vård där kvinnornas behov blev tillgodosedda. Detta stryks av Molazen et al. (2010) som rapporterar att sjuksköterskorna upplevde en ständig tidspress där de är konstant upptagna med att utföra rutiner som upptar all deras tid. De upplevde att tidsbristen ledde till att patienters behov inte kunde tillgodoses. Hade sjuksköterskorna haft mer tid hade patienterna upplevt vårdandet som mer tillfredställande.

För att kunna tillgodose kvinnornas behov gällande uppföljningar och kontinuerliga samtal kan vårdpersonalen använda sig av det sista del-elementet i SAUK-modellen. Enligt SAUK-modellens sista element som handlar om vårdpersonalens kompetens, gäller det här att hjälpa patienten att hantera känslor gällande dennes livsplan, resurser och närmiljö (Gustafsson, 2004, s. 211-220). SAUK-modellens sista fas är viktig att inplantera i vårdandet av kvinnor som genomgått missfall. Om det ges möjlighet till uppföljningar och kontinuerliga samtal får personalen chans att kunna fullgöra det sista delmomentet, där personalen använder sig av sin kompetens för att hjälpa kvinnorna att hantera sina emotioner runt sitt missfall. Dock är författarna tveksamma på om detta element går att applicera fullt ut i vården av kvinnor som fått missfall då majoriteten av kvinnorna inte fick någon uppföljning eller samtalsstöd. Författarna anser även att tidsbristen kan skapa ett hinder för vårdpersonalen att kunna fullfölja alla steg enligt SAUK-modellen, för att en bekräftande omvårdnad ska kunna upplevas. Ett ytterligare möjligt hinder för att SAUK-modellen ska kunna möjliggöras är den genomsnittliga vårdtiden för kvinnor som genomgått missfall som ligger på 24 timmar (Borgfeldt et al., 2010). Med dessa påståenden uttryckta anser författarna att SAUK-modellen har en tendens att falla vid tillämpning i vårdandet av kvinnor som fått missfall i Sverige. Hade den genomsnittliga vårdtiden för missfall varit längre och denna studies resultat visat på att majoriteten av kvinnorna fått uppföljningar och möjlighet för samtal hade författarnas argument varit det motsatta.

Författarna anser att syftet i denna studie, som var att belysa kvinnors upplevelser och vilka stödinsatser de efterfrågar, har besvarats.

### **9.3 Slutsats och kliniska implikationer**

Denna litteraturstudie visar att missfall kan vara en stor händelse i en kvinnas liv, och kan ha en djup och lång emotionell påverkan. Planer om framtiden kolliderar och identiteten som

kvinnor och som mor går förlorad. Majoriteten av kvinnorna i studierna upplevde sorg och förlust över missfallet och därmed en påverkan på deras psykiska hälsa. Litteraturstudien visar att kvinnor är i behov av att bli uppmärksammade och bekräftade av vårdpersonalen. De vill att även emotionella aspekter ska uppmärksammas och behandlas. Detta tyder på att vårdpersonalen har en stor roll i förhindrandet av psykisk ohälsa. Genom att vårdpersonalen lyssnar på kvinnorna och bekräftar dem i deras upplevda situation kan kvinnors hälsa efter ett missfall främjas. Att kommunicera har betydelse hos kvinnor som genomgått missfall. De efterfrågade information om missfallet och värderade vårdpersonalens förmåga att kommunicera högt. Det framkom även att eftervård som uppföljningar och kontinuerliga samtal var önskvärt hos många kvinnor och att flertalet upplevde att detta inte blev tillgodosett. Det finns potential till förbättrad omvårdnad av kvinnor som genomgått missfall genom att erbjuda uppföljning, där det finns tid att svara på frågor och ge information. Det är därför av betydelse att vårdpersonalen kan möta dessa kvinnors behov för att kunna hjälpa dem igenom sitt missfall. Vårdpersonalen ska även vara empatiska i mötet med kvinnan och behandla varje enskild kvinna som en unik varelse med unika behov. Denna litteraturstudie visar att vårdpersonalen behöver se hela kvinnan och dennes behov, inte bara fysiska symtom utan även de psykiska, sociala och existentiella. Vårdpersonalen behöver få förutsättningar, som tid och utbildning för att de skall kunna utföra ett sådant vårdande. Skapas inte förutsättningar för detta samtidigt som personalen inte ser vikten av att behandla hela kvinnan finns det en risk att kvinnor blir lämnade ensamma med sina tankar och därmed finns en ökad risk för utvecklandet av psykisk ohälsa.

