

Missfall eller förlusten av ett väntat barn

kvinnors upplevelse av spontant missfall
samt bemötande och behov av stöd

FÖRFATTARE	Emma Rydell Catrin Hermansson
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng OM 5250 VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Annika Janson-Fagring
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Missfall eller förlusten av ett väntat barn Kvinnors upplevelser av spontant missfall samt bemötande och behov av socialt stöd.
Titel (engelsk):	Miscarriage or the loss of an expected child Women's experiences of spontaneous miscarriage, treatment and need for social support.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM 5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	16
Författare:	Emma Rydell Catrin Hermansson
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Annika Janson-Fagring

SAMMANFATTNING

Att bli gravid innebär en ny fas i livet som för de flesta associeras med lycka och förväntan. Det är för många en livsavgörande händelse. Då ett missfall inträffar drabbas kvinnan av sorg och skuld och förhoppningarna övergår i förtvivlan. Ett missfall ses av kvinnan som förlusten av ett väntat barn. Vårt syfte är att beskriva kvinnors upplevelse av **spontant missfall samt bemötande och behov av socialt stöd**. Resultatet bygger på 10 vetenskapliga artiklar som söktes i databaser och manuellt. Materialet bearbetades och analyserades och tre teman framkom; Förlusten av ett väntat barn, Bemötande och kontakt med vården och Partnerstöd och socialt nätverk. Under dessa presenteras åtta subteman; Den fysiska upplevelsen, Rädslan att förlora förmågan att bära ett barn, Känna skuld och sorg, Väntan och ensamhet, Otillräcklig information, Få veta orsaken och få uppföljning, Att prata med sin partner och Dela erfarenheter med andra. Det framkom att kvinnor känner sig försummade i kontakten med vården. Det är därför en utmaning för sjuksköterskor att möta dessa kvinnor individuellt och få deras behov tillgodosedda. Detta beror delvis på den korta vårdtiden och att personalen har svårt att möta dessa kvinnors sorg och förtvivlan. Kvinnorna upplevde missfallet olika men bemötandet från vårdpersonalen hade stor betydelse för hur de kunde hantera situationen. Det framkom också att det är viktigt att ge information om orsaken till missfallet och att ta sig tid med kvinnan, detta glöms dessvärre ofta bort och det fokuseras på den medicinska behandlingen. Däremot upplever de flesta kvinnor stödet från vänner och närstående som bra. Återhämtningen går snabbare om kvinnan får ett bra stöd. Resultatet har diskuterats i relation till Swanson´s omvårdnadsteoretiska perspektiv och Cullbergs beskrivning av krisens faser.

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
ATT VÄNTA BARN	1
DEFINITION AV MISSFALL	2
VÅRD VID MISSFALL	2
TEORETISK REFERENSRAM	3
Graviditet – Livskris	3
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
LITTERATURSÖKNING	4
URVAL	5
Avgränsningar	5
DATAANALYS	5
FORSKNINGSETIK	5
RESULTAT	6
FÖRLUSTEN AV ETT VÄNTAT BARN	6
Den fysiska upplevelsen	6
Rädslan att förlora förmågan att bära ett barn	6
Känna skuld och sorg	7
BEMÖTANDE OCH KONTAKT MED VÅRDEN	8
Väntan och ensamhet	8
Otillräcklig information	8
Få veta orsaken och få uppföljning	8
PARTNERSTÖD OCH SOCIALT NÄTVERK	9
Att prata med sin partner	9
Dela erfarenheter med andra	9
DISKUSSION	11
METODDISKUSSION	11
RESULTATDISKUSSION	11
SLUTSATS	14
REFERENSER	15
BILAGOR	
1 Artikelsökning i databaser	
2 Artikelöversikt	

INLEDNING

Inom vårt arbete som sjuksköterskor i hemsjukvården träffar vi människor i olika åldrar som går igenom förändring i livet p.g.a. att något inträffat som inte var förutsägbart. Då kommer ofta andra upplevelser upp som inträffat tidigare i livet. Vi har hört många kvinnor som beskriver att de upplevt ett dåligt bemötande av vårdpersonal då de drabbats av ett missfall. De har inte känt att vårdpersonalen förstått hur viktigt detta barn är för dem, kommentarer som att du kan få fler barn eller du har ju redan barn har varit vanliga. Ofta framkommer även att kvinnan inte kunnat dela sorgen med andra efter ett tidigt missfall eftersom man ännu inte talat om för sin omgivning att man väntar ett barn, eller vill berätta att man önskar ett barn. Dessa kvinnor har haft ett stort behov av omvårdnad. Det finns grundläggande skillnad mellan kvinnans och vårdpersonal syn på missfall. För vårdpersonal är det en vanlig del av det dagliga arbetet, men för kvinnan är det oftast en unik upplevelse att förlora just det speciella barnet. (Moulder 1998)

Att bli gravid är en viktig del av livet och med många omvälvande känslor. Allt ifrån att inte veta om man vill eller kommer att klara av ett barn, till lättnad och glädje. För många kvinnor är upplevelsen av att vara gravid något de kan vara stolta över och drömma om, men som i många fall slutar med missfall. Sorg upplevs av många som en tragedi med starka känslor, men det finns även kvinnor som känner lättnad. Missfall är en individuell upplevelse, känslorna är bara vars och ens egna.

”Det finns inte några genvägar ur sorgen. Inga kryphål som gör det lättare att komma igenom. Sorgen måste få sin tid och ha sitt förlopp. Det är inte ovanligt att smärtan finns kvar efter flera år”

(Jonsson & Hagström 1998)

BAKGRUND

ATT VÄNTA BARN

Det innebär mycket funderande att planera för och vänta ett barn. Det är vanligt att kvinnor känner ambivalens inför detta stora beslut. På samma gång som kvinnan känner lycka för att bli förälder, är hon rädd för att bli bunden vid ett allt för stort föräldraansvar. Hon vill kunna glädja sig men vill samtidigt inte ta ut någonting i förskott. Detta är en förberedelse inför föräldraskapet, en del av den krisutveckling mot mognad och tillväxt som graviditeten innebär. För de flesta kvinnor innebär graviditeten stora förändringar kroppsligen, själsligen och socialt. Graviditet är ofta ett tillstånd av lycka och en glad förväntan men också med ett stänk av oro och ängslan. Vid ett pågående missfall töms livmodern med blödning, smärtor, ankomst till sjukhus och eventuell operation vilket vanligen sker väldigt fort, kanske under mindre än ett dygn. Lyckan och förväntningarna över graviditeten förbyts mot ett stort tomrum ofta med känslor av att inte vara fullvärdig och känslor av skuld. (Weström, Åberg, Anderberg & Andersson. 2005)

DEFINITION AV MISSFALL

Missfall är foster som föds döda före utgången av den 22: a graviditetsveckan. (Weström, et.al., 2005) Före graviditetsvecka 13 ses missfallen som tidiga och efter vecka 13 som sena (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009)

Vid ett fullständigt missfall stöts foster, moderkaka och hinnor ut vid ett och samma tillfälle. Ett ofullständigt missfall är då delar av missfallet stöts bort under flera dagar. Om det inte görs något åt detta kan det pågå mellan 10-14 dagar. Vid kvarhållet missfall dör fostret i magen, livmodern slutar växa men fostret förs inte ut med en gång utan stannar kvar en tid för att sedan stötas ut tillsammans med moderkakan. Det förekommer även upprepade missfall där kvinnan får tre eller fler missfall efter varandra.

Det är vanligt att tidiga och sena missfall är fullständiga, medan de mellan 6: e och 13:e graviditetsveckan ofta är ofullständiga. Av alla missfall är 80-85 procent tidiga. Missfallsfrekvensen varierar i litteraturen mellan 20 procent – 30 procent. Upptill 60 procent av de mycket tidiga graviditeterna avstöts men de flesta kommer inte att upptäcka att de varit gravida utan få en vanlig mens. Missfalls frekvensen av kliniskt verifierade graviditeter stiger med kvinnans ålder. För kvinnor i åldern 20–25 år är missfalls frekvensen 13 % medans i åldern 35–39 år ökar det till 46 %.

