

EXAMENSARBETE

Kvinnors omvårdnadsbehov vid missfall

Women's need of care when having a miscarriage

Examensarbete i omvårdnad
C-Nivå, 15 Höskolepoäng
Vårtermin 2008

Anna Johansson
Cecilia Johansson

Handledare: Ragna Renström
Examinator: Monika Sahlsten

SAMMANFATTNING

Titel:	Kvinnors omvårdnadsbehov vid missfall.
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, C-nivå
Författare:	Johansson, Anna; Johansson, Cecilia
Handledare:	Renström, Ragna
Sidor:	20
Månad och år:	Maj 2008
Nyckelord:	Missfall, Bemötande, Omvårdnad, Sjuksköterska, Kvinna.

En graviditet innebär stora förväntningar. Vid ett missfall byts det ut mot grusade drömmar, skuld känslor, och sorg. Vårdgivaren har ett viktigt arbete med att ge kvinnan god omvårdnad och hjälp att komma vidare. Syftet med denna studie är att kartlägga kvinnors behov av omvårdnad vid ett missfall för att som sjuksköterska få en bättre förståelse för denna patients vårdbehov. Metoden som använts är en litteraturstudie enligt Polit och Hungler (1999). Studien är baserad på nio vetenskapliga artiklar. I resultaten framgår omvårdnadsbehov hos kvinnor vid missfall; behov av att få bekräftelse, empatiskt bemötande och stöd vid den unika händelsen samt behov av adekvat information om missfall och möjlighet att ställa frågor samt få specifika svar. Det framträder även brister i omvårdnaden av dessa kvinnor. Vårdgivaren uppvisar brister i bemötande och i uppföljningsrutiner samt att informationen är otillfredsställande. Att vårda en kvinna vid ett missfall är en komplex situation där sjuksköterskan skall ha medicinsk kunskap om missfall, vara emotionellt närvarande, kunna förklara och informera samt hjälpa kvinnan vidare. Kvinnan skall betraktas som unik och förståelse skall finnas för att varje missfall har olika betydelse för olika individer.

ABSTRACT

Title: Women's need of care when having a miscarriage.

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Johansson, Anna; Johansson, Cecilia

Supervisor: Renström, Ragna

Pages: 20

Month and year: May, 2008

Keywords: Miscarriage, Reception, Care, Nurse, Woman.

A pregnancy holds huge expectations. At a miscarriage it changes to crushed dreams, feelings of guilt and sorrow. The caregiver has an important work to give the woman good care and help to move on. The aim of this study is to survey the women's needs of care when having a miscarriage to give nurses better understanding for this patient's need. The method in use was a literature study by Polit and Hungler (1999). The study is based on nine scientific articles. The women's caring needs appeared in the result; need for confirmation and an empathic reception and support at this unique event. The woman wants information about miscarriage and the opportunity to ask questions and get specific answers. In the result lack in caring of these women appeared. The caregivers showed lack in reception and follow up care. Satisfying information was not always given. It is a complex situation to take care of a woman who has had a miscarriage. The nurse has to have medical knowledge, be emotional present and have the ability to explain and inform the patient and help her to move on. The woman should be contemplate as a unique person and there should be an understanding about that every miscarriage has different meaning for different individuals.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Graviditet och missfall.....	1
Kvinnans reaktion vid missfall	2
Kris och krishantering.....	3
Omvårdnad.....	4
Swansons omvårdnadsmodell.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE	5
Frågeställningar	5
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	7
Analys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Knowing.....	10
Being with.....	10
Doing for.....	11
Enabling	11
Maintaining belief.....	13
Sammanfattning	13
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Konklusion.....	16
Förslag till fortsatt forskning	17
REFERENSLISTA	18
BILAGA	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Bilaga 1. Översikt av de artiklar som resultatet grundas på	I

INLEDNING

I Sverige föddes 107 421 barn år 2007 (Statistiska centralbyrån, 2008). Det är vanligt med missfall men något exakt antal kan inte redovisas. Det finns inga riksomfattande siffror på hur många graviditeter som slutar i missfall. Regan och Rai (2000) hävdar att mellan tolv och femton procent av alla konstaterade graviditeter slutar i missfall. Adolfsson och Larsson (2006) har funnit att nästan en fjärdedel av de kvinnor som föder barn rapporterar att de har tidigare erfarenheter av missfall. Siffrorna överensstämmer med Gottlieb och Schoultz (2004) som menar att minst tjugofem procent av alla graviditeter slutar i missfall. De missfall som registreras i sjukvården utgör endast cirka tio procent av alla graviditeter.

Vårdgivaren brister många gånger i bemötandet av kvinnor som får missfall (Bergman & Normelli, 2000) Att möta kvinnor med denna erfarenhet är vanligt förekommande i vården, men för kvinnan är det en unik händelse som kan få stor inverkan på liv och hälsa. Sorgen vid ett missfall är en sorg som ofta förvägras utrymme av omgivningen, en sorg som göms undan och som det inte pratas om. Det är en sorg som det många gånger inte finns utrymme för i vården. Det är av största vikt att kvinnan får god vård. Med god omvårdnad menar författarna att patienten ska ges omvårdnad av kompetent, empatisk och ödmjuk personal. Sjuksköterskan ska vara tillgänglig, ge hjälp och tröst, förutse och vara uppmärksam på reaktioner och/eller beteenden, förklara och underlätta för patienten samt ha ett förtroendefullt och professionellt uppträdande. Berättelser från kvinnor med erfarenhet av missfall och brister i bemötandet ligger till grund för behovet att kartlägga vad god vård och gott bemötande vid ett missfall innebär. Kvinnorna är i behov av stöd från vårdgivare och har rätt att sörja. Det kan tyckas vara en självklarhet men är kanske inte alltid fallet. Fokus i denna studie är att uppmärksamma kvinnors omvårdnadsbehov vid missfall.

BAKGRUND

En graviditet innebär stora förändringar för kvinnan, både kroppsligen, själsligen och socialt. Vid en planerad graviditet är kvinnan glad och förväntansfull om än lite ängslig för vad som kommer att hända. Missfallet gör att denna förväntan byts mot ett tomrum, ofta blandat med känslor av skuld och att inte vara en fullvärdig kvinna. I detta skede har vårdgivaren ett viktigt men svårt arbete att få kvinnan att förstå och acceptera det som händer (Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2005). Den medicinska termen för missfall är spontan abort (Gottlieb & von Schoultz, 2004). I arbetet kommer ordet missfall att användas för att undvika förväxling med planerad abort.

Graviditet och missfall

Den normala graviditeten varar cirka 40 veckor eller 280 dagar, plus/minus två veckor, räknat från sista menstruationens första dag. Det innebär att graviditeten egentligen börjar räknas två veckor innan själva befruktningen sker (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen,

2001). Det är vanligt med blödningar tidigt i graviditeten och det behöver inte vara ett tecken på missfall (Weström et al., 2005).

Världshälsoorganisationen, WHO (1999), definierar missfall som fosterdöd i tidig graviditet. Olika länder anger olika tidpunkter för hur långt framskriden en graviditet ska vara för att ett missfall istället ska räknas som intrauterin fosterdöd eller dödfött barn. I Sverige definieras idag ett foster som barn vid 28 fullgångna veckor eller vid osäkerhet om graviditetens längd, ett livlöst foster kortare än 35 centimeter (Folkbokföringslag, SFS 1991:481). Missfall delas in i sena och tidiga missfall. Som tidiga räknas de missfall som sker innan utgången av graviditetsvecka 14 (Weström et al., 2005).

