

Den tysta sorgen

Om kvinnors omvårdnadsbehov
i samband med missfall

FÖRFATTARE	Lina Andersson Sofia Danfelter
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Maria Skyvell Nilsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAMMANFATTNING

Titel (svensk):	Den tysta sorgen – Om kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall
Titel (engelsk):	The silent grief – About women's caring needs related to miscarriage
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng, Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Lina Andersson Sofia Danfelter
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Maria Skyvell Nilsson

Att bli gravid är för de flesta förknippat med en stor glädje och förväntan. Det är en betydelsefull händelse i livet. Vid ett missfall ersätts dessa förhoppningar av förtvivlan. Drömmar och planer inför framtiden som en familj raseras. Syftet med denna studie var att kartlägga kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall. För att uppnå syftet användes en litteraturöversikt enligt Friberg (2006). Översikten baserades på elva vetenskapliga artiklar. Resultatet består av fem kategorier, behov av professionella sjuksköterskor, behov av omgivningens stöd, behov av god sjukhusmiljö, behov av information och kunskap samt behov av uppföljning. I resultatet framkom att sjukvården ofta inriktades på att omhänderta de fysiska reaktionerna efter ett missfall och hade en normaliserande inställning till det samma. Kvinnor upplevde i stor utsträckning att de inte fått sina emotionella omvårdnadsbehov uppfyllda från varken sjukvården eller sin närmsta omgivning. Behovet av att få adekvat och tillräcklig information var stort. Kvinnorna efterfrågade också fasta uppföljningsplaner från sjukvårdens sida, för att slippa de känslor av övergivenhet som förekommer idag. Många upplevde tiden de fick med sjuksköterskor som god och vårdande men ansåg samtidigt att sjuksköterskor i allmänhet var för upptagna för att ge den tid och det stöd kvinnorna behövde. För att kunna ge en god omvårdnad ansågs det viktigt att inse vidden av den komplexa situationen som ett missfall innebar. Genom att göra ordentliga undersökningar, vara tålmodiga och inlyssnande samt undvika stress och otrevlighet blev vården personlig istället för rutinmässig. Till studien har Orlandos interaktionsteori kopplats vilken belyser samspelet mellan sjuksköterska och patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
MISSFALL	1
Kategorisering av missfall	2
ORSAKER TILL MISSFALL	3
KVINNORS UPPLEVELSE AV MISSFALL	3
KRIS- OCH SORGEREAKTIONER	4
OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV	4
Orlandos interaktionsteori.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METOD	6
URVAL	6
INKLUSIONSKRITERIER	8
EXKLUSIONSKRITERIER	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETIK	10
RESULTAT	10
BEHOV AV PROFESSIONELLA SJUKSKÖTERS KOR	10
BEHOV AV OMGIVNINGENS STÖD	12
BEHOV AV GOD SJUKHUSMILJÖ	13
BEHOV AV INFORMATION OCH KUNSKAP	13
BEHOV AV UPPFÖLJNING	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	17
SLUTSATS	19
IMPLIKATIONER	19
REFERENSER	20
BILAGOR	
BILAGA 1. ARTIKELSAMMANFATTNING	I

INLEDNING

Förra året föddes 111 801 barn i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2010). Vid en snabb sökning på samma hemsida hittades inga siffror på antalet graviditeter som slutat med missfall. I de analyserade artiklarna i denna litteraturöversikt varierar statistiska siffror mellan 20 och 60 %. Troligtvis finns ett stort mörkertal då flera kvinnor som genomgår missfall inte hamnar under sjukvårdens beskydd. Upplevelsen av missfall är högst subjektiv och mycket varierande. Reaktionerna är beroende av många, både yttre och inre omständigheter. Vården har ett stort ansvar vad gäller kvinnors upplevelse av missfall. Sjukvården tillhandahåller idag inga klara handlingsplaner för hur missfallsdrabbade kvinnors omvårdnadsbehov ska tillmötesgåas men fokuserar på fysiska behov. En normaliserande inställning från samhället och sjukvården gör det lätt att glömma bort vilken emotionell inverkan ett missfall kan ha på kvinnor. Med tanke på att allmänsjuksköterskan är obligerad att hålla en holistisk människosyn måste även de emotionella behoven tillgodoses. Detta görs inte idag och därför vill vi belysa detta område som hamnat i skymundan.

BAKGRUND

MISSFALL

Ett missfall räknas som en kvinnosjukdom vilket gör att kvinnan kommer i kontakt med en gynekologisk vårdavdelning eller en akutmottagning och inte med förlossningen eller BB. Det innebär att kvinnan möter barnmorskor men även allmänsjuksköterskor (Hagberg, Marsál, Westergren & Engqvist, 2008).

Definitionen av missfall i Sverige innebär att graviditeten avbryts och att utstötning av foster sker innan den 28:e graviditetsveckan. Om det finns osäkerhet kring graviditetens längd mäts fostret och det får vara högst 35 cm långt från häl till hjässa (Hagberg et al., 2008). I många andra länder används WHO:s definition från 1989 av missfall. Denna definition innebär att ett barn eller foster som föds och väger över 500 gram, som utstöts efter den tjugooandra graviditetsveckan eller som är minst 25 cm långt skall anmälas som ett barn. Det betyder att alla graviditeter som avslutas innan den 22:a graviditetsveckan definieras som ett missfall. Alla missfall som sker före den 13:e fullgångna graviditetsveckan är tidiga missfall medan missfall efter denna vecka är sena missfall (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009).

Att fastställa antalet missfall är svårt men siffrorna varierar mellan 20 och 30 %. De flesta kvinnor som får ett missfall kommer att uppleva det som en vanlig menstruation och kanske inte ens märka att de varit gravida (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009). Av de graviditeter som kliniskt registrerats ökar antalet missfall med kvinnans ålder. Det är under graviditetsveckorna nio till elva som de flesta missfallen fastställs. 21 % av de kvinnor som föder barn i Sverige har varit med om ett eller flera missfall. 98 % av dem som drabbats av missfall har inom två år blivit gravida igen och fött barn (Kaplan, et al., 2009).

Kategorisering av missfall

Enligt Hagberg, et al. (2008) kan missfall indelas i olika kategorier utifrån tidpunkt eller utifrån förlopp. Som nämnts ovan är ett tidigt missfall en avstötning som sker innan den 13:e fullgångna graviditetsveckan. Vid ett tidigt missfall kan kvinnor erhålla små blödningar som liknar menstruationsblödningar. Blödningarna kan pågå under några dagar till omkring en vecka. Dessa blödningar tilltar ofta och kvinnor upplever krampliknande smärtor (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009). De allra flesta missfall som diagnostiseras är tidiga missfall och de är också oftast inkompleta (Hagberg, et al., 2008). Alla missfall som sker efter den 13:e fullgångna graviditetsveckan räknas till sena missfall. För de flesta blir missfallet mer likt förloppet av en förlossning ju längre graviditeten fortskridit. Det innebär att kvinnan får regelbundna smärtsamma sammandragningar som efterföljs av blödningar. Sammandragningarna kommer tätare, vattnet går och till slut kan kvinnan krysta ut fostret. Hela detta förlopp kan ta några timmar eller ett helt dygn (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009).