Missfall klassificeras i Sverige som en kvinnosjukdom även om det inträffar under tidig graviditet. Kvinnorna registreras inte som BB-patienter utan som gynekologiska patienter. (Weström, et al., 2005)

Vanligen inträffar missfall under den första trimestern. Trots den korta tid de haft tillsammans finns ofta ett starkt band mellan kvinnan och det ofödda barnet. Forskning kring konsekvenser av tidiga missfall visar att kvinnor upplever det framväxande barnet som en del av sig själv. Tillgivenhet och moderlig identitets utveckling kan därför spela en roll i kvinnans reaktion på missfallet. (Trepal, Gibson Semivan, Caley-Bruce, 2005)

VÅRD VID MISSFALL

Kvinnor som upplevt ett missfall önskar att omvårdnadspersonalen ska förstå de känslor som de har och ett erkännande av förlusten känns som mycket viktigt. (Hill, DeBackere & Kavanaugh, 2008) Många kvinnor upplever att de skulle vilja veta orsaken till missfallet, både för att minska oklarheten och skuldkänslorna. Även för att se till att detta missfall inte utesluter en annan fullgången graviditet. (Raphael-Leff, 1991) Om kvinnan känner sig ansvarig för missfallet kan skuldkänslorna öka upplevelsen kan också påverkas av tidigare erfarenheter. I de fall man lyckats möta kvinnornas omvårdnadsbehov har det visats att oro och ångest minskar vid efterföljande graviditeter. Oron för att något ska gå fel vid en graviditet är mycket högre hos kvinnor som tidigare genomgått ett missfall. (Hill, et al., 2008) Sjukvårdspersonalens viktigaste uppgift efter ett missfall är att hjälpa kvinnan att bekräfta verkligheten i förlusten, ge information och förklaringar samt ge en beskrivning över deras troliga reaktioner. (Hill, 2008; Moulder, 1998) Att få kontakt med sjukvården genom ett telefonsamtal eller besök kan vara till hjälp för dessa kvinnor, även stödgrupper och nätverk kan underlätta bearbetningen. Att prata om förlusten är viktigt och bör uppmuntras, genom att fråga kan man få kvinnorna att uttrycka sin oro. Kvinnor upplever ibland ändå att det bästa stödet kommer från familj och vänner. (Hill, et al., 2008)

TEORETISK REFERENSRAM

Graviditet - Livskris

Människan genomgår livskriser i samband med olika åldrar. Dessa livskriser leder till mognad och en djupare och bredare syn på livet. Människan vill visa sina framgångar för hela världen, men besvikelser vill hon glömma. Sorg handlar alltid om att förlora något. Inom psykologin är sorg ett väl studerat, beskrivet och förklarat begrepp. Det är kanske det tydligaste exemplet på det som definieras som kriser, dvs. ”reaktioner på plötsligt omvälvande händelser”. En människa kan hamna i *kris* efter en plötsligt omvälvande händelse som förändrar tillvaron. (Bergman & Normelli, 2000)

När livet startar uppfattas individuellt och för alla stämmer inte den egna uppfattningen överens med vad som enligt svensk lag är foster respektive barn. Missfall upplevs som en förlust av ett väntat barn oavsett när under graviditeten det sker. Män har ibland svårare att känna att ett tidigt missfall är en förlust av ett barn och vissa har svårt att förstå när kvinnan reagerar med sorg, skuld, övergivenhet och tomhet. När en kvinna får ett spontant missfall upplever hon ofta en sorg. Detta medför chock, förnekande bearbetning och nyorientering. (Kaplan, et al., 2009) Spontant missfall orsakar ofta depressioner. Även de som har barn sedan tidigare kan uppleva missfall som ett misslyckande och en känsla av att inte kunna ”hålla fast” barnet. Om graviditeten var planerad blir detta extra belastande. (Cullberg, 2006)

Cullberg beskriver den traumatiska krisens förlopp i fyra naturliga faser: *Chockfasen*, *Reaktionsfasen*, *Bearbetningsfasen* och *Nyorienteringsfasen*.

Chockfasen, under denna fas försöker man hålla verkligheten ifrån sig med all kraft. Personen kan verka lugn och kontrollerad men inuti är allt kaotiskt, det finns ingen öppning för att ta in och bearbeta det som hänt. Fasen kan pågå från ett kort ögonblick till några dygn. Det är vanligt att personen glömmet vad som sagts och vilken information hon fått i detta skede.

Reaktionsfasen, börjar då man tvingas öppna ögonen för det som inträffat efter att man tidigare blundat och försökt komma ifrån det. Ofta uppkommer frågan om varför det hände och det är vanligt med skuld-känslor kring det inträffade. Vid förlust av någon nära fylls tankarna av föreställningar om personen som dött. Känslor som övergivenhet sorg och tomhet tillhör den akuta krisen. Här mobiliseras individens försvarsmekanismer och den drabbade försöker finna mening med det som inträffat. Försvarsmekanismernas uppgift är att reducera upplevelsen av och medvetandet om hot och fara för jaget. Dessa två faser är de akuta faserna. *Bearbetningsfasen*, börjar när individen återigen vänder sig mot framtiden. Här blir förnekelsemekanismen mindre påtaglig, det akuta skedet är lämnat. Nya erfarenheter börjar tas emot och gamla aktiviteter återupptas. Den pågår under ett halvt till ett år efter traumat.

Nyorienteringsfasen, här lever individen med det som inträffat som ett ärr, det kommer alltid att finnas men stör inte livskontakten. Denna fas har ingen avslutning och sker med förutsättning att individen kunnat arbeta sig igenom krisen. (Cullberg, 2006)

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

När en patient vårdas, finns behov av riktlinjer om hur god vård kan ges och beskrivas. En metod att följa kan vara Swanson´s omvårdnadsprocess. Denna syftar till att strukturera omvårdnadsarbetet och underlätta kommunikationen mellan patient och vårdare.

Omvårdnadsprocessen är framarbetad genom tre olika studier, den första gruppen var kvinnor som nyss genomgått missfall, (Swanson-Kauffman, 1986a, 1988b) andra gruppen var vårdpersonal som arbetade på en neonatal intensivvårdsavdelning (Swanson, 1990) och tredje gruppen var kvinnor i en högrisk graviditet. (Swanson-Kauffman, 1988a)

Fem omvårdnadskategorier definieras: *Knowing*, *Being with*, *Doing for*, *Enabling* och *Maintaining belief*. *Knowing* innebär att man förstår och bekräftar patientens upplevelse. Att man är noggrann i sin bedömning, undviker antaganden, söker efter ledtrådar, har ett personligt engagemang och inser betydelsen för patienten i det dagliga livet. Allt baserat på kunskap om tillståndet. *Being with* betyder att man är känslomässigt tillgänglig och närvarande. Att man lyssnar och ger bekräftelse. Att man är fysiskt närvarande om det finns möjlighet och tillåta patienten visa sorg utan att belasta henne. Detta måste ske på ett sätt så inte vårdgivaren blir utbränd. *Doing for* innebär att man kan förutse och förebygga. Att kunna bevara patientens värdighet och ge tröst. Göra för en annan person vad hon skulle ha gjort för henne själv om det var möjligt. *Enabling* är att kunna ge undervisning och information. Att kunna förklara svåra situationer på ett bra sätt. Att vara ett emotionellt stöd, kunna ge feedback och tolka patientens känslor. *Maintaining belief* betyder att man är realistiskt optimistisk inför patientens situation och egna resurser. Att man kan förmedla en framtidstro med en hoppfull attityd. Swanson menar också att det är viktigt att omvårdnaden baseras på känslomässig närvaro, tillgänglighet, kunskap om tillståndet, att kunna lyssna och ett personligt engagemang. Dessa fem omvårdnadskategorier kan generaliseras och tillämpas i andra omvårdnad situationer. Vård processen är även tillämplig för andra vårdgivare än sjuksköterskor (Swanson, 1991; Swanson, 1993)

PROBLEMFÖRMULERING

Att vänta barn innebär en förändring i livet, det är en tid med många omvälvande känslor. För de flesta innefattar detta både förväntan och glädje men även oro och grubblande. Att få ett spontant missfall kan innefatta känslor som sorg och skuld och upplevelsen kan finnas med länge, ibland även obearbetad. Mötet med dessa kvinnor långt senare visar på att det satt djupa spår och att det finns ett stort behov av att få prata om upplevelsen. Därav vårt intresse av att undersöka hur upplevelser, bemötande och stöd för dessa kvinnor ser ut idag.