Det första tecknet på ett missfall är ofta en blödning och/eller smärtor i underlivet. Är missfallet fullständigt stöts hela fostret ut men vid ett ofullständigt missfall krävs en utrymning av livmodern, en så kallad skrapning. En skrapning görs för det mesta i narkos. Är fostret äldre än tolv veckor ersätts skrapningen av värkstimulerande medel och fostret föds fram (Weström et al., 2005). Det finns olika typer av missfall, varav en är så kallad missed abortion eller uteblivet missfall. Missed abortion innebär att fostret dör i livmodern men ligger kvar där en tid. Upptäckten sker ofta i samband med en rutinultraljundsundersökning (Fixelid et al., 2001; Weström et al., 2005).

Den i särklass vanligaste orsaken till missfall är kromosomfel eller skador på arvsmassan. Andra tänkbara förklaringar är störd hormonomsättning, systemsjukdomar, infektioner hos modern, immunförsvarsdefekter eller anatomiska defekter, till exempel missbildad livmoder eller myom. Orsaken till missfallet förblir emellertid i de flesta fall okänd (Weström et al., 2005).

Kvinnans reaktion vid missfall

Normalt sett återhämtar sig en kvinna ganska snabbt rent fysiskt från ett missfall. Psykiskt sett kan kvinnor reagera mycket olika. Det kan dels bero på kvinnans livssituation men också på hur olika situationer i livet generellt brukar hanteras. Vissa kvinnor låter inte missfallet påverka sitt liv och kan låta missfallet passera relativt obemärkt. För flertalet kvinnor kan ett missfall emellertid vara en chock. Även om kvinnan inte hunnit vara gravid så länge så grusas många förhoppningar med missfallet. Inte bara drömmen om barnet utan också om mammaledigheten och den nya rollen som mamma. Trots att kvinnan i de flesta fall inte kunnat göra något för att förhindra missfallet kan känslor av skuld och tomhet infinna sig. Många kvinnor börjar leta efter orsaken till missfallet hos sig själva (Beutel, Deckardt, von Rad & Weiner, 1995; Weström et al., 2005).

Oro, depression och sorg är vanliga reaktioner på ett missfall, vilket har bekräftats av flera studier. Neugebauer et al. (1992) konstaterade att depressiva symtom ökade markant den första tiden efter ett missfall, vilket också styrks av Robinson, Stirtzinger, Stewart och Ralevski (1994). De hävdar att kvinnornas depression ökar i tre månader efter missfallet. När sex månader har gått har depressionen minskat för att stiga något runt ett år efter missfallet. Friedman och Gath (1989) fann att nästan hälften av kvinnorna har symtom på depression fyra veckor efter missfallet. Förutom att missfall är en riskfaktor för depression är det också en riskfaktor för posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Så många som en fjärdedel av kvinnorna i en studie uppvisade symtom på PTSD (Engelhard, van den Hout

& Arntz, 2001). Andra studier visar att kvinnor som fått missfall också känner oro (Prettyman, Cordle & Cook, 1993; Thapar & Thapar, 1992).

Detta innebär att trots att ett tidigt missfall medicinskt sett är relativt okomplicerat så är den psykologiska effekten mer problematisk och sorgbearbetningen kan vara invecklad. Det finns inget konkret liv eller minne att sörja. Kvinnan får istället sörja ett potentiellt liv och vad det innebär av förhoppningar och längtan. Skuld känslor gör också ofta sorgen komplicerad. Detta gäller särskilt då det inte finns någon medicinsk förklaring till missfallet eller då kvinnan ägnat sig åt potentiellt riskfyllt beteende som alkoholkonsumtion eller rökning (Frost & Condon, 1996; Lok & Neugebauer, 2007; Steiner, 1998). Enligt Fyhr (2003) är sorg en naturlig läkningsprocess som startar efter varje väsentlig förlust. Det bör dock beaktas att sorg och kris inte är samma process men att de ofta flätas samman. Emellertid kräver sorg och kris olika bemötande, bland annat med tanke på att sorgprocesser ofta är betydligt mer långvariga än kriser.

Kris och krishantering

En kvinna som efter ett missfall inte inom rimlig tid lämnar de akuta krisfaserna bakom sig kan behöva sakkunnig hjälp. Enligt Cullberg (2006) definieras vår kvinnlighet ofta av förmågan att föda ett friskt och välskapt barn. Ett misslyckande kan utlösa en stark krisreaktion. Många gånger leder därför missfall till en depression som inte alltid accepteras av omgivningen. När missfallet bagatelliseras och kvinnan känner att det inte är accepterat att sörja kan känslorna inte uttryckas. Det kan göra det svårt att bearbeta och lägga missfallet bakom sig.

Psykiska kriser är en del av människans liv. Vissa kriser utlöses av plötsliga och oväntade händelser, traumatiska kriser, medan andra hör det normala livet till, utvecklingskriser eller livskriser. För att kunna hjälpa en människa som befinner sig i kris är det nödvändigt att vara medveten om personens möjligheter att bemästra krisen, men också känna till de naturliga stadier som en människa i kris vanligtvis genomgår (Cullberg, 2006).

En kris har vanligen fyra naturliga stadier; chock-, reaktions-, bearbetnings- och nyorienteringsfasen. Under chockfasen håller kvinnan verkligheten ifrån sig. Under ytan är det kaos även om allt verkar normalt. Ofta upplever kvinnan också en överklighetskänsla och förnekar verkligheten därför att denna inte orkar inse vad som hänt. Efter chockfasen följer reaktionsfasen. Kvinnan börjar reagera på det som har hänt och tar in verkligheten. Kanske detta uttrycks genom ilska och fientlighet eller att kvinnan gråter och är ledsen. Ett annat sätt att reagera på missfallet är att försöka hitta en mening med det som hänt och att fråga sig varför det hände. När bearbetningsfasen tar vid lämnas krisens akuta skede. Bearbetningen, läkningsprocessen eller sorgearbetet kan ta lång tid. Men efter en tid vänder sig kvinnan mot framtiden istället för att som tidigare vara helt upptagen av det som hänt och det förflutna. Under nyorienteringsfasen lever kvinnan med det förgångna som ett svårt minne men hittar nya vägar till glädjeämnen i nuet (Cullberg, 2006).

För att som vårdgivare kunna hjälpa kvinnan att förstå och klara av det inträffade är det viktigt att vara medveten om vissa omständigheter. För det första är det viktigt att veta vad den utlösande händelsen är, till exempel ett missfall. Det är också nödvändigt att förstå vad det inträffade betyder. För att kunna inse det måste vårdgivaren ha kunskap om kvinnans

historia och tidigare upplevelser, till exempel tidigare missfall, infertilitet och ålder. Kunskap om den aktuella livsperiod som kvinnan befinner sig i är också viktig. Vissa påfrestningar drabbar till exempel tjugofemåringen mer än trettiofemåringen och tvärtom. De sociala förutsättningarna med familje- och arbetssituation har också stor betydelse (Cullberg, 2006).

Omvårdnad

Omvårdnad kan vara allmän, men också specifik. Sjuksköterskan har speciell kompetens att arbeta med både den allmänna och den specifika omvårdnaden. Yrkeskompetensen innebär kunskaper om människans normala funktioner men också om sjukdomar och medicinsk behandling. Den allmänna omvårdnaden kan utföras av alla vårdgivare inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 1993).

Begreppet omvårdnad innefattar både mänsklig omsorg (att jämföra med engelskans caring) och sjuksköterskans professionella omvårdnadsarbete (att jämföra med engelskans nursing). Det finns emellertid ingen klar definition på begreppet (Wiklund, 2003). I Socialstyrelsens Allmänna råd (SOSFS 1993:17) beskrivs bland annat omvårdnadsarbetets syfte;

”Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död.”
(Socialstyrelsen, 1993).

Swansons omvårdnadsmodell

Swanson (1991) har beskrivit omvårdnaden av kvinnor vid ett missfall som en omvårdnadsmodell bestående av fem processer; knowing, being with, doing for, enabling och maintaining belief. Dessa handlar om att som vårdgivare förstå betydelsen av en händelse i en annan människas liv (knowing) och att vara emotionellt närvarande med kvinnan som då känner sig sedd (being with). Vårdgivaren skall verka för kvinnans självständighet och värdighet (doing for), underlätta vägen genom händelser och situationer (enabling) samt ha tilltro till kvinnans egen förmåga att klara av händelser (maintaining belief).