För att missfallet ska bli komplett måste kroppen stöta ut hela graviditeten, det vill säga foster, hinnor och moderkaka. Utstötning ska ske vid ett tillfälle för att missfallet skall vara komplett (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009). Det kompletta missfallet fastställs genom en vaginal ultraljudsundersökning där slemhinnan i livmodern mäts. Om slemhinnan är mindre än 15 mm är det ett komplett missfall. Ett graviditetstest några veckor efter missfallet kan också fastställa om missfallet är komplett (Kaplan, et al., 2009). De kompletta missfallen inträffar oftast vid sena eller mycket tidiga missfall (Hagberg, et al., 2008). Om missfallet inte är komplett upplever kvinnorna samma symtom som vid ett komplett missfall men vid ett vaginaltultraljud är slemhinnan i livmodern tjockare än 15 mm och i vissa fall kan ett foster utan hjärtaktivitet synas. Vid inkompleta missfall får kvinnan oftast vänta några dagar tills graviditeten avstöts. Det kan ta från tio till 14 dagar om missfallet inte behandlas. Infektionsrisken ökar med tiden (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009). Efter en vecka brukar kvinnorna komma tillbaka för kontroll. Har inte missfallet blivit komplett på en vecka utförs en skrapning av livmodern. Om kvinnan är allmänpåverkad eller har stora blödningar redan vid första mötet utförs en akut skrapning av livmodern (Kaplan, et al., 2009). De inkompleta missfallen sker oftast runt den sjätte till den 14:e graviditetsveckan (Hagberg, et al., 2008).

En annan kategori är ett kvarhållet missfall. Det innebär att fostret dör inne i livmodern medan resterande graviditet överlever. Detta betyder att livmodern slutar att växa och förr eller senare stöts graviditeten ut (Hagberg, et al., 2008). Ett hotande missfall är när kvinnan får missfallsliknande symtom såsom blödningar och smärtor men trots detta lever fostret och graviditeten fortsätter (Hagberg, et al., 2008).

ORSAKER TILL MISSFALL

Orsaker till missfall är oftast okänd. Det kan antingen ligga hos graviditeten själv eller hos kvinna (Hagberg, et al., 2008). Det är svårt att säkerhetsställa orsaken i det enskilda fallet men omkring 80 % av alla tidiga missfall orsakas av kromosomavvikelser vilket är den vanligaste orsaken (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009). Vid undersökning av tidiga missfall hade två tredjedelar så allvarliga avvikelser av fosteranlaget, moderkakan eller av hinnorna att utvecklingen av graviditeten inte var möjlig (Hagberg, et al., 2008). Andra orsaker till tidiga missfall kan vara att livmodern har defekter, metaboliska eller endokrina avvikelser som kvinnan har, infektioner under graviditeten, omgivningsfaktorer som stress eller rökning, kvinnans ålder eller tidigare missfall (Hagberg, et al., 2008 och Kaplan, et al., 2009).

KVINNORS UPPLEVELSE AV MISSFALL

Att bli gravid är en omvälvande upplevelse i en kvinnas liv och ofta ställer hon, på mycket kort tid, in sig på rollen som mamma (Bergman & Normelli, 2000). Många gånger är graviditeten en dröm som går i uppfyllelse och kvinnan inleder en både fysisk och psykisk omställning (Bansen & Stevens, 1992). Hon fylls av stolthet, lycka och känslor av ansvar. Hela livet planeras kring det kommande barnet (Bergman & Normelli, 2000). I och med ett missfall förbyts drömmen till en mardröm vilket kan orsaka stor psykisk påfrestning (Brier, 2008) Inget missfall är det andra likt och alla kvinnor reagerar olika (Bansen & Stevens, 1992). En del upplever chock medan det passerar andra relativt obemärkt förbi. Reaktionerna är också mycket beroende av den livssituation personen befinner sig i just då (Bergman & Normelli, 2000). Forskning visar att kvinnor som upplevt ett eller flera missfall känner sig onormala, misslyckade och/eller att de är dåliga partners. I samband med missfallet upplever de också ofta saknad, sorg, oro och skuld. Det kan vara en svår händelse att tala om, ibland även långt efter den inträffat (Nordal Broen, Moum, Sejersted Bødtker & Ekeberg, 2004).

Då kvinnor drabbas av det de minst av allt vill men inte kan förhindra kan känslor av maktlöshet uppstå. Ett missfall, då kvinnan redan skapat starka band till sitt barn, innebär ofta känslor av förlust och en stor tomhet liknande den då man förlorar en närstående som hålls av (Bansen & Stevens, 1992). Situationen kräver också ytterligare en omställning. Från att ha anpassat sig till den nya situationen som blivande mamma och de fysiska likväl som psykiska förberedelserna inför vad som ska komma, måste hon återgå till det som var före graviditeten. Det kan upplevas som en stor påfrestning (Froman & Johansson, 2007). Ett missfall kan också ge upphov till stor besvikelse, särskilt då vi idag lever i en tid där vi har stor frihet att själva planera våra liv. Ett missfall kan då, när planen går i stöpet, upplevas som ett personligt misslyckande (Bergman & Normelli, 2000). I samband med och efter ett missfall väcks många frågor kring hur barnet skulle ha sett ut, vilket kön det hade, hur kvinnan skulle vara som mamma och så vidare. Detta är ett naturligt sätt att försöka bearbeta förlusten på (Froman & Johansson, 2007). Det är också vanligt att kvinnor som drabbas av missfall försöker hitta orsaken till det som skett vilket i sin tur ofta leder till skuld-känslor, självanklagelser och undran över vad som gjorts fel (Callander, Brown, Tata & Regan, 2007). Hos vissa uppstår skuld i tron på att missfallet beror på att graviditeten inte enbart upplevts positiv utan att den kantats av blandade känslor inför det kommande barnet (Froman & Johansson, 2007).

KRIS- OCH SORGEREAKTIONER

Allvarliga och svåra händelser i en människas liv brukar med ett samlingsnamn kallas kriser. Vanligtvis delas kriser in i livskris och traumatisk kris. Livskriser är de prövningar som kommer naturligt i en människas utveckling såsom pubertet, studie- och yrkesval, giftermål eller att skaffa barn. Till traumatiska kriser räknas stora, oberäkneliga påfrestningar som inte ingår i ett naturligt livsförlopp och som på något sätt märker personen som drabbats, till exempel sjukdomar, olyckor eller våldsdåd. Krisreaktioner kan delas in i fyra faser, chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Det är svårt att sätta tydliga gränser mellan de olika faserna men den första, omedelbara reaktionen, som oftast bara varar några dagar, är förnekelsen då känslor och tankar trängs undan. Efter chocken följer en känslomässig reaktionsfas där tankar och känslor istället väller fram. Denna fas följs sedan av en tid med bearbetning av det som hänt. Bearbetningsfasen håller i sig tills en ny jämvikt uppnåtts och personen kan gå vidare (Eide & Eide, 2009).