SYFTE

Syftet med arbetet är att beskriva kvinnors upplevelse av spontant missfall samt bemötande och behov av stöd.

METOD

LITTERATURSÖKNING

För att samla in data gjordes sökningar i databaserna Cinahl, PubMed, Scopus och Eric med sökorden *miscarriage*, *abortion spontaneous*, *spontaneous pregnancy loss*, *care*, *nurse*, *experience*, *early*, *grief* och *support*. se bilaga 1, tabell 1. Sökorden har kombinerats på flera olika sätt. För att minska antalet träffar användes sökorden som major concept. Vissa av orden trunkerades för att få med alla böjningar. Svenska MeSH har använts för att hitta rätt sökord. Även manuell sökning gjordes utifrån artiklarnas referenslistor. Vissa av artiklarna fanns i flera databaser, detta innebär att de artiklarna redovisas upprepade gånger i tabellen.

URVAL

Under litteratursökningen upptäcktes att det inte fanns så många undersökningar om tidiga missfall dvs. före graviditetsvecka 13 därför breddades sökningen till att omfatta alla kvinnor med spontana missfall upp till 22: a graviditetsveckan. Utifrån artiklarnas titlar, syfte och genom läsning av abstrakt valdes artiklar ut, både kvalitativa och kvantitativa. Dessa artiklar lästes igenom igen och 10 artiklar som motsvarade syftet valdes ut, alla kvalitativa.

Avgränsningar

Sökningen begränsades till åren 2000-2011 och alla artiklar som inkluderas är skrivna på engelska och vetenskapligt granskade. Artiklar som var relevanta gentemot syftet, alltså som beskrev kvinnors upplevelse av spontant missfall samt bemötande och behov av stöd inkluderades. Även sjukvårdspersonalens perspektiv finns med i de utvalda artiklarna. Även om vår inriktning ligger på hur sjuksköterskor bemöter kvinnor med missfall, finns även annan sjukvårdspersonal med såsom barnmorskor, undersköterskor och distriktssköterskor. Artiklar skrivna med medicinskt fokus sållades däremot bort. Även artiklar som belyser hur kvinnornas partner upplever missfallet och bemötandet valdes bort.

DATAANALYS

Detta arbete är en litteraturöversikt. Syftet med en litteraturöversikt är att genom ett strukturerat arbetssätt söka redan befintlig forskning som analyserats och kvalitetsgranskats. En översikt sammanställs slutligen av det material som bearbetats. Det är viktigt att välja den analysmodell som är bäst lämpad för de texter man valt och är kopplad till problemformulering och syfte. En litteratur översikt med en kvalitativ analysansats har används vilket innebär att fokus ligger på fenomenens egenskaper, vilken mening fenomenet har för människor, vilka innebörder som människor lägger i detta. Denna kunskap behöver ses i sitt sammanhang för den gör inga anspråk på att vara generell. Det handlar om att fånga subjektiva upplevelser och erfarenheter. (Friberg, 2006)

Inledningsvis började vi läsa igenom artiklarna för att skaffa en bra överblick av materialet och utesluta artiklar som inte var relevanta för syftet. Därefter bearbetade vi materialet genom att granska och analysera. Vi läste båda artiklarna som vi valt ut, lyfte sedan ut sådant som svarade mot vårt syfte och som vi såg som kärnan i artiklarnas resultat. Analysen av artiklarna sammanställdes i form av teman, som sedan presenteras under tre rubriker. Arbetet med att analysera artiklarna skedde induktivt för att hitta likheter men även skillnader i artiklarnas resultat. I resultatet har citat använts för att tydliggöra kvinnors upplevelse. En artikelöversikt presenteras i bilaga 2, tabell 2.

FORSKNINGSETIK

Vår strävan har varit att skapa en sanningsenlig bild av kvinnors upplevelser vid spontant missfall samt bemötande och behov av stöd. Det är inte tillåtet att fabricera resultat, förvränga forskningsprocessen eller plagiera andras arbeten, detta har under arbetets gång beaktats. (Nyberg, 2000)

RESULTAT

Vid analysen framkom följande teman; Förlusten av ett väntat barn, Bemötande och kontakt med vården, Partnerstöd och socialt nätverk. Under dessa presenteras åtta subteman; *Den fysiska upplevelsen, Rädslan att förlora förmågan att bära ett barn, Känna skuld och sorg, Väntan och ensamhet, Otillräcklig information, Få veta orsaken och få uppföljning, Att prata med sin partner, Dela erfarenheter med andra.*

FÖRLUSTEN AV ETT VÄNTAT BARN

Den fysiska upplevelsen

Ofta började kvinnors skildring av händelsen med utförliga beskrivningar av de fysiska symtomen som smärta och blödning. För kvinnorna var den vaginala blödningen en väsentlig indikation på att något var fel och det innebar slutet av graviditeten. (Adolfsson, et al., 2004; Adolfsson, 2010; Murphy & Merrell, 2009; Murphy & Philpin, 2010) Smärtan upplevdes individuellt. En del kvinnor beskrev smärtan som lite mensvärk andra som lika ont som vid förlossning. (Smith, Frost, Levitas, Bradley & Garcia, 2006) Alla kvinnor upplevde inte smärta men för vissa var smärtan en betydande del av deras erfarenhet av missfallet. (Murphy & Philpin, 2010) Insikten om att de inte hade någon kontroll över vad som hände med deras kropp och rädslan att förlora barnet var överväldigande och fick dem att känna panik eller uppleva ett chocktillstånd. (Adolfsson, 2010) Den fysiska upplevelsen av blödning och i vissa fall intakta foster och kvinnornas begreppsbyggnad av graviditeten som ett barn stämde inte överrens. Detta ledde till att kvinnorna kände sig osäkra på om de skulle sörja ett barn eller ett foster. (Murphy & Philpin, 2010)

Rädsla att förlora förmågan att bära ett barn

Kvinnors grundläggande tro på sin fertilitet och förmågan att bära ett barn försvagades vid spontant missfall, även deras väsen och roll som kvinna ifrågasattes. (Adolfsson, 2010; Adolfson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004; Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009) Kvinnorna uttryckte en oro för möjligheten att kunna bli gravid igen. De gick igenom en anpassningsfas till en ny identitet, som en kvinna som haft ett missfall. (Murphy & Merrell, 2009) Att återvända direkt till fasta rutiner och få komma tillbaka till det normala livet igen var för många en förutsättning för att kunna fungera normalt. (Gerber-Epstein, et al., 2009; Murphy & Merrell, 2009) Det var för dem ett sätt att fly från tankar och överdrivet grubblande. För en del kvinnor var det nästan omöjligt att komma tillbaka till normala rutiner. De saknade energi och beskrev en oförmåga att koncentrera sig och fungera som de brukade. (Gerber-Epstein, et al., 2009) I Abboud & Liamputtongs (2005) artikel ombads alla kvinnor beskriva vad som hjälpt dem igenom denna svåra tid, hur de lyckades gå vidare och fortsätta med sina liv. Vissa kvinnor använde fysiska strategier för att hålla sig upptagna, att ta hand om de andra barnen, eller vila. Då det fanns tillgång till nätverk och stöd, hjälpte detta kvinnorna att hantera sin förlust. (Gerber-Epstein, et al., 2009) Vissa kvinnor klarade förlusten genom att inte lägga skulden på sig själva och fokusera på att det skulle finnas fler chanser att få barn. (Abboud & Liamputtong, 2005) I Gerber-Epstein, et al., (2009) artikel rekommenderade sju av kvinnorna att man skulle vända sig till professionella rådgivare, speciellt när den akuta fasen var över. Någon föreslog att professionella rådgivare borde utveckla verktyg för att hantera missfall och sprida dessa. Gerber-Epstein, et al., (2009) skrev en gemensam rekommendation till de drabbade kvinnorna, deras läkare och närstående: Var

med kvinnorna i deras smärta, låt den kvinna som haft ett missfall sörja i sin egen takt, låt var och en uppleva händelsen och relatera till den på sitt egna individuella sätt.