Mer ingående innebär dessa fem processer en strävan att förstå vad en händelse kan betyda för en annan människa. Antaganden skall undvikas och vården skall vara individanpassad. Kvinnan skall stå i fokus och känna sig i centrum för uppmärksamheten. När vårdgivaren upplever förståelse för vad kvinnan går igenom, försvinner den professionella ridån och det uppstår en förmåga att kunna relatera till andra. Det resulterar i att både den som vårdar och den som får omvårdnad blir engagerade. För vårdgivaren innebär patientkontakt att vara emotionellt närvarande så att kvinnan känner sig viktig. Det innebär även att dela känslor men utan att tynga bördan. Det är kvinnans upplevelse, inte vårdgivarens. Då vårdgivaren är emotionellt närvarande finns det en risk att komma för nära kvinnan. Vårdgivaren ska göra för kvinnan som denna skulle ha gjort för sig själv om möjlighet funnits. Målet är autonomi och självbestämmande. Kvinnan ska skyddas och värdigheten

bevaras. Vårdgivaren skall underlätta vägen genom svåra händelser och livsförändringar. Detta görs genom information, förklaring till vad som händer samt stöd. Vårdgivaren ska också verka för att hitta alternativ och planera hanteringen av händelsen initialt och i ett framtidsperspektiv. Kvinnan stärks genom att lära sig att ta hand om sig själv. Det finns mening i att tro på kvinnans egen kapacitet att klara av en händelse. Genom att bibehålla en positiv attityd och erbjuda optimism, kan detta bidra till att kvinnan kan finna en mening i det som händer. Om inte annat, finns vårdgivaren med hela vägen fram och överlämnar inte kvinnan hur illa situationen än blir (Swanson, 1991).

PROBLEMFORMULERING

En graviditet innebär stora förändringar och förväntningar. Framtiden planeras där ett barn ingår. Ett missfall kommer oväntat och för med sig många frågor, sorg och kris. Vid en efterlängtd graviditet kan sorgen vid ett missfall vara stor och kvinnan blir extra känslig för ett okänsligt bemötande. Vårdgivarens omvårdnad av kvinnor vid ett missfall kan förbättras. Vården och omgivningen tar alltid inte sorgen på allvar, nonchalerar den och ger den inte utrymme. Vårdgivaren har ett stort ansvar i att bemöta kvinnan adekvat och ge passande omvårdnad. Det är viktigt att lyfta fram och uppmärksamma dessa kvinnors behov av vård och omvårdnad för att som sjuksköterska kunna förbättra vårdssituationen för denna patientgrupp.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att kartlägga omvårdnadsbehov hos kvinnor som fått missfall för att som sjuksköterska få en bättre förståelse för dessa patienters vårdbehov.

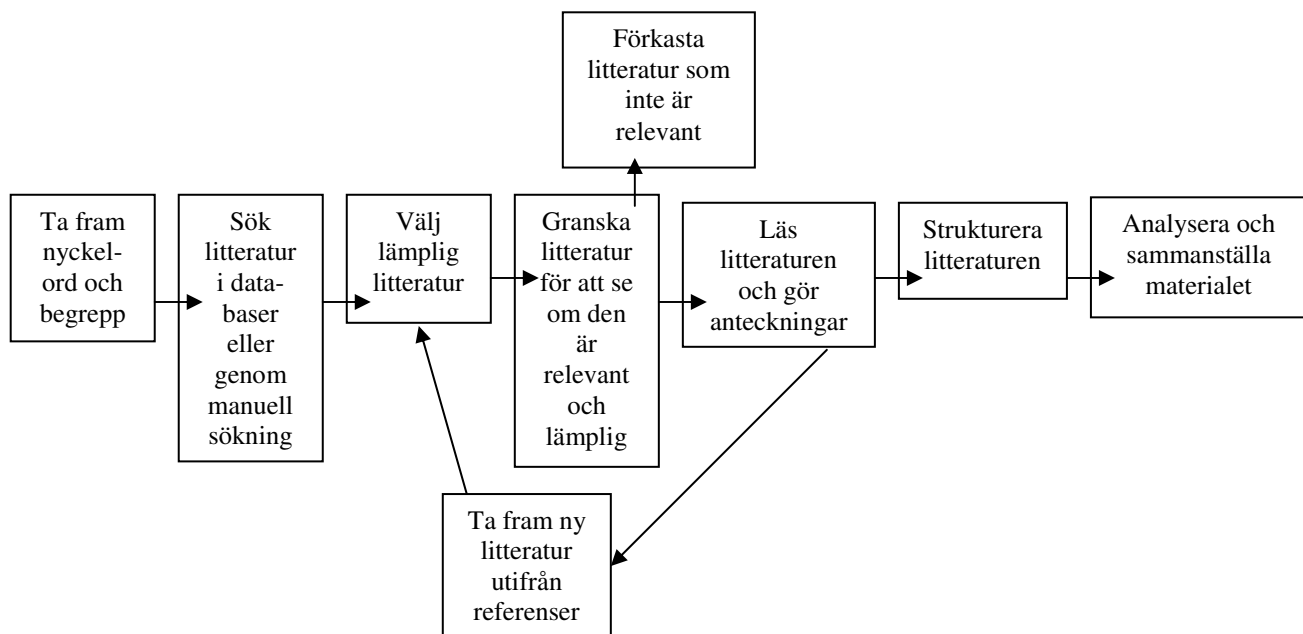
Frågeställningar

Vilka omvårdnadsbehov har kvinnan?
Hur vill kvinnan bli bemött av vårdgivaren?
Hur ser kvinnans informationsbehov ut?

METOD

En litteraturstudie med kvalitativ ansats har valts då denna typ av informationsinsamling anses relevant för studiens syfte. En litteraturstudie innebär att det görs en sammanställning av data som granskats inom ett specifikt avgränsat område (Polit & Hungler, 1999). Litteraturbaserade examensarbeten leder till olika sorters kunskap och ger personlig kunskap såväl som en kollektiv kunskapsutveckling inom ämnet och yrket (Friberg, 2006). En kvalitativ metod syftar till forskningsprocesser som ger beskrivande information, observerbara beteenden och människans egna talade eller skrivna ord. Forskaren söker finna modeller, kategorier eller beskrivningar som bäst beskriver ett sammanhang eller fenomen i individens eller omvärldens livsvärld. Den kvalitativa metoden fokuserar ofta på det unika (Olsson & Sörensen, 2004).

Författarna har valt att följa arbetsgången vid litteraturstudie enligt Polit och Hunglers (1999) flödesschema (figur 1).



Figur 1. Arbetsgång vid litteraturstudie enligt Polit och Hungler (1999).

Urval

Urvalet består av åtta kvalitativa artiklar och en artikel som är både kvalitativ och kvantitativ. Sökningen kan i sin helhet ses i figur 2. De artiklar som används i litteraturstudien uppfyller angivna krav för vetenskaplighet enligt Polit och Hungler (1999) och Friberg (2006). Studier har valts utifrån den relevans de har till denna studies syfte. Det innebär att enbart artiklar som rör kvinnans behov av omvårdnad har inkluderats. Artiklar som berör medicinska faktorer har därmed exkluderats, liksom artiklar som inte rör patientens perspektiv. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska.

Till en början begränsades sökningen till studier publicerade mellan årtalen 2000–2008. Då författarna inte fann tillräckligt många artiklar fick begränsningen utvidgas och artiklar som publicerats tidigast 1990 inkluderades. Detta gav ett bättre och mer tillfredställande resultat.

