

# **Kvinnors upplevelser av vård i samband med missfall**

- En litteraturstudie

# **Women's experiences of care in association with miscarriage**

- A literature review

Författare: Boel Carlström & Kristin Ebertz

Handledare: Ulla Thörnblom

Examinator: Ann-Marie Hedman



## ABSTRACT

**Bakgrund:** Missfall är ett ofrivilligt avslutande av en graviditet som kan medföra känslor av chock, sorg och skuld. Vårdtiden vid missfall är ofta kortvarig och vårdpersonal har en betydande roll för kvinnornas upplevelse och återhämtning.

**Syfte:** Syftet var att genom en litteraturstudie beskriva kvinnors upplevelser av missfall och den vård som ges i samband med missfall.

**Metod:** Allmän litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar med en kvalitativ design.

**Resultat:** Resultatet bestod av tre huvudteman med tillhörande subteman. Det första huvudtemat var *Kvinnors egna subjektiva tankar och känslor i samband med missfall* med subteman *Förlust av en graviditet, Skuld-känslor, Oro och förväntningar vid framtida graviditeter*. Det andra huvudtemat var *Kvinnors erfarenheter av bemötande från vårdpersonal vid missfall*, med subteman *Attityder och bemötande, Brist på information*. Det sista huvudtemat var *Kvinnors behov av stöd i samband med missfall* med subteman *Familj och närståendes betydelse, Vårdpersonalens betydelse*.

**Slutsats:** Missfall var en chockartad upplevelse, ofta präglad av existentiell smärta och sorg. Kvinnors erfarenheter av vården var oftast negativa. Kvinnorna hade ett behov av tillräcklig och adekvat information, delaktighet, stöd utifrån den individuella upplevelsen och bekräftelse vilket är faktorer som kännetecknar personcentrerad omvårdnad.

**Klinisk betydelse:** Beskrivning av kvinnors upplevelser av missfall och den vård som ges i samband med missfall kan öka medvetenheten hos vårdgivare om hur kvinnors individuella behov tillgodoses genom personcentrerad omvårdnad.

**Nyckelord:** *Missfall, upplevelse, vårdpersonal, stöd, personcentrerad omvårdnad.*

## ABSTRACT

**Background:** Miscarriage is an involuntary termination of pregnancy which may cause feelings of shock, sadness and guilt. The hospital stay for miscarriage is often brief and health professionals have an important role in women's experience and recovery.

**Objective:** The objective was to provide a literature review of women's experience of miscarriage and the care associated with miscarriage.

**Method:** Literature review based on ten scientific articles with a qualitative design.

**Results:** The result consisted of three main themes and associated subthemes. The first main theme was *Women's own subjective thoughts and feelings associated with miscarriage* with subthemes *Loss of a pregnancy, feelings of guilt, anxiety and expectations in future pregnancies*. The second main theme was *Women's experience of how they were treated by healthcare professionals during miscarriage*, with subthemes *attitudes and treatment, lack of information*. The last main theme was *Women need of support in association with miscarriage* with subthemes *significance of family and kindred, professionals importance*.

**Conclusion:** Miscarriage was a shocking experience, often marked by existential pain and grief. Women's experiences of care were often negative. The women had a need for sufficient and adequate information, participation, support based on the individual experience and confirmation, which are factors that characterizes person-centered care.

**Clinical significance:** Description of women's experiences of miscarriage and the care associated with miscarriage can increase awareness among health care providers on how women's individual needs are met through person-centered care.

**Keywords:** Miscarriage, experience, care, support, person-centered care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Klinisk diagnostik och handläggning av missfall .....	1
Upplevelser av att förlora ett ofött barn - känslor och hantering av sorg.....	2
Mötet med vården i samband med missfall.....	3
Svårigheter för vårdpersonal i mötet med kvinnor vid missfall.....	3
Personcentrerad omvårdnad – ett kärnkompetensområde för personal.....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	5
SYFTE.....	5
METOD.....	5
Design.....	5
Datainsamlingsmetod .....	6
Urval.....	7
Dataanalys .....	7
Etiska aspekter.....	8
RESULTAT .....	9
Kvinnors egna subjektiva tankar och känslor i samband med missfall.....	9
Kvinnors upplevelser av bemötande från vårdpersonal vid missfall .....	11
Brist på stöd i samband med missfall.....	12
DISKUSSION .....	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats .....	20
Klinisk betydelse .....	20
Förslag på vidare forskning.....	21
Författarnas insatser .....	21
REFERENSER.....	22
BILAGOR .....	i

## **INLEDNING**

Under vår verksamhetsförlagda utbildning samt arbetserfarenheter från olika kvinnokliniker observerades mötet med vården vid missfall utifrån vårdpersonalens perspektiv. Vår upplevelse var att vården inte mötte kvinnors behov på ett tillfredsställande sätt.

Vårdpersonalen upplevdes även ha en avgörande roll för kvinnors upplevelse av vården.

Genom att undersöka kvinnors upplevelser av missfall och den vård som ges i samband med missfall kan yrkesverksamma inom vården som rör missfall få en bättre förståelse för kvinnorna vilket kan öka möjligheten att bedriva personcentrerad omvårdnad.

## **BAKGRUND**

### **Klinisk diagnostik och handläggning av missfall**

Missfall innebär att en graviditet avslutas innan graviditetsvecka 22 och klassificeras som antingen tidiga eller sena. Tidiga missfall sker till och med graviditetsvecka tolv och sena missfall sker efter graviditetsvecka tolv (Borgfeldt, 2012). Graviditeter som avbryts efter 22 fullbordade veckor, där fostret väger minst 500 gram eller är 25 centimeter, oavsett om det är levande eller dött, klassas som barn (WHO, 1989). Enligt Borgfeldt (2012) kan ett missfall vara fullständigt, ofullständigt, kvarhållet eller hotande. Vid ett fullständigt missfall stöts hela graviditeten (foster, moderkaka och hinnor) ut samtidigt medan graviditeten vid ett ofullständigt missfall stöts ut successivt. Vid ett kvarhållet missfall fortskrider graviditeten en tid trots att fostret dött. Vid ett hotande missfall upplever kvinnor symtom på missfall trots att graviditeten inte avslutas, fostret överlever och graviditeten fortsätter. Den vanligaste orsaken till missfall är kromosomavvikelse och olika defekter hos det befruktade ägget. Andra orsaker till missfall kan vara olika anatomiska förhållanden såsom missbildningar, tillstånd som myom eller sammanväxningar efter infektioner. Missfall kan också bero på hormonrubbingar som kan orsaka förtida värkarbete eller olika kroniska sjukdomstillstånd som diabetes, hypertoni och hjärtsjukdom eller immunisering. Arv och miljö i form av genetiska skador eller förvärvade levnadsvanor, till exempel olika gifter som läkemedel,

alkohol eller rökning kan också inverka på embryo- och fosterutveckling. Initiala symtom vid missfall är smärtor och blödningar. Smärtorna pågår i intervaller och kan liknas med menssmärtor eller i vissa fall förlossningsvärkar. Diagnos ställs genom vaginal undersökning, ultraljud och mätning av graviditetshormon. Vid pågående missfall finns ingen behandling som kan stoppa förloppet. Vid tidiga missfall görs antingen ett kirurgiskt ingrepp där fostret sugas och eller skrapas ut eller så ges en medicinsk behandling bestående av läkemedel som kontraherar livmodern. Vid sena missfall behandlas kvinnor med läkemedel som framkallar värkar och stimulerar en tömning av livmodern. Oavsett behandlingsform så läggs stor vikt vid smärtlindring (a.a.). Evans (2012) beskriver hur en medicinsk behandling kan vara psykiskt påfrestande för kvinnor eftersom de kan komma i kontakt med fostret eller behöva genomgå en förlossning.