Förlust i alla former utsätter personligheten för belastningar och kan utlösa krisreaktioner. Reaktionerna blir oftast som starkast då förlusten kommer oförberett och en naturlig reaktion på detta är sorg (Eide & Eide, 2009). Forskning har inte behandlat upplevelsen av sorg efter ett missfall i någon större utsträckning (Brier, 2008). Men vad forskning ändå visar är att ett missfall ofta är en traumatisk upplevelse för kvinnor, ett trauma som påverkar hela hennes livsvärld och kommer till uttryck genom typiska sorgereaktioner såsom känslor av oro, rädsla, sömnsvårigheter och återkommande bilder av vad som genomgått (Bansen & Stevens, 1992). Sorgen efter ett missfall kan vara lika stor även om kvinnan tidigare har barn vilket ofta är svårt för utomstående att förstå (Froman & Johansson, 2007). Personer som befinner sig i kris och sorg har ett ökat behov av stöd, någon att dela sina tankar och känslor med. Viktigt är också att den som befinner sig i kris får tillräcklig information så att situationen blir mer förståelig (Eide & Eide, 2009). Det är alltså av största vikt att kvinnan får sörja sitt döda barn även om det bara var ett litet embryo. Sorgen ligger nämligen inte enbart i graviditeten och förlusten av barnet utan också i förlusten av rollen som förälder, graviditetens status och tron på sin egen kropp (Closs Leoni, Woods & Esposito Woods, 1998).

OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV

Omvårdnadsvetenskapen börjar under mitten av 1800-talet med Florence Nightingales dokumentering av och reflektioner kring sjuksköterskans yrkesområde och arbetsuppgifter men först under 1950-talet började en mer intensiv forskning inom området. Detta mycket tack vare att sjuksköterskorna själva ville styrka sin profession (Thorsén, 2003). 1953 antog International Council of Nurses (ICN) den etiska koden för sjuksköterskor. Koden är en vägledning för sjuksköterskor att handla efter sociala värderingar och behov. Enligt koden är sjuksköterskans huvuduppgifter att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Sjuksköterskan ska erbjuda vård likväl till individen och hennes närstående som allmänheten. Hon är också obligerad att arbeta aktivt tillsammans med andra yrkesgrupper. Koden består av fyra huvudområden; sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och medarbetare och går ut på att kunna stödja både medborgarnas sociala behov och deras vårdbehov (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Omvårdnaden hade, i Sverige, sitt stora genombrott i samband med 1977 års högskolereform då sjuksköterskeutbildningen blev en högskoleutbildning med omvårdnad som huvudämne (Thorsén, 2003). Under samma tidsepok kom även hälso- och sjukvårdslagen till (Kirkevold 2000). I hälso- och sjukvårdslagen finns flera olika mål och krav för hur sjukvården ska bedrivas. Hela befolkningen har rätt till god hälsa och sjukvård på lika villkor. De patienter som har störst behov av vård får företräde. God vård, god kvalitet, säkerhet och kontinuitet är några av kraven som finns på sjukvården i Sverige. Patienter ska känna sig trygga och säkra med den behandlingen de får på sjukhus. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig, respektera patienters självbestämmande och integritet och stödja goda kontakter mellan patienter och personalen. Vården ska utformas i samråd med patienten och bör uppfylla dennes önskemål. Lagen belyser också att arbetet ska förebygga ohälsa och alla patienter som söker vård ska ges lämpande besked om olika metoder för att förebygga sjukdom eller skada (Raadu, 2009).

Orlandos interaktionsteori

En central tradition inom omvårdnadsteorierna fokuserar på omvårdnad som interaktionsprocess. Denna tradition har flera inriktningar men gemensamt för alla är att de försöker utveckla begrepp för analys och förståelse av kommunikationen mellan sjuksköterskan å ena sidan och patienten, anhöriga och andra inblandade å andra sidan (Eide & Eide, 2009).

Orlando (1961) som utvecklat en interaktionsteori menar att omvårdnadsprocessen består av en reflekterande dialog mellan patient och sjuksköterska. Dialogen syftar till att sjuksköterskan ska få en klarare bild av patienten och hennes situation för att i senare led kunna erbjuda den professionella hjälp som behövs. Fokus i teorin ligger på kommunikationen med patienter och syftar till att öka sjuksköterskans medvetenhet och reflektion i mötet med patienten (Eide & Eide, 2009). Alla människors tolkningar baseras på omvärlden och egna erfarenheter (Orlando, 1961). Utifrån sjuksköterskans förståelse och känslomässiga reaktion i mötet kan hon sedan handla till för- eller nackdel för patienten (Eide & Eide, 2009). Sjuksköterskan behöver ständigt återkoppla till sig själv och reflektera över varför hon reagerar som hon gör. Detta eftersom hon handlar utifrån hur hon upplever patientens reaktion, precis som patienten handlar utifrån hur denne upplever sjuksköterskans reaktion. Reflektion är, enligt Orlando (1961), ett mycket viktigt redskap för att växa i sin professionella yrkesroll.

I omvårdnadsprocessen finns tre grundläggande element; patientens beteende och uttalande, sjuksköterskans reaktion samt sjuksköterskans handlingar till patientens bästa. För att tydliggöra kan sägas att sjuksköterskan först, verbalt eller icke-verbalt, delar med sig av sina tankar, reaktioner eller känslor till patienten med syfte att ta reda på hur riktiga hennes iakttagelser är. Patientens reaktioner ger sedan upphov till nya reaktioner och cirkeln börjar om. Syftet är att uppnå en ömsesidig förståelse så att sjuksköterskan bättre förstår patientens situation och kan gå vidare till nästa steg, som är att fatta beslut om vilka omvårdnadsåtgärder som ska vidtas. Om resultatet uteblir och sjuksköterskan förstår att patientens behov inte tillgodosetts har processen varit ofullständig och måste börja om (Eide & Eide, 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Det finns mycket skrivet om kvinnors upplevelse av missfall men desto mindre kring omvårdnaden av kvinnorna efter missfallen. Tidigare forskning indikerar att kvinnors upplevelse av missfall varierar men många upplever stark psykisk ohälsa. Genom att kartlägga och belysa kvinnors reaktioner och upplevelser av missfall kan deras omvårdnadsbehov identifieras. Detta i sin tur ger sjuksköterskor ökad kunskap och verktyg att kunna ge kvinnorna den omvårdnad som behövs och därmed minska deras psykiska ohälsa.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att kartlägga kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur upplever kvinnor missfall?

Hur ser kvinnornas omvårdnadsbehov ut?