Vid litteratursökningen lästes först rubriker och därefter abstrakt till de artiklar som verkade stämma med studiens syfte. Gemensamt valdes sedan artiklar som granskades mera grundligt. Författarna läste först var och en för sig igenom samtliga artiklar ett flertal gånger för att få en djupare känsla om innehållet i artiklarna. Vissa artiklar exkluderades redan i detta skede då till exempel vetenskapligheten var för låg eller artikeln inte handlade om det som efterfrågades. Efter denna granskning valde författarna tillsammans ut de artiklar som skulle inkluderas i studien, vilket kom att bli totalt nio stycken.

En vetenskaplig artikel ska uppfylla vissa krav och utformas enligt bestämda regler. Författarna har i den kritiska granskningen av artiklar valt att göra detta i enlighet med Fribergs (2006) kvalitetskriterier. Det innebär att studien ska redovisa ny kunskap, vara möjlig att granska, ha varit utsatt för bedömning och vara publicerad på engelska. Därmed anser författarna att de kan vara säkra på att de artiklar som valts ut är av god kvalitet. De artiklar som inkluderades i studien uppfyllde vissa krav, förutom att de var vetenskapliga skulle de också vara relevanta för studiens syfte, publicerade mellan 1990 och 2008 och vara skrivna på engelska.

Författarna har medvetet valt att inrikta sig på kvinnans upplevelser och går inte in på hur mannen berörs av missfallet och bemötandet i samband med detta. Denna begränsning har valts för att undvika ett alltför omfattande material inom tidsramen för examensarbetet. Studien inriktar sig främst på sjuksköterskans arbete men ingen personalgrupp inom vården har exkluderats. Därmed kommer resultatet av detta arbete att präglas av kvinnans erfarenheter av kontakt med alla vårdgivare såsom undersköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor och läkare. Ingen avgränsning har heller gjorts vad gäller var kvinnan söker vård vid missfallet. Kontakten med vården kan ha skett på akutmottagning, mödravårdcentral, gynekologimottagning, sjukvårdsupplysning eller jourcentral. Erfarenheter av missfall sent i graviditeten, dödfödda barn, ofrivillig barnlöshet eller framkallad abort behandlas inte alls. Författarna valde att begränsa sig till missfall som inträffar graviditetsvecka 1-16 då de anser att missfall i denna period ofta inte tas på allvar. Med det menas att vårdgivaren uppfattar det tidiga missfallet som en naturlig händelse medan det för kvinnan kan innebära ett stort trauma.

Datainsamling

De sökord (bilaga 1) som använts är: miscarriage, nurse, care, grief, prenatal loss och experience. Vissa av sökorden trunckerades för att få fram alla varianter av orden. Sökorden ändrades inte under processens gång, däremot provades vilka kombinationer av dessa som gav bra resultat. De databaser som användes var Cinahl, ScienceDirect, PubMed och PsycInfo. Sökning efter litteratur gjordes även i Vård i Norden och Sykepleien men inget lämpligt material hittades. Genom att läsa igenom referenslistor på de artiklar som befanns lämpliga hittades tre nya artiklar som passade studiens syfte. Dessa artiklar redovisas därför inte i datasökningstabellen. Vissa artiklar hittades i fler än en databas, vilket innebär att de finns redovisade på fler ställen i tabellen.

Databaser	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
Cinahl	Miscarriage	4955	0	0	0
	Miscarriage AND nurse	59	4	1	0
	Miscarriage AND nurse AND care	33	2	0	0
	Miscarriage AND grief	252	4	3	3
	Prenatal loss	57	2	0	0
	Miscarriage AND experience	397	3	1	1
	ScienceDirect	Miscarriage	1219	0	0
Miscarriage AND nurse		8	3	3	0
Miscarriage AND nurse AND care		3	1	1	0
Miscarriage AND grief		16	3	2	0
Prenatal loss		398	0	0	0
Miscarriage AND experience		74	4	2	2
Pubmed		Miscarriage	27701	0	0
	Miscarriage AND nurse	195	2	0	0
	Miscarriage AND nurse AND care	59	2	0	0
	Miscarriage AND grief	216	8	4	2
	Prenatal loss	2315	0	0	0
	Miscarriage AND experience	843	0	0	0
	Psychinfo	Miscarriage	456	0	0
Miscarriage AND nurse		6	1	0	0
Miscarriage AND nurse AND care		3	1	0	0
Miscarriage AND grief		135	6	0	0
Prenatal loss		7	0	0	0
Miscarriage AND experience		141	8	6	4

Figur 2. Översikt av litteratursökning.

Analys

Efter att ha valt ut de artiklar som befanns lämpliga till litteraturstudien bearbetades studiernas resultat av författarna tillsammans genom att artikel efter artikel granskades mera noggrant. En sammanställning av varje studie gjordes för att få en översikt (bilaga 1). Understrykningar gjordes och stödord antecknades för att ta fram information som gav svar på de frågor som ställts. De olika studiernas resultat jämfördes därefter med hjälp av dessa stödord och understrykningar för att hitta återkommande mönster och likheter men också skillnader. För att underlätta skapandet av egna överordnade teman och underteman användes till en början frågeställningarna som kategorier. Allt eftersom arbetet fortskred fann emellertid författarna att det skulle vara lämpligt att presentera resultatet utifrån de fem processer som ingår i Swansons (1991) omvårdnadsmodell, vilka är; enabling, doing for, being with, knowing och maintaining belief. Slutligen, för att validera arbetet, kontrollerades samstämmigheten mellan den ursprungliga texten och Swansons fem processer.

I figuren nedan representeras varje artikel av en siffra som kan utläsas i bilaga 1.

Processer	Artiklar								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Knowing		x					x		
Being with		x	x		x		x		
Doing for		x			x	x		x	x
Enabling	x	x	x	x			x		x
Maintaining belief					x			x	x

Figur 3. Översikt över processer som urskiljts i resultatets artiklar med utgångspunkt i Swansons modell (1991).

Etiska överväganden

Författarna har strävat efter att ge en så sanningsenlig bild som möjligt av det undersökta området. Det är givetvis inte tillåtet att plagiera andras arbeten, förvränga forskningsprocessen eller fabricera ett resultat, vilket har beaktats under arbetets gång (Medicinska forskningsrådet, 2000; Nyberg, 2000). De artiklar som granskats har samtliga innehållit etiska överväganden och godkänts av etisk kommitté. Detta innebär att studien inte behöver genomgå granskning av etisk kommitté då detta redan gjorts (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

RESULTAT

Resultatet presenteras med stöd av Swansons (1991) teoretiska omvårdnadsmodell. Vårdgivaren måste kunna bemöta de kvinnor som fått missfall på ett passande sätt och ge adekvat omvårdnad. För att klara detta måste det finnas en förståelse för vad missfallet betyder för kvinnan och vilka omvårdnadsbehov som finns.

Knowing

Knowing innebär att som vårdgivare sträva efter att förstå vad en händelse kan betyda för en annan människa. Detta förutsätter en patientfokuserad omvårdnad som sätter kvinnan i centrum.

Efter ett missfall känner kvinnor tomhet och skuld. Även om kvinnan får missfall mycket tidigt i graviditeten så är planer för framtiden redan gjorda. Hur barnet växer upp, börjar skolan och hur kvinnan kommer att skydda och ta hand om barnet i resten av sitt liv. När kvinnan får missfall känns det som om det är en medlem av familjen som dör. Det står klart att kvinnan inte bara anser sig förlora ett embryo eller ett foster utan ett barn, sitt moderskap, sin självkänsla och förmågan att fortplanta sig. Missfall är en osynlig förlust då det inte finns något barn, inga minnen och inget liv att sörja (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004).

”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).

När det ska bestämmas vilken behandling (att vänta ut missfallet, medicinsk eller kirurgisk behandling) som ska väljas är det viktigt att vårdgivaren lyssnar på kvinnan och dennas partner. Kvinnor reagerar på olika sätt och har olika önskemål. Omvårdnaden och det stöd som ges ska anpassas efter varje enskild och unik individ. Flera kvinnor anser att vårdgivaren inte tar hänsyn till deras synpunkter och att de blir övertalade att göra en så kallad utrymning eller skrapning trots att de egentligen inte vill det (Smith, Frost, Levitas, Bradley & Garcia, 2006).