#### **9.4 Framtida forskning**

I litteraturstudien framkom det att flertalet av kvinnorna inte kände att samhället och sjukvården förstod deras subjektiva upplevelser. Detta visar att det föreligger en kunskapsbrist om hur kvinnor upplever fenomenet missfall. Missfall är ett ämne som till stor del är tabubelagt i vårt samhälle. Med en fortsatt forskning inom detta område där man belyser kvinnors emotioner och vilka stödinsatser de efterfrågar av samhället och sjukvården, kan en ökad kunskap nå ut till samhället och till sjukvårdspersonalen. Detta leder förhoppningsvis till att attityden förändras i samhället och i sjukvården och att en djupare förståelse skapas gentemot kvinnor som genomgår missfall. Vidare forskning bör även studera vilka konsekvenser ett bristande bemötande, bristande informationsgivning, och negligierande attityd från sjukvården kan ha för påverkan på kvinnors hälsa under en längre tid.

För att förbättra vården vid missfall och framförallt det emotionella stödet för kvinnor behövs fortsatt forskning där man undersöker hur vården vid missfall upplevs utifrån flera olika perspektiv, och inte enbart från de drabbade kvinnornas perspektiv. En fortsatt forskning utifrån sjuksköterskornas perspektiv om deras upplevelser av att arbeta i en miljö där de ständigt möter och vårdar kvinnor som genomgått missfall är nödvändig för att identifiera vilka brister och behov sjuksköterskorna anser föreligger inom vårdpraxis.

## Referensförteckning

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, (1), 3-18.
- Adolfsson, A. (2009). Blödning under tidig graviditet. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor* (s.118-124). Lund: Studentlitteratur
- Adolfsson, A-S. (2006). Miscarriage: Women's Experience and its Cumulative Incidence. *Diss. Linköpings universitet*.
- Adolfsson, A., Larsson, P-G., Wijma, B., & Berterö C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health care for women international*, 25, (6), 543-560.
- Adolfsson, A., & Larsson, P-G. (2006). Cumulative incidence of previous spontaneous abortion in Sweden in 1983-2003: a register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 741-747.
- Bergman, O., & Normelli, A. (2000). *Den lilla sorgen - en bok om missfall*. Smedjebacken: Fälth & Hässler
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., Andersson, U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur
- Bowles, S.V., Bernard, R.S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R., Perez, T., & Koopman C. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *The Journal of Family Practice*, 55, (11), 969-973.
- Burd, L., Elliott, A., Odendaal, HJ., & Steyn, DW. (2009). Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome. *Gynecologic and Obstetric investigation*, 67, (1), 1-8.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Evans, L., Lloyd, D., Considine, R., & Hancock L. (2002). Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: a hospital based study. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42, (2), 155-160.
- Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26, (42), 35 – 41.
- Fredholm, K., & Johansson Rosander, I. (2002). *Vill ha barn*. Falun: Bauer Bok
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133- 143). Lund: Studentlitteratur
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R.D., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death studies*, 33, (1), 1-29.

- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad, SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur
- Hutti, MH. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, (5), 630-638.
- Kong, W.S.G., Lok, H.I., Lam, M.P., Yip, S.K.A., & Chung, K.H.T. (2010). Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50, (6), 562-675.
- Maker, C., & Ogden, J. (2003). The Miscarriage Experience: More Than Just a Trigger to Psychological Morbidity? *Psychology & Health*, 18, (3), 403-415.
- McCabe, C. (2003). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- McCreight, B-S. (2008). Perinatal Loss: A Qualitative Study in Northern Ireland. *Omega*, 57, (1), 1-20.
- Molazem, Z., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Bolandparvaz, S. (2011). Improvement in the nursing care quality in general surgery wards: Iranian nurses' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 350-356.
- Murphy, F., & Merrel, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of clinical nursing*, 18, (11), 1583-1591.
- Murphy, F., & Philpin, S. (2010). Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing Studies*, 47, (5), 534-541.
- Price, SK. (2008). Women and reproductive loss: client-worker dialogues designed to break the silence. *Social Work*, 53, (4), 367-376.
- Rowlands, I-J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, (3), 274-286.
- Séjournéa, N., Callahana, S., & Chabrola, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, (4), 403-411.
- Simmons, RK., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medicine*, 63, (7), 1934-1946.
- St John, A., Cooke., & M., Goopy, S. (2006). Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 23, (3), 8-12.
- Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Tillgänglig på internet: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>. (Hämtad 4 september och 27 oktober 2013)
- Sveriges Riksdag. (2013). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Tillgänglig på internet: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/). (Hämtad 4 september 2013).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Tillgänglig på internet: <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>. (Hämtad 4 september 2013)
- Tsartsara, E., & Johnson, M-P. (2002). Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, (2), 55-65.

- Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E., Andersson, U-B., Åberg, A. (2005). *Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur
- Wong, M-K., Crawford, T-J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *The British Journal of General Practice*, 53, (494), 697–702.
- Östlundh, L. (2006). Informationsökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.45-70). Lund: Studentlitteratur



## Bilaga 1

### Sökmatrix

Databaser	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakts	Utvalda artiklar
Pubmed	Experiences AND "Abortion, spontaneous" [Mesh]	Abstract available, female, English, Swedish, nursing journals, year 2002-01-01 - 2013-09-01	20 st.	12 st.	Totalt 3 st. Adolfsson, A., Berterö, C., Larsson, PG., & Wijma, B. (2004).  Murphy, F., & Philpin, S. (2010).  St John, A., Cooke, M., & Gooby, S. (2006).
CINAHL plus with Full Text	Miscarriage AND coping	Abstract available, references available, peer reviewed, year 2002-2013	10 st.	9 st.	Totalt 1 st. Maker, C., & Ogden, J. (2003).
CINAHL plus with Full Text	Pregnancy fails AND coping	Abstract available, references available, peer reviewed, year 2002-2013	2 st.	1 st.	Totalt 1 st. Abboud, L & Liamputtong, P. (2005).
CINAHL plus with Full Text	Miscarriage AND Support	Abstract available, references available, peer reviewed, year 2002-2013	37 st.	30 st.	Totalt 3 st. McCreight, B-S. (2008). Séjourné, N., Callahana, S. & Chabrola, H. (2010). Tsartsara, E., & Johnson, M.P. (2002).

CINAHL plus with Full Text	Women's health AND miscarriage	Abstract available, references available, peer reviewed, year 2002-2013	18 st.	14 st.	Totalt 1 st. Wong, M.K.Y. Crawford, T.J., Gask L., & Grinyer, A. (2003).
PsycINFO	Spontaneous abortion AND experiences AND care	Peer reviewed, peer reviewed journals, english, publication year: 2002-2013	40 st.	11 st.	Totalt 1 st. Rowlands, I.J., & Lee, C. (2010).
PsycINFO	Miscarriage AND experiences AND women	Peer reviewed, peer reviewed journals, references available, year 2002-2013	39 st.	30 st.	Totalt 1 st. Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R.D., & Benyamini, Y. (2009).
CINAHL plus With full text Sekundär-sökning	Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study	Peer reviewed, peer reviewed journals, english, publication year: 2002-2013	1 st.	1 st.	Totalt 1 st. Simmons, R., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006).

## Bilaga 2

### Granskning av studiernas kvalitet

#### *Vid kvalitativa studier:*

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur ha författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

#### *Vid kvantitativa studier:*

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?

- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

## Bilaga 3

### Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	Årtal, tidskrift och land	Syfte	Metod, datainsamling, urval och dataanalys	Resultat
Wong, M.K.Y., Crawford, T.J., Gask L., & Grinyer, A.	A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team.	2003, British Journal of General Practice, Storbritannien.	Att undersöka kvinnors upplevelser av vården vid missfall. Detta för att se vilka faktorer som kan påverka vårdteamets förmåga att kunna identifiera psykisk ohälsa efter ett missfall.	Metod & datainsamling: En kvalitativ studie som har använts sig utav frågeformulär och semi-strukturerade intervjuer med vårdpersonal och patienter.  Urval: 100 kvinnor fick hemskickade frågeformulär och av dessa kvinnor intervjuades 22 kvinnor 1- 8 veckor efter att missfallet diagnostiserats, detta för att kunna få en djupare förståelse av fenomenet. Även intervjuer med vårdpersonal gjordes som skedde i tre fokusgrupper med 5-6 personer i varje grupp.  Dataanalys: Vid analys av data använde sig författarna av en grundad teori som metod. Intervjumaterialet och frågeformulären delades in i enheter.	Resultatet delades in i 7 olika teman; (1) behovet och önskan att få en uppföljning, (2) dålig förståelse av personalen för situationen, (3) behovet av ytterligare information och specifika svar, (4) normalisering av missfall utav vårdpersonal, (5) känslan av skuld och falska antaganden, (6) anpassning av vården och brist på kompetens och (7) förslag på förbättringar.
Murphy, F., & Philpin, S.	Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit.	2009, School of Health Science, Storbritannien.	Att studera kvinnors upplevelse vid ett tidigt missfall på en sjukhusenhet i Wales.	Metod: En kvalitativ, etnografisk studie.  Datainsamling: Intervjuer.  Urval: Intervjuer med åtta kvinnor som har fått ett tidigt missfall gjordes samt intervjuer med 16 personal från vårdteamet.  Dataanalys: Alla intervjuer som	Resultatet presenterades i kategorier som behandlade upplevelser som: (1) de första tecknen och bekräftelsen och (2) förlusten av ett barn.

				gjordes ljudinspelades och transkriberades. Vid analys av data lästes all data ett flertal gånger och delades in i tema/kategorier.	
St John, A., Cooke, M., & Gooby, S. (2006).	Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss.	2006, Australian Journal of Advanced Nursing, Australien.	Att undersöka kvinnors upplevelse av att drabbas av missfall innan de har gått igenom en fullgången graviditet.	Metod och datainsamling: En deskriptiv och explorativ kvalitativ studie som använde sig utav djupgående intervjuer  Urval: Tre engelsktalande kvinnor som alla genomgått missfall och var över 18 år.  Dataanalys: Alla intervjuer transkriberades och delades därefter in i teman.	De teman som uppstod handlade om: sorg, isolering, ilska och känslor av skuld.
Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R.D., & Benyamini, Y.	The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices.	2009, Death studies, Israel.	Syftet är att studera kvinnors upplevelser av missfall vid deras första graviditet.	Metod: Kvalitativ studie. Datainsamling: Intervjuer. Urval: Intervjuer gjordes med 19 kvinnor som hade fått missfall under deras första graviditet. Ett kriterium för att få delta var att kvinnan ska ha haft missfall inom en fyra års period.  Dataanalys: Alla intervjuer ljudinspelades och transkriberades. Data analyserades sedan genom att det lästes om ett flertal gånger och som delades sedan in i teman.	Fem teman framkom: (1) Ju större glädje kvinnan upplevde för graviditeten desto större var sorgen, (2) intensiteten av kvinnors förlust, där kvinnorna kände att de förlorade deras drömmar och planer om framtiden. Det här temat handlade också om kvinnors oförmåga att släppa taget om förlusten flera år efter missfallet. (3) Stödets härkomst, där kvinnorna berättade om vilken stöd de fick från till exempel familj, vänner och partnern. Kvinnorna upplevde både positiva och negativa känslor kring stödet. (4) kvinnornas liv efter missfall, där kvinnorna berättade om och hur de klarade av det vardagliga livet. Vissa upplevde att det var