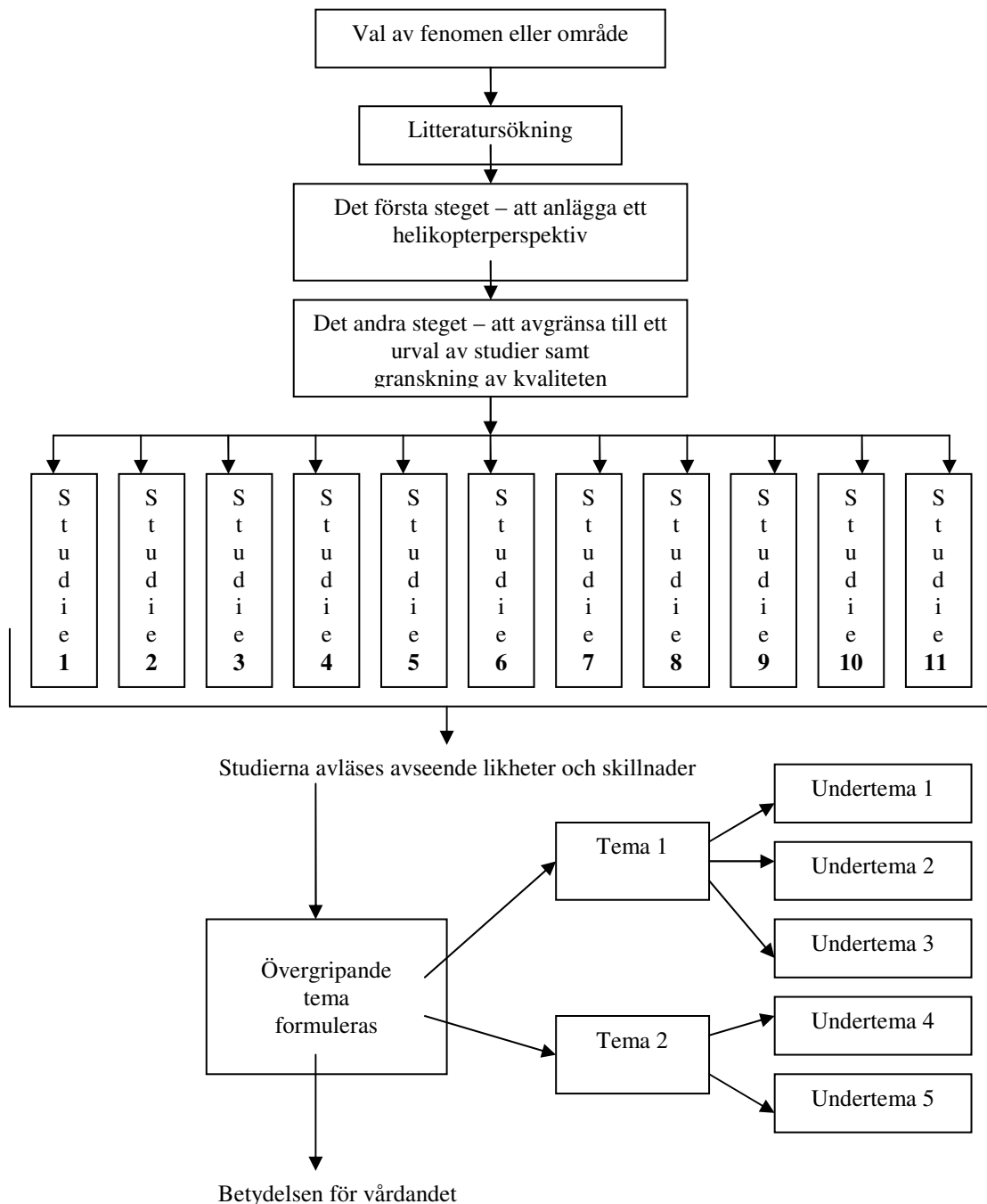
METOD

I detta arbete valdes en litteraturöversikt med kvalitativ analysansats. En litteraturöversikt innebär att kunskapsläget inom ett visst fält kartläggs. Genom ett strukturerat arbetssätt skapas en bild över ett valt område. En kvalitativ ansats innebär att fokus ligger på fenomenens egenskaper, vilka innebär som människor lägger i detta, vilken mening fenomenet har för människor. Denna kunskap är inte generell utan behöver ses i sitt sammanhang. Det handlar om att fånga subjektiva erfarenheter och upplevelser. Kroppen framträder som ett levande subjekt (Friberg, 2006).

Att skriva sitt examensarbete är ett sätt för studenter att konfronteras med, värdera och kritiskt granska vetenskaplig kunskap. Detta är en grund för att som färdig sjuksköterska kunna vara en aktiv forskningskonsument. Examensarbetet kan leda till en kunskapsutveckling för såväl färdigheter som förhållningssätt, insikt och förståelse och därmed utveckla vårdandet (Friberg, 2006). Författarna valde Fribergs (2006) faser i arbetsgången, se figur 1.

URVAL

Urvalet har inte avgränsats utan både kvantitativa och kvalitativa studier har granskats. Studien består av elva vetenskapliga artiklar, varav en är kvantitativ och tre är både kvantitativa och kvalitativa. Sökorden som användes var abortion spontaneous, miscarriage, care, caring, nursing, experience och anxiety i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus för att hitta relevanta artiklar utifrån uppsatsens syfte. Sökorden ändrades inte under arbetets gång, däremot testades olika variationer av orden för att komma fram till det bästa resultatet. Sökresultatet redovisas i tabell 1. Samma artikel kunde ibland hittas i flera databaser, detta innebär att de artiklarna redovisas i tabellen på flera ställen.



Figur 1. Faser i arbetsgången vid en litteraturoversikt (Friberg, 2006). Bearbetad av författarna.

I den kritiska granskningen av artiklarna användes de krav och regler som finns formulerade för hur en vetenskaplig artikel ska utformas. Utgångspunkten har varit Fribergs kvalitetskriterier som innebär att en vetenskaplig artikel ska redovisa ny kunskap, vara möjlig att granska, ha varit utsatt för bedömning samt att artikeln ska vara publicerad på engelska (Friberg, 2006). Att granskningen av artiklarna har utförts utifrån dessa kvalitetskriterier innebär att de utvalda artiklarna är av god kvalitet.

Innan insamlandet av data till bakgrunden påbörjades, studerades referensförteckningar i tidigare skrivna uppsatser, avhandlingar och kurslitteratur. Intressant litteratur från tidigare nämnda förteckningar applicerades i Göteborgs universitets egen sökmotor GUNDA. De funna böckerna användes sedan i bakgrunden för att ringa in studiens syfte och problemformulering.

INKLUSIONSKRITERIER

De vetenskapliga artiklarna har valts utifrån relevans till studiens syfte och frågeställningar. Därför inkluderades enbart artiklar som belyste kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall. Ytterligare inkluderades även artiklar som tog upp sjukvårdens syn på kvinnans omvårdnadsbehov för att få en inblick i sjukvårdens syn på patienten som erfarit missfall.

Alla artiklar som inkluderades är skrivna på engelska och är vetenskapligt granskade genom peer-reviewed.