### **Upplevelser av att förlora ett ofött barn - känslor och hantering av sorg**

Väntan på ett barn och förhoppningen om att få bli förälder upplevs av kvinnor som en livsomvälvande situation med känslor av förväntan, glädje och längtan enligt Ancker, Gebhard, Andreasson och Botond (2012). Redan i ett tidigt skede börjar tankar kring graviditeten och framtiden cirkulera hos kvinnor. Många kvinnor känner anknytning till barnet tidigt i graviditeten liksom moderskänslor, vilket medför en chockartad upplevelse vid beskedet om missfall (Ancker et al. 2012). Enligt Adolfsson (2011) är depression den vanligaste reaktionen som går att förknippa med upplevelsen av ett missfall och hos många kvinnor förekommer psykisk ohälsa i samband med missfall. Många kvinnor upplever skuld-känslor efter ett missfall i högre grad än vid andra typer av perinatal förlust (a.a.). Adolfsson, Larsson, Wijma och Berterö (2004) förklarar hur kvinnor ofta upplever känslor av tomhet och skuld och anklagar sig själva för att vara orsaken till missfallet, antingen på grund av något de gjort, ätit eller tänkt. Känslan av att bli övergiven är stark liksom sorgen över den plötsliga förlusten. För kvinnor är ett missfall inte ett förlorat embryo eller foster, utan ett barn. Sorg beskrivs som en reaktion på den ensamhet och tomhet som följer förlusten av ett barn. Alla kvinnor sörjer på olika sätt, en del stänger ute familj och vänner samt isolerar sig själva för att få vara ifred med sina tankar och känslor medan andra förtränger känslorna tills de är ensamma, ofta nattetid. Tårar, skratt och ilska bryter av varandra vilket kan vara svårt att kontrollera. Ett missfall glöms aldrig bort då kvinnor konstant påminns om sin förlust vid synen av andra gravida kvinnor och barn. Drömmar och hopp inför framtiden kan ha raserats

och många kvinnor tycker att det känns orättvist. Den sorg som kvinnor bär på efter ett missfall är en sorg som alltid kommer finnas som en del av dem (a.a.). Adolfsson (2011) förklarar hur symtom på depression och sorg är likartade samtidigt som depression betraktas som en sjukdom medan sorg betraktas som en normal reaktion. Att sörja efter ett missfall anses således normalt, hälsosamt och som något som de flesta kvinnor kan ta sig igenom på egen hand. Den sorg som många kvinnor upplever efter ett missfall skiljer sig dock från andra typer av sorg efter perinatal förlust eftersom kvinnorna upplever att de inte har något att fokusera sin sorg på (a.a.).

### **Mötet med vården i samband med missfall**

En majoritet kvinnor föredrar enligt Wijesinghe, Herath och Abeysundara (2012) att vänta in missfallet före att genomgå kirurgi. Kvinnors åsikter kring val av metod påverkas dock, enligt författarna, till stor del av familjemedlemmars åsikter. Murphy och Merrell (2009) beskriver hur kvinnor upplever missfall som något oväntat, plötsligt och ångestfyllt. Att bli inlagd på sjukhus visar sig vara en avgörande del av kvinnors upplevelser av missfall då det fysiskt markerar och avslutar identiteten som gravid kvinna. Ofta blir kvinnor behandlade med lägre prioritet än patienter med mer akuta fysiska behov på grund av sammanhanget i vilket de vårdas i (Murphy & Merrell, 2009). Borgfeldt (2010) beskriver mötet med vården som kortvarigt - att få symtom, besöka sjukhuset, behandlas och återvända hem sker ofta under mindre än ett dygn. Vårdpersonal har stor betydelse för kvinnors upplevelse och återhämtning, eftersom de på kort tid behöver hjälpa kvinnorna att bearbeta, förstå och acceptera missfallet (a.a.).

### **Svårigheter för vårdpersonal i mötet med kvinnor vid missfall**

Enligt Gergett (2014) beskriver vårdpersonal kvinnors reaktioner på missfall som varierande vilket de menar påverkar vården som ges. Vårdpersonal beskriver tidiga missfall, oberoende av i vilken vecka, som förlusten av ett barn. Vårdpersonal förklarar att de inte betraktar missfall på samma sätt som död födsel eller neonotal död. Personliga och professionella erfarenheter är något som vårdpersonal tror kan påverka deras syn på förlust samt hur de emellanåt har svårt för att förstå kvinnors känslor fullständigt. Andra svårigheter är bland annat att ha tid till att utveckla en relation till patienter. Det fysiska välbefinnandet prioriteras



enligt vårdpersonal, framförallt under de initiala faserna. Att försäkra att kvinnors tillstånd är stabilt är den högsta prioriteten medan emotionell vård får ta plats senare. Vårdpersonal ser ett behov av psykisk hjälp samt att kunna samtala med kvinnor så att de får uttrycka sina känslor. Samtidigt beskriver dock vårdpersonal hur det tidvis är utmanande att vara emotionellt närvarande för kvinnor som genomgår missfall. Arbetets hektiska miljö anses vara den huvudsakliga orsaken till att vårdpersonal inte alltid är emotionellt närvarande (a.a.).

Kristensson Ekwall (2010) beskriver hur patienters tillfredsställelse med vården avgörs i mötet med vårdpersonal. Om vårdpersonal fokuserar på det praktiska och medicinska omhändertagandet blir relationen mellan vårdpersonal och patient lidande i form av missnöje och ouppfyllda förväntningar hos både patienter och vårdpersonal. Patienter uttrycker en vilja att bli lyssnade på, att få berätta om sina symtom och hur dessa påverkar deras vardagliga liv, vilket påvisar en önskan att bli sedda utifrån sina individuella egenskaper samt livssituation (a.a.).

### **Personcentrerad omvårdnad – ett kärnkompetensområde för personal**

Att se patienters individuella behov kännetecknar personcentrerad omvårdnad som enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) strävar efter ett holistiskt synsätt. Enligt Birkler (2007) härstammar begreppet holism från latinets ”holos” som betyder hel eller odelad och innebär att se människan som en helhet. Genom samtal med patienter ska sjuksköterskan inhämta information om mer än det fysiska tillståndet. Information om patientens liv i övrigt med exempelvis familj och arbete bör inkluderas för att förstå helheten. Det är genom samtal som sjuksköterskor kan låta sin förförståelse revideras (a.a.). Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskriver hur begreppet personcentrerad omvårdnad har kommit att bli en definition av god omvårdnad. Att se individens behov och samtidigt fokusera lika mycket på det psykosociala, andliga och existentiella som det fysiska är avgörande för att omvårdnaden ska vara personcentrerad. Personen bör prioriteras över sin sjukdom och behoven som han/hon själv uttrycker bör tas i beaktning på samma sätt som behoven vårdpersonal identifierar. För att möjliggöra en personcentrerad omvårdnad krävs att organisationen är utformad på ett sätt som tillåter de prioriteringarna (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Edvardsson (2010) menar att personcentrerad omvårdnad innebär en etiskt riktig vård som utgår från en humanistisk grund. Centrala aspekter inom personcentrerad omvårdnad är att se individen, bekräfta individens egna upplevelser av sjukdom, utgå från patienters perspektiv samt att låta patienter medverka

i alla vårdsituationer. Individens egna upplevelser och tolkningar förminskas dock ofta i mötet med vården (a.a.).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Missfall är en graviditetskomplikation som drabbar kvinnor både fysiskt och psykiskt. Kvinnors kontakt med vård i samband med missfall består främst av akuta besök och korta vårdtider trots att upplevelsen ofta innebär en känsloladdad upplevelse. Forskning visar att den vård som ges kan ha en betydande effekt på upplevelsen av ett missfall. Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp och exempel på ett förhållningssätt hos vårdpersonal som kan förbättra vården. Kunskap om kvinnors upplevelse av missfall och vårdpersonals förhållningssätt gentemot kvinnor i samband med vård vid missfall är betydelsefullt för god omvårdnad.

## **SYFTE**

Syftet är att med en litteraturstudie beskriva kvinnors upplevelser av missfall och den vård som ges i samband med missfall.

## **METOD**

### **Design**

Designen som har valts för denna studie var en allmän litteraturstudie som byggde på kvalitativ forskning. En litteraturstudie är en kunskapsöversikt av ett specifikt område relaterat till omvårdnad. Att grunda en litteraturstudie på kvalitativ forskning bidrar till att öka förståelsen för patienternas upplevelser, förväntningar, erfarenheter och behov (Friberg, 2012).

