

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2016:20

# Kvinnors upplevelser i samband med tidigt missfall

## Litteraturstudie

Rebecka Alexandersson  
Ellinor Cavrak



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel: *Kvinnors upplevelser i samband med tidigt missfall*  
Författare: Rebecka Alexandersson & Ellinor Cavrak  
Huvudområde: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad  
Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng  
Utbildning: Sjuksköterskeutbildning GSJUK13h  
Handledare: Marianne Johansson  
Examinator: Lise-Lotte Jonasson

## **Sammanfattning**

Av alla graviditeter slutar 20-25 % i missfall, av dessa sker 80 % innan vecka 14. Detta kan bero på exempelvis fel hos fostret eller infektioner hos kvinnan. Symtom kan vara smärtor och/eller vaginala blödningar. Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva kvinnors upplevelser i samband med tidigt missfall. Forskning visar att det är en stor psykisk och fysisk påfrestning för kvinnan, dock har vårdarna inte tillräcklig kunskap för att kunna möta kvinnan i situationen. Studien är baserad på åtta vetenskapliga artiklar, både kvantitativa och kvalitativa. Dessa har analyserats enligt modellen av Axelsson för att få fram vårt resultat. Resultatet visar att ett missfall för med sig många typer av känslor som för kvinnorna kan vara svåra att hantera, dessa känslor kan sedan följa kvinnorna under längre tid. De olika känslor som upplevs har identifierats som hjälplöshet, sorg, skam och ilska. Vårdarna visar sig ha otillräcklig kunskap gällande bemötande och vårdande av dessa kvinnor, eftersom kvinnorna upplever att de varken får stöd eller information angående sin situation. I texten skriver författarna om "vårdarna", i dessa innefattas sjuksköterskan och dennes roll. I diskussionen tas delvis upp fördelar och nackdelar med vald metod. Vi tar även upp viktiga aspekter ur resultatet, som exempelvis vikten av stöd i olika former och förbättring av vården, samt våra tankar kring dessa.

Nyckelord: *tidigt missfall, kvinnor, upplevelser, stöd, vårdpersonal*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>Definition av missfall</b> .....	<b>1</b>
<b>Orsaker till missfall</b> .....	<b>1</b>
<b>Symtom och diagnostik</b> .....	<b>2</b>
<b>Behandling</b> .....	<b>2</b>
<b>Vårdvetenskapliga begrepp</b> .....	<b>3</b>
Livsvärld .....	3
Skam .....	3
Lidande .....	3
Sjuksköterskan och vårdandet.....	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>4</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
<b>Design</b> .....	<b>5</b>
<b>Datainsamling</b> .....	<b>5</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>6</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
<b>Upplevd förlust</b> .....	<b>7</b>
Sorgen .....	7
Förlorad kontroll över sin kropp .....	7
<b>Upplevelsen av vårdandet</b> .....	<b>8</b>
Stödet från vårdpersonal .....	8
Stödet från omgivningen.....	9
<b>Återgången till vardagen</b> .....	<b>9</b>
När framtiden ljusnar .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>10</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>11</b>
<b>SLUTSATSER</b> .....	<b>13</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>14</b>
<b>Bilaga 1. Sökhistorik</b> .....	
<b>Bilaga 2. Artikelgranskning</b> .....	

## INLEDNING

Cirka 20-25 procent av alla graviditeter slutar i ett missfall. Av dessa missfall sker 80 procent innan vecka 14. Vi båda har flera personer i vår omgivning som drabbats av missfall. Utefter vad de har berättat brister vården i bemötande och omhändertagande av dessa kvinnor. Några av kvinnorna har även uttryckt ett minskat förtroende för vården. Vi tycker därför att deras upplevelser är viktigt att belysa. Dessa kvinnor kan vi som blivande sjuksköterskor möta på flera olika arbetsplatser så som primärvård, akutsjukvård och inom gynekologisk vård. För att vi skall kunna bemöta denna utsatta grupp krävs mer kunskap om hur de upplever sin situation. Det finns flera olika studier angående detta, och vi försöker i vårt arbete göra en så tydlig analys som möjligt för att kunna utveckla vårdandet av kvinnor som genomgår ett missfall.

## BAKGRUND

I bakgrunden behandlas faktorer som kan bidra till att ett missfall sker. Även symtom tas upp, likaså den medicinska behandlingen som kvinnor kan få samt de känslor som kan komma att uppstå.

### Definition av missfall

En fullgången graviditet räknas vara 40 veckor. Foster som definieras som missfall skall antingen vara dödfödda före graviditetsvecka 29 eller vara mindre än 35 cm långa vid födseln (Sundgren 1992, s.13). Ett missfall innebär att fostret stöts ut ur livmodern, och därmed är graviditeten avbruten. Missfallen kan delas upp i *tidiga* och *sen*a. Ett tidigt missfall innebär att graviditeten avbryts före 13:e graviditetsveckan, ett sent sker efter 13:e veckan (Elg 2007, s.7).

### Orsaker till missfall

När fostret av någon anledning inte kommer klara sig utanför livmodern, stöter kroppen bort det – ett missfall sker. Detta kan märkas i form av blödning som liknar en menstruationsblödning (Hjort 2013, s. 21). I 67 procent av fallen är kromosomavvikelse hos fostret, eller andra fel på det befruktade ägget, den vanligaste orsaken till en förlorad graviditet. Livmoderfaktorer, så som myom (godartad tumör) eller sammanväxningar i livmodern kan bidra till att ett missfall sker. Dessa orsaker gör att livmodern inte kan ta hand om en graviditet, utan istället stöter bort fostret (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson 2010 s. 184).

En annan orsak till missfall kan vara infektioner hos mamman som via blodet förs över till fostret och därmed ”infekterar” graviditeten. Exempel på sådana infektioner kan vara rödahund och mässling. Vissa sjukdomstillstånd, som exempelvis svår diabetes, hypo-/hypertyreos och njursjukdomar hos mamman kan öka risken för missfall. (Borgfeldt et al. 2010, s. 185).

Rökning ökar risken för missfall eftersom nikotinet är giftigt och påverkar moderkakans funktion på så sätt att en spasm kan uppkomma i dess kärl. Tidigare missfall ökar också risken för att det händer igen (Borgenfeldt et al. 2010, s. 185).

Enligt en dansk studie visas att kvinnor som är över 30 år har en högre risk att förlora en graviditet, även under- eller övervikt räknas som en riskfaktor. Det framkom också att alkohol under graviditeten samt lyft över 20 kilo dagligen utgör en ökad risk (Feodor Nilsson, Andersen, Strandberg-Larsen & Nybo Andersen 2014). Samaraweera och Abeysena (2010) beskriver att om den gravida kvinnan sover mindre än åtta timmar per natt kan det vara en bidragande faktor till att ett missfall sker i första trimestern.