”If you don’t do something about it in the beginning, and if you don’t take care of it the way it should, then it could be like this and follow you for a very long time. I think it really is necessary to produce some kind of tools to help woman to cope with this. Produce them and distribute them among all.”

(Gerber-Epstein, et.al., 2009, s.21)

Känna skuld och sorgs

Kvinnorna sökte svar på varför de fått missfall och kände skuld. Att veta orsaken gjorde det lättare att gå vidare. Kvinnor som fått veta anledningen till sitt missfall kände betydligt mindre egen skuld (Simmons, Singh, Maconochie, Doyle & Green, 2006) Andra tidigare erfarenheter under kvinnans liv kan ha påverkat hennes känslor i samband med ett missfall och på det sätt vilket hon upplevt händelsen. Sådana händelser kunde vara ett dödsfall i familjen eller om kvinnan förlorat sin mor i tidig ålder. (Adolfsson, 2010) En del kvinnor beskrev fasen efter missfallet med känslor av ångest, sorg och skuld. Känslan av tomhet hade en negativ inverkan på kvinnornas sinne. Skuld-känslorna påverkade i vilken utsträckning kvinnorna upplevde depression och ångest efter missfallet (Adolfsson, et al., 2004; Murphy & Merrell, 2009; Rowlands & Lee, 2010). Sorg sågs som en reaktion på förlusten, alla kvinnor sörjde över missfallet men på olika sätt. (Gerber-Epstein, et al., 2009) Under de första dagarna efter missfallet beskrev kvinnorna stor sorg, gråt, tillbakadragande och brist på energi. (Gerber-Epstein, et al., 2009) Sex av åtta kvinnor i Murphy & Merrell (2009) artikel sa att sorgen inte bara fanns i början utan kvarstod under lång tid. Kvinnor hade en förmåga att rekonstruera händelsen i detalj, detta tyder på att erfarenheten fortfarande fanns i deras minne som en särskilt svår och smärtsam upplevelse. (Gerber-Epstein, et al., 2009) I Rowlands & Lee (2010) beskrev två kvinnor hur en ceremoni hjälpt dem att komma igenom sorgen. Vissa kvinnor lade fostret i en liten ask som de begravde på ett anonymt ställe. Detta blev en minnesplats som de kunde besöka ibland och lägga en blomma. (Adolfsson, et al., 2004)

Kvinnorna hade många drömmar om det väntade barnet, kollapsen av dessa drömmar och fantasier ledde till en känsla av djup smärta som förvärrades av att det var en oväntad och meningslös händelse. De upplevde känslor av hjälplöshet, sorg, tomhet och djup smärta som ofta uttrycktes i tårar. (Adolfsson, et al., 2004; Gerber-Epstein, et al., 2009) De första veckorna av en graviditet är oftast fyllda av glädje, förväntan, spänning, drömmar och tankar. En kvinna beskrev hur hon kunde se sig själv med barnet och deras nya liv tillsammans. Hon berättade om missfallet som en chock då allt kraschade och tiden stannade. (Gerber-Epstein, et al., 2009) Kvinnors förluster bestod inte av en förlust av ett embryo eller foster utan en förlust av ett barn som de hade förberett sig på. Deras identitet och rättighet som mödrar hade gått förlorade. Det infann sig en känsla av total tomhet efter den lilla levande varelse som inte längre fanns. (Adolfsson, 2004) Kvinnor som insåg att det inte var deras fria val att kunna bli mamma blev ofta oerhört besvikna. (Adolfsson, 2010)

”Even if it’s only a fetus, which everybody tells me so, it’s a human being. It’s not only words, it’s something very important who was there in my uterus.”

(Adolfsson et al., 2004, s.553)

BEMÖTANDE OCH KONTAKT MED VÅRDEN

Väntan och ensamhet

Flera studier visade att kvinnor kände att de blev lämnade ensamma med sin upplevelse. Alltför ofta kände de att vårdpersonalen på akutmottagningen inte var lika sympatiska eller empatiska som de hade önskat. (Adolfsson, 2010; Murphy & Merrell, 2009; Rowlands & Lee, 2010; Smith, et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002). Flera kvinnor uppfattade att personalen inte visste hur de skulle ge sitt stöd. Personalen såg kvinnorna mer med medicinska ögon än med emotionella. (Simmons, et al., 2006) Den utdragna väntetiden var outhärdlig för kvinnorna, de kände sig försummade. När de kom till sjukhuset, löstes ofta inte deras rädsla och obehag omedelbart, eftersom missfall inte anses som högsta prioritet på akuten (Adolfsson, 2010; Adolfsson, et al., 2004; Rowlands & Lee, 2010; Smith, et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002). I både Rowlands & Lee (2010) och Tsartsara & Johnsons (2002) artiklar beskrevs hur kvinnorna var tvungna att sitta och vänta på undersökningen tillsammans med gravida, detta upplevdes som ren tortyr.

"... You know, nobody came and showed us any care, apart from when they came to take the commode away, but nobody came in to see us."

(Smith et al., 2006 s.202)

Otillräcklig information

Den information som gavs av sjukvårdspersonal ansågs vara både minimal och otillräcklig. (Abboud & Liamputtong, 2005; Rowlands & Lee, 2010). Kvinnorna fick en broschyr med allmän information att läsa, utan någon uppföljning eller diskussion. (Abboud & Liamputtong, 2005) De önskade mer information kring mängden blödning och graden av smärta som man kan förvänta sig (Smith, et al., 2006). En kvinna uttryckte att hon velat få information om utvecklingen av fostret i livmodern och den fysiska processen av missfallet, detta hade varit till hjälp för att förstå vad som hänt. (Tsartsara & Johnson, 2002). Kvinnorna upplevde att läkare förnekade betydelsen av missfallet och de blev upprörda av deras okänsliga kommentarer (Rowlands & Lee, 2010). Abboud & Liamputtong, (2005) skriver om en kvinna som var förvirrad av de motstridiga råd hon fått från vårdpersonalen, där en gav en förklaring och en annan sedan sa någonting annat. Detta lämnade henne och hennes partner vilsna över vad de skulle göra och vem de skulle tro på.

" They didn't explain everything what they were doing and what we can expect. It was all a surprise for us. I mean, I was shocked when I find out she lost it and she was really wet in the bed. I didn't even know what was going on... No, I didn't know anything."