Being with

Being with innebär att som vårdgivare vara emotionellt närvarande och finnas där för kvinnan.

Vårdgivaren har en viktig roll i hur kvinnan upplever sitt missfall. Hur omvårdnaden ges har visat sig vara betydelsefullt för kvinnans upplevelse och tillfredsställelse med vården. Vårdgivaren ska erbjuda god medicinsk och fysisk omvårdnad samt hjälpa kvinnan att förstå vad som har hänt. Känslan inför missfallet påverkas nästan alltid av hur kvinnan blir bemött av vårdgivaren och av den omvårdnad som ges. Kontakten kan antingen vara en

positiv eller en negativ erfarenhet. Ett dåligt bemötande försvårar kvinnans bearbetning av missfallet medan ett gott stöd och positivt bemötande är till hjälp att gå vidare. Det som värdesätts mest i mötet med vården är stöd, uppmärksamhet, vänlighet, sensibilitet och hänsyn. Kvinnan uppskattar att få samtala med någon om missfallet, att någon ger av sin tid, lyssnar, förstår och kan svara på frågor. Det är viktigt att uppmärksamma och behandla kvinnan på ett professionellt sätt med empati. Kvinnan vill inte känna sig bortglömd eller övergiven. Det är viktigt att sorgen tas på allvar. Kvinnorna har uppfattningen att vårdgivaren betraktar missfallet som en liten sak som inte behöver uppmärksammas så mycket. De upplever sig bemötta på ett kallt och okänsligt sätt och lämnade ensamma alltför länge. Kvinnorna anser att de blir ignorerade och att de inte får något emotionellt stöd från vårdgivaren, något som majoriteten anser sig behöva. Emotionellt stöd är också något som kvinnorna prioriterar högt (Adolfsson et al., 2004; Jacobs & Harvey, 2000; Paton, Wood, Bor & Nitsun, 1999; Smith et al., 2006).

Doing for

Doing for innebär att som vårdgivare hjälpa kvinnan till självhjälp och skydda dennas värdighet och självbestämmande.

Det är viktigt med enskildhet och avskildhet för att kvinnan ska få sörja och bli stöttad av sina närmaste. Kvinnan uppskattar att få ett enkelrum och slippa ligga bland andra patienter med sin sorg. Osäkerheten och stressen ökar om kvinnan får dela rum eller väntrum med gravida kvinnor som snart ska föda ett friskt och välskapt barn. Kvinnans kritik vänder sig emot att få vara på avdelningar med nyblivna mammor, kvinnor som ska genomgå sterilisation eller göra en planerad abort. Kvinnor vill inte heller lämnas kvar i dagrum omgiven av andra patienter som är förtvivilade och upprivna. Kvinnan upplever att detta arrangemang är både olämpligt och okänsligt (Paton et al., 1999; Simmons, Singh, Maconochie, Doyle & Green, 2006; Tsartsara & Johnson, 2002).

”I was admitted to a mixed ward with women who were still pregnant, women who were having voluntary terminations. I was admitted at 10 am, operated on at 7 pm. I found the whole experience appalling. The concern seemed only to be for my physical well being, emotionally this was completely the wrong environment. In the morning I discharged myself and walked home a matter of a few hundred yards. I was offered no formal support.” (Simmons et al., 2006, s. 1942).

Enabling

Enabling innebär att som vårdgivare underlätta för kvinnan genom att informera, förklara och ge stöd.

Det är vanligt med skuld känslor hos kvinnor efter ett missfall. De ser det som ett personligt misslyckande och söker efter orsaker. Kvinnan lägger gärna skulden på sig själv när inte någon förklaring ges till missfallet. Många kvinnor accepterar också att skulden för missfallet läggs på dem eftersom det är deras kropp som avslutar graviditeten. De tror att det är något de själva gjort, tänkt eller ätit som har orsakat missfallet. Information om vad

som kan ha orsakat missfallet kan därför minska skuldkänslorna. Detta behöver beaktas i omvårdanden av dessa kvinnor. Det är av betydelse att kvinnan får prata med någon som förstår och som kan svara på frågor. Sorgen ska tas på allvar. Missfallet skall inte normaliseras och ses som en alldaglig händelse utan som en signifikant händelse (Adolfsson et al., 2004; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003).

Kvinnan och dennas partner ges ofta skriftlig information om missfall i form av en broschyr. Denna broschyr är nästan alltid kortfattad och generell och behöver kompletteras. Kvinnan vet vi nu har behov av att få ställa frågor och få information men också specifika svar som sträcker sig utöver den skrivna och verbala information som ges. Det finns även ett behov av lämplig information om de olika behandlingsmöjligheterna, det vill säga att vänta ut missfallet, medicinsk eller kirurgisk behandling. Ett annat problem är avsaknaden av information om blödningen och smärtan. Kvinnan vet inte vad som kan förväntas och blir i många fall mycket överraskad av mängden blod och den kraftiga smärtan. Inför framtiden är det viktigt att med en försäkran om att en blödning inte behöver innebära ett missfall, kvinnan behöver veta att missfall är relativt vanligt och om ett missfall inträffar kan inte förloppet påverkas. Kvinnan uppskattar rak och ärlig information om vad som händer istället för att invaggas i falsk trygghet eller att vårdgivaren undviker att ge svar. De kvinnor som har möjlighet att få svar på sina frågor och få veta varför de fått missfall mår bättre än de som inte haft denna möjlighet. För att kvinnan ska få de svar som behövs är en uppföljning eller ett återbesök lämpligt en tid efter missfallet. Kvinnan ska ges utrymme till reflektion och få svar på sina frågor, något som önskas mer tid till. Utan att få prata eller någon typ av uppföljning blir den information som ges i form av en broschyr eller kortfattad muntlig information både alltför dålig och inadekvat. Flera kvinnor och deras män har själva sökt information om missfall. Den kunskap de fick hjälpte dem att finna styrka och få kontroll över situationen eftersom de visste vad som väntade (Abboud & Liamputtong, 2005; Adolfsson et al. 2004; Jacobs & Harvey, 2000; Manca & Bass, 1991; Smith et al., 2006; Wong et al., 2003).

”Obviously when one has a miscarriage, no stone is left unturned to try and work out why it happened.” (Simmons et al., 2006, s. 1937).

Kvinnor som fått information på sjukhuset om stöd- och självhjälpsgrupper söker upp sådana grupper i större utsträckning än andra. Detta beror på att de blir medvetna om att dessa grupper finns vilket inte alla kvinnor annars känner till. Många kvinnor upplever att det känns bra att få prata med någon annan och få känna att det trots allt är normalt med missfall (Jacobs & Harvey, 2000).

Kvinnor riktar kritik mot att vårdgivaren använder medicinsk terminologi, ger otillräckliga förklaringar eller använder ordval som är alltför formellt eller sakligt. Den medicinska termen abort upplevs som mycket negativ. Kvinnor anser att abort låter som att kvinnan frivilligt vill avsluta sin graviditet. Termer som abort, skrapa ut och att det finns delar kvar av barnet inverkar negativt på kvinnan och orsakar lidande (Manca & Bass, 1991; Paton et al., 1999; Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002).

"I felt quite distressed after the scan. Being told by Dr 'Yes, you've lost the baby - I can see some remains there'. I remember going out... through the waiting room of pregnant Mums and crying all the way home." (Simmons et al., 2006, s. 1942).

Maintaining belief

Maintaining belief innebär att som vårdgivare finnas med hela vägen fram och försöka hjälpa kvinnan att förvärva, bevara eller återfå mening i dennas erfarenhet av hälsa och sjukdom.