EXKLUSIONSKRITERIER

När artiklar söktes i databaserna gjordes först en tidsbegränsning från år 2000 fram till idag. Detta gav emellertid alldeles för få sökträffar. Då togs beslut om att inte tidsbegränsa sökningarna i första skedet, däremot uteslöts senare under arbetets gång alla artiklar som var skrivna innan år 1990. Detta gav ett mer omfattande analysmaterial.

Denna uppsats inriktas på kvinnans omvårdnadsbehov och på grund av detta exkluderades artiklar som belyser hur kvinnornas partner berörs av missfallet och hur de bemöts av vårdpersonal. Exklusionen gjordes för att avstå från ett alltför omfattande material inom examensarbetets tidsram.

Artiklar som behandlar dödfödda barn, aborter samt ofrivillig barnlöshet har även de exkluderats för att begränsa studiematerialet.

Denna litteraturstudie har störst fokus på sjuksköterskans arbete med kvinnor som varit med om missfall. Trots detta inkluderas även annan sjukvårdspersonal, såsom barnmorskor, undersköterskor och distriktsköterskor. Däremot har artiklar som belyser läkarens roll vid missfall exkluderats. Någon exkludering med var kvinnan söker vård i samband med missfallet har inte gjorts. Artiklarna i studien belyser både akutmottagning, gynekologisk mottagning, mödravårdcentral samt sjukvårdsupplysning.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Cinahl	Abortion spontaneous	1673	0	0	0
	Abortion spontaneous/nursing	25	10	5	0
	Abortion spontaneous/nursing AND experience	4	4	0	0
	Abortion spontaneous/nursing AND care	15	5	0	0
	Miscarriage	625	0	0	0
	Miscarriage AND nursing	77	7	3	1
	Miscarriage AND experience	78	12	5	3
PubMed	Abortion spontaneous	25532	0	0	0
	Abortion spontaneous/nursing (majr)	67	16	6	0
	Abortion spontaneous/nursing	112	10	3	1
	Abortion spontaneous/nursing AND experience	19	3	0	0
	Abortion spontaneous/nursing AND caring	14	5	1	0
	Abortion spontaneous AND caring	46	15	5	2
	Miscarriage AND anxiety	198	8	2	1
	Miscarriage AND care	1781	10	1	1
	Miscarriage AND experience AND care	146	5	1	1
Scopus	Abortion spontaneous	25072	0	0	0
	Abortion spontaneous AND nursing	289	25	7	4
	Abortion spontaneous AND nursing AND caring	15	3	2	1
	Abortion spontaneous AND caring	57	11	2	1
	Abortion spontaneous AND nursing AND care	105	6	3	3

Tabell 1. Översikt av litteratursökning

DATAANALYS

Initialt i litteratursökningen lästes rubriker för att skapa en uppfattning av artiklarna. Därefter lästes vissa abstracts som ansågs stämma överens med uppsatsens syfte. När lämpliga artiklar valts ut bearbetades studiernas resultat. Varje artikel lästes upprepade gånger för att få en tydlig bild av studiernas resultat. Redan i denna fas valdes att exkludera vissa artiklar då de inte uppfyllde vetenskapliga kriterier eller att artikeln inte passade in i studiens syfte. För att få en översikt gjordes en sammanfattning av samtliga utvalda artiklar, se bilaga 1. Analysen utgår ifrån totalt elva vetenskapliga artiklar.

Därefter bearbetades återigen resultaten mer ingående, både tillsammans och individuellt. För att underlätta analysen att skapa kategorier ställdes öppna frågor till texten utifrån studiens syfte och frågeställningar. Frågornas svar markerades genom understrykningar och stödord antecknades. Markeringarna överfördes sedan i en tabell för att ge en tydlig översikt. Allt eftersom arbetet fortskred hittades återkommande mönster, likheter men även vissa skillnader i urvalsmaterialet. Analysen resulterade i fem kategorier, se tabell 2.

Kategorier	Artiklar										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Behov av professionella sjuksköterskor	X	X	X	X			X	X	X	X	X
Behov av omgivningens stöd	X				X	X	X	X	X	X	X
Behov av god sjukhusmiljö		X	X								X
Behov av information och kunskap		X	X	X		X	X	X	X	X	X
Behov av uppföljning		X	X		X	X	X	X	X	X	X

Tabell 2. Resultatöversikt enligt modell av Eva Jacobsson, föreläsning 2010-04-06.

FORSKNINGSETIK

Denna litteraturstudie strävar efter att ge läsaren ett etiskt kontrollerat och sanningsenligt resultat. Författarna försöker hålla en objektiv ställning genom kontinuerlig dokumentation och en klar struktur. Enligt Gustafsson, Hermerén & Petersson (2005) krävs att författarna håller sig till sanningen och ej manipulerar några resultat för att stötta sin egen ståndpunkt. Det är också förbjudet att plagiera andra forskares data.

RESULTAT

Resultatet visar fem kategorier, behov av professionella sjuksköterskor, behov av omgivningens stöd, behov av god sjukhusmiljö, behov av information och kunskap samt behov av uppföljning.

BEHOV AV PROFESSIONELLA SJUKSKÖTERS KOR

Under följande kategori talar missfallsdrabbade kvinnor om hur de önskar bli bemötta och vårdade av sjuksköterskor och sjuksköterskor ger sin syn på omvårdnaden kring missfall.

Efter ett missfall har kvinnor behov av att prata om vad som hänt och få tröst och stöd (Beutel, Deckardt, Von Rad & Weiner, 1995). Murphy & Merrell (2009) beskriver hur kvinnor som genomgått missfall reagerar väldigt olika på händelsen. Reaktionen är oförutsägbar och därför ska inte förutfattade antaganden användas.

Murphy & Merrell (2009) skriver vidare i sin artikel att vården fokuserar på kvinnans fysiska behov. Tyngdpunkten läggs vid kirurgiska ingrepp och medicinsk hantering. Sjuksköterskorna ansåg att fokus låg på att hjälpa kvinnan genom de fysiska konsekvenserna av missfallet. De känner igen de emotionella effekter ett missfall har på kvinnor men menar att brist på kontinuitet i vården förhindrar dem att möta dessa behov. Sjuksköterskorna upplever sig inte ha tid att sitta ner med patienten och fokuserar därför på den kortvariga behandlingen av kvinnorna. Primärvårdssjuksköterskor som kommer till tals i Wong, Crawford, Gask & Grinyer (2003) poängterar att normalisering av missfall är en dominerande strategi i vården. Att missfall är vanligt förekommande och att det inte finns några fastställda uppföljningsplaner, tror sjuksköterskorna i samma artikel, bidrar till att sjukvården brister i empati. Samtidigt tror de att normalisering kan bidra till att inte skuldbelägga kvinnorna för det som hänt. Dessa tankar får medhåll från vissa kvinnor i studien. Medicinska termer och att inte se fostret som ett barn kan skydda kvinnorna från att uppleva händelsen lika smärtsam. Harvey, Moyle & Creedy (2001) uppger att kvinnor inte blev hjälpta av sjukvården då de upplevde att personalen distanserade sig för att slippa konfronteras med situationen.