(Abboud & Liamputtong, 2005 s.13)

Få veta orsaken och få uppföljning

Kvinnorna uttryckte ett behov av konsekvent specialiserad uppföljning, ett behov som inte alltid uppfylldes. En kvinna kände att hon önskat ett uppföljningssamtal i hemmet. För att känna sig viktig och få bekräftelse på att det inte var hennes fel. Även om missfall är mycket vanligt så är det viktigt att vårdpersonalen bekräftar kvinnans individuella behov. (Tsartsara & Johnson, 2002)

Kvinnorna lade stor vikt vid ultraljudet för att bekräfta missfallet och hade ett stort behov av en medicinsk förklaring till orsaken. (Simmons et al., 2006; Murphy & Merrell, 2009; Tsartsara & Johnson, 2002) De sökte efter uppenbara skäl till missfallet, de ville finna egna orsaker när läkaren inte kunde ge någon förklaring. Faktorer som stress, ångest, rökning mat eller för mycket eller för lite motion var sådant som de funderar över. Andra omständigheter kunde vara att Gud inte skulle anse att de dög som mamma eller att det skulle vara ett resultat av att de inte ville ha barnet tillräckligt mycket. (Adolfsson, 2004; Simmons, et al., 2006)

Kvinnor hade fått höra att missfall var vanligt och man ofta inte vet orsaken. En kvinna hade fått höra att hennes ålder kunde vara orsaken, vilket bara gav henne en känsla av misslyckande. (Tsartsara & Johnson, 2002) Om orsaken till missfallet inte identifieras var det vanligt att föräldrarna lade skulden på sig själv eller varandra (Murphy & Merrell, 2009; Tsartsara & Johnson, 2002). Då kvinnorna fick veta orsaken till missfallet och de förstod att inget kunde gjorts för att förhindra det, minskade skuldkänslorna. Forskning visar att det var ett viktigt sätt för att finna mening i och klara av sina erfarenheter. (Simmons, et al., 2006) Att få reda på orsaken ökar chanserna för en lyckad efterföljande graviditet. (Tsartsara & Johnson, 2002; Simmons, et al., 2006)

“There’s no purpose in it. I don’t understand why I lost my child. It was mine and it’s my body that took it from me. I can’t blame anybody else. It’s in me, my body did expel my child. I have been unsuccessful in something great, something important. It’s I, myself, who caused this”

(Adolfsson, et al., 2004 s.550)

PARTNERSTÖD OCH SOCIALT NÄTVERK

Att prata med sin partner

Kvinnor kände behov av att prata flera gånger om vad som hänt och fundera över varför. Om paret pratade mycket och om partnern var med vid undersökningen kom de närmare varandra. I de fall paret inte pratade, kunde det bildas konflikter och avståndstagande i förhållandet efter missfallet. Partnern såg bara nästa gång då allt skulle gå bra. (Adolfsson et al., 2004) Abboud & Liamputtong (2005) beskrev däremot i sin artikel att kvinnorna ansåg att det bästa stödet kom från deras partner. Även Gerber-Epstein, et al., (2009) och Rowlands & Lee (2010) beskrev att kvinnorna upplevde att partnern delade deras smärta, visade förståelse och kunde ge dem stöd.

Dela erfarenheter med andra

Socialt stöd spelade en viktig roll för kvinnor som upplevt spontant missfall. Att prata med någon och få känslomässigt stöd upplevdes som nödvändigt. Vissa kvinnor fann att stödet de fått från vänner eller närstående som också genomgått missfall, var den mest betydelsefulla. (Rowlands & Lee, 2010; Gerber-Epstein, et al., 2009) Kvinnor som pratat med vänner och arbetskamrater upptäckte att de inte var ensamma om sina erfarenheter. Det hjälpte dem att förstå andra kvinnors känslor och där med även sina egna. Det är angeläget för kvinnor att prata om missfallet då detta får dem att förstå gemensamma aspekter som alla kvinnor med missfall upplever. (Adolfsson, et al., 2004)

Kvinnorna ansåg att det största stödet kom från vänner som visade sitt deltagande genom praktisk handling så som att komma med mat eller en blomma. En kvinna beskrev att få kort från vänner som bekräftade deras förlust hjälpte henne. Närvaron av vänner, att veta att någon var där för att lyssna och trösta och uppmuntra dem var oumbärlig. (Abboud & Liamputtong, 2005) Kvinnorna ansåg i allmänhet att familj och nära släktingar var stödjande och hjälpte dem genom att uppmuntra dem och se positivt på händelsen och framtiden. Mödrar och systrar, i synnerhet, var mycket betydelsefulla för de kvinnor som genomgått missfall. (Abboud & Liamputtong 2005; Gerber-Epstein, et al., 2009) Smith, et al. (2006) skrev att kvinnor tyckte att det var skönt att komma hem. Tanken på att det var människor som brydde sig om kvinnan, gav en stödjande känsla. Bara att få prata med människor som ville lyssna och erbjuda stöd var ett bra sätt att hantera förlusten. Inte nödvändigtvis med alla men med några utvalda. (Rowlands & Lee, 2010) Kvinnorna ville att deras känslor skulle bli bekräftade, eftersom ingen såg hur dåligt de mådde inuti. De vill veta att de kunde återfå kontrollen.

En del kvinnor beskrev däremot att stödet från familjen var bristande. (Rowlands & Lee, 2010) Det sociala stödet i form av partner, familj och vänner förväntade sig ibland att kvinnan snabbt skulle återhämta sig, glömma och gå vidare. Kvinnorna fick ofta höra att de snart skulle bli gravida igen, vilket kunde upplevas som väldigt plågsamt. (Gerber-Epstein, et al., 2009) Kvinnor ville inte höra och känna att det inte var viktigt, att det bara var ett missfall. (Adolfsson, et al., 2004) Vissa kvinnor avskärmade sig från sina familjer och sitt vardagsliv. De ville vara ensamma med sina tankar och känslor, då de upplevde att de kunde bearbeta sina tankar bäst i ensamhet. Andra kvinnor önskade att de hade mer tid att sörja över missfallet, men kunde inte vara borta från arbetet. (Adolfsson, et al., 2004) Rowlands & Lee, (2010) skriver att det fanns en brist på bekräftelse från familjemedlemmar, samhället och från vården. En kvinna beskrev hur chockad hon var av att hon inte erbjudits stöd av andra med samma erfarenhet. En del kvinnor undvek att träffa vänner som var gravida eller gå ut i sociala sammanhang, då de väckte plågsamma känslor som avund, förlust och misslyckande. (Gerber-Epstein, et al., 2009; Murphy & Merrell, 2009) En del tyckte att vänner gav okänsliga kommentarer som gjorde dem arga och frustrerade till exempel sa någon, - du vet att det är för det bästa. Men kvinnan blev sårad eftersom hennes barn hade dött och det kunde orimligt vara för det bästa. (Rowlands & Lee, 2010)

"... but she was with me through that day and that was really nice and she stayed at the hospital with me cause we just had to sit there for hours... I think my sister was great. Having someone who, you know, that I knew she 'd been through, probably a much harder thing (late pregnancy loss.)"

(Rowlands & Lee, 2010 s.278)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Sökorden miscarriage, abortion spontaneous, spontaneous pregnancy loss, care, nurse, experience, early, grief och support har använts. Vissa sökord är MeSH termer, andra har använts då de ändå ansågs betydelsefulla. Sökningarna har gjorts i databaserna Cinahl, PubMed, Scopus och Eric, det kan inte uteslutas att om andra sökord, databaser eller inklusions- och exklusionskriterier valts hade resultatet blivit annorlunda. Det fanns mycket forskning om kvinnors upplevelser av spontant missfall, nästan inget om behovet av stöd och bemötande. En sökning gjordes efter en definition på begreppet stöd, detta var svårt eftersom stöd definieras på många olika sätt. Därför valdes att inte ha med detta i bakgrunden.

Av de 10 artiklar som valdes ut var fem från Storbritannien två från Sverige två från Australien och en från Israel. Inledningsvis när artiklarna lästes, uppfattades inte att det fanns några skillnader vid spontana missfall på grund av vilket land artikeln kom ifrån, därför gjordes ingen begränsning på länder i vidare sökningar. Perspektivet blir också bredare om forskningen kommer från olika länder, detta kan ses som en styrka i arbetet. Man kan dock inte utesluta att resultatet påverkats av att artiklar inte kommer från samma land, eftersom upplevelsen och behov av stöd och bemötande kan vara olika i olika länder.

På grund av arbetets tidsbegränsning valdes att inte beställa eller betala för artiklar. Detta innebär att det kan ha funnits användbara artiklar som aldrig granskades. Vad eventuella artiklar med annat språk än engelska kan ha haft för påverkan på resultatet är omöjligt att veta. Även om utbudet därmed blir något begränsat, finns det inget som påvisar att de valda artiklarna skulle på något sätt vara av sämre kvalitet eller missvisande.