Ur en medicinsk synvinkel är uppföljning av kvinnan som har fått missfall inte nödvändig men kan vara en fördel. Detta eftersom det då ges möjlighet att ge uttryck för bekymren. Kvinnan uttrycker missnöje med att inte ha fått någon information om eftervård och vet inte vad som ska hända eller om det finns någon att vända sig till med frågor. Kvinnan anser att uppföljning efter utskrivning från sjukhuset borde prioriteras. Brist på uppföljning upplevs kunna resultera i ångest och missnöje med vårdgivaren. Kvinnans förståelse för de initiala händelserna vid missfallet upplevs också som otillräcklig. På grund av känslomässig upprivenhet och förvirring upplever sig kvinnan inte kunna ta till sig informationen under sjukhusvistelsen. Innehållet i och tillfället då informationen ges anses inadekvat. (Paton et al., 1999; Tsartsara & Johnson, 2002; Wong et al., 2003).

Sammanfattning

Resultaten visar att den kvinna som har fått missfall har behov av bekräftelse och att bli sedd. Det är viktigt att sorgen tas på allvar och att missfallet inte ignoreras eller normaliseras. Vidare så behövs hjälp med att minska skuld känslor. Kvinnan lägger gärna skulden på sig själv och tror sig ha orsakat missfallet. Många kvinnor uppger enskildhet som en viktig del av upplevelsen. Att få vistas i samma rum eller sal som andra kvinnor som har fött eller ska föda ökar deras smärta. Omvårdnaden har en viktig roll i hur kvinnan upplever och känner för sitt missfall. Behovet av empatiskt bemötande och stöd är stort. När vårdgivaren pratar om missfall och använder sig av medicinsk terminologi upplevs det negativt. Kvinnan har behov att få information om missfall och om orsaken men även få möjlighet att ställa frågor och få specifika svar. Uppföljning efter utskrivning är ett uttalat behov som bör prioriteras.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det har under arbetets gång varit svårt att finna bra och vetenskapliga artiklar som är relevanta för studiens syfte och som uppfyller angivna kriterier. Från början var det tänkt att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2000 och år 2008 för att få ett aktuellt resultat. Detta gav emellertid inte tillräckligt många lämpliga studier och därför utökades tidsspannet med tio år. Resultatet har därmed kommit att innehålla artiklar publicerade från 1991 till 2008. En studie var publicerad år 1991 medan resterande har publicerats mellan 1999 och 2008. En farhåga var att den äldre artikeln skulle tillföra ett något inaktuellt resultat till studien. Vid granskning visade det sig emellertid att studierna gav ett relativt likartat resultat, varför samtliga artiklar ändå kan anses relevanta för studien. De artiklar som kom att inkluderas i studien var relativt få men av god kvalitet och innehåll som svarade på syftet med studien.

Det har även varit svårt att finna studier om tidiga missfall, då många fler handlar om barn som fötts för tidigt eller är dödfödda i sen graviditet. Av dessa skäl har vissa studier exkluderats.

Resultaten är baserat på nio studier, varav fem från Storbritannien, två australienska, en kanadensisk och en svensk. Intentionen var att så långt som möjligt bygga arbetet på studier gjorda i Sverige eller Skandinavien men detta ansågs vara omöjligt. Forskningen om omvårdnad vid missfall är i Sverige begränsad.

Det kan ses som en brist att så många studier (mer än hälften) kommer från ett och samma land, Storbritannien. Hälso- och sjukvården skiljer sig till viss del från Sverige både vad gäller själva omvårdnaden och den kultur som finns inom vården. Kvinnors krisreaktioner och deras omvårdnadsbehov vid missfall kan ses som universella, varför dessa studier ansågs relevanta.

Översättning och tolkning av texten i artiklarna har gjorts ett flertal gånger av författarna var och en för sig samt tillsammans. Ibland har det varit svårt att göra en rättvis och nyanserad översättning till exempel då vissa ord och uttryck är termer som är yrkesspecifika. Citat har därför inte översatts utan återges på originalspråk. Författarna har iakttagit noggrannhet och bearbetat texten med omsorg. Eventuella feltolkningar kan av dessa orsaker ändå inte uteslutas.

Swansons (1991) omvårdnadsmodell har använts för att strukturera studiens resultat. De fem processerna i modellen utgör de teman som resultaten är kategoriserade under. Det föll sig naturligt att använda dessa processer eftersom de tydliggör resultatets innebörd. Det gav även en bekräftelse på att resultatet grundar sig i omvårdnad. Dessa teman går många gånger in i varandra och det var därför ibland svårt att hålla isär dem. Det innebär att resultat som står under ett tema i vissa fall lika gärna hade kunnat hamna under ett annat tema. De engelska uttrycken knowing, being with, doing for, enabling och maintaining

belief har inte översatts då författarna anser att uttryckens betydelse skulle gå förlorad vid en översättning.

Resultatdiskussion

Vårdgivaren kan inte bota kvinnans sorg men genom god omvårdnad ges kvinnan en bättre förutsättning för att acceptera händelsen och att känna sig tillfreds med vården. Författarna anser att litteraturstudien har visat på ett resultat som är trovärdigt. För den sörjande kvinnan kan det göra skillnad att bli bemött med empati, att få tala om förlusten och att få bearbeta sina känslor. Kvinnan har i sin utsatta situation behov av information och att få möjlighet att ställa frågor om vad som orsakade missfallet.

Adolfsson et al. (2004) beskriver hur kvinnorna har drömmar och föreställningar om barnet de väntar. Eftersom förlusten inte är något som kan ses med blotta ögat blir kvinnans förlust osynlig för andra. En förlust behöver emellertid inte vara synlig för att upplevas som svår för kvinnan, vilket också bekräftas av Fyhr (2003). Att inte ha något konkret att hänga upp sorgen på kan rentav vara svårare. Att förlora sina drömmar om ett barn innebär en stor besvikelse och besvikelser är enligt Fyhr (2003) svåra och komplicerade att hantera. Detta kan vara förklaringen till att sorgen tar lång tid att bearbeta vilket även styrks av Cullberg (2004) som beskriver hur kvinnorollen är starkt förknippad med barnafödande. Att som kvinna inte kunna föda ett friskt och välskapt barn är för många ett stort misslyckande och en besvikelse som kan leda till starka krisreaktioner. Kvinnan förbereds under graviditeten på vad som ska hända vid förlossningen och får också något gott ut av den. Vid ett missfall är kvinnan oförberedd. Missfallet äger rum på samma sjukhus och i samma omgivning där förlossningen skulle ha ägt rum men kvinnan åker hem utan något barn. Att uppleva en så omvälvande process som ett missfall utan att ha verktyg kan försvåra chockreaktionen (Cullberg, 2006). När kvinnan lämnat chockfasen bakom sig och gått in i reaktionsfasen infinner sig skuld-känslor för det som hänt. Adolfsson et al. (2004) beskriver hur många kvinnor känner skuld och tomhet efter ett missfall. Vissa kvinnor accepterar också att skulden för missfallet läggs på dem. Enligt Cullberg (2006) kan situationer av större misslyckanden, vilket ett missfall kan anses som, leda till att självförkastelse ersätter självkänslan. Självförkastelse kan bland annat yttra sig i skuld-känslor. Upplevelsen av kaos kan också vara stark med ångest-känslor och sökande efter meningen med det som hänt eller med själva livet.