## **Symtom och diagnostik**

Vanligast är att ett missfall börjar med smärtor och/eller blödningar från livmodern. Dessa symtom är i likhet med de blödningar och smärtor som kan förekomma vid menstruation. I början är blödningen liten, men ökar efterhand. Den blir då ljusare och kan innehålla koagler. Vid ett så kallat komplett missfall stöts graviditeten ut i ett svep. Ett inkomplett missfall fastställs via ultraljud eller vaginal undersökning som visar på graviditetsrester i livmodern. Kvinnan kan då få växlande intensiva smärtor och blödningar i form av koagler. Detta kan pågå under 10-14 dagar innan hela graviditeten stöts ut. Ju längre tid missfallet varar, desto högre infektionsrisk (Borgenfeldt et al. 2010, ss. 185-187).

Om kvinnan är tidigare i sin graviditet än sjätte veckan finns det ingen garanti att ultraljud visar en diagnos i form av missfall. Då kan istället blodprover tas på kvinnan för att se placentas insöndring av humant korigonadotropin (HCG). Vid en normal graviditet dubblas HCG-värdena i blodet vartannat dygn under de första veckorna. Vid misstanke av ett missfall görs en undersökning av livmoderhalsen. Har livmoderhalsen börjat öppna sig går missfallet inte att förhindra. Livmodern känns fastare vid ett missfall, den är även mindre än vid normal graviditet (Borgenfeldt et al. 2010, s.186).

## **Behandling**

Behandling för att förhindra ett hotande eller pågående missfall finns inte att tillgå. Om graviditeten är i tidigt skede kan det göras en utrymning eller medicinsk livmoderkontraerande behandling för att tömma livmodern på graviditetsrester. En utrymning görs på så sätt att livmodern skrapas eller sugas ren. Detta görs oftast i narkos (Borgfeldt et al. 2010, s. 187). Om graviditeten inte pågått längre än nio veckor behövs oftast inte någon skrapning då kroppen normalt kan stöta ut det själv. Skrapning görs för att förhindra infektioner i livmodern (Hjort 2013, s. 43). Så kallad expektans innebär att kvinnan vid ett konstaterat missfall, där hela eller delar av graviditeten finns kvar i livmodern, får gå hem och komma på återbesök två veckor senare. Om läkaren då bedömer läget som oförändrat kan kvinnan få medicinsk behandling. Denna behandling kan ske i hemmet om kvinnan inte är gravid längre än i vecka 8+6 (Landstinget i Östergötland 2014). Blohm (2009, s. 3330) skriver om sin forskning som visar på att fertiliteten hos kvinnan inte påverkas beroende på vilken metod som används. Oftast

avvaktas det numera med skrapning och istället används läkemedel eller så låts missfallet ske naturligt i hemmet. Detta beslut tas i samråd med kvinnan.

## **Vårdvetenskapliga begrepp**

Här belyses olika begrepp som är väsentliga när det gäller kvinnors upplevelser av ett missfall. Dessa begrepp kan vara till stöd för vårdarna vid behandling och bemötande.

### **Livsvärld**

Genom en människas livsvärld visar sig hälsa, välbefinnande, lidande och sjukdom. Denna livsvärld är unik för varje människa och utgör hur var och en förhåller sig till sin omgivning (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 127-128). Den verklighet vi lever i kan förklaras som vår livsvärld, vilken vi upplever via våra kroppar. Varje individ upplever verkligheten olika. För en gravid kvinna innebär det inte bara kroppsliga förändringar att vänta barn, utan även känslor som oro och förväntan. Det ofödda barnet är en del av kvinnans livsvärld trots att det inte existerar självständigt (Wiklund 2003, s. 40,48).

### **Skam**

Skammen uppkommer då vi känner att vi riskerar tappa kontakten med det som är viktigt för oss. Upplevelsen av otillräcklighet och att ej bli älskade kan infinna sig. Skam kan uttrycka sig på olika sätt, exempelvis genom ilska eller projicering. Detta för att minska plågan skammen innebär och skapa distans till personer omkring en. Om människan reflekterar över orsaken till skammen kan vi sedan på ett effektivt sätt gå vidare (Wiklund 2003, ss. 112-113). Strax efter den avbrutna graviditeten kan kvinnan uppleva skuld och skam över saker hon exempelvis gjort/inte gjort som kan ha bidragit till missfallet. Skammen är förknippad med en känsla av misslyckande då hon exempelvis inte gett sin partner ett barn (Adolfsson & Kjällström 2014, s. 84).

### **Lidande**

Lidande gör att människan blir främmande för sig själv och för sina möjligheter. Lidandet skapar ett problem som måste lösas eller undvikas. Vid misslyckande försöker människan ta sig ifrån lidandet, exempelvis genom att förneka eller på olika sätt minska ångest och smärta. Sjukdomslidande förknippas med symtomen och de konsekvenser dessa medför, medan livslidandet påverkar människans liv på det sätt att synen på oss själva och verkligheten förändras. Detta lidande kan vara mer eller mindre märkbart för andra runtomkring. För människan väcks en reflektion kring vad som orsakat sjukdomen och över hur det i framtiden kommer bli (Wiklund 2003, ss. 99,108-109). Vårdlidande innebär att patienten kan känna sig utlämnad eller att han eller hon inte får tillräcklig information om vad som händer eller kommer att hända rent medicinskt. Det kan även vara så att vårdarna inte ser till patientens behov (Dahlberg & Segesten 2010, ss, 216-217).

Kanske är det så att planeringen kring den nya familjemedlemmen är igång och att föräldrarna exempelvis planerat för barnkammaren och köpt kläder. När detta sedan rycks ifrån dem uppstår en känsla av tomhet. Ett missfall är något som kommer följa kvinnan resten av livet, men hon lär sig leva med minnena. En känsla som kan förekomma är nedstämdhet och att inte glädjas över saker. Efter en tid av bearbetning kommer denna känsla sakta avta (Adolfsson & Kjällström 2014, ss. 81-84).