En litteraturoversikt genomfördes och antalet studier gjorda inom ämnet som svarade an till vårt första tänkta syfte, gällande tidiga missfall, var relativt begränsat. Vi fick därför bredda vårt arbete att innefatta kvinnor med spontant missfall. I ett första urval lästes både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Kvalitativa artiklar valdes ut eftersom vårt syfte var att få fram upplevelser och känslor. En artikel är både kvantitativ och kvalitativ ur den har vi bara använt den kvalitativa delen då den kvantitativa var mer allmän. Kvalitativa studier är inte generaliserbara på samma sätt som kvantitativa.

Analysen var en pågående process från det att artiklarna söktes fram till det att teman formulerades utifrån arbetets syfte. Svårigheterna låg i att hitta den röda tråden samt att utforma teman och att göra dem avgränsade eftersom analysresultatets olika delar har varit svåra att separera från varandra. Den strukturering av arbetet som gjorts är därmed inte den enda möjliga kombinationen utan den som ansågs mest relevant, någon annan hade eventuellt kunnat komma fram till ett annat resultat.

RESULTATDISKUSSION

Att bli gravid är en livsavgörande händelse, med många omvälvande känslor oavsett om graviditeten var planerad eller inte. I samband med ett missfall är upplevelsen en känsla av förlust inte bara på grund av det förlorade barnet utan även av drömmar, möjligheter och hopp. (Adolfsson et al. 2004; Gerber-Epstein, et al., 2009; Weström, et al., 2005) Spontant missfall är vanligt förekommande, 20 – 30 % av alla kliniskt verifierade graviditeter slutar i missfall. (Weström, et al., 2005). Även om missfallet sker tidigt i en graviditet är

upplevelsen att man förlorar ett barn och inte ett foster. Här stämmer inte kvinnans och vårdens perspektiv överens. (Adolfsson, et al., 2004) Detta tror vi kan bero på att sjukvården många gånger ser på missfallet ur ett medicinskt perspektiv. Ett missfall leder många gånger till en sorg både efter barnet som man förlorat men även efter ett liv tillsammans med detta barn. Det är detta vi upplevt när kvinnor i alla åldrar kan berätta om ett missfall och även beskriva bemötandet i vården och stödet från både vårdpersonal och närstående.

Händelseförloppet kring missfallet går ofta snabbt, vilket gör att kvinnorna är i chock den korta tid de är i kontakt med vården (Adolfsson, et al., 2004) Enligt Cullberg (2006) är det inte meningsfullt att ge information till en människa i chock för att det är vanligt att man glömmer informationen som ges i den här fasen. Många upplevde att det fanns en brist i informationen. (Abboud & Liamputtong, 2005; Rowlands & Lee, 2010; Smith, et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002 &) En anledning till att informationen ses som bristfällig kan vara att kvinnorna inte tagit in den informationen de fått. Abboud & Liamputtong (2005) skriver att bristen på information hindrade kvinnorna i deras återhämtning. Först senare i krisens reaktionsfas är det möjligt att känna och förstå vad som hänt, här infinner sig skuld känslor och man frågar sig varför det hände. (Cullberg, 2006) Många kvinnor upplever ofta skuld känslor men orsaken beror mycket sällan på kvinnans livsstil. (Adolfsson, et al., 2004, Simmons, et al., 2006) Adekvat information skulle kunna minska skuld känslorna. (Tsartsara & Johnson, 2002) Vi anser att eftersom information är mycket viktig borde den även ges i ett senare skede då kvinnorna kan ta den till sig. Kvinnorna tar oftast inte själva kontakt med vården för de vill inte vara till besvär. Om en sjuksköterska ringer upp dem och frågar hur de mår, känner de sig betydelsefulla och tagna på allvar och genom att få prata minskar skuld känslorna. (Tsartsara & Johnson 2002) Sjuksköterskan kan troligen ge svar på frågor och bara genom att lyssna hjälpa kvinnan genom sorgen. Gerber-Epstein, et al., (2009) skriver att nätverk och stöd hjälper kvinnorna att hantera sin förlust. Alla kvinnor bör få en förmedlad kontakt med en stödgrupp, det har visat sig vara till hjälp för kvinnorna att få kontakt med sjukvården genom besök eller telefonsamtal. (Hill, et al., 2008) Enligt Swanson (1991) ska sjuksköterskan ge undervisning och information. Kunna förklara svåra situationer på ett bra sätt, men även ge ett känslomässigt stöd. Moulder (1998) bekräftar också vikten av att ge information.

Nyorienteringsfasen börjar då kvinnan återfår kontrollen och kan se en mening i det som innan var kaotiskt. (Cullberg, 2006) För vissa kvinnor går det snabbare än för andra. (Adolfsson, et al. 2004) I efterskedet kan möjligen en uppföljning från vårdpersonalen hjälpa de kvinnor som fortfarande befinner sig i bearbetningsfasen, att nå nyorienteringsfasen. Vi anser att uppföljning är självklar med tanke på omständigheterna runt ett missfall. Dessvärre tillhör detta ovanligheterna. (Adolfsson, et al., 2004; Simmons, et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002) Det är viktigt att försöka ta reda på, på vilket sätt händelsen berör den drabbade kvinnan för att på bästa sätt kunna bemöta henne individuellt. (Cullberg, 2006; Swanson, 1991) Gerber-Epstein, et al., (2009) skriver i sin artikel att även år efter missfallet grubblar kvinnor över vad de förlorade. Det kommer ofta upp i olika berättelser, i ett försök att förstå och förklara känslorna kring missfallet. De beskriver svårigheten i att smälta erfarenheten, eftersom det var en betydande förlust, en förväntan eller en dröm. Vår uppfattning är att förr bearbetades inte upplevelsen av missfall i lika stor utsträckning. Kvinnan fick inte se barnet och ingen pratade om det som hänt. De förväntades att kvinnan snabbt skulle gå vidare. Hur bemötande och stöd såg ut påverkade hur kvinnan kände och hanterade sin sorg men också hur hon upplevde sin förlust Vi anser därför att det är av stor vikt att dessa kvinnor får rätt stöd och bemötande, så att de får möjlighet att bearbeta sin sorg.

Enligt Swanson (1991) ska sjuksköterskan upprätthålla hoppet vilket innebär att ha en hoppfull attityd och hjälpa patienten genom situationen samt att se framtiden med mening. Detta grundar sig i att bry sig om och engagera sig för andra.

Flera studier, Adolfsson (2010); Murphy & Merrell (2009); Rowlands & Lee (2010); Smith et al. (2006) och Tsartsara & Johnson (2002) skriver att när kvinnorna kom till sjukhuset kände de sig försummade och åsidosatta. En del kände sig okänsligt och nonchalant bemötta. Varför det är så kan ha många orsaker, att vårdpersonalen många gånger arbetar under tidspress eller att man som vårdpersonal försöker att distansera sig till den förtvivlan som kvinnan känner, av rädsla för att säga fel saker eller bristande kunskap och erfarenhet. Vissa kvinnor kan också få en känsla av att befinna sig i underläge i kontakt med sjukvården. Att som personal vara medveten om att kvinnors behov ser olika ut och att alla behöver bemötas olika är mycket viktigt. Personalens uppgift är att hjälpa kvinnorna att bearbeta sina känslor för att kunna gå vidare. Därför behövs kontinuerlig utbildning och handledning för personalen, så de känner sig säkra på hur de ska bemöta dessa kvinnor. För kvinnorna är det betydelsefullt att få prata och att de blir bemötta med empati. Att bli väl omhändertagen bidrar till en snabbare återhämtning. (Hill, et al., 2008). Swanson (1991) skriver att sjuksköterskan skall försöka förstå situationen så som patienten upplever den. Sjuksköterskan ska inte anta hur patienten känner sig, utan söka efter ledtrådar som ger vägledning, för att ge en individuell omvårdnad. Att kunna ge individuell omvårdnad till varje kvinna är en utmaning för personalen. (Tsartsara & Johnson, 2002) En del kvinnor är nöjda med vården andra inte vilket kan bero på hur kvinnan upplever missfallet och hennes förväntningar av vården. Det är viktigt att som vårdpersonal se och förstå att upplevelsen är subjektiv för att kunna möta kvinnans individuella behov. Vi tror att detta skulle leda till att fler kvinnor skulle känna sig tillfreds med vården och där igenom bättre bearbeta sin upplevelse.