## Datainsamlingsmetod

Data samlades in via EBSCOhost Web och EBSCO Discovery Service, databaserna CINAHL och MEDLINE. Datainsamlingen inleddes med en bred sökning av ordet "miscarriage". Att inledningsvis utföra en fritextsökning utan några begränsningar är ett hjälpmedel för vidare precisering av sökningen. En fritextsökning ger dessutom information om huruvida det finns vetenskaplig forskning kring det område som ämnas utforskas (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Sökningen begränsades genom att kombinera det första sökordet med fler sökord. Att begränsa sökningen genom att kombinera sökord bidrar till att hitta de studier som är intressanta för studien. En för specifik sökning kan dock leda till att intressanta studier missas (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Sökord som användes i kombination med miscarriage var "nursing", "support", "nurse", "care", "experience", "patient-centered care", "hospital", "qualitative" och "women", vilket redovisas i en sökmatrix (se tabell 1). Genom att begränsa sökningarna så att den enbart presenterade studier som fanns att tillgå i "full text" samt hade ett publiceringsdatum mellan år 2000 och 2015 blev sökningsresultatets omfång även mer hanterbart.

**Tabell 1. Sökmatrix - sökord och resultat av databassökning**

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar
CINAHL, MEDLINE	Miscarriage AND patient-centered care	4	3	1	1 (Art nr; 7)
CINAHL, MEDLINE	Miscarriage AND experience AND Qualitative	25	10	5	2 (Art nr; 4, 9)
CINAHL, MEDLINE	Miscarriage AND support	181	40	7	2 (Art nr; 8, 1)
CINAHL, MEDLINE	Miscarriage AND support AND care	86	15	4	-
CINAHL, MEDLINE	Miscarriage AND experience AND women	114	36	5	3 (Art nr; 2, 5, 6)
CINAHL, MEDLINE	Miscarriage AND hospital AND experience	32	10	3	1 (Art nr; 10)

En av studierna hittades i en annan studies referenslista (Art nr; 10).

## Urval

Inklusionskriterierna var att de ingående studierna var relevanta för syftet, var peer reviewed och originalartiklar. Studierna skulle ha analyserat kvalitativ data och ha publicerats i en vetenskaplig tidskrift. Studierna var även etiskt godkända. Genomläsningen av sökningsresultaten gjordes systematiskt. Granskningen påbörjades genom en överblick av rubrikerna varefter studier vars rubrik överensstämde med valt ämnesområde valdes ut. Nästa steg i processen var att läsa igenom de valda studiernas abstrakt. Om informationen i abstraktet var relevant för valt syfte samt uppfyllde inklusionskriterierna lästes hela studien.

## Dataanalys

Valda studier lästes noggrant igenom av båda författarna i syfte att överblicka innehållet och se över dess relevans vilket Granskär och Höglund-Nielsen (2008) rekommenderar som ett första steg i dataanalysen. En granskningsmall från Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2012) för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser användes. Utifrån granskningsmallen graderades studiernas kvalitet utifrån syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Beroende på hur varje del bedömdes kategoriserades studierna sedan i tre nivåer - hög, medelhög och låg. Nästa steg i en litteraturstudies dataanalys är att sammanställa de valda studiernas syfte, metod, urval samt huvudsakliga resultat i en tabell (se bilaga 1). Att sammanställa valda studier i en tabell är en betydelsefull del för vidare analysering i en litteraturstudie då det ger en tydlig överblick över valda studier. Det sista steget i analysprocessen utgörs av att skapa en meningsfull struktur vilket kan uppnås genom att utgå från teman i funnen data (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Huvudteman och subteman skapades vilket gav en grundläggande uppbyggnad för resultatet. Valda huvudteman blev *Kvinnors egna subjektiva tankar och känslor i samband med missfall*, *Kvinnors upplevelser av bemötande från vårdpersonal vid missfall* samt *Bristen på stöd i samband med missfall*. Studierna lästes därefter igenom ytterligare en gång i syfte att finna relevant data för respektive huvudtema/subtema (se tabell 2).

**Tabell 2. Temamatrix – Huvudtema med tillhörande subteman över artiklarnas resultat**

Artikelnummer	Huvudtema	Kvinnors egna subjektiva tankar och känslor i samband med missfall <i>Förlust av en graviditet</i> <i>Skuld känslor</i> <i>Oro och förväntningar vid framtida graviditeter</i>	Kvinnors upplevelser av bemötande från vårdpersonal vid missfall <i>Attityder och bemötande</i> <i>Brist på information</i>	Brist på stöd i samband med missfall <i>Familj och närståendes betydelse</i> <i>Vårdpersonals betydelse</i>
	Subteman			
	Författare År			
1	Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005)		X	X
2	Adolfsson, A. (2010)	X		
3	Da Fonseca Domingos, S. R., Merighi, M. B., & De Jesus, M. P. (2011)	X	X	X
4	Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2009)	X		X
5	Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001)	X	X	X
6	Jacobs, J., & Harvey, J. (2000)		X	X
7	Musters, A. M., Taminiau-Bloem, E. F., van den Boogaard, E., van der Veen, F., & Goddijn, M. (2011)	X		
8	Rowlands, I., & Lee, C. (2010)		X	X
9	Sefton, M. (2007)	X		X
10	Wong, M. K., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003)	X	X	

## Etiska aspekter

Kjellström (2012) menar att hederlighet och ärlighet ska ligga till grund för ett vetenskapligt arbete vilket innebär att metod och resultat inte får manipuleras eller förvrängas, till exempel genom att enbart presentera de data och de resultat som stödjer den egna tesen och undanhålla vetenskapliga resultat som motsäger den egna argumentationen. Fabricering kan också förekomma i form av att en medveten tolkning eller felaktig beskrivning av andras resultat görs (a.a.). Plagiering i form av att återge en text eller delar av en text utan att ange källan på ett korrekt vis, så att det verkar som att texten är ens egna, beskrivs enligt Sandman och Kjellström (2013) som en form av oredlighet.

Enligt Forsberg och Wengström (2013) bör etiska överväganden avseende urval och presentation av resultat göras vid påbörjandet av systematiska litteraturstudier. De tio studier som valdes ut hade i enlighet Forsberg och Wengströms (2013) rekommendationer blivit godkända av en etisk kommitté. Alla delar av studierna lästes, med särskilt tonvikt på metod och resultat för att återges så sanningsenligt som möjligt. Författarna till de valda studierna redovisades i löpande text och referenslista. Den referensteknik som användes angav källorna tydligt vilket enligt Sandman och Kjellström (2013) är viktigt. För att ytterligare försäkra att studierna inte återgavs felaktigt användes Norstedts (2010) engelsk-svenska ordbok vid översättning.

## **RESULTAT**

### **Kvinnors egna subjektiva tankar och känslor i samband med missfall**

#### ***Förlust av en graviditet***

Generellt sett upplevdes missfall som en intensiv och fysisk upplevelse där smärta och blödningar var centralt (Adolfsson, 2010; Da Fonseca Domingos, Merighi & De Jesus, 2011). De smärtsamma kontraktionerna i samband med blödningar var de symtom som ledde till uppenbarelsen om att graviditeten hade gått förlorad. Insikten och förverkligandet av ett pågående missfall beskrevs av kvinnor som en känsla av att inte ha kontroll över sin kropp, en överväldigande upplevelse med efterföljande panikkänslor samt som ett chocktillstånd (Adolfsson, 2010; Gerber-Epstein, 2009). Utöver den fysiska smärtan upplevde många kvinnor en existentiell smärta under tiden för missfallet (Da Fonseca Domingos et al. 2011). Vanligt förekommande hos kvinnor vid missfall var även känslor av rädsla, hjälplöshet, sorg och djup smärta (Gerber-Epstein, 2009; Da Fonseca Domingos et al. 2011; Harvey & Moyle, 2001; Sefton, 2007). En önskad graviditet innebar ofta känslor av glädje, förväntan, spänning och fantasier. Medvetenhet kring upplevelsen av dessa känslor var under en graviditet essentiellt för att kunna förstå de omfattande konsekvenser och påfrestningar som de drabbade kvinnorna upplevde (Gerber-Epstein, 2009). Enligt Adolfsson (2010) skapade ett kommande moderskap en positiv känsla av identitet i samhället, vilket i samband med förberedelse,

planering och förväntan påverkade upplevelsen av ett missfall. Vid ett missfall miste kvinnan de drömmar, fantasier och den förväntan graviditeten gett upphov till, vilket ökade den smärtsamma upplevelsen av en plötslig och intensiv förlust (Gerber-Epstein, 2009; Harvey & Moyle, 2001). Harvey och Moyle (2001) belyste även förlust av moderskap som en betydelsefull del i upplevelsen av missfall hos kvinnor, vilket författarna menade ledde till känslor av sorg och ångest. Att se andra gravida kvinnor påminde kvinnorna om sin förlust vilket skapade konflikter och ilska gentemot omgivningen, vilket gav som följd att många kvinnor drog sig undan och separerade sig själva från vänner och familj (Sefton, 2007).