### **Sjuksköterskan och vårdandet**

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor skall varje sjuksköterska ansvara för att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa. Vården skall ges med respekt för varje individ och utan att diskriminera (Svensk sjuksköterskeförening 2007). För att vårdandet skall bli så vårdande som möjligt behövs en anda av tro, hopp och kärlek. Att vårdaren har ett kärleksfullt förhållningssätt kan bidra till en upplevelse av tro och hopp för patienten. Relationen mellan vårdaren och patienten utvecklas i ett mellanmänskligt samspel och har stor betydelse för vårdandet. I en vårdande relation får patienten möjlighet att uttrycka sina behov och problem. För att vårdprocessen skall bli så optimal som möjligt behövs en fungerande vårdrelation (Wiklund 2003, ss. 152-155). Vårdrelationen mellan vårdare och patient innebär att fokus är på patienten och dennes behov av vård, och ett engagemang från vårdaren. Ett vårdande möte behöver inte vara långt för att stödja patientens hälsoprocesser, utan kan även bara vara några minuter. Om vårdaren verkar stressad eller oengagerad leder detta till minskat välbefinnande hos patienten. En vårdande relation behöver dock inte enbart vara mellan vårdare och patient, utan kan uppstå mellan närstående (Dahlberg & Segesten 2010, ss.190-193).

Bearbetningen av sorgen efter missfall är individuell och olika för alla. En del bearbetar sin sorg ”snabbt och effektivt”, medan det för andra kan ta längre tid. Det lämpligaste för vårdpersonalen är att avvakta med att aktivt tala om sorgebearbetningen tills dess att patienten själv efterfrågar hjälp, innan dess har det knappt någon effekt. Dock kan personalen använda sig av stödjande samtal direkt vid upptäckten av missfallet i syfte att avlasta. Vårdaren skall öppet och följsamt lyssna till patienten samt ställa följdfrågor för att på så sätt stödja patienten i dennes tankar och känslor (Adolfsson & Kjällström 2014, s. 81). Robinson (2014) skriver i sin artikel hur 95 procent av kvinnorna upplevde att det stöd de hade behövt efter missfallet var otillräckligt och att de hade önskat mer.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

De flesta missfall sker på grund utav oundvikliga avvikelser hos fostret och är därför inte något kvinnan kan påverka. Ett missfall kan föra med sig flera olika känslor och tankar. Forskning visar att det för kvinnan är en stor påfrestning både fysiskt och psykiskt. Att gå igenom detta i samband med en planerad graviditet innebär en stor förändring i planeringen av framtiden. I kvinnans möte med vården är det viktigt att

vårdarna möter henne i hennes känslor och tankar. För att detta skall kunna ske behöver vårdare mer kunskap för att mötet och vårdtiden ska bli så vårdande som möjligt. I detta arbete studeras därför vad som kännetecknar en kvinnas upplevelse efter ett tidigt missfall för att vi som vårdare skall kunna ge så optimal vård som möjligt.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser i samband med ett tidigt missfall.

## **METOD**

### **Design**

Vår design är en litteraturstudie gjord på empiriska artiklar. Dahlborg Lyckhage (2012, s.32) skriver att vid användning av kvalitativ forskning ligger fokus på att fånga människans subjektiva upplevelser och erfarenheter.

Därför valdes denna typ av design då författarna vill fånga kvinnornas individuella upplevelser av att genomgå en ofrivilligt avbruten graviditet. Axelsson (2012 ss. 203-212) skriver att litteraturstudier är av fördel att använda om det finns tidigare forskning inom området. Litteratursökningen skall göras med tydligt urval. En sammanställning av tidigare forskning görs då.

### **Datainsamling**

Data har samlats in via databasen Summon. Främst användes Cinahl och Medline eftersom de är inriktade på vård och medicin. Inklusionskriterierna som valdes var att artiklarna skulle vara publicerade efter 2006 och framåt. En artikel hittades som var publicerad 2004, alltså inte inom inklusionskriterierna. Författarna tyckte ändå att denna stämde så pass bra in på syftet att den valdes att bli inkluderad trots allt. Vidare söktes en artikel fram som var publicerad 2010 och skriven av samma författare (Ann-Sofie Adolfsson) där innehållet styrkte det som stod skrivet i den tidigare publicerade artikeln. Dock valdes det att inte ha med den publicerad 2010 i vår studie då den är mer inriktad på psykologi.

Artiklarna skulle även vara peer-reviewed, finnas i fulltext och vara skrivna på svenska eller engelska. Partners upplevelser exkluderades då vi ville fokusera på enbart kvinnan som burit graviditeten.

Inledningsvis gjordes en bred sökning i Summon på ordet "missfall" för att se urvalet av svenska artiklar. Sedan lades "kvinnors upplevelser" till.

I Cinahl och Medline gjordes först en bred sökning genom att söka på engelskans ord; miscarriage för att se över ämnets bredd. Efter detta insågs det behövas en mer avgränsad sökning, och ändrade sökningen till "miscarriage AND experience" samt



övriga inklusions- och exklusionskriterier. Sökresultatet blev då betydligt mindre, men fortfarande inte tillräckligt avgränsat. Då ändrades sökorden till "early miscarriage" samt "woman experience" och sedan gick abstract igenom på de artiklar som verkade relevanta. Sedan lästes resultatet på artiklarna som stämde in på forskningsområdet. Artiklarna som svarade an på vårt syfte inkluderades i studien. Vid sökning av artiklar märktes det att många tog upp det medicinska perspektivet som blir till följd av ett missfall, vilket inte var användbart i studien. Därav fanns det en svårhet i att finna relevant forskning. Åtta artiklar, en kvantitativ samt sju kvalitativa, valdes att inkluderas i studien, se bilaga 1.

## **Dataanalys**

Analysen började med att författarna först läste igenom alla artiklar. Axelsson (2012, ss. 212-215) skriver att detta görs för att få en överblick över materialet. Vidare skriver hon att man genom att skriva stödanteckningar under läsningens gång underlättar processen. Efter detta sammanställs varje artikels syfte, metod och urval. Här kan även artikelns viktigaste resultat skrivas ut.

Axelssons modell vad gäller litteraturgranskning var utgångspunkten då den var lätt att förstå och applicera på arbetet. För att få tydligare struktur under granskningen gjordes en tabell (se bilaga 2) som hjälpmedel för tänkande. Där gjordes som ovan beskrivet. Från början visste författarna kvinnans upplevelser i samband med tidigt missfall var det som ville beskrivas, och därför blev det detta vi fokuserade på i första hand vid granskningen.

Författarna har läst samtliga åtta artiklar och analyserat dessa. Artiklarna lästes först enskilt där likheter och skillnader av kvinnornas upplevelser urskiljdes genom att färglägga dessa i olika färger för att tydligöra kategorier. Sedan sammanflätades det som båda hittat. Därav analyserades och belystes olika teman och subteman. På så sätt har ett nytt resultat formats.