Hur kvinnor upplever stöd i samband med ett missfall är väldigt olika. Många kvinnor anser att det bästa stödet kommer från familj och vänner. (Gerber-Epstein, et al., 2009; Hill et al., 2008 och Rowlands & Lee, 2010) Andra känner sig mest stöttade av sin partner. (Abboud & Liamputtong 2005; Gerber-Epstein, et al., 2009; Rowlands & Lee 2010) Eftersom missfall ofta sker tidigt i graviditeten, har man kanske inte hunnit berätta för sina vänner att man väntar barn. Detta gör att det kan vara svårt att få stöd och förståelse för sin sorg. (Adolfsson, et al., 2004) Vissa har ett mindre socialt nätverk, få vänner och kanske inte någon familj. I dessa fall är det ännu viktigare att personalen går in och ger det stöd som behövs. Ibland har kvinnan svårt att prata med andra om sitt missfall och hon kan känna att sorgen inte tas på allvar. Kvinnan håller det för sig själv och det blir en tyst sorg. Detta visar än en gång på vikten av att vården förmedlar en kontakt med någon form av stöd så att kvinnan kan bearbeta sin upplevelse.

I två av artiklarna, Simmons, et al., (2006) och Tsartsara & Johnson (2002) nämns att de kvinnor som tror sig fått ett missfall och skall få en bekräftelse av sjuksköterskan får sitta i ett väntrum med de kvinnor som är gravida och snart skall föda. Detta är en mycket negativ upplevelse. Vår omedelbara känsla är att dessa kvinnor bör få vara i ett väntrum som är avsett endast för dem som fått missfall. Detta kan hjälpa kvinnorna att påbörja bearbetningen vilket också leder till snabbare återhämtning. I två av artiklarna Rowlands & Lee (2010), Gerber-Epstein, et al., (2009) beskrivs hur kvinnorna blir stöttade av att prata med någon som upplevt samma sak. Genom att få dela väntrum med kvinnor i samma situation kan de känna stöd och prata om sina upplevelser, vilket kan bidra till att de inte ge sig själva skulden för missfallet. Vid tidiga missfall i Sverige registreras kvinnorna som gynekologiska patienter (Weström, et al., 2005) Detta innebär att kvinnorna hamnar på en gynekologisk avdelning tillsammans med

kvinnor som utfört abort. Detta upplevs som oerhört jobbigt för dessa kvinnor. Vår uppfattning är att dessa kvinnor även får ett sämre omhändertagande än de kvinnor som fått ett senare missfall och där igenom behandlas på en BB avdelning, där personalen har en bättre handlingsplan för att möta dessa kvinnor.

I vårdens saknas ofta plats för sorgbearbetning efter ett spontant missfall.

Det är sjuksköterskans ansvar att ge kvinnorna tid för samtal och vara lyhörd så man fångar upp behovet som finns att bearbeta sorgen. Detta bör ske genom en individuell vårdplan, eftersom upplevelsen är individuell. Om behovet av stöd vid missfall fick större uppmärksamhet i vården skulle dessa kvinnor kunna bli bättre hjälpta. Vi ser ett stort behov av fortsatt forskning kring stöd och bemötande, den mesta forskning vi funnit rör kvinnors upplevelser av själva missfallet. Vi har försökt hitta en nationell handlingsplan kring eftervården vid spontant missfall. Eftersom vi inte funnit någon undrar vi om det finns, detta borde annars enligt vår mening utarbetas så att dessa kvinnor får uppföljning och stöd för att bearbeta sin upplevelse.

SLUTSATS

Att genomgå ett missfall innebär en traumatisk upplevelse för kvinnan. Hur personalen bemöter dessa kvinnor och ger stöd har en stor betydelse för upplevelsen. Det är viktigt att det finns en förståelse för att varje enskild kvinna har sin individuella upplevelse av missfallet. Ett verktyg för att fånga upp dessa kvinnors omvårdnads behov kan vara att använda sig av Swanson´s omvårdnadsprocess, vilken kan underlätta kommunikationen mellan patienten och vårdaren, vilket leder till att dessa kvinnors omvårdnads behov blir tillgodosedda. Kvinnor som får spontant missfall är i stort behov av ett bra bemötande och stöd från både anhöriga och vårdpersonal. Vårdpersonalen har en betydande roll i att stödja dessa kvinnor. Tyvärr ligger ofta fokus på den på den medicinska behandlingen och det emotionella stödet glöms bort. Det finns ett stort behov av information i samband med spontant missfall. Många kvinnor upplever att det är viktigt att få information om orsaken. Att dessa kvinnor får ett återbesök är så angeläget att det borde vara en rutin. Det stöd kvinnan fått av familj och vänner har många ansett som det mest värdefulla. Det har visats sig att kvinnor som fått ett bra stöd från vårdpersonal och anhöriga lättare kan bearbeta och gå vidare efter sitt missfall.

REFERENSER

Artiklar markerade med * är använda i resultatet.

- *Abboud, L. N., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experience with health care of ethnic women and their partners. *Journal of reproductive and infant psychology*, 23, (1), 3-18.
- *Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and Emptiness: Women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25, 543-560.
- *Adolfsson, A. (2010). Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience. *Psychology Research and Behavior Management*, 3, 75-79.
- Bergman, O., & Normelli, A. (2000). *Den lilla sorgen: en bok om missfall*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och Utveckling*. 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, 1-29.
- Friberg, F (2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hill, P.D., DeBackere, K., & Kavanaugh, L., K. (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37, (5), 525-537.
- Jonsson, S., & Hagström, A. (1998). *En bro över mörka vatten* Stockholm: Cordia.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Moulder, C., (1998). *Understanding Pregnancy Loss Perspectives and Issues in Care*. Basingstoke: Macmillan press ltd.
- *Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 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, 534-541.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.

- *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.
- *Smith, L. F., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options. *British Journal of General Practice*, 56, 198-205.
- *Simmons, R. K., 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, 1934-1946.
- Swanson-Kauffman, K.M.(1986a). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*, 8, (2), 37-46.
- Swanson-Kauffman, K.M. (1988a, july). Caring as a basis for nursing practice. Paper presented at the NCAST Institute, Seattle, WA.
- Swanson-Kauffman, K.M. (1988b). Caring needs of women who miscarried. In M. M. Leininger(Ed.), *Care: Discovery and uses in clinical and community nursing* (pp. 55-69). Detroit: Wayne State University Press.
- Swanson, K.M.(1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *Advances in Nursing Science*, 13, (1), 60-73.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, vol 40, (3), 161-166.
- Swanson, K.M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, vol 25, (4), 352-357.
- Trepal, Heather C., Gibson Semivan, S., Caley-Bruce, M. (2005). Miscarriage: A Dream Interrupted. *Journal of Creativity in Mental Health*, Vol 1, (No3/4), 155-171.
- *Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2002). Women's experience of care at a specialized miscarriage unit: an interpretative phenomenological study. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, 55-65.
- Weström, L, Åberg, A, Anderberg, E & Andersson, U-B (2005). *Obstetrik och gynekologi: Klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Tabell 1, Artikelsökning i databaser