### ***Skuldkänslor***

Skuldkänslor var vanligt förekommande hos kvinnor efter missfall (Adolfsson, 2010; Harvey & Moyle, 2001; Wong, 2003). Kvinnor som upplevt ett missfall sökte enligt Harvey och Moyle (2001) ofta en förklaring till det inträffade från omgivningen. Många kvinnor anklagade sig själva i tron om att missfallet skett på grund av något de själva gjort eller brister i deras fysiska tillstånd, vilket följdes av att kvinnorna tvivlade på sig själva liksom sin egen förmåga att föda barn. Att försöka hitta en egen förklaring på vad som orsakat missfallet bidrog ytterligare till överväldigande känslor av osäkerhet och skuld (a.a.). Wong (2003) uppger hur kvinnor kunde uppleva en stark känsla av misslyckande och skuld på grund av rädslan att de gjorde sin omgivning besviken. Kvinnor kunde även uppleva skuld i att inte kunna leva upp till förväntningar från vänner och familj (a.a.).

### ***Oro och förväntningar vid framtida graviditeter***

Kvinnor upplevde en stor osäkerhet och oro kring framtida graviditeter. Bidragande faktorer var den emotionella smärtan och ångesten som kvinnorna upplevt liksom ett bristande självförtroende (Harvey & Moyle, 2001). Upplevelsen av ett missfall gjorde många kvinnor osäkra på sig själva och på sin förmåga att kunna fullfölja en graviditet. Den psykiska påfrestningen som ett missfall kan innebära upplevdes av en del kvinnor som den värsta händelse de genomgått i livet och många kvinnor kände således att de aldrig ville gå igenom samma sak ännu en gång (Adolfsson, 2010). Författaren påpekade även att kvinnorna uppgav att en framtida graviditet aldrig kunde kompensera för förlusten eller de framtida planerna som fanns för det förlorade barnet. Enligt Musters, Taminiou-Bloem, van den Boogaard, van der Veen och Goddijn (2011) hade kvinnor som genomgått ett missfall, vid sin nästa graviditet, ett behov av att informera deras gynekolog om att de var gravida och av att lägga

upp en plan för konsultationer och ultraljud. Det första ultraljudet ville de genomgå i direkt samband med att de fått reda på att de var gravida följt av upprepade ultraljud varannan vecka. Rådgivning gällande livsstil och graviditet var önskat av kvinnorna då de ville säkerställa att de inte skadade graviditeten på något vis. Att få rekommendationer om hemsidor på internet var också uppskattat eftersom de upplevde att det fanns väldigt mycket information på nätet att välja bland. Kvinnor föredrog att ha kontakt med en gynekolog som var medveten om den stress och ångest som upprepade missfall orsakat. Skulle kvinnorna vårdas av flera gynekologer önskade de, för att kunna känna förtroende, att samtliga skulle vara insatta i deras medicinska bakgrund. Stor vikt lades även på erbjudande av stödsamtal, oberoende av om kvinnorna kände ett behov av det för tillfället eller inte (a.a.).

## **Kvinnors upplevelser av bemötande från vårdpersonal vid missfall**

### ***Attityder och bemötande***

I en studie av Abboud och Liamputtong (2005) visade det sig att de flesta kvinnorna var missnöjda med omvårdnaden av vårdpersonal vid vården i samband med missfall. Harvey och Moyle (2001) beskrev hur kvinnor upplevde kliniska problem som de menade inverkade negativt på dem och deras återhämtning. Att vårdpersonalen varken brydde sig eller uppskattade vad de gick igenom var en upplevelse hos kvinnorna, som kände att vårdpersonalen enbart fokuserade på de fysiska aspekterna av vården och undvek dem för att slippa lyssna. Da Fonseca Domingos et al. (2011) förklarade hur många kvinnor upplevde att vårdpersonalen fokuserade på det fysiska tillståndet med avsaknad av känslomässigt stöd och vägledning. Vidare beskriver författarna ett behov hos kvinnorna att få individanpassad omvårdnad och stöd vid missfallet för att minska oro och ångest. Enligt Wong (2003) upplevde kvinnor en brist på medkänsla hos vårdpersonalen och okänsliga kommentarer väckte enligt Rowlands och Lee (2010) ilska hos kvinnor som kände att vårdpersonalen inte erkände vikten av missfallet. Många kvinnor beskrev enligt Abboud & Liamputtong (2005) bemötandet av vårdpersonalen som dåligt och en majoritet kvinnor upplevde enligt Rowlands och Lee (2010) också brister i förmågan hos vårdpersonalen att se den enskilde individens behov och beskrev den sammanlagda upplevelsen av vården som dålig. Vissa kvinnor uttryckte även en oro kring den brist på kunskap, empati och hantering som de



upplevde från en del av vårdpersonalen när det gäller missfall utanför den gynekologiska enheten (Jacobs & Harvey, 2000).

### ***Brist på information***

Wong (2003) menade att kvinnor ofta upplevde förvirring och svårigheter med att ta till sig information under sjukhusvistelsen och önskade få mer information samt specifika svar gällande eventuella komplikationer av missfallet. Harvey och Moyle (2001) beskrev hur kvinnor upplevde att de inte fick adekvat information vid tiden för missfallet. Kvinnorna menade att bristen på information hindrade deras återhämtning för att de inte visste vad de hade att vänta sig, ovissheten medförde en känsla av maktlöshet hos kvinnorna (a.a.).

Enligt Abboud och Liamputtong (2005) var den information som gavs till kvinnor minimal och otillräcklig. Kvinnor och deras respektive fick i många fall bara en broschyr med generell information utan en uppföljningsdiskussion vilket ledde till att de istället forskade fram mer information om missfall med hjälp av egna källor. När kvinnor och deras respektive visste vad de hade att vänta sig bidrog det till känslor av makt och att ha kontroll över sin situation (a.a.).

### **Brist på stöd i samband med missfall**

#### ***Familj och närståendes betydelse***

Stöd omnämndes som en betydelsefull aspekt i kvinnors upplevelse (Abboud & Liamputtong, 2005; Harvey & Moyle, 2001; Rowlands & Lee, 2010). Familj och vänner utgjorde en betydande del i det stöd som många kvinnor upplevde efter ett missfall (Abboud & Liamputtong, 2005; Harvey & Moyle, 2001) och bidrog genom att vara uppmuntrande, positiva och tröstande (Abboud & Liamputtong, 2005). En majoritet av kvinnor uppgav att stödet de fått från familj, vänner och medlemmar i självhjälpgrupper var effektivt (Jacobs & Harvey, 2000). Stöd från en partner, familj eller vänner gavs vanligen i direkt samband med missfallet. Många i omgivningen förväntade sig dock att kvinnan skulle komma över, glömma och gå vidare från missfallet kort därefter (Gerber-Epstein, 2009). Harvey och Moyle (2001) menade att bristande stöd och bekräftelse från familj och närstående ledde till att kvinnor kände sig isolerade och ensamma. Kvinnor beskrev, enligt Abboud och Liamputtong (2005),

hur stöd från en partner var av stor betydelse och till hjälp i återhämtningen. Harvey och Moyle (2001) förklarade hur många kvinnor upplevde emotionellt stöd från sin partner samtidigt som de kände att deras partner aldrig kunde förstå djupet av smärtan i upplevelsen av missfallet. Kvinnorna menade på att deras partner inte genomgick samma lidande som de själva gjorde efter missfallet. Kvinnor upplevde en motvillighet hos andra att prata om missfallet samt att erkänna missfallets konsekvenser. Missfall sågs mer som en medicinsk komplikation än en förlust av ett efterlängtat barn. Otillräckligt stöd och bristande bekräftelse från omgivningen ledde till att kvinnorna kände en stark besvikelse (a.a.).