# RESULTAT

**Tabell 1. Teman och subteman**

<b>Upplev förlust</b>	<b>Upplevelsen av vårdandet</b>	<b>Återgången till vardagen</b>
Sorgen	Stödet från vårdpersonal	När framtiden ljusnar
Förlorad kontroll över sin kropp	Stödet från omgivningen	

## Upplevd förlust

Innan missfallet hänt har kvinnorna tillsammans med sina partners levt i en lyckobubbla fylld av optimism och lycka. När denna bubbla sedan spricker blir det ett stort tomrum när ett efterlängtat liv plötsligt förloras. En känsla av hjälplöshet kan infinna sig. En kvinna berättar om hur hjälplös och utlämnad hon kände sig i samband med skrapning (Gerber- Epstein, Leichtentritt & Benyamini 2008, s. 10;13). Planer för framtiden, som exempelvis flytta till större bostad, krossas och framtiden tas ifrån en (Adolfsson, Larsson, Wijma & Bertero 2004, s. 549).

## Sorgen

Vid kännedom om ett missfall startar en känslprocess i form av sorg, skuld och hjälplöshet. Flera kvinnor kan känna en ilska gentemot andra föräldrar som gått igenom en önskad graviditet och ställer sig frågan ”varför hände detta mig och inte dem?”. Känslan av hjälplöshet kan uppstå eftersom allt händer så plötsligt och kan liknas vid en chock. Även känslan av ett misslyckande är inte ovanligt hos en kvinna som genomgått ett missfall. Dessa negativa känslor uttrycks som svåra att förklara, då de ofta är väldigt överväldigande (Camareino, Maciel & Silveira 2015, ss. 112-113). Några kvinnor berättar hur de efter beskedet om missfallet drabbats av psykisk kris och andra beskrev sig som deprimerade. Kvinnorna funderade mycket på varför missfallet hände dem, och anklagade sig själva för att inte ha gjort tillräckligt för att fullfölja graviditeten. Det blev en tröst om sjukvården talade om att det var utom kvinnans kontroll och inte gick att undvika (Ancker et al. 2012, s.34). De fysiska problem som kan uppstå i samband med missfall, exempelvis smärta, står för enbart 19 % av konsekvenserna kvinnorna upplever sig få (Séjourné, Callahan & Chabrol 2010, s.407).

## Förlorad kontroll över sin kropp

Hos de kvinnor som upplevde fysisk smärta vid missfallet var den mycket påtaglig och beskrevs som fruktansvärd och obeskrivlig (Ancker et al. 2012 s.33). Denna smärta i kombination med vaginala blödningar gjorde att kvinnorna kände förlorad kontroll över sin egen kropp (Adolfsson et al. 2004, s.550).

Vid väntan på utrymning av livmodern kändes tiden som en evighet. Känslan av att bära ett dött foster inuti sig gjorde väntan ännu värre. Denna tid kännetecknas av rädsla, mardrömmar och hjälplöshet. De beskriver att de fram till missfallet kände kontroll över sin kropp, men att de nu hade förlorat denna. Några kvinnor berättade att de fram tills

dess att ingreppet var färdigt, fortfarande ansåg sig som gravida (Gerber- Epstein, Leichtentritt & Benyamini 2008, ss.11-12).

## **Upplevelsen av vårdandet**

Rowlands och Lee (2010, s. 281) beskriver i sin forskning att kvinnor som genomgår/genomgått ett missfall berättar att de blivit dåligt bemötta av vårdare. De har inte fått tillfredsställande information om vad som sker eller kommer att ske. En kvinna berättar hur hon vid hemkomst hade fått söka svar på de frågor hon inte fått svar på genom att söka på internet.

I mötet med vårdare beskriver 86 % av kvinnorna i en studie hur de upplevde att deras sjukhusbesök inte var tillräckligt informativt gällande frågorna de hade rörande missfallet. Så många som 69 % ville exempelvis ha mer information gällande de psykiska konsekvenserna som kan komma att bli (Séjourné, Callahan & Chabrol 2010, s. 407). Kvinnor som fått ett missfall vill även få information om de fysiska besvären som kan uppträda i samband med missfallet. Inte heller fick de någon chans till att ställa eventuella frågor. En frustration och besvikelse skapades till följd av detta (Ancker et al. 2012, s.34).

## **Stödet från vårdpersonal**

Kvinnor som varit med om missfall hamnar i ett utsatt läge där det finns behov av att få någon form av stöd eller empati. Det finns ett behov av att få sina känslor och upplevelser tagna på allvar. Detta behov blir dock inte alltid tillgodosett då vårdarna åsidosätter det kvinnan känner (Ancker et al. 2012 s.34). Ett exempel på där kvinnor lider av vårdarnas syn på missfall är då de uppsöker sjukvård vid begynnande missfall. Ofta prioriteras inte detta och de får sitta och vänta länge på att få vård och svar (Adolfsson et al. 2004 s. 553). Några kvinnor beskriver hur de förnekar att missfall skett tills det att undersökning med ultraljud gjorts (Adolfsson et al. 2004 s. 551).

Det är inte ovanligt att vårdpersonal visar brist på empati genom att komma med okänsliga kommentarer. En kvinna uttrycker sina tankar om att läkare inte får utbildning i de emotionella följderna av olika hälsotillstånd och att det i sin tur leder till sämre vård (Rowlands & Lee 2010, ss.281-282). För att vårdare skall få ökad förståelse så önskar kvinnorna att de tar sig tid för att lyssna och se var och en av patienterna. Att bara finnas där skulle vara tillräckligt stödjande (Ancker et al. 2012, s. 34). Dock säger sig några kvinnor blivit väl bemötta av personal och har en bättre upplevelse av vården (Rowland & Lee 2010, s. 283). Gerber- Epstein, Leichtentritt och Benyamini (2008, s. 21) belyser att det kan vara till hjälp att ta kontakt med samtalsstöd tiden efter missfallet, då vardagen börjar. Detta för att samhället inte alltid finns där att stötta efter sådana händelser. Rosebrink, Zekaj och Adolfsson (2012, s. 7) tar upp hur vårdarna, specifikt barnmorskan, kan hjälpa kvinnorna genom att erbjuda samtalsstöd i form av kurator eller psykolog om behovet finns. Anker et al. (2012, s. 34) skriver att kvinnor önskar om uppföljning av vården efter genomgått missfall då de inte tycker de fått detta behov tillgodosett.