Paton, Wood, Bor & Nitsun (1999), som forskat i hur nöjda kvinnor är med den vård de fått efter missfall, visar att nästan alla kvinnor som behandlas för missfall är nöjda med sjuksköterskan. De uttrycker att sjuksköterskan varit vårdande och stöttande. De uppskattade tiden de fått med sjuksköterskan och poängterar vikten av den fysiska kontakt de fått genom exempelvis kramar. Även Fleuren, Van Der Meulen, Grol, De Haan & Wijkel (1998) uppger att en majoritet av kvinnor upplevt att sjuksköterskan haft empati och varit stöttande. En annan artikel lyfter fram sjukvårdens tillgänglighet som en faktor för uppskattning. Korta väntetider, snabb uppringning via telefon och klagörelse över att alltid vara välkommen med sina frågor rankades högt av kvinnorna (Wiebe & Janssen, 1999.). Även om de flesta är nöjda med sjukvården upplever flera kvinnor att vården kan förbättras vad gäller information om processen och att ge mer vårdande rådgivning (Fleuren, et al., 1998). De kvinnor som inte varit nöjda med sjuksköterskan upplevde denna oorganiserad och för upptagen för att kunna ge tid och stöd (Paton, et al., 1999). Wong, et al. (2003) behandlar frågan om professionens kvalitet på de råd och det stöd som ges. Kvinnornas emotionella och fysiska behov är mycket varierande.

För att ge god vård är det, enligt Wiebe & Janssen (1999), viktigt att sjuksköterskor inser vidden av kvinnornas förlust. Genom att göra ordentliga undersökningar, vara tålmodiga och inlyssnande samt undvika stress och otrevlighet blir vården personlig istället för rutinmässig. Den svenska studien gjord av Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö (2004) bekräftar att kvinnan vill få sina känslor bekräftade och att det är mycket viktigt att deras sorg tas på allvar. Viktigast är att prata med en kompetent, professionell person som förstår och kan svara på kvinnornas frågor.

BEHOV AV OMGIVNINGENS STÖD

Denna kategori behandlar anhöriga och närståendes betydelse för kvinnors välbefinnande efter missfall.

Wong, et al. (2003) säger att flertalet kvinnor upplever skuld över sitt missfall. De upplever en inre känsla av misslyckande för att svika människor i omgivningen som haft stora förväntningar. Detta tror kvinnorna har en negativ inverkan på deras emotionella hälsa efter missfallet.

Beutel, et al. (1995) uppger att de flesta kvinnor känner sig stöttade av sin partner medan en del klagade över att personer i omgivningen inte var tillräckligt sympatiska. Wiebe & Janssen (1999) lyfter däremot fram att många kvinnor önskar mer sympati även från sin partner. I en undersökning bland Israeliska kvinnor som Gerber-Epstein, Leichtenritt & Benyamini (2009) gjort framkommer att ett nätverk av stöd hjälper kvinnan att klara förlusten. Även ett begränsat nätverk kan ha samma inverkan. Omgivningen bör vara med kvinnan i hennes smärta och låta henne sörja på sitt eget sätt och i egen takt. Många kvinnor upplevde dock att partner, familj och vänner förväntade sig att hon skulle glömma och gå vidare. Även Maker & Ogden (2003) och Adolfsson, et al. (2004) talar om vikten att dela upplevelsen av missfall och få sina känslor bekräftade. Att prata med andra om sin erfarenhet utgör en viktig del i anpassningen tillbaka till sitt liv. Delaktighet gjorde att kvinnorna kunde få det stöd de behövde. De som inte upplevde sig få det stödet kände sig ensamma och isolerade. I Wiebe & Janssens (1999) artikel önskar kvinnor tillgång till stödgrupper för att lättare hantera sorgprocessen.

Både Harvey, et al. (2001) och St John, Cooke & Goopy, (2006) tar upp att kvinnorna söker svar och förståelse i sin omgivning men möts av tystnad så fort det stått klart att de inte längre är gravida. Kvinnorna upplevde i båda studierna att de inte kunde prata om sina upplevelser och känslor i omgivningen, eftersom personerna i omgivningen inte erkände kvinnans sorg som reell. Kvinnorna upplever att omgivningen lämnar dem och behandlar dem som om de aldrig varit mammor trots att de under flera månader känt sig som det. Adolfsson, et al. (2004) ger visst medhåll och menar att omgivningen inte förstår när kvinnan sörjer under dagar och veckor eller när kvinnorna upprepar vill tala om händelsen och grubblar över orsaker till missfallet. St John, et al. (2006) uppger att kvinnor, efter missfallet, upplever en tredimensionell ilska med fokus på brist på stöd, brist på förståelse och ilska över förlusten.

Adolfsson, et al. (2004) menar att alla kvinnor sörjer ett missfall men på olika sätt. Vissa stänger av från omgivningen och vill vara ensamma, andra vill prata och ventileras medan vissa undertrycker sina känslor och kör på som vanligt.

BEHOV AV GOD SJUKHUSMILJÖ

Sjukhusmiljön har betydelse för kvinnornas omvårdnadsbehov. Både den fysiska och psykiska sjukhusmiljön tas upp under denna kategori.

I flera artiklar belyser kvinnor vikten av att bli snabbt omhändertagna på sjukhuset (Murphy & Merrell, 2009., Paton, et al., 1999 och Adolfsson, et al., 2004). Många gånger är dessa kvinnor lågt prioriterade och att vara lågt prioriterad på sjukhus, med långa väntetider upplevdes ensamt. Adolfsson, et al. (2004) menar att den osäkra väntan får kvinnor att känna sig försummade i vården. Murphy & Merrell (2009) kontrar med att vårdas på en upptagen gynekologisk avdelning betyder att kvinnors emotionella behov och även ibland fysiska behov inte alltid kunde uppfyllas.

I Paton, et al. (1999), som utvärderar vården, kommenterar flera kvinnor att de varit på sjukhuset under en för kort tid för att utvärdera den fysiska miljöns betydelse. De som var missnöjda med avdelningens miljö påpekade oordning, personalens upptagenhet och att praktiska saker såsom, kaffe och te, inte fanns lättillgängligt. Dessa omständigheter kunde inge känslor av övergivenhet. Majoriteten av kvinnorna var dock nöjda med avdelningsmiljön. Detta hör ofta, enligt artikeln, samman med att kvinnorna fått enkelrum under vistelsen. Enkelrummets betydelse lyfts även i artikeln av Murphy & Merrell (2009) men då som något som kan vara både positivt och negativt eftersom patienten inte automatiskt får någon att prata med. Sjuksköterskorna, i samma artikel, ansåg att enkelrum gav kvinnorna möjlighet till avskildhet med sin partner och familj. Det finns dock inte alltid möjlighet att bistå med enkelrum på vårdavdelningar.