### ***Vårdpersonals betydelse***

Missfall är ofta associerat med ångest och depression och stöd från vårdpersonal kan hjälpa till att minimera nivån av dessa känslor (Rowlands & Lee, 2010). Genomgående i studierna var att kvinnor saknade emotionellt stöd från vårdpersonal i samband med missfall. Återkommande var upplevelsen av att personalen inte brydde sig, att de saknade medkänsla och inte erkände missfallet samt att fokus placerades på den fysiska delen av missfallet. Förekomsten av okänsliga kommentarer från vårdpersonal var också utmärkande i studierna. Sefton (2007) belyste att vårdpersonal behövde utveckla en medvetenhet om de emotionella följder som kan uppstå efter ett missfall. Vårdpersonal som vårdar kvinnor drabbade av missfall bör vara närvarande, se efter, lyssna och vara vägledande för kvinnorna (Da Fonseca Domingos et al. 2011). Många kvinnor kände att de inte fick tillräckligt med bekräftelse och uppmärksamhet från vårdpersonalen under sin vårdtid. Författarna betonade vikten av att ge stöd till kvinnor genom att skapa en tillåtande atmosfär där kvinnorna kunde få möjlighet att uttrycka sina känslor, bli lyssnade på samt få bekräftelse utifrån sina individuella behov.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Metoden som valdes var en litteraturstudie som syftade till att belysa kvinnors upplevelse av vården vid missfall. Att använda sig av en litteraturstudie som metod är lämpligt för att få övergripande bild av det befintliga forskningsläget vilket ger en möjlighet att bedriva en evidensbaserad vård. Att avgränsa sig till antingen kvalitativa- eller kvantitativa studier

underlättar processen för ett examensarbete (Rosén, 2008). Denna litteraturstudie grundades på kvalitativ forskning då den skulle belysa upplevelsen av ett missfall. Friberg (2012) klarlägger hur användandet av kvalitativ forskning i en litteraturstudie är av betydelse för att kunna förstå en patients upplevelser.

Databassökningen utfördes utifrån databaser med omvårdnadsfokus, vilket Henricson (2012) förklarar kan öka trovärdigheten i en litteraturstudie då det ger en större chans att finna relevanta studier i sökningen. Inklusions- och exklusionskriterier användes för att hitta studier som var lämpliga för syftet och för att avgränsa resultatet till en rimlig mängd. Den inledande sökningen avgränsades i olika kombinationer tills den mängd studier som sökningen gav var möjlig att gå igenom. Axelsson (2008) menade att en sökning ska avgränsas på ett sätt som gör det möjligt att gå igenom alla abstract som framkommer i sökningen, i syfte att kunna bedöma och hitta alla de studier som har ett relevant innehåll för litteraturstudien.

Vald tidsperiod framkom utifrån den mängd resultat som sökningarna gav. Att studierna skulle vara genomförda från år 2000-2015 gav ett sökresultat som ansågs vara tillräckligt för att hitta all relevant forskning inom området. Vald tidsperiod baserades på en begränsad mängd forskning kring området vilket krävde en sökning med längre tidsperiod i syfte att fånga in mer relevant forskning (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Rosén (2008) menade att det är bra med en snäv tidsgräns i sökningen för att få fram den senaste forskningen. I de fall där forskningen är begränsad kan det däremot vara nödvändigt att sträcka sig längre bak i tiden för att kunna inkludera all relevant forskning inom området (a.a.). Genom en så kallad manuell sökning hittades en studie i en litteraturstudies referenslista vilket enligt Axelsson (2008) är en bra metod för att hitta relevanta källor.

Studiernas trovärdighet granskades utifrån – pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet vilket enligt Wallengren och Henricson (2012) är begrepp som bör ha säkrats för att ett kvalitativt forskningsarbete ska kunna anses ha god vetenskaplig kvalitet. Trovärdighet (trustworthiness eller credibility) beskrivs som ett paraplybegrepp för de andra begreppen och handlar om att försäkra läsaren om att kunskapen som redovisas är rimlig och att resultatet är giltigt. Pålitlighet (dependability) handlar om att se över förförståelsen, hur tidigare erfarenheter hos författarna kan ha påverkat insamlingen och analysen av data. Bekräftelsebarhet (confirmability) syftar till att studierna bör ha en beskrivning av informanter, datainsamling och analysprocess. Överförbarhet (transferability) handlar om

huruvida resultaten i studierna går att överföra på andra grupper, situationer och sammanhang (a.a.).

I valet av kvalitativa studier har säkrades trovärdigheten genom att se över insamlingsmetoden och resultatets giltighet. Forskningsproblemet i studierna som valdes ut hade ett avgränsat perspektiv, i detta fall omvårdnad, och hade analyserats ur flera synvinklar, bland annat genom att respondenterna bestod av personer i varierande åldrar och med olika livserfarenheter vilket Wallengren och Henricson (2012) rekommenderar. En granskningsmall från SBU (2012) användes säkerställa studiernas kvalitet ytterligare. Samtliga studier bedömdes hålla hög kvalitet. Då granskningsmallen enbart bestod av tre grader samt i många frågor lämnade utrymme för egen tolkning av studierna ifråga, fanns dock risk att studierna bedömdes inkorrekt. Ett bättre alternativ hade varit att använda en granskningsmall med siffervalidering, då detta hade gett ett mer precist värde på kvaliteten som varje enskild studie höll.

I urvalet av studier gjordes ingen geografisk begränsning i syfte att få ett bredare perspektiv av forskningsläget. I det slutliga urvalet gjordes ingen reflektion över studiernas ursprung vilket kan ha påverkat resultatet. Av de tio utvalda studierna var fyra från Australien, två från England, en från Sverige, en från Israel, en från Brasilien och en från USA. Länderna tillhör således olika världsdelar men ansågs överförbara till svensk sjukvård då majoriteten av dem enligt United Nations Development Programme hade ett Human Development index (HDI) likt Sveriges. En av studierna kom dock från ett utvecklingsland, Brasilien, vars HDI låg lägre än Sveriges och övriga studiers ursprungsländer (<http://hdr.undp.org/en/countries>). Det faktum att fyra av studierna kom ett och samma land, Australien, innebar också en risk för att Australiens sjukvård överrepresenterades i studien.

Av utvalda studier var alla studier förutom en på engelska. En medvetenhet fanns om möjligheten till misstolkning i översättningen från det engelska till det svenska språket. Bristande engelskkunskaper kan påverka förståelsen för och bedömningen av studiernas innehåll vilket medför en risk för feltolkning. Eftersom det inte alltid finns ett svenskt ord som är jämförbart med ett annat språks kan översättningar av begrepp vara problematiskt (Kjellström, 2012).

Eftersom en litteraturstudie har en förutbestämd frågeställning finns en risk att enbart studier som stödjer den ursprungliga hypotesen hos forskaren väljs ut (Friberg, 2012), i detta fall att

vården vid missfall kunde antas vara bristfällig, vilket författarna till denna studie har haft i åtanke då det hade kunnat medföra att studien blev subjektiv. Rosén (2012) förklarade att svagheten med litteraturstudier är att författaren till litteraturstudien kan komma att välja ut de studier som stödjer de egna åsikterna vilket kan resultera i en vinklad bild av verkligheten. I syfte att undvika att urvalet av studier skulle medföra ett skevt eller subjektivt resultat arbetade författarna till denna studie så systematiskt som möjligt och diskuterade vid oklarheter tills konsensus nåddes.

## **Resultatdiskussion**

Genomgående i denna studies resultat var att kvinnorna saknade emotionellt stöd från vårdpersonal vilket konfirmeras av Corbet-Owen och Kruger (2001) som förklarar hur många kvinnor upplevde att de blev försummade av vårdpersonalen. I resultatet framkom även upplevelser hos kvinnorna av en bristande medkänsla från vårdpersonal där fokus på den fysiska delen av missfallet var ett återkommande problem. Vårdpersonalen behövde följaktligen, för att kunna ge stöd till de kvinnor som upplevt ett missfall, bekräfta och uppmärksamma kvinnorna och deras individuella upplevelser genom att lyssna, låta kvinnorna uttrycka sina känslor och erkänna den förlust som kvinnorna genomgått. Corbet-Owen och Kruger (2001) styrker ovanstående i sin beskrivning av hur vårdpersonal för att kunna ge stöd åt kvinnor behövde förstå de individuella upplevelserna av och förhållandena kring missfallet och lade stor vikt vid att vårdpersonalen lade sina egna antaganden åt sidan för att lyssna på kvinnors individuella upplevelse. I denna studies resultat framkom att stöd från vårdpersonalen kan hjälpa till att minska nivån av ångest och depression, vilket styrks av Robinson (2014), som menade att kunskap och förståelse kombinerat med en god kommunikation mellan kvinnor och vårdpersonal kunde resultera i en minskad nivå av stress, oro och ångest vilket kunde reducera risken för framtida psykisk ohälsa.