## **Stödet från omgivningen**

Stöd är en väsentlig del i hur kvinnor handskas med ett missfall. Så många som 95 % önskar någon form av stöd efter missfallet. Av kvinnorna önskar 63 % stöd direkt efter, medan 48 % vill ha stöd efter några dagar (Séjourné, Callahan & Chabrol 2010, s.406). En form av stöd som uppskattades var möjligheten att kunna tala med andra som upplevt liknande händelser. Det hjälpte kvinnorna att få ett annat perspektiv på missfallet och gradvis kunna förstå det som hänt (Camarneiro, Maciel & Silveira 2015, s. 114). Gruppterapi är ett sätt för kvinnor att delge sina upplevelser med andra som genomgått samma saker, likväl som lyssna till deras berättelser (Séjourné, Callahan & Chabrol 2010, s.408). Stöd från familj och vänner kan uppfattas olika. Några kvinnor berättar att de hade stor betydelse i bearbetningen, medan andra uppfattade det som otillräckligt. Kvinnornas partners var i en tredjedel av fallen väldigt förstående och stöttande. Dock beskriver några kvinnor sina tankar om hur partnern har minskad förståelse för deras situation och kan därför inte ge optimalt stöd, trots sitt välmenande. Vissa vänner till kvinnorna uttalade sig okänsligt, vilket ledde till ilska och frustration. En kvinna berättar hur hennes vän sa ”Det var bra att det hände”, vilket upprörde henne. Hon säger även att hon tror folk inte riktigt vet hur de ska uttrycka sig gentemot henne. (Rowlands & Lee 2010, ss. 278-280)

I artikeln skriven av Rowlands och Lee (2010, s. 279) beskrivs det hur människor i kvinnornas omgivning inte vet hur de skall bemöta dem, vilket leder till att kvinnorna känner utanförskap. Gerber-Epstein, Leichtentritt och Benyamini (2008, ss. 17-21) skriver att en kvinna berättade hur hennes partner, vänner och familj förväntade sig att hon skulle gå vidare kort därefter. Hur kvinnorna bearbetar sin sorg är individuellt och tar olika lång tid. Därför är det av stor betydelse att omgivningen låter varje kvinna sörja i sin egen takt.

## **Återgången till vardagen**

Efter ett missfall följer för många en lång tid av sorg. Kvinnorna genomgår en kris som de minns under lång tid (Murphy & Merrell 2009, s. 1587). Även fast själva händelsen av missfallet är över på kort tid, följs kvinnorna av en känsla av förlust som kanske aldrig försvinner, utan lever med dem för alltid (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini 2008, s. 21).

Möten med gravida kvinnor gjorde att känslor som ilska, avundsjuka och misslyckande uppstod, de avstod därför från denna typ av möten vilket gjorde att de blev ännu mer isolerade (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini 2008, s. 20; Camarneiro, Maciel & Silveira 2015, s. 114).

Att återgå till vardagen är för många kvinnor en kamp mot tröttheten och oförmågan att koncentrera sig. De frågor och funderingar som kom från andra gällande missfallet gjorde det svårt att exempelvis komma tillbaka till arbetet. Dock tycker några kvinnor att det var skönt att börja arbeta igen eftersom de då kunde koncentrera sig på annat och

inte bara älta det som varit (Gerber-Espstein, Leichtentritt & Benyamini 2008, ss. 19-20)

Av kvinnorna kände 82 % en osäkerhet gällande eventuella kommande graviditeter (Séjourné, Callahan & Chabrol 2010, s. 407). En oro infinner sig hos många då undran finns om de kommer få uppleva en normal graviditet i framtiden (Ancker et al. 2012, s. 33). För många är en önskan i livet att bli mamma, och blir de inte det så upplever de sig mindre värda som kvinnor (Gerber-Espstein, Leichtentritt & Benyamini 2008, s. 16). En konsekvens av de känslor som följer efter ett missfall gör att några kvinnor berättar att de inte vågar bli gravida igen och riskera att gå igenom samma sak en gång till (Murphy & Merrell 2009, s. 1588).

### **När framtiden ljusnar**

Efter ett tag är det lättare att se sitt missfall ur ett annat perspektiv. Vissa är tacksamma för att de faktiskt kan bli gravida och inte är sterila. Andra ser det som något bra, då barnet förmodligen hade fötts med någon form av funktionshinder (Camarneiro, Maciel & Silveira 2015, s. 114). En kvinna beskriver det som naturens gång och att det sällan är ett friskt barn som förloras vid ett missfall (Rosebring, Zekaj & Adolfsson 2012, s. 6). Att missfallet skedde i första trimestern uttryckte någon ändå som positivt eftersom hon inte hunnit skapa ett starkare band till fostret än. Många fann tröst och minskad skuld i att många kvinnor gått igenom samma sak (Camarneiro, Maciel & Silveira 2015, s. 114).

## **DISKUSSION**

Inledningsvis diskuteras den valda metoden och dess styrkor och svagheter. Författarna lyfter sedan och diskuterar vissa punkter ur resultatet som upplevdes som det centrala i studien, och kopplar bland annat detta till tidigare forskning samt egna tankar och åsikter. Arbetet avslutas med en kort slutsats där författarna ger förslag på vidare forskning inom vården av kvinnor som genomgår ett missfall.

### **Metoddiskussion**

Syfte var att beskriva kvinnors upplevelser i samband med tidigt missfall. Författarna hade från början tänkt göra en kvalitativ intervjustudie, men då tiden inte räckte till valdes det att istället göra en litteraturstudie i ämnet. I en övergripande sökning upptäcktes det att det fanns tillräckligt med material för att utföra en granskning. Dock var tanken från början att avgränsa till missfall i första graviditeten, men syftet var för avgränsat för att finna litteratur. Syftet ändrades då till att missfallet kunde skett i även senare graviditeter, och då gavs fler resultat i vår sökning. Hade året för publicering ändrats till tidigare årtal än 2006 hade fler artiklar funnits att tillgå. Dock var strävan från författarna att samla så aktuell data som möjligt, därför valdes inte artiklar äldre än tio år.

Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har använts för att få en så bred insamlad data som möjligt. En kvantitativ samt sju kvalitativa artiklar valdes. Alla inkluderade artiklar svarade an väl på hur kvinnor upplever ett missfall. Axelsson (2012, s. 204) skriver att det är av fördel att ta med både kvantitativa och kvalitativa studier i sitt resultat, särskilt då litteraturstudien omfattar hälso- och sjukvård.

Fler inkluderade artiklar hade gjort att resultatet blivit än mer styrkt, och kanske mer nyanserat. Hade inte syftet avgränsats till tidigt missfall hade fler artiklar funnits. Dock hade inte syftet varit tillräckligt avsmalnat. Om fler än en kvantitativ artikel hade inkluderats hade de siffror som presenteras styrkts. Om en empirisk studie gjorts hade ny data tagits fram och då även ett nytt resultat, istället för att analysera redan befintlig forskning.