BEHOV AV INFORMATION

Flera artiklar tar upp vikten av att fastställa diagnosen och orsaken till missfall (Murphy & Merrell, 2009., Paton, et al., 1999., Fleuren, et al., 1998., Maker & Ogden, 2003., Wong, et al., 2003., Harvey, et al., 2001., St John, et al. 2006., och Adolfsson, et al., 2004). Om ingen orsak till missfallet kan fastställas kan det leda till att föräldrarna skyller på sig själva eller varandra menar både Murphy & Merrell (2009) och Adolfsson, et al. (2004). I artikeln av Paton, et al. (1999) uppger hälften av kvinnorna att de inte fått någon bra förklaring till sitt missfall. Fleuren, et al. (1998) menar att en del kvinnor i undersökningen önskar att de fått mer information om vad de skulle göra vid ett missfall, orsaker till missfall, när diagnos kan fastställas och vilka de fysiska reaktionerna kan bli.

Sjukvården fokuserar, enligt Murphy & Merrell (2009), på att förmedla den dåliga nyheten. Även Paton, et al. (1999) behandlar förmedlandet av information och hävdar att mer än hälften av kvinnorna i studien är nöjda med hur de gavs den dåliga nyheten. Kvinnorna uttryckte att personalen var varsam, snäll och spenderade tid med dem för att tala om händelsen. Små ord av vänlighet hade stor inverkan. De som inte var nöjda uttryckte istället att personalen var okänslig eller känslökall när de berättade om missfallet.

Wiebe & Janssen (1999) påpekar att adekvat och mer detaljerad information var extremt viktigt för kvinnorna. De ville veta hur mycket blödning och smärta de kunde väntas få, hur de skulle ta hand om sig själva, om de skulle spara fostret som kom ut, hur länge symtomen kunde kvarstå och möjliga effekter på kommande graviditeter. De som inte fick tillräcklig information blev uttryckligen förvånade över missfallsförloppet. Wong, et al. (2003) bekräftar att kvinnor önskar mer information och specifika svar vad gäller möjliga konsekvenser av missfallet.

I den utvärderande undersökningen gjord av Paton, et al. (1999) är en majoritet av kvinnorna nöjda med den information som gavs och upplevde den tillräcklig för att förstå vad som hände med dem. De flesta, om än några färre, var också nöjda med sättet den dåliga nyheten förmedlades på. De kvinnor som kände sig trygga och säkra i sjukhusmiljön tycktes i högre grad få sina behov tillgodosedda. Vidare skriver Paton, et al. (1999) att de som var missnöjda med informationen upplevde en alltför formell attityd i vården med dålig eller för lite förklaringar medan andra upplevde att mängden information som gavs var för mycket. Vissa upplevde att det gavs för lite information om eftervården. I Fleuren, et al. (1998) menar en del av kvinnorna att information om processen och rådgivning efter missfallet kunde förbättras. De önskade att sjuksköterskor skulle ge mer tid, vara mer empatiska samt öka kommunikationen, både med dem likväl som med andra professioner.

Wong, et al. (2003) skriver att sjuksköterskors timing och värdet av att tillhandahålla information är mycket viktigt då kvinnorna efter missfallet kände sig förvirrade och hade svårt att ta till sig information under sjukhusvistelsen. Upplevelsen av brist på information tror kvinnorna i undersökningen kan bidra till ökad oro. Primärvårdssjuksköterskor, som också kommer till tals i artikeln, menar att bristfällig kompetens inom alla led bidrar till brister på informationens följsamhet.

I St John, et al. (2006) framkommer ett visst missnöje över att föräldrakurser och vården i allmänhet oftast enbart fokuserar på lyckliga slut. Både förut nämnda St John, et al. (2006) och Wiebe & Janssen (1999) rekommenderar en kort diskussion om missfall i ett tidigt stadium av graviditeten.

BEHOV AV UPPFÖLJNING

Flera artiklar belyser behovet av uppföljning från vården (Paton, et al., 1999., Wiebe & Janssen, 1999. och Wong, et al., 2003.).

Murphy & Merrell (2009) talar om ett missfalls efterförlopp. Efter missfallet upplever kvinnorna känslor av nedstämdhet, sorg och förlust. De behöver gå igenom en fas av anpassning mot en ny identitet, som en kvinna som varit med om ett missfall. Adolfsson, et al. (2004) håller med och menar att efterförloppet varierar mellan tårar, skratt och ilska men det finns inte alltid tid att sörja då det till exempel är svårt att vara borta från jobbet. Murphy & Merrell (2009) menar att många kvinnor har en önskan om att komma tillbaka till det normala livet igen. Även i Gerber-Epstein, et al. (2009) talar kvinnorna om att komma tillbaka till det normala livet. Att gå tillbaka till jobbet kan hjälpa kvinnan att fly från tankar och överdrivet grubblande över förlusten. Maker & Ogden (2003) pratar i sin artikel om att kvinnorna en tid efter missfallet börjar gå vidare till någon form av lösning. Känslor som ilska och nedstämdhet började avta, men många

av kvinnorna menade att det skulle ta lång tid innan det emotionella läget stabiliserats helt. Vissa kvinnor kunde efter drygt en månad börja se missfallet som en erfarenhet.

Paton, et al. (1999) utvärderar att hälften av kvinnorna är missnöjda med uppföljningen, de menar att kopplingen till sjukhuset försvunnit i samma stund de blivit utskrivna. Därmed fanns inte längre något stöd att få. Wiebe & Janssen (1999) bekräftar att många kvinnor kände sig ensamma och övergivna av sjukvården efter utskrivning från sjukhuset.

Kvinnorna i studien av Gerber-Epstein, et al. (2009) upplever rädsla för att i samband med missfallet förlora förmågan att bli mamma. Enligt en del av kvinnorna är mammarollen en del i att vara kvinna. Oförmåga att bli mamma skulle göra att livet kändes ofullständigt. Maker & Ogden (2003), Harvey, et al. (2001) och St John, et al. (2006) behandlar, även de i sina artiklar kvinnornas oro och press inför kommande graviditeter. Många kvinnor upplever rädsla för fler missfall och förluster av ännu ett barn. St John, et al. (2006) Menar att många tankar på de tidigare erfarenheterna av missfall tar bort glädjen över att återigen vara gravid. I rent självförsvar höll därför kvinnorna tillbaka och ville inte skapa för starka band till fostret.

Wong, et al. (2003) framhäver en önskan från kvinnorna om att mödravårdcentralen skulle vara nyckelpersoner vad gäller vården efter missfall. Detta då mödravården troligen redan har någon relation till kvinnan och hennes familj. Wong, et al. (2003) föreslår att mödravårdcentralen på något sätt ska meddelas då någon av deras patienter fått missfall. På så sätt skulle de kunna kalla till återbesök för uppföljning 6-8 veckor efter missfallet och därmed också förhindra att patienter faller mellan stolarna. Primärvårdssjuksköterskor i samma artikel (Wong, et al., 2003) menar att patienternas missnöjdhet förvärras på grund av frånvaron av uppföljningsplaner och att deras sociala, fysiska och psykiska behov i efterförloppet inte belyses. Gruppen efterfrågar personalutbildningar för att kunna möta upp kvinnornas känslomässiga behov efter missfallet.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Denna uppsats är en litteraturöversikt med syfte att kartlägga kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall. Valet av metod kändes självklart då intresset låg i att uppmärksamma ett problem, skapa en översikt samt förståelse för det valda området, inte att exempelvis utarbeta nya arbetsrutiner eller skapa evidens.