Databaser och limits	Sökord	Antal träffar	Antal använda
Cinahl Artiklar publ. 2000-2011 Peer-reviewed Research article	Miscarriage	314	-
	Miscarriage and nurse	29	2
	Miscarriage and nurse and care	20	2
	Miscarriage and care	85	6
	Miscarriage and care and early	22	3
	Miscarriage and experience	42	7
	Miscarriage and support	52	4
	Miscarriage and grief	25	3
	Abortion spontaneous	528	-
	Abortion spontaneous "major concept"	345	-
	Abortion spontaneous and nurse*	22	2
	Abortion spontaneous and caring	14	1
	Abortion spontaneous and early	77	4
Abortion spontaneous and experience	48	7	
Abortion spontaneous and support	67	4	
Abortion spontaneous and grief	37	3	
PubMed Artiklar publ. senaste 10 åren	Miscarriage	1315	-
	Miscarriage and experience	43	1
	Miscarriage and care*	118	0
	Miscarriage and nurs*	12	0
	Miscarriage and grief	10	0
	Miscarriage and early and care	38	0
	Abortion spontaneous	1087	-
	Abortion spontaneous and experience	33	1
	Abortion spontaneous and care*	86	0
	Abortion spontaneous and caring	6	1
	Abortion spontaneous and nurs*	9	0
	Abortion spontaneous and grief	10	0
Spontaneous pregnancy loss and care*	28	0	
Scopus Artiklar på engelska publ. senaste 10 åren Nursing article	Miscarriage	145	-
	Miscarriage and nursing	25	3
	Miscarriage and care	69	3
	Miscarriage and experience	39	3
	Miscarriage and support	17	2
	Abortion spontaneous	245	-
	Abortion spontaneous and nursing	48	3
	Abortion spontaneous and care	96	3
	Abortion spontaneous and experience	33	3
Abortion spontaneous and support	29	2	
Eric Artiklar publ. 2000-2011	Miscarriage	13	1
	Abortion spontaneous	0	0

Bilaga 2

Tabell 2 Artikelöversikt

Artikels författare, år, land & titel	Syfte	Metod	Resultat
Abboud, L & Liamputtong, P. 2005, Australien When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners	Undersöka hur kvinnor och deras partner upplever och hanterar ett missfall. Även undersöka om de var tillfreds med sjukvården.	Kvalitativ metod med intervjuer. Fenomenologisk studie.	Olika strategier för att klara situationen: Vila, sysselsätta sig, tänka positivt. Stödjande sociala grupper: familj och vänner. Erfarenhet av vården - två olika grupper uppstod: tillfredsställda och ej tillfredsställda.
Adolfsson A, Larsson P G, Wijma B & Berterö C 2004, Sverige Guilt and Emptiness: Women's experiences of miscarriage	Syftet var att identifiera och beskriva kvinnors erfarenheter av missfall.	Kvalitativ studie 15 kvinnor Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats genom strukturerade intervjuer. 5 kvinnor intervjuades i hemmet, 10 på sjukhuset.	Kvinnornas känslor bestod av tomhet och skuld. Fem kategorier framkom. Känna sig känslomässigt splittrad, den kroppsliga upplevelsen, förlust, sorg och övergivenhet.
Adolfsson, A. 2010, Sverige Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience.	Syftet med studien var att identifiera och beskriva kvinnors upplevelser av missfall.	Tolkande fenomenologi utifrån tre perspektiv: Tidigare, nutid och framtid. 15 kvinnor, fem intervjuades i sitt hem, 10 i ett avskilt rum på sjukhus.	Kvinnors känslor av otröstlighet påverkas av tidigare missfall eller dödsfall i familjen. På tidpunkten för missfallet ger smärtan och blödningen en känsla av att inte ha kontroll. Rädslor för framtiden var att inte bli gravid igen eller att tiden mellan barnen blir för stor.

<p>Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y.</p> <p>2009, Israel</p> <p>The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices.</p>	<p>Syfte var att belysa kvinnors subjektiva erfarenhet av missfall under första graviditeten.</p>	<p>En fenomenologisk studie baserad på öppna semistrukturerade intervjuer med tematisk analysmetod. 19 kvinnor som fått missfall.</p>	<p>Upplevelserna grundades i känslan av att vara hotad i sin roll som kvinna när man genomgått ett missfall. Kvinnorna upplevde missfallet som väldigt påfrestande psykiskt och vissa fick hjälp av anhöriga och vårdpersonal, andra fick inte någon hjälp.</p>
<p>Murphy, F., & Merrell, J.</p> <p>2009, Storbritannien</p> <p>Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka kvinnors erfarenheter av ett tidigt missfall på en gyn avd på ett sjukhus i Storbritannien</p>	<p>Kvalitativ, Etnografisk studie på en gyn avd på ett sjukhus i Storbritannien 8 kvinnor och 16 sjukvårdspersonal. (SSK, Läkare och ultraljudspersonal)</p>	<p>Beskrev tre olika vid missfall. Första tecken och bekräftelse, att förlora barnet och efterföljden.</p>
<p>Murphy, F., & Philpin, S.</p> <p>2010, Storbritannien</p> <p>Early miscarriage as "matter out of place": An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit.</p>	<p>Syftet med studien var att utforska vården av kvinnor med tidigt missfall.</p>	<p>En kvalitativ, etnografisk studie. På mödravård och gyn avd på ett sjukhus i Wales. Första gruppen: åtta kvinnor som haft tidigt missfall. Andra gruppen: 16 sjukvårdspersonal (10 SSK, 3 Läkare och 3 ultraljudspersonal)</p>	<p>Tre huvudkategorier framkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Första tecken och bekräftelse - Förlora barnet - Efterdyningarna
<p>Rowlands, I. J., & Lee, C.</p> <p>2010, Australien</p> <p>"The silence was deafening": social and health service support after miscarriage.</p>	<p>Syftet var att hitta sätt att stödja kvinnor efter missfall.</p>	<p>Kvalitativ metod. Nio kvinnor som genomgått missfall under de två senaste åren intervjuades.</p>	<p>Två huvudteman framkom. Tillgänglighet av socialt stöd Behov av erkännande av missfallet. I det sista temat diskuterades även stöd från sjukvården.</p>

<p>Smith. L F, Frost. J, Levitas. R, Bradley. H & Garcia J</p> <p>2006, Storbritannien</p> <p>Women's experiences of three early miscarriage management options a qualitative study</p>	<p>Syftet med studien var att analysera de sociala och personliga effekterna av olika hanterings metoder vid ett missfall.</p>	<p>Kvalitativ metod Intervjuer med 72 kvinnor.</p>	<p>Gemensamma teman framkom i samtliga alternativ för hantering av missfall. De fyra huvudteman var intervention, erfarenheter av vård och smärta och blödning.</p>
<p>Simmons, K. R., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P. & Green, J.</p> <p>2006, Storbritannien</p> <p>Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study</p>	<p>Beskriva kvinnors personliga upplevelser kring sitt Missfall. Utveckla framtida forskningsfrågor Kring planering av lämplig behandling och uppföljande omvårdnad.</p>	<p>Utsagor från 280 kvinnor på frågan "Är det något du vill tillägga?" från en större kvalitativ och kvantitativ artikel med frågeformulär till 60.000 kvinnor. Analysen gjordes med hjälp av en innehållsanalys.</p>	<p>Svar på varför missfallet hänt. Känslan av en Personlig rättighet att bli mamma. Det behövs bättre uppföljande vård samt mer Känslomässigt stöd. Resultatet som kom fram var kvinnornas sökande efter mening, uppfattning av moderskapet, upplevelsen av själva missfallet och den hjälp de fick att hantera missfallet.</p>
<p>Tsartsara, E & Johnson, M</p> <p>2002, Storbritannien</p> <p>Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study</p>	<p>Studien syfte var att se kvinnornas eget perspektiv, hälsovården inom ett större allmänt sjukhus i Midlands i Storbritannien efter tidigt missfall.</p>	<p>Intervjuer med sex kvinnor som hade behandlats efter tidigt missfall.</p>	<p>De teman framkom som viktiga delar i deltagarnas erfarenhet av sjukvård: Att man jämförde sig själv med andra gravida kvinnor, de ville ha en speciell plats att gå till för att få stöd och att de var i behov av uppföljning.</p>