Då flertalet av artiklarna är publicerade på engelska och detta inte är vårt modersmål, finns en risk för feltolkningar av texterna. För att förhindra att detta skedde lästes artiklarna flera gånger. Var det ord vi inte förstod slogs de upp i lexikon för att underlätta granskningen.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att en stor del av det som kvinnor upplever är sorg som hänger ihop med en förlorad framtid. Det är inte konstigt att de reagerar på detta vis, de förlorar trots allt en blivande familjemedlem. Hos många upplevs detta som ett misslyckande då kvinnan som blivande mamma inte kunde fullfölja en graviditet och de anklagar sig själva för detta. Vårdpersonalen behöver ta sig tid och sitta hos kvinnan för att kunna lyssna till hennes berättelse och samtidigt kunna bekräfta denna och stödja. Här har vårdarna en viktig roll i att förklara för varje kvinna att det inte är hennes fel. Kanske att vårdaren behöver tala om detta flera gånger. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 200-203) skriver att samtal är en viktig del i att skapa en god vårdrelation till sina patienter. Vårdande samtal är en del i patientens vård och är menat att stödja samt stärka välbefinnande och hälsa.

Trots att ett missfall oftast kännetecknas av smärtor och vaginala blödningar (som båda kan vara väldigt påtagliga) är det knappt 20 % av kvinnorna som upplever detta som en efterföljande konsekvens. Det största problemet efter ett missfall är de psykiska påfrestningarna som kan följa med under en lång tid framöver, detta är något som en övervägande del önskar ytterligare information om. Många beskriver sig som deprimerade då de genomgår en stor sorg. Wiklund (2003, ss. 108-109) beskriver livslidandet som något som påverkar hela människans liv. Personen i fråga funderar över varför just "jag" blivit drabbad, för många kan det liknas ett straff.

Livslidandet är något som kan identifieras i kvinnornas berättelser. Förlusten av ett barn och den abrupt förändrade framtiden är något som påverkar hela kvinnans liv. Detta innebär för de flesta en långvarig sorg där upplevelsen av vardagen blivit förändrad. Några beskriver sig till och med som deprimerade. En del kvinnor berättar att deras partner har svårt att förstå och bekräfta hennes känslor. Att få prata om sina tankar och känslor, och känna att någon lyssnar, kan vara stödjande nog. Under vistelsen på sjukhus tror författarna det är av stor vikt att vårdarna, tillsammans med anhöriga, ser

kvinnan och är tillhands när hon behöver det mer eller mindre. På så sätt kan förhoppningsvis sorgprocessen effektiviseras och kvinnan behöver inte känna ensamhet i sitt lidande.

Sorg beskrivs som något som förknippas med förlust. Alla drabbas någon gång i livet av sorg. De flesta reagerar med nedstämdhet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010, s. 22). Genom sorg kan människan ta sig igenom förlusten och kanske försonas med den. Det kan vara svårt att se om och när sorgen övergår i en depression (Skärsäter 2010, s. 81). Nedstämdhet, brist på glädje, nyfikenhet och energi samt skuld känslor är typiska tecken på depression. En deprimerad person känner sig ofta värdelös och finner inget hopp om framtiden (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010, s. 320).

Kvinnorna nämner att de själva ställt sig frågan ”varför drabbas detta just mig?” och har svårt att se bortom detta. Vårdarna behöver här se kvinnan och visa empati samt ge det stöd hon önskar när hon är redo. Kvinnorna upplever att vårdarna ”viftar” bort deras bekymmer och att de inte blir tagna på allvar. Bemötande är inte enbart det som sägs, utan även agerandet. Användandet av kroppsspråk säger mycket om våra tankar och känslor. Wiklund (2003, ss. 164-166) förklarar empati som något vårdaren använder för att skapa en relation med patienten. Empati innebär en förståelse och syn för den andre. Dahlberg och Segesten (2010, s. 203) menar på att vårdaren genom ett öppet och följsamt förhållningssätt lyssnar till patienten. Genom fördjupande följdfrågor och med speglingar av det som patienten uttrycker kan ett stödjande samtal uppnås.

Väntan på medicinskt ingrepp kändes som en evighet för kvinnorna. Den tidigare upplevda kontroll de hade över sin kropp innan missfallet var nu som bortblåst och de kände sig hjälplösa. Wiklund (2003, ss. 49-50) förklarar hur den subjektiva kroppen blir främmande för oss när smärta eller sjukdom uppstår och upplevelsen av oss själva ändras. Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1982:763) säger att vård och behandling skall ges på ett sådant sätt att patienten känner trygghet.

Resultatet visar på att majoriteten av kvinnorna som genomgått ett missfall upplever brister i vårdandet i form av exempelvis otillräckligt stöd och avsaknad av empati. En studie gjord i Australien (McLean & Flynn 2012, ss. 791-792) visar att några kvinnor som vid sitt missfall blivit behandlade av sin tidigare förlossningsläkare kände sig mer nöjda med vården i helhet. Detta för att kvinnorna då hunnit skapa en god relation och tillit.

Känslan av trygghet kan rubbas då människan drabbas av sjukdom. Detta för att hon eller han tappar kontrollen över sin situation. Dock kan en viss känsla av trygghet uppnås genom att personen får förståelse för sin situation. Får patienten förståelse varför viss typ av vård ges och känner att hon kan be om den vård som behövs, uppnås en viss känsla av kontroll (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 84-85). För flera av kvinnorna som genomgått missfall väcks en oro inför kommande graviditeter. De vågar inte känna samma glädje, om det skulle vara så att även den graviditeten går förlorad. Här behöver dessa kvinnor extra stöd och samtal, både inför och under den nya graviditetens gång, för att kunna känna sig trygga. Detta skulle kunna vara i form av extra besök hos barnmorska, och kunna kontakta denna vid oro.

Många vårdare belyser att tidsbristen är en bidragande faktor till varför de inte hinner sitta ned och tala med kvinnorna och ge de den information de kan behöva. Vårdarna berättar även att de inte fått tillräcklig utbildning i bemötandet av en kvinna som genomgått ett missfall. Detta gör att vårdarna är rädda för att säga fel saker och förvärra situationen (Gergett & Gillen 2014, s. 31).