Det framkom i denna studies resultat att kvinnorna upplevde informationen som gavs från vårdpersonalen som otillräcklig, bristfällig och inadekvat vilket bidrog till en känsla av maktlöshet. Att få vetskap om vad de hade att vänta sig innebar således en känsla hos kvinnorna av makt i och kontroll över sin situation vilket bekräftas av Corbet-Owen och Kruger (2001) som menar att omständigheterna behövde vara sådana att kvinnor kunde känna att de hade makt över deras egen vård med delaktighet i beslutsfattande och tillgång till expertkunskap. Resultatet stöds även av Maker och Odgen (2002) som menade att en brist på

kunskap, framförallt för de som inte hade genomgått ett missfall tidigare, resulterade i att kvinnor kände sig chockade över den fysiska processen och oroliga över vad som hände med sina kroppar.

Resultatet i denna studie visade i stort att varje kvinnas upplevelse var unik och att vården som ges i samband med missfall därför bör vara individanpassad vilket kan kopplas till Robinson, Callister, Berry och Dearins (2008) beskrivning av personcentrerad omvårdnad. De fundamentala egenskaperna i personcentrerad omvårdnad identifierades enligt Robinson et al. (2008) som patienters medverkan i och individualisering av patienten i vården.

Personcentrerade interaktioner främjade och ledde till förbättrade hälsoreultat (a.a.), vilket styrker resultatet i denna studie som visade att individanpassad omvårdnad och stöd vid missfallet behövdes för att minska oro och ångest hos kvinnorna. Resultatet visade även att kvinnorna var i behov av en atmosfär där de fick bekräftelse utifrån sina individuella behov vilket styrks av Weiner et al. (2013) som menade att hänsynstagande av behoven hos och omständigheterna kring patienten, vid planeringen av vården, resulterade i en mer individanpassad vård. Förmågan att utöva personcentrerad omvårdnad förutsatte att sjuksköterskorna engagerade sig både mentalt och andligt i sin yrkesutövning. Att upprätthålla en helhetssyn ansågs vara avgörande för att kunna ge personcentrerad omvårdnad och innebar att sjuksköterskorna riktade uppmärksamheten till alla patienter och deras familjers behov (Esmaeili, Cheraghi & Salsali, 2014).

Genomgående i denna studies resultat var en missnöjdhet hos kvinnorna över vården vid missfall. Det framkom att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte brydde sig eller förstod vad de gick igenom. Corbet-Owen och Kruger (2001) bekräftar resultatet i sin beskrivning av hur många kvinnor klagade på okänslig och osympatisk vård från vårdpersonal. Lee (2012) beskrev dock, till skillnad från vad som framkom i resultatet, att många kvinnor upplevde kvaliteten av vården positivt med vänlig och lyhörd vårdpersonal och härledde de upplevda bristerna i vården vid missfall till organisationen på respektive sjukhus snarare än till brister hos individuell vårdpersonal. Vid framfödandet av fostret vårdades en majoritet av kvinnor på en vanlig förlossningsavdelning där de riskerade att möta andra gravida kvinnor och nyfödda barn vilket upplevdes som ångesttriggande av kvinnorna (a.a.). Även Adolfsson et al. (2004) beskriver hur kvinnor påmindes om sin förlust vid synen av andra gravida kvinnor och barn.

I denna studies resultat framgick det att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen lade fokus på den fysiska delen av missfallet vilket styrks av Gergett (2014) som menade att den emotionella vården tycktes komma i andra hand. Resultatet bekräftades även av Lee (2012) som menade att vårdpersonal i många fall verkade se situationen som ett främst medicinskt förfarande för att avsluta en icke livsduglig graviditet medan kvinnor och partners såg det som födelsen och döden av deras barn. Kvinnor påverkades dock av till synes små saker som vårdpersonalen sa eller gjorde (a.a.), vilket skulle kunna ifrågasätta trovärdigheten av denna studies resultat där det genomgående framkom att kvinnornas upplevelser av vårdpersonalen var negativa.

Återkommande i denna studies resultat var känslor av rädsla, hjälplöshet, smärta och sorg vilket styrks av Stratton och Lloyd (2008) som menade att depression, ångest, sorg, känslor av ensamhet, hjälplöshet, låg självkänsla, ilska och skuld var typiska reaktioner på tidiga missfall. Maker och Odgen (2002) menade dock att huruvida graviditeten varit önskad eller inte, om det var den första eller en senare och om de hade andra barn påverkade kvinnors initiala reaktioner på missfall. Kvinnor vars graviditeter varit önskade beskrev, likt vad som presenterats i resultatet, känslor av förnekelse och upprördhet medan kvinnor vars graviditeter inte varit önskade beskrev en annan reaktion. Trots att de kvinnor vars graviditeter inte varit önskade fann den fysiska upplevelsen som svår och smärtsam, kände de sig mindre påverkade emotionellt av missfallet. De såg missfallet som en lättnad (a.a.). Corbet-Owen och Kruger (2001) menade även de på att det varit möjligt att skilja på kvinnor vars graviditet varit önskad och kvinnor vars graviditet varit oönskad. Den grupp av kvinnor vars graviditet varit oönskad hade känt sig nervösa, desperata, osäkra och glädjelösa i samband med sin graviditet. När graviditeten upplevdes som negativ upplevdes missfallet således som positivt (a.a.).

Resultatet i denna studie visade att missfall upplevdes som en intensiv och fysisk upplevelse med blödningar och smärta som en central del, något som ovanstående föreslår var oberoende av huruvida graviditeten varit önskad eller inte. Maker och Odgen (2002) beskrev, likt resultatet, symtomen på missfall som blödning och smärta men lyfte även upplevelsen hos kvinnor som annorlunda från vad de hade väntat sig och känslor av att vara oförberedda inför den fysiska processen av missfallet.

I denna studie framkom att det var vanligt förekommande med skuldkänslor hos kvinnorna. Många anklagade sig själva för någonting de gjort eller brister i deras fysiska tillstånd vilket

också Maker och Odgen (2002) styrker i sin beskrivning av hur kvinnor lade skuld på sig själva för att de inte tagit bättre hand om sig själva, druckit alkohol, rökt eller tränat för mycket. Andra faktorer som kvinnor ansåg kunde ha orsakat missfallet var press utifrån eller stress på arbetet (a.a.).

Av resultatet i denna studie framgick det att kvinnorna hade sökt en förklaring till det inträffade från omgivningen. Stratton och Lloyd (2008) bekräftar resultatet i sin beskrivning av hur kvinnor ofta ifrågasatte varför missfallet inträffat och hade ett behov av att veta vad som orsakat det vilket Maker och Odgen (2002) menar är en del av anpassningen och handlar om att försöka hitta en mening i sin situation. Maker och Odgen (2002) lyfte även upp andra upplevda orsaker till missfallet hos kvinnor som inte framgick i resultatet. Vissa kvinnor menade att det var medicinska anledningar som låg bakom missfallet medan andra var mer filosofiskt lagda och såg händelsen som sitt öde, någonting som låg utanför deras kontroll och som en sådan sak som bara hände vilket skapade en acceptans för missfallet. En del kvinnor kunde inte härleda missfallet till vad de ansåg vara en tillfredsställande orsak och beskrev hur de kände frustration över att vården inte heller kunde ge dem en vilket gjorde det svårt att finna vett i förlusten (a.a.). Svårigheterna med att förklara orsaken till missfallet resulterade enligt Stratton och Lloyd (2008) också i att många kvinnor utvecklade tillfälliga övertygelser till varför missfallet skett och beskyllde sig själva, vilket kan relateras till resultatet i denna studie som beskrev hur många av kvinnorna efter missfallet tvivlade på sig själva och sin förmåga att bära ett barn.