För de flesta kvinnor som får missfall innebär det en stor sorg och en traumatisk kris. Enligt Adolfsson et al. (2004) kan ett missfall många gånger kännas lika svårt som att förlora en nära anhörig. Kvinnan är initialt i chock. Enligt Cullberg (2006) är det inte meningsfullt att ge information till en människa i chock, vilket är viktigt för sjukvårdspersonal att vara medveten om. Detta bekräftas till exempel av studien av Wong et al. (2003) där kvinnorna uppger att de var för känslomässigt upprivna för att kunna ta till sig informationen de fick. Kvinnorna var i chocktillstånd och först senare, i krisens reaktionsfas, är det möjligt att börja känna och förstå det som hänt. Enligt Cullberg (2006) ska väsentlig information aldrig lämnas i anslutning till ett chockartat besked. Flera studier (Abboud & Liamputtong, 2005; Adolfsson et al., 2004; Manca & Bass, 1991; Wong et al., 2003) fann att kvinnorna hade behov att få svar på sina frågor och att de som fått information mår bättre än de som inte haft denna möjlighet. Eftersom information

därmed får ses som mycket viktigt borde den därför även ges i ett senare skede då kvinnan kan ta den till sig.

Flera studier (Adolfsson et al., 2004; Jacobs & Harvey, 2000; Paton et al., 1999; Smith et al., 2006) nämner att kvinnan har blivit okänsligt och nonchalant bemött och att vårdgivaren koncentrerat sig på den medicinska behandlingen. En förklaring till detta kan vara att vårdgivaren försökt distansera sig till den förtvivlan som den kvinnan känner. Att vårdgivaren i många fall arbetar under tidspress kan också ses som en förklaring. Kvinnan kan få en känsla av att befinna sig i underläge i sin kontakt med sjukhuset. Det är därmed viktigt att kvinnan ses som en individ och bekräftas. Enligt både Adolfsson et al. (2004) och Wong et al. (2003) måste missfallet och kvinnans sorg tas på allvar. Flera kvinnor upplever att vårdgivaren ser lätt på missfallet, att de inte tas på allvar och att de inte får sörja (Adolfsson et al., 2004; Jacobs & Harvey, 2000; Paton et al., 1999; Smith et al., 2006). Om kvinnan inte kan ge utlopp för sin sorg och den inte får bearbetas kan det innebära senare diffusa besvär som i själva verket härrör från sorgen vid missfallet (Fyhr, 2003). Varför vissa kvinnor drabbas av kris, depressioner och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte känt, men skulle kunna bero på obearbetad sorg och otillräckligt stöd från vårdgivare och närstående. Eftersom ett missfall ofta sker tidigt i graviditeten har kanske kvinnan inte hunnit berätta för sina vänner om graviditeten. Det gör att det när missfallet är ett faktum kan det vara svårt att få stöd och förståelse för sin sorg (Adolfsson et al., 2004).

Vårdgivaren använder sig ofta av medicinsk terminologi eller ordval som är alltför formellt eller opersonligt vilket är något som kritiserats i flera studier (Manca & Bass, 1991; Paton et al., 1999; Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002). Vårdgivaren fokuserar till stor del på det medicinska förloppet vid ett missfall och uttrycker sig då gärna i medicinska ord och termer. Kvinnan har en annan upplevelse av missfallet och känner sig inte förstådd eller sedd trots ett vänligt och inklämmande bemötande. De olika världarna står många gånger långt ifrån varandra. Sjuksköterskor och övriga vårdgivare behöver därför bli bättre på att närma sig dessa kvinnor på ett personligt sätt.

Resultaten presenteras utifrån Swansons (1991) omvårdnadsmodell som tydliggör sammanhanget mellan vårdgivarens omvårdnad av kvinnan som fått missfall och omvårdnadsprocessen. Modellens fem processer stämmer överens med resultaten som framkommer i studien. Vårdgivaren ska kunna bemöta kvinnan på ett adekvat sätt och med empati. Genom information, förklaring och stöd kan vårdgivaren underlätta för kvinnan i den svåra situationen. Möjlighet ska ges till att ställa specifika frågor och få svar. Swanson omvårdnadsmodell utgör ett stöd för omvårdnadsbegreppet. Den beskrevs år 1991 men är fortfarande högst aktuell i omvårdnadsarbetet och författarna anser att den borde få mer utrymme inom sjukvården. Denna modell synliggör omvårdnadens kärna och värnar om både patienten och sjuksköterskan.

Konklusion

Sjukvården kan bli bättre på att möta behoven hos de kvinnor som fått missfall. Det kvinnan värdesätter mest i mötet med vården är stöd, uppmärksamhet, vänlighet, sensibilitet och hänsyn. Det är viktigt att vårdgivaren lyssnar, ger stöd och bekräftar kvinnan och dennas upplevelse. Språket ska anpassas till kvinnan och situationen, vilket

inbegriper ett språk som förstås och känns igen och visar respekt för kvinnan. Medicinsk terminologi upplevs känslolokalt, distanserat och kan såra och följa med som ett negativt minne av vårdtiden. Informationens betydelse får inte underskattas. Det är viktigt att få adekvat information som besvarar frågor. Att få veta vad som händer och varför är viktigt för att känna sig delaktig i omvårdnaden och börja bearbeta händelsen. Kunskap om krisreaktion är för vårdgivaren ett verktyg i omvårdnaden.

I studien beskrivs kvinnans omvårdnadsbehov, önskemål om bemötande samt informationsbehov strukturerat med stöd av Swansons omvårdnadsmodell. Därmed anses att syftet med studien har uppnåtts. Studiens resultat tydliggör både omvårdnadsbehov hos kvinnan men även brister hos vårdgivaren. Studien har fokuserat på kvinnor som fått missfall men resultaten skulle kunna tillämpas även i andra omvårdnadssituationer. Resultaten kan leda till insikter i omvårdnaden för vårdgivare som träffar dessa kvinnor eller andra patienter i kris.

Förslag till fortsatt forskning

Fördjupade kunskaper behövs om hur sjuksköterskor bäst bemöter kvinnan i kris efter ett missfall. Det finns ett behov av empiriska studier som undersöker kvinnors erfarenheter av missfall då sådana studier förefaller vara få. Detta skulle möjliggöra fördjupad förståelse för kvinnors upplevelse av vården i samband med ett missfall.

REFERENSLISTA

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 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., & Larsson, P-G. (2006). Cumulative incidence of previous spontaneous abortion in Sweden 1983-2003: A register study. *Acta Obstetric Gynecology Scandinavia*, 85, 741-747.
- Bergman, O., & Normelli, A. (2000) *Den lilla sorgen - en bok om missfall*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Beutel, M., Deckardt, R., von Rad, M., & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychomatic Medicine*, 57, 517-526.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Engelhard, I., van den Hout, M., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., & Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg F. (red.). (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Friedman, T., & Gath, D. (1989). The psychiatric consequences of spontaneous abortion. *British Journal of Psychiatry*, 155, 810-813.
- Frost, M., & Condon, J. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 54-62.
- Fyhr, G. (2003). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gottlieb, C., & von Schoultz, B. (2004). *Öppenvårdsgynekologi*. Stockholm: Liber AB.
- Jacobs, J., & Harvey, J. (2000). Evaluation of an Australian miscarriage support programme. *British Journal of Nursing*, 9(1), 22-26.
- Lok, I., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229-247.

- Manca, D., & Bass M. (1991). Women's experience of miscarriage: a qualitative study. *Canadian Family Physician*, 37, 1871-1878.
- Medicinska forskningsrådet. (2000). MFR-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., et al. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1332-1339.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen*. Stockholm, Liber AB.
- Paton, F., Wood, R., Bor, R., & Nitsun, M. (1999). Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 301-315.
- Polit, D.F., & Hungler, B. (1999). *Nursing Research - Principles and Methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Prettyman, R., Cordle, C., & Cook, G. (1992). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 363-372.
- Regan, L., & Rai, R. (2000). Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillière's best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(5), 839-854.
- Robinson, G., Stirtzinger, R., Stewart, D., & Ralevski, E. (1994). Psychological reactions in women followed for one year after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 31-36.
- Simmons, 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(7), 1934-1946.
- Smith, L., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options. A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 56, 198-205.
- Socialstyrelsen (1993). *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad i hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17)*. Hämtad från WWW 2008-04-29: http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm.
- Statistiska Centralbyrån (2008). *Befolkningsutveckling*. Hämtad från WWW 2008-05-04: http://www.scb.se/templates/tableOrChart____26046.asp.