I princip alla kvinnor önskar stöd efter sitt missfall. Vi tycker det är oerhört viktigt att efter genomgången missfall inte bara skicka hem kvinnan utan en möjlighet till uppföljning. Enligt en broschyr (Elg 2007, s. 6) kvinnorna får med sig hem uppmanas kvinnorna att själva ta kontakt för återbesök hos barnmorska eller gynekolog om inte redan en tid bokats, men anser sig behöva detta. Kontaktuppgifter till aktuell kurator och psykolog skickas med hem. Genom att möta och stödja kvinnan i sin situation under sjukhusvistelsen, kan förmodligen senare vårdkontakter till följd av missfallet förebyggas. ”Fångar” vårdarna upp kvinnan på en gång och ser till att hon får den hjälp hon behöver, sparar sjukvården på resurser. Detta kan exempelvis vara att tid sparas för vården och att utskrivning av läkemedel relaterat till psykisk ohälsa minskar.

Uppföljning anser författarna kan innebära att de får med sig kontaktuppgifter till både berörd klinik och samtalsstöd. Att vårdaren vid önskan kontaktar exempelvis kurator som kan ringa upp kvinnan ett visst antal dagar efter hemgång kan bidra till att fler kvinnor kommer i kontakt med samtalsstöd. Även samtal i grupp med andra som gått igenom liknande situationer är något som flera kvinnor önskar. Vårt resultat visar att kvinnor i efterhand kan se missfallet ur ett annat perspektiv, exempelvis att barnet kanske hade fötts gravt funktionshindrat. Dock är förmodligen inte detta något som personalen bör ta upp under sjukhusvistelsen, då det kan upplevas kränkande och irrelevant till sammanhanget eftersom kvinnan förmodligen inte är i det tillståndet och mottaglig just då. All vårdpersonal behöver få utbildning i bemötande av denna utsatta grupp eftersom vårt resultat visar på att det är här vården brister.

## **SLUTSATSER**

Denna studie visar på att kvinnor som genomgått ett missfall behöver mer stöd på grund av de fysiska och psykiska påfrestningar detta innebär. Detta stöd kan komma från vårdare, familj och andra i kvinnornas omgivning. Kvinnorna upplever sig ofta förbisedda då deras känslor åsidosätts. Tidigare forskning visar att även vårdare känner att de brister i sitt vårdande, bland annat eftersom inte tillräcklig utbildning i samtalsstöd ges. Därför kan vårt resultat bidra till att öka förståelsen för hur kvinnor upplever stödet efter ett missfall. På detta sätt kan vårdare se sina brister och få exempel på hur vårdandet kan förbättras för att minska kvinnans lidande. Vidare forskning krävs för att finna strategier för hur vårdare kan bemöta en kvinna som genomgår ett missfall.



## REFERENSER

- Adolfsson, A. (2010) *Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience*. Psychology research and behavior management, vol. 3, pp. 75. DOI: 10.2147/PRBM.S4821.
- Adolfsson, A. & Kjellström, B. (2014). *EKO-modellen: en personalhandbok om förlorad graviditet*. Effektum, Älvsjö.
- Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B. & Bertero, C. (2004). *Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage*. Health Care for Women International, vol. 25, no. 6 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330490444821>
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., Botond, A. & Sophiahemmet Högskola. (2012). *Tidig förlust: kvinnors upplevelse av missfall*. Vård i Norden, vol. 32, no. 1, pp. 32. DOI: 10.1177/010740831203200107
- Axelsson, Å. (2012). Litteratustudie. I Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund:Studentlitteratur
- Blohm, F. (2009). *Metoden för handläggning av missfall påverkar inte fertiliteten*. Läkartidningen. no. 49, pp. 3330
- Borgfeldth, C., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund:Studentlitteratur
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur & Kultur: Stockholm
- Elg, L. (2007). *Missfall*. Stockholm: Gothia
- Feodor Nilsson, S., Andersen, P., Strandberg-Larsen, K. & Nybo Andersen, A. (2014). *Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study*, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, vol. 121, no. 11, pp. 1375-1385. DOI: 10.1111/1471-0528.12694.
- Forte Camarneiro, A, Cardoso Maciel, J, & Garcia da Silveira, R. (2015). *Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study*. Revista De Enfermagem Referência, 5, pp. 109-117 DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14064>
- Gerber-Epstein, P, Leichtentritt, R, & Benyamini, Y. (2009). *The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices*. Death Studies, 33, 1, pp. 1-29 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481180802494032>
- Gergett, B. & Gillen, P. (2014). *Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals*. Evidence Based Midwifery, 12, 1, pp. 29-34 <http://search.proquest.com/docview/1506506651?pq-origsite=360link&accountid=9670>

Hjort, P. (2013). *Missfall – med rätt att sörja*. Tyresö:Stockholm

Landstinget i Östergötland. (2014). *Missfall och uteblivet missfall*.

<http://vardgivarwebb.lio.se/pages/62172/Missfall%20och%20uteblivet%20missfall.pdf>

McLean, A., & Flynn, C. (2013). 'It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage. *Qualitative Social Work*, 12, 6, pp. 782-798 DOI: 10.1177/1473325012464099

Murphy, F., & Merrell, J. (2009). *Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage*. *Journal Of Clinical Nursing*, 18, 11, pp. 1583-1591 9p DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x>

Robinson, J. (2014). *Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage*. *British Journal Of Midwifery*, 22(3), 175-180. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2014.22.3.175>

Rosebrink, M., Zekaj, M. & Adolfsson, A. (2012). *Kvinnors upplevelser av tidig graviditet, efter att ha upplevt ett eller flera missfall tidigare i livet*. *Vård i Norden*. no. 2, pp. 4. DOI: 10.1177/010740831203200202

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

Samaraweera, Y. & Abeysena, C. (2010). *Maternal sleep deprivation, sedentary lifestyle and cooking smoke: Risk factors for miscarriage: A case control study*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* no. 50 pp. 352–357 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01190.x>

Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2010). *Support following miscarriage: what women want*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 28, no. 4, pp. 403-411 DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02646830903487375>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri: själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber

Skärsäter, I. (2010). Förstämmningssyndrom. I Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur

SOSFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet

Sundgren, E. (1992). *Missfall: kvinnors upplevelser: sjukvårdens roll och möjligheter*. Stockholm:Natur&Kultur

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.  
<http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/> [2016-05-03]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm:Natur&Kultur

## Bilaga 1. Sökhistorik

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl	miscarriage	1392	0	0
Cinahl	miscarriage AND women experience	64	5	1
Cinahl	early miscarriage AND woman experience	21	10	2
Cinahl	spontaneous abortion AND woman experience	6	6	1
Medline	miscarriage	7685	0	0
Medline	miscarriage AND woman experience	27	7	0
Medline	early miscarriage AND woman experience	24	11	2
Summon	missfall	32	12	1
Summon	missfall AND kvinnors upplevelser	2	2	1