Känslor av osäkerhet, misslyckande och av att vara en besvikelse för omgivningen hos kvinnorna vid missfallen, var något som framkom i denna studie. Detta har även uppmärksammats av Corbet-Owen och Kruger (2001) som menade att glädje och upprymdhet hos kvinnor kunde relateras till upplevelsen av att en graviditet var en normal och statusgivande del av att vara en lyckad person och en plikttrogen fru. Att inte kunna föda ett levande barn bidrog till en känsla av skuld hos kvinnor som såg sig själva som ett reproduktivt misslyckande och otillräckliga som fruar (a.a.).

Det visade sig i denna studies resultat att kvinnorna var i ett stort behov av stöd från omgivningen efter att ha genomgått ett missfall vilket Robinson (2014) bekräftade i sin beskrivning av hur kvinnor både ville ha och behövde stöd från omgivningen. Uppvisande av stöd från en partner, familj och/eller vänner visade sig i denna studies resultat vanligen



förekomma i ett tidigt skede av missfallet för att kort därpå avta och försvinna helt. I resultatet framkom även att kvinnorna upplevde att närstående förväntade sig att de snabbt skulle komma över missfallet och gå vidare i livet. Brister i förståelsen hos andra och erkännandet av missfallet från omgivningen var någonting som gjorde kvinnorna mycket besvikna. Robinson (2014) beskriver på liknande sätt hur kvinnor förväntade sig stöd från både vårdpersonal, vänner och familj efter missfallet, men hur det stöd som gavs inte upplevdes som tillfredsställande.

Att bristen på stöd ledde till att kvinnorna kände sig ensamma och isolerade från omvärlden var någonting som framkom i resultatet av denna studie och styrks av Maker och Odgen (2003) som menade att upplevelsen av isolering och ensamhet var en följd av att kvinnor inte fick det stöd som de var i behov av efter ett missfall. Andersson, Nilsson och Adolfsson (2011) bekräftade också denna studies resultat i sin beskrivning av hur känslor av ensamhet och isolering visade sig vara vanligt förekommande känslor hos kvinnor efter ett missfall och att kvinnor behövde stöd för att kunna hantera dessa känslor.

## **Slutsats**

Denna litteraturstudie beskriver kvinnors upplevelse av missfall och av den vård som ges i samband med missfall. Missfall var en chockartad upplevelse, ofta präglad av existentiell smärta och sorg. Omgivningens stöd sågs av kvinnorna som betydande för upplevelsen av och återhämtningen efter ett missfall men upplevdes ofta som bristfälligt då familj och närstående hade svårt att förstå vad de gick igenom. Kvinnors upplevelser av vården var ofta negativa då de många gånger upplevde ett dåligt bemötande från vårdpersonal. Kvinnorna upplevde en brist på information och stöd från vårdpersonal som många gånger saknade empati och förståelse för deras förlust. Kvinnorna saknade en individanpassad vård där både den fysiska och emotionella delen av missfallet togs i beaktning. Kvinnorna hade ett behov av tillräcklig och adekvat information, delaktighet, stöd utifrån den individuella upplevelsen och bekräftelse vilket är faktorer som utgör en personcentrerad omvårdnad.

## **Klinisk betydelse**

Missfall är en vanlig graviditetskomplikation och kan påverka kvinnors hälsa både fysiskt och psykiskt. Upplevelsen av missfall är individuell men karaktäriseras ofta av sorg och lidande. Vården bär ett ansvar att möta kvinnans behov. Vårdgivarens kunskap kring kvinnors

upplevelse av missfall och upplevelser av vården, såväl som förmåga att möta kvinnan individuellt är faktorer som påverkar vården. Genom att beskriva kvinnors upplevelser av missfall såväl som av vården kan medvetenheten hos vårdgivare öka och därmed möjliggöra en vård där kvinnors individuella behov möts. Ämnet är relevant för omvårdnad och klinisk verksamhet då missfall drabbar och kommer att fortsätta drabba kvinnor framöver. Kunskapen om deras upplevelser anser vi vara det som ska utgöra grunden för vilken vård som är nödvändig.

### **Förslag på vidare forskning**

Resultatet i denna studie visade att bristen på information från vården till kvinnor i samband med missfall var stor. Det framkom dock inte hur mycket eller vilken typ av information som önskades av kvinnorna varför vidare forskning kring information i samband med missfall är nödvändig. Flertalet studier behandlar kvinnors upplevelser av vården som ges i samband med missfall men väldigt lite eller i många fall inget står skrivet om partners samt andras familjemedlemmars upplevelser. Vidare forskning kring partners och andra familjemedlemmars upplevelse av vården vid missfall är således nödvändig.

### **Författarnas insatser**

Arbetet med litteraturstudien har genom hela processen skett gemensamt. Arbetet har främst skrivits tillsammans under förbestämda tider måndag-fredag. För att effektivisera arbetet har ibland delar av arbetet delats upp genom att varje författare fått varsin underrubrik att skriva på eget håll. För att säkerställa studiens kvalitet har vi i de fallen då delar av arbetet skrivits separat läst, bearbetat och sammanställt texten tillsammans. När delar av arbetet skrivits separat har telefon och mejlkontakt mellan författarna skett på löpande basis i syfte att undvika en ojämnt fördelad arbetsbörda. Resultat samt metod- och resultatdiskussion har enbart skrivits gemensamt då tankar och åsikter från båda författarna, kring de studier som använts, ansetts vara nödvändigt för att kunna framställa ett så riktigt resultat och en så kritisk diskussion som möjligt.

## REFERENSER

Trunkering (\*) markerar studier valda till resultat

\*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 & Infant Psychology*, 23(1), 3-18.

\*Adolfsson, A. (2010). Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience. *Psychology Research And Behavior Management*, 375-79.

Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research And Behavior Management*, 29.

Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004) Guilt and emptiness: women's experience of miscarriage. *Health Care For Women International*, 25(6), 543-560.

Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Early bereavement: women's experiences of miscarriage [Swedish]. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 32(1), 32-36.

Andersson, I., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(2), 262-270.  
doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00927.x

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 173-178) Lund: Studentlitteratur.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och Omvårdnad – Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, A., & Andersson, U-B. (2012). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.

Corbet-Owen, C., & Kruger, L. (2001). The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health: The Journal Of Collaborative Family Healthcare*, 19(4), 411-427.

\*Da Fonseca Domingos, S. R., Merighi, M. B., & De Jesus, M. P. (2011). EXPERIENCE AND CARE IN MISCARRIAGE: A QUALITATIVE STUDY. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 10(2), 1.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson, *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 29-33) Lund: Studentlitteratur.

Esmaceli, M., Cheraghi, M. A., & Salsali, M. (2014). Barriers to Patient-Centered Care: A Thematic Analysis Study. *International Journal Of Nursing Knowledge*, 25(1), 2-8.

Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26(42), 35-41

Forsberg, C., Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) (s. 133-144) Lund: Studentlitteratur

\*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.

Gergett, B., & Gillen, P. (2014). Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals. *Evidence Based Midwifery*, 12(1), 29-34.

Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2013). Diskussion. I Henricson (red), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (1:3., s 471-479). Lund: Studentlitteratur.

\*Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *The Australian Journal Of Advanced Nursing: A Quarterly Publication Of The Royal Australian Nursing Federation*, 19(1), 8-14.

\*Jacobs, J., & Harvey, J. (2000). Evaluation of an Australian miscarriage support programme. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 9(1), 22-26.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson (red), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson Ekwall, A. (2010) Personcentrerad vård ur ett akutvårdsperspektiv. I D. Edvardsson, *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 51-58) Lund: Studentlitteratur.

Lee, C. (2012). 'She was a person, she was here': The experience of late pregnancy loss in Australia. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 30(1), 62-76.  
doi:10.1080/02646838.2012.661849

Maker, C., & Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity?. *Psychology & Health*, 18(3), 403-415.

Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(11), 1583-1591.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02701.

\*Musters, A. M., Taminiau-Bloem, E. F., van den Boogaard, E., van der Veen, F., & Goddijn, M. (2011). Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 26(4), 873-877.  
doi:10.1093/humrep/der021

*Norstedts stora engelsk-svenska ordbok*, (1 uppl.) (2010). Stockholm: Norstedts ordbok

Robinson, J. (2014). Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. *British Journal Of Midwifery*, 22(3), 175-180.

Robinson, J., Callister, L., Berry, J., & Dearing, K. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x

Rosén, M. (2012) Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-443). Lund: Studentlitteratur.