					väldigt svårt att gå tillbaka till sitt vardagliga liv på grund av smärtan och sorgen medan vissa tyckte att det var det bästa sättet för de att hålla sig upptagna och därmed inte tänka på missfallet. Andra upplevelser uppkom i det här temat som till exempel svårigheter med att umgås med kvinnor som är gravida då det rev upp gamla sår. (5) Kvinnornas rekommendationer till professionella och till samhället.
McCreight, B.S.	Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland.	2008, Omega: The international journal of management science, NordIrland.	Att undersöka kvinnors emotionella erfarenheter vid missfall och den omvårdnad de fick i sambandet med missfallet.	Metod och datainsamling: En kvalitativ studie där en narrativ metod med djupgående intervjuer användes.  Urval: Tjugotre kvinnor rekryterades från olika självhjälpgrupper för kvinnor som genomgått missfall. Kvinnorna som deltog i studien hade fått sina missfall diagnostiserade inom de senaste 34 åren.  Dataanalys: De öppna intervjufrågorna lyfte fram det unika i varje berättelse. Det fanns flera gemensamma teman i berättelserna.	Första temat berörde kvinnornas emotioner, där sorg, ångest och smärta var de centrala komponenterna.  Andra temat berörde en avsaknad av bekräftelse av kvinnornas emotioner. Det tredje temat berörde avsaknaden av riktlinjer för begravningsarrangemang för barnet på Nordirland.
Rowlands, I. J. & Lee, C.	The silence was deafening: social and health service support after miscarriage.	2010, Journal of reproductive and infant psychology, Australien.	Att identifiera vilka faktorer som stöttar och hjälper australienska kvinnor att hantera sitt missfall.	Metod & datainsamling: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.  Urval: Nio kvinnor som genomgått missfall inom de senaste två åren.  Dataanalys: Berättelserna analyserades och ett antal gemensamma teman upptäcktes.	Faktorer som stöttar och hjälper kvinnor att hantera sitt missfall är:  Empati och tydlig information ifrån sjukvården.  Stöd och bekräftelse från den närmsta omgivningen, samt från

					sjukvården och samhället.
Séjourné, N., Callahana, S., & Chabrola, H.	Support following miscarriage: what women want.	2010, Journal of Reproductive and infant psychology, Frankrike.	Att undersöka vilket stöd kvinnor efterfrågar efter ett missfall.	<p>Metod &amp; datainsamling: Kvantitativ metod, med en deskriptiv statistik där kvinnor svarade på ett frågeformulär.</p> <p>Urval: 305 kvinnor deltog i studien. Dessa rekryterades från ett antal internetforum som berör ämnet missfall. Majoriteten av de deltagande kvinnorna (81%) hade upplevt missfall under de senaste året.</p> <p>Dataanalys: Svaren analyserades med hjälp av en Chi-square analys.</p>	Flertalet av kvinnorna efterfrågade mer personligt stöd och mer kontakt med sjukvården både under och efter missfallet. Flertalet av kvinnorna upplevde informationsbrist som ledde till en negativ påverkan av hur de hanterade sina emotioner kring missfallet.
Abboud, L., & Liamputtong, P.	When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic woman and their partners.	2005, Journal of reproductive and infant psychology, Australien.	Att undersöka hur kvinnor och deras partner upplever missfall och den efterföljande omsorgen, samt att beskriva deras copingstrategier och sociala nätverk.	<p>Metod: Fenomenologisk kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Intervjuer.</p> <p>Urval: 6 par med etnisk bakgrund intervjuades. Urvalet skedde med hjälp av snöbollsteknik.</p> <p>Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna ägde rum cirka ett år efter missfallet.</p>	Kvinnorna använde olika strategier för att hantera upplevelsen av sitt missfall. Dessa inkluderade att vila, att ta hand om sina andra barn, att hålla sig upptagen, att tänka på framtiden och nästkommande graviditet, samt att arbeta. Faktorer som hade en positiv inverkan på hur kvinnorna hanterade sitt missfall var stöd från sin partner, stöd från sin sociala krets och stöd från vården. Kvinnorna upplevde att stödet från vården hade en betydande roll för hur de hanterade sina emotioner kring missfallet.



<p>Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., &amp; Berterö, C.</p>	<p>Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage</p>	<p>2004, Health Care for Women International, Sverige.</p>	<p>Att identifiera och beskriva upplevelser hos kvinnor som har genomgått ett missfall.</p>	<p>Metod: Kvalitativ, fenomenologisk metod.          Datainsamling: Intervjuer.          Urval: Brev skickades till 42 kvinnor som hade genomgått missfall och av dessa kvinnor svarade 15 kvinnor ja till att bli intervjuade. De två första intervjuerna var test-intervjuer och exkluderades därför bort. Intervjuerna ägde rum 9-20 veckor efter kvinnorna fått missfallet diagnostiserat. Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades          Dataanalys: All data lästes ett flertal gånger och delades in i ett huvudtema med fem subteman.</p>	<p>Huvudtemat som framkom var: känslan av skuld och tomhet.          Subteman som framkom var: (1) Splittrade känslor, (2) kroppslig känsla/aning, (3) förlust, (4) sorg och (5) känslan av övergivenhet.</p>
<p>Maker, C., &amp; Ogden, J.</p>	<p>The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity?</p>	<p>2003, Psychology and Health, Storbritannien.</p>	<p>Syftet med denna studie var att ge detaljerad information om kvinnors upplevelser av att genomgå ett tidigt missfall.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie.          Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.          Urval: Studien bestod av 13 kvinnor som hade fått missfall innan 14:e veckan av graviditet, som var den enda inklusionskriterien för att vara med i studien.          Dataanalys: De första intervjuerna skedde 3 veckor efter diagnostisering av missfallet. Intervjuerna blev transkriberade och lästes ett flertal gånger. Data delades in i teman och som därefter kategoriserades in i olika faser.</p>	<p>Tre faser framkom. Den första fasan handlade om turbulensen kring missfallet. Kvinnorna upplevde i den här fasan att de var i ett chocktillstånd och i en förnekelsefas. Den andra fasan handlade om att försöka anpassa sig till den nuvarande situationen. I denna fas försökte kvinnorna finna en mening med händelsen. Den tredje fasan handlade om att kvinnorna började gå vidare med livet.</p>