## Bilaga 2. Artikelgranskning

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<b>Adolfsson et al. 2004</b>  <b>Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage.</b>  <b>Health Care for Women International</b>	Identifiera och beskriva kvinnors upplevelser av missfall	Kvalitativ intervjustudie ur ett fenomenologiskt perspektiv. Förfrågningar/brev skickades till kvinnor som behandlats för missfall på akutmottagning i Sverige.	15 kvinnor från sydvästra Sverige, ålder > 18 år, gravida kortare än vecka 16 och svensktalande.	Känsla av misslyckande, lägger skuld på sig själva. Känsla av att framtiden rycks ifrån dem.
<b>Ancker et al. 2012</b>  <b>Tidig förlust: kvinnors upplevelse av missfall.</b>  <b>Vård i Norden</b>	Undersöka/beskriva den sörjande kvinnans upplevelse av tidigt missfall. Att kunna gestalta bemötandet med de drabbade kvinnorna mer specifikt inom vården.	Kvalitativ intervjustudie ur ett fenomenologiskt perspektiv där informanterna fick anmäla sitt intresse genom ett diskussionsforum för att delta i studien. Efter anmälan fick kvinnorna ytterligare information via e-post	Sex kvinnor mellan 31-40 år deltog. De hade genomgått upprepade missfall som inträffat mellan vecka 4-14. Det senaste missfallet hade inträffat under de senaste två åren. Alla kvinnor hade haft vårdkontakt.	Känsla av misslyckande, ”har jag gjort tillräckligt?”, oro över orsak till missfall samt framtida graviditeter, kvinnorna vill känna stöd och empati, vill bli tagna på allvar och bli lyssnade på.
<b>Camarneiro, Maciel &amp; Silveira 2015</b>  <b>Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study.</b>  <b>Revista De</b>	Beskriva hur kvinnor upplever ett tidigt missfall i sin första graviditet.	Kvalitativ fenomenologisk studie. Ostrukturerade intervjuer med sex kvinnor som fått missfall. Intervjuerna gjordes hemma hos kvinnorna.	Haft missfall de senaste sex månaderna i sin första graviditet. Missfallet skall ha skett i första trimestern. Kvinnorna skall ha god språkförmåga.	Skuld känslor – ”kunde jag gjort annorlunda?”, en framtidsdröm som krossas, avundsjuka över andras graviditeter.

<b>Enfermagem Referência</b>				
<p><b>Gerber-Epstein, Leichtentritt &amp; benyamini 2011</b></p> <p><b>The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices.</b></p> <p><b>Death Studies</b></p>	<p>Att förstå kvinnor som gått igenom ett missfall i sin första graviditet.</p>	<p>Kvalitativ intervjumetod med fenomenologisk ansats. Individuella intervjuer i miljö som valdes av kvinnan.</p>	<p>Yngre än 35 år och haft missfall de senaste fyra åren och vara gravida eller mammor vid tiden för intervju</p>	<p>Allting rycks ifrån kvinnan, händelsen stannar med de under lång tid. Sorg. Avundsjuka i möte med andra gravida kvinnor, familj och partner förväntar sig att kvinnan skall gå vidare fort efter händelsen. Kurator/psykolog viktigt som stöd, vården skall förstå kvinnan och visa empati samt ge stöd.</p>
<p><b>Murphy &amp; Merrell, 2008</b></p> <p><b>Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage.</b></p> <p><b>Journal Of Clinical Nursing</b></p>	<p>Att utforska/undersöka kvinnans upplevelse av att drabbas av tidigt missfall på en gynekologisk sjukhusenhet</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie med deltagande observation (observation i 20 månader, en dag i veckan).</p>	<p>Åtta kvinnor som haft tidigt missfall, vissa nyligen och andra några år tillbaka. Varierande ålder mellan 39-59 år. Missfallet skedde i vecka 5-14. Även 16 vårdare intervjuades med anledning att se deras perspektiv.</p>	<p>Sorg, skuld, ensamhet. Sorgen varade lång tid framöver. Oro över framtida graviditeter.</p>
<p><b>Rosebrink, Zekaj &amp; Adolfsson 2012</b></p> <p><b>Kvinnors upplevelser av tidig graviditet, efter att ha upplevt ett eller flera missfall tidigare i livet.</b></p>	<p>Förstå hur kvinnor som tidigare haft missfall upplever sin nuvarande graviditet.</p>	<p>Kvalitativ metod i form av intervjuer med fenomenologiskt perspektiv. Författarna använde barnmorskor på barnmorskemottagning som hjälp för att få kontakt med informanter.</p>	<p>Sex gravida kvinnor. Inklusionskriterier: kvinnorna ska tidigare haft ett/ flera missfall och nu befinna sig i graviditetsvecka 6-17, ålder &gt;18 år svensktalande, bosatta i Sverige.</p>	<p>Oro över att graviditeten kommer sluta i missfall. Känslor som sorg, oro, rädsla.</p>

Vård i Norden				
<p><b>Rowlands &amp; Lee 2010</b></p> <p><b>The silence was deafening': social and health service support after miscarriage.</b></p> <p><b>Journal Of Reproductive &amp; Infant Psychology</b></p>	<p>Att undersöka de svårigheter som kvinnor kan möta i samband med missfall</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie. Nio kvinnor i åldern 35-42 år intervjuades, de flesta hade haft missfall under första trimestern. Man använde sig av individuella semistrukturerade intervjuer. Fem frågor ställdes för att strukturera samtalet.</p>	<p>Kvinnorna skulle haft missfall under de senaste två åren.</p>	<p>Bristande vård, dålig information. Okänsliga kommentarer och bristande empati.</p>
<p><b>Séjourné, Callahan &amp; Chabrol 2010</b></p> <p><b>Support following miscarriage: what women want.</b></p> <p><b>Journal of Reproductive and Infant Psychology</b></p>	<p>Ta reda på kvinnors önskemål vad gäller stöd efter missfall. Vad de vill ha för typ av stöd och vid vilken tidpunkt.</p>	<p>Kvantitativ studie. Information från 305 kvinnor samlades in via ett frågeformulär där svaren var på en treskala "Inte alls hjälpande", "Ganska hjälpande" och "Väldigt hjälpande". Formuläret länkades på olika diskussionsforum som tog upp moderskap eller relaterade hälsoproblem.</p>	<p>Kvinnorna skulle genomgått ett eller flera missfall.</p>	<p>95 % ville ha någon form av stöd. Vissa önskade stöd i direkt anknytning till missfallet, medan andra önskade några dagar efter. 69 % önskade mer information. 82 % kände rädsla inför framtida graviditet.</p>