\*Rowlands, I., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 274-286. doi:10.1080/02646831003587346

Sandman, L., Kjellström, S. (2013). *Etikboken – Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

\*Sefton, M. (2007). Grief analysis of adolescents experiencing an early miscarriage. *Hispanic Health Care International*, 5(1), 13-20.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Mall för granskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik- patientupplevelser*. Hämtad 28 april, 2015 från [http://www.sbu.se/sv/var\\_metod/Granskningsmallar/](http://www.sbu.se/sv/var_metod/Granskningsmallar/)

Stratton, K., & Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative. *Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 48(1), 5-11.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) *Personcentrerad vård*. Hämtad 6 april, 2015, från Svensk sjuksköterskeförening, [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard\\_web.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf)

Wallengren, C & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturartbaserat examensarbete. I Henricson (red), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.482-459). Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2001). *Definitions and indicators in family, maternal & child health and reproductive health*. Hämtad 9 april, 2015 från [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/69529/e74558.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf)

Weiner, S. J., Schwartz, A., Sharma, G., Binns-Calvey, A., Ashley, N., Kelly, B., & ... Harris, I. (2013). Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Annals Of Internal Medicine*, 158(8), 573-579. doi:10.7326/0003-4819-158-8-201304160-00001

Wijesinghe, P. S., Herath, R. P., & Abeysundara, I. K. (2012). A qualitative study on patients' perceptions of expectant management of first trimester incomplete miscarriage. *The Ceylon Medical Journal*, 57(4), 145-149. doi:10.4038/cmj.v57i4.5078

\*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: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 53(494), 697-702.

## BILAGOR

### Bilaga 1. Artikelmatris

Författare År Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod Urval Antal deltagare	Resultat	Kvalitet
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 & Infant Psychology Australien	Syftet med studien var att fylla kunskapsluckan i hur kvinnor och deras partners, från andra etniska grupper än den västerländska, upplevde ett missfall.	Kvalitativ metod med djupgående intervjuer Strategiskt urval 6	Resultatet visade att faktorer såsom behandling av vårdpersonal, familj och vänner antingen hjälpte eller stjälpte upplevelsen. Hanteringen av missfallet berodde på den individuella kvinnan och mannen, då alla par hade olika sätt att hantera det på.	Hög
Adolfsson, A. 2010 Applying Heidegger's interpretive phenomenology to womens miscarriage experience Psychology Research And Behavior Management Sverige	Studiens syfte var att identifiera och beskriva kvinnors erfarenheter av missfall	Kvalitativa intervjuer Strategiskt urval 15	Resultatet visade att kvinnor hade stora förväntningar och framtida planer inför sitt föräldraskap. Alla kunde minnas var de befann sig när de drabbades av missfallet och en del upplevde det som den värsta händelsen i deras liv. Sjukhusbesöket var traumatiserande då kvinnorna hade låg prioritet samt möten med osympatisk vårdpersonal.	Hög
Da Fonseca Domingos, S. R., Merighi, M. B., & De Jesus, M. P. 2011 EXPERIENCE AND CARE IN MISCARRIAGE: A QUALITATIVE STUDY Online Brazilian Journal Of Nursing	Syftet med studien var att förstå upplevelsen av stöd från privat och kommunal sjukvård hos kvinnor som genomgår missfall samt sjuksköterskors upplevelse av vården som ges.	Kvalitativ studie med intervjuer Strategiskt urval 13	Resultatet visade att missfall är ett tillstånd som kräver uppmärksamhet, stöd och information från vårdpersonal. Genom att assistera kvinnor vid missfall, söka information om missfallet, hälsotillståndet och behoven hos kvinnorna hjälpte sjuksköterskorna kvinnorna att ta sig igenom missfallet.	Hög



Brasilien				
Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R-D., & Benyamini, Y.  2009  The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices  Death Studies  Israel	Syftet med studien var att förstå och beskriva kvinnors upplevelse av ett missfall.	Kvalitativ metod med intervjuer  Strategiskt urval  19	Resultatet visade att kvinnors upplevelse, från lyckan kring graviditeten till sorgen över förlusten innebär en chockerande, utdragen process som är svår att hantera och bearbeta med bristfälligt stöd från vänner och familj samt vården. Kvinnorna behöver mötas i sin smärta, få sörja i sin egen takt och på sitt individuella sätt.	Hög
Harvey, J., & Moyle, W.  2001  Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study.  Australian Journal of Advanced Nursing  Australien	Studiens syfte var att undersöka kvinnors erfarenhet av fenomenet tidiga missfall.	Fenomenol ogisk studie med deskriptiv design och intervjuer  Strategiskt urval  3	Resultatet visade att kvinnor upplevde missfallet som en avgörande livshändelse som skapade emotionella konflikter och kaos vilket upplevdes som en överväldigande sorg och smärta. Kvinnorna kände sig isolerade och upplevde att vårdpersonal var undvikande och höll avstånd.	Hög
Jacobs, J., & Harvey, J.  2000  Evaluation of an Australian miscarriage support programme  British Journal Of Nursing  Australien	Syftet med studien var att länka kvinnor med stödgrupper i samhället, förbättra in- och utskrivningar samt medvetenheten hos sjuksköterskor	Kvalitativ metod med intervjuer per telefon Strategiskt urval  24	Resultatet presenterades utifrån tre teman. Teman var <i>inskrivens upplevelse av vården, stöd efter utskrivning, känslomässig återhämtning.</i>	Hög
Musters, A. M., Taminiu-Bloem, E. F., van den Boogaard, E., van der Veen, F., & Goddijn, M.  2011  Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives.  Human Reproduction  England	Syftet med denna studie var att ta reda på vad kvinnor med oförklarade upprepade missfall skulle föredra för vård under deras nästa graviditet.	Kvalitativ metod med intervjuer per telefon.  Strategiskt urval  15	Resultatet visade att kvinnor identifierade olika stödjande vårdalternativ som var att föredra vid kommande graviditet. Bland annat tidiga och många ultraljud, HCG mätningar, praktiska råd gällande livsstil och diet, emotionellt stöd i form av rådgivning, en klar policy för de kommande tolv veckorna och medicinering.	Hög
Rowlands, I., & Lee, C.	Syftet med denna studie var att	Kvalitativ metod med	Resultatet visade att engagemang, erkännande och stöd från familj,	Hög

<p>2010</p> <p>The silence was deafening': social and health service support after miscarriage.</p> <p>Journal Of Reproductive &amp; Infant Psychology</p> <p>Australien</p>	<p>identifiera sätt stödja australiensiska kvinnor efter missfall. Mycket forskning har gjorts i England, men eftersom Australiensisk sjukvård ser annorlunda ut, ville de undersöka om australiensiska kvinnor upplevde utmaningar i hanteringen av ett missfall.</p>	<p>intervjuer</p> <p>Strategiskt urval</p> <p>9</p>	<p>vårdpersonal och samhället var positiva aspekter för kvinnor efter missfall. Vården beskrevs dock ofta som dålig. Brist på information tillsammans med okänsliga kommentarer och brist på empati under sjukhusvistelsen, var negativa aspekter av upplevelsen av missfall.</p>	
<p>Sefton, M.</p> <p>2007</p> <p>Grief Analysis of Adolescents Experiencing an Early Miscarriage</p> <p>Hispanic Health Care International</p> <p>USA</p>	<p>Studiens syfte var att beskriva upplevelsen av ett missfall hos tonåringar och sorgprocessen.</p>	<p>Kvalitativ studie med intervjuer</p> <p>Strategiskt urval</p> <p>14</p>	<p>Resultatet i studien visade sorgprocessen utifrån fem faser som ingick i Sanders Bereavement Theory; <i>chock, medvetenhet om förlusten, tillbakadragenhet, helande och förnyelse.</i></p>	Hög
<p>Wong, M. K., Crawford, T. J., Gask, L., &amp; Grinyer, A.</p> <p>2003</p> <p>A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team</p> <p>The British Journal Of General Practice</p> <p>England</p>	<p>Syftet med studien är att ta reda på kvinnors upplevelse av vård vid missfall som kan påverka förmågan för det primära hälsoteamet att upptäcka psykiatrisk sjuklighet efter ett missfall.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer</p> <p>Strategiskt urval</p> <p>22</p>	<p>Resultatet visade att kvinnorna hade ett behov av formella uppföljningsplaner, att de hade svårt att förstå de initiala händelserna, att de hade ett behov av mer information och specifika svar samt att de kände skuld.</p>	Hög