<p>Simmons, R., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., &amp; Green, J.</p>	<p>Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study.</p>	<p>2006, Social Science &amp; Medicine, Storbritannien.</p>	<p>Syftet var att utveckla frågor för framtida forskning genom att beskriva kvinnors individuella upplevelser av missfall. Detta för att i framtiden kunna erbjuda en bättre vård för kvinnor som varit med om missfall.</p>	<p>Metod: Kvantitativ och kvalitativ metod.</p> <p>Datainsamling: Enkätundersökningar i tre olika steg, där det sista steget i enkätundersökningen innehöll djupgående frågor där kvinnorna fick beskriva sina upplevelser.</p> <p>Urval: Ett randomiserat urval gjordes på 172 kvinnor. Inklusionskriterier för deltagande: ålder under 55, vara kvinna som försökt bli gravid eller varit gravid, och upplevt minst ett missfall under de senast elva åren.</p> <p>Dataanalys: Två av författarna till studien läste igenom materialet ett flertal gånger. Författarna identifierade teman ur de narrativa berättelserna och dessa kodades om till kategorier och subkategorier.</p>	<p>Upplevelsen av missfall är individuell, dock identifierade författarna ett par gemensamma teman. Ett av dessa var en avsaknad av ett professionellt bemötande. Kvinnorna upplevde att de inte blev bemötta med den empati och bekräftelse de hade önskat i samband med missfallet. Kvinnorna önskade att de fått mer emotionellt stöd och mer information och förklaring av det som inträffat. Kvinnorna efterfrågade även en bättre uppföljning från sjukvården efter missfallet. Flertalet av kvinnorna önskade att de fått delta i en stödgrupp för kvinnor som genomgått missfall.</p>
<p>Tsartsara, E., &amp; Johnson, M.P.</p>	<p>Women experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretive phenomenological study.</p>	<p>2002, Clinical Effectiveness in Nursing, Storbritannien.</p>	<p>Studiens syfte var att belysa kvinnors upplevelser och erfarenheter av specialistvården de fick i samband med ett tidigt missfall.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie med en fenomenologisk ansats.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Urval: Ett slumpmässigt urval på sex kvinnor, urvalet skedde från specialenheten EPAU (Early Pregnancy Assessment Unit).</p> <p>Dataanalys: Intervjuerna ägde rum 2-5 månader efter deras missfall. Intervjuerna ljudinspelades och sedan transkriberades. Meningsbärande enheter framkom, som sedan kategoriserades och nya teman</p>	<p>Resultatet i studien visade att kvinnorna upplevde en tillfredsställelse över att bli vårdade på en specialenhet för kvinnor som genomgått ett missfall. Kvinnorna lyfte fram att personalen på specialenheterna besatt en holistisk syn på kvinnan och besatt en förståelse över det inträffade missfallet. Kvinnorna upplevde att de blev bemötta med mer respekt och empati och att i vården gav de stöd kvinnorna efterfrågade för stunden. Kvinnorna uttryckte en lättnad över att slippa vårdas på</p>

				skapades.	samma avdelning som gravida och nyförlösta kvinnor. Kvinnorna efterfrågade en bättre uppföljning ifrån vården efter missfallet.
--	--	--	--	-----------	--