Steiner, M., Yonkers, K., & Eriksson, E. (eds.). (1998). *Mood disorders in women*. London: Martin Dunitz.

Svensk Författningssamling (1991). *Folkbokföringslag (SFS 1991:481)*, 24 §. Hämtad från WWW 2008-04-28: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1991:481>

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, 160-166.

Thapar, A.K., & Thapar, A. (1992). Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice*, 42, 94-96.

Tsartsara, E., & Johnson, M. (2002). Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6(2), 55-65.

Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U-B. (2005). *Obstetrik och gynekologi - klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Wong, M., Crawford, T., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53(494), 697-702.

World Health Organization (WHO). (1999). *Glossary of terms*. Hämtad från WWW 2008-02-26: http://www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/a3.pdf.

Bilaga 1

Översikt av de artiklar som resultatet grundas på.

1	Artikel	When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partner.
	Författare	Abboud, L., & Liamputtong, L.
	Tidskrift	<i>Journal of Reproductive and Infant Psychology.</i>
	Årtal	2005.
	Syfte	Att i en liten grupp kvinnor av etniskt ursprung som har varit med om missfall och deras partner utforska strategier för att gå vidare, sociala nätverk och erfarenheter av omvårdnad.
	Metod	Kvalitativ metod, fenomenologisk studie med semistrukturerade intervjuer.
	Resultat	Fyra teman framträdde; strategier för att klara av att gå vidare, stöd (eller skuld) från andra, hur nöjda de var med omvårdnaden och avsaknad av information. Männerna såg sin roll som stödjande även om de själva sörjde och som en strategi i att hantera sorgen försökte de återgå till det normala.
2	Artikel	Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage.
	Författare	Adolfsson, A., Larsson P.G., Wijma, B., & Berterö, C.
	Tidskrift	<i>Health Care for Women International.</i>
	Årtal	2004.
	Syfte	Identifiera och beskriva kvinnors erfarenhet av tidiga missfall.
	Metod	Fenomenologisk intervjustudie.
	Resultat	Ett huvudtema (skuld och tomhet) och fem underteman (förlust, sorg, övergivenhet, känna emotionell splittring, kroppslig förnimmelse).
3	Artikel	Evaluation of an Australian miscarriage support programme.
	Författare	Jacobs, J., & Harvey, J.
	Tidskrift	<i>British Journal of Nursing.</i>
	Årtal	2000.
	Syfte	Att undersöka hur telefonuppföljning kompletterar den korta vårdtid som kvinnor som drabbats av tidigt missfall vanligtvis har.
	Metod	Kvalitativ metod. Telefonundersökning/uppföljning med strukturerade intervjuer.
	Resultat	Resultatet delades in i fyra kategorier; litteraturens användbarhet, ineliggande patienters erfarenhet av omvårdnaden, stöd efter missfallet samt känslomässig återhämtning.
4	Artikel	Womens's experience of miscarriage.
	Författare	Manca, D., & Bass, M.
	Tidskrift	<i>Canadian Family Physician.</i>
	Årtal	1991.
	Syfte	Beskriva den emotionella erfarenheten av missfall, bestämma relaterade faktorer och bedöma hur stötning från familj, vänner, vänner och läkare påverkar.
	Metod	Kvalitativ intervjustudie.
	Resultat	Resultatet visade att det fanns fem sorgstadium, att det var viktigt med stötning från vänner och familj, att kvinnor med barn hemma var mer stressade, att läkarnas handling påverkade kvinnans bedrövelse samt att det var viktigt att uppskatta partnerns roll.

Översikt av de artiklar som resultatet grundas på.

5	Artikel	Grief in miscarriage patients and satisfaction care in London hospital.
	Författare	Paton, F., Wood, R., Bor, R., & Nitsun, M.
	Tidskrift	<i>Journal of Reproductive and Infant Psychology.</i>
	Årtal	1999.
	Syfte	Att förbättra förståelsen för relationen mellan kvinnors tillfredsställelse med vården och deras psykiska välbefinnande.
	Metod	Både kvalitativ- och kvantitativ studie.
	Resultat	Områden som behövde förbättras var; hur man gav de dåliga nyheterna, förklaring till varför missfallet skedde och tillhandahållningen med medicinsk och psykologisk uppföljning. Snällhet, känslighet och uppmärksamhet var starkt avgörande för kvinnornas tillfredsställelse. Förekomsten av sorg bland patienterna var hög men man fann endast liten association mellan sorg och tillfredsställelsen med vården.
6	Artikel	Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the national women's health study.
	Författare	Simmons, K. , Singh, G. , Maconochie, N. , Doyle, P., & Green, J.
	Tidskrift	<i>Social Science and Medicin.</i>
	Årtal	2006.
	Syfte	Beskriva kvinnors personliga erfarenhet av missfall och utveckla framtida underökningsfrågor vilka kan bidra till att planera lämpliga behandlingar och uppföljningsvård.
	Metod	Populationsbaserad tvåstegs undersökning via brevvetskick.
	Resultat	Resultatet delas in i olika teman; söka efter meningen med missfall, rättfärdigande av moderskap, läkarundersökning, livserfarenhet av missfall samt stöd.
7	Artikel	Women's experiences of three early miscarriage management options. A qualitative study.
	Författare	Smith, L., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J.
	Tidskrift	<i>British Journal of General Practice.</i>
	Årtal	2006.
	Syfte	Att utifrån kvinnors erfarenhet av missfall i första trimestern värdera olika metoders (vänta ut missfallet, medicinsk, kirurgisk) sociala och personliga påverkan.
	Metod	Kvalitativa metod. Intervjuer med 72 kvinnor från tre olika sjukhus i sydvästra England.
	Resultat	Fem huvudteman identifierades; ingripande, erfarenheter av omvårdnad, ”avslut”, barnet samt smärta och blödning.
8	Artikel	Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study.
	Författare	Tsartsara, E., & Johnson, M.
	Tidskrift	<i>Clinical Effectiveness in Nursing.</i>
	Årtal	2002.
	Syfte	Att från kvinnans eget perspektiv värdera den vård några kvinnor med tidigt missfall fått på ett allmänt sjukhus i Storbritannien.
	Metod	Kvalitativ metod. Semistrukturella intervjuer. I analysen användes Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).
	Resultat	Fem teman träder fram som viktiga; 1) På vårdavdelning: att jämföra sig med andra gravida kvinnor – vara tvingad att möta andra gravida med normal graviditet. 2) Specialenhet för tidig graviditet: en speciell plats att gå till där kvinnan bemöts på ett varsamt sätt. 3) Skrapning: Varför lämnas jag ensam? Avsaknad av sympati och omtanke. 4) Behov av förklaring av varför det blev ett missfall (medicinsk förklaring). 5) Behov av varsam eftervård.

Översikt av de artiklar som resultatet grundas på.

9	Artikel	A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team.
	Författare	Wong, M. Crawford, T. Gask, L., & Grinyer, A.
	Tidskrift	<i>British Journal of General Practice.</i>
	Årtal	2003.
	Syfte	Att undersöka kvinnors erfarenhet av vården vid missfall som kan påverka möjligheten för primärvårdspersonal att upptäcka psykisk ohälsa.
	Metod	Kvalitativ studie.
	Resultat	Sju teman kom fram genom intervjuerna och fokusgrupperna. Dessa teman karakteriserade patientens erfarenhet och primärvårdspersonalens upplevelse efter ett missfall. 1) Behov och önskan för formella uppföljningsplaner 2) Dålig uppfattning/förståelse i det initiala skedet 3) Behov av mer information och specifika svar 4) Sjukvårdspersonalen normaliserar missfall 5) Skuld och falska antaganden 6) Olika brister av vård och kunskap 7) Förslag till fortsatt förbättring