Att hitta artiklar med relevans till uppsatsens syfte var inte lätt med de sökkriterier som användes. Inledningsvis begränsades publiceringsåret till 2000, men detta gav alldeles för få träffar. I nästa skede gjordes ingen begränsning till publiceringsår vilket gav ett större urval. Istället valdes att avgränsa åren under bearbetningen av artiklar. Resultatet blev att publiceringsåren sträcker sig från 1995 till 2009. Det kan tyckas att en artikel från 1995 börjar bli inaktuell. Granskningen visade sedermera att även denna artikels resultat liknade de artiklar som publicerats senare.

Innan arbetsstarten fanns en förhoppning om att kunna spegla den svenska sjukvårdens omhändertagande av kvinnor efter missfall. Däremot begränsades inte artikelsökningen till enskilda länder. De artiklar som använts kommer förutom från Sverige även från Storbritannien, Tyskland, Holland, Israel, Kanada och Australien. Fyra av de elva artiklarna är utgivna i Storbritannien och två i Australien. Dessa två länders kultur liknar Sveriges och sjukvårdssystemen påminner om varandra. Därav bör inte resultaten skilja sig avsevärt om samma undersökning gjorts i Sverige. I den Israeliska studien märktes vissa kulturella skillnader vad gäller familjens sammanhållning och deras ansvar att vårda kvinnan. Däremot skiljde sig inte kvinnornas omvårdnadsbehov åt jämfört med de övriga artiklarna.

Ett stort antal studier i de utvalda databasernas sökresultat belyser förlusten av ett dödfött barn, abort eller mycket för tidigt födda barn som efter födsel dör. Dessa fenomen har inte studerats. Exkluderingen görs dels för att begränsa studiematerialet men också för att förlusten och sorgeprocessen vid sena komplikationer troligen inte helt kan likna den vid ett tidigt missfall. Ju längre graviditeten fortskrider desto starkare band skapar kvinnan till sitt barn.

Samtliga artiklar är skrivna på engelska. Granskning, analys och översättning av studierna har gjorts vid upprepade tillfällen, både enskilt och gemensamt, för att undvika feltolkningar. Det går dock inte att bortse från faktum att författarna inte har engelska som modersmål och därför finns inga garantier för att feltolkningar eller missuppfattningar av språkliga nyanser inte förekommer.

Att hitta täckande och bra benämningar på kategorier var en stor utmaning. För att underlätta processen ställdes frågor utifrån syfte och frågeställningar. Detta resulterade i grupperingar av analysmaterialet. Med utgångspunkt i dessa grupperingar hittades vissa mönster vilket resulterade i kategorier.

Tre av artiklarna i denna litteraturoversikt benämns som både kvalitativa och kvantitativa då ingen gränsdragning mellan dessa kan göras. Samtliga studier har en kvantitativ del bestående av frågeformulär med givna självskattningsskalor. Den ena artikeln avslutar sitt frågeformulär med öppna frågor. Den andra kompletterar med intervjuer och den tredje med fokusgruppintervjuer. Självskattningsskalorna analyseras kvantitativt och de öppna frågorna och intervjuerna analyseras kvalitativt genom kategorisering eller uppdelning i teman.

Antal deltagare i studierna varierar från tre till 200 kvinnor. Resultatet har inte visat några kvalitativa skillnader i innehållet beroende på antalet deltagare i studien.

I databassökningarna var det ett flertal artiklar som inte fanns att tillgå i fulltext. Fokus har lagts på artiklar som funnits tillgängliga via länk i databasen eller via Göteborgs biblioteks databas, GUNDA. Inget material har köpts in. Konsekvenserna av detta blir således att vissa artiklar som eventuellt passar uppsatsens syfte och problemformulering ej använts eller analyserats. De olästa artiklarnas påverkan på denna studies resultat förblir okänt.

Datainsamlingen skedde med hjälp av tre stora databaser där endast granskade artiklar publiceras. Att artiklarna är granskade gör att resultatet blir trovärdigt. Databaserna valdes utifrån relevans, kunskap och erfarenhet kring dem. Detta för att göra grundliga sökningar som i största mån speglar uppsatsens syfte och problemformulering.

Vid en litteraturöversikt föreligger alltid det som Friberg (2006) kallar selektivt urval. Analysen upplevs objektiv, men självklart föreligger en viss risk för att ett omedvetet selektivt urval gjorts.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt var att kartlägga kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall. Genom denna kartläggning av kvinnors reaktioner och upplevelser i samband med missfall har deras omvårdnadsbehov identifierats. Förhoppningen med denna litteraturstudie är att ge ökad kunskap kring missfallsdrabbade kvinnors omvårdnadsbehov.

Uppsatsens resultat visade fem kategorier; behov av professionella sjuksköterskor, behov av omgivningens stöd, behov av god sjukhusmiljö, behov av information och kunskap samt behov av uppföljning. Alla dessa delar har var för sig betydelse för huruvida kvinnors omvårdnadsbehov uppfylls men tillsammans utgör de en avgörande helhet för hur kvinnor upplever omvårdnaden i samband med sitt missfall.

Normalisering är enligt Wong, et al. (2003) en dominerande strategi i vården, troligtvis beroende på att missfall är vanligt förekommande och att sjukvården inte tillhandahåller färdiga beredskapsplaner. Normalisering har visat sig ha både positiva och negativa effekter. De positiva effekterna ligger i att minska en del av de skuld känslor som ofta upplevs i samband med missfall. Ett medicinskt språk och att undvika att se fostret som ett barn kan också skydda kvinnan från att uppleva händelsen lika smärtsam (Wong, et al., 2003). De negativa effekterna blir sedermera ett personligt bemötande med brist på empati (Harvey, et al., 2001).

Murphy & Merrill (2009) menar att akutsjukvårdens fokus vad gäller omvårdnaden av missfallsdrabbade kvinnor ligger i kvinnans fysiska behov. Brist på kontinuitet och tid i vården gör att sjuksköterskor inte kan möta upp de emotionella behov som de flesta kvinnorna upplever. Flera artiklar belyser vikten av att ge patienten tid. Paton, et al. (1999) och Fleuren, et al. (1998) hävdar att missfallsdrabbade kvinnor uppskattar sjuksköterskors tillgänglighet och den tid de ger, men ofta är sjuksköterskor oorganiserade och för upptagna för att kunna ge den tid och stöd som krävs för att uppfylla kvinnans omvårdnadsbehov. Om sjuksköterskan kan undvika stress, otrevlighet, vara tålmodig och göra grundliga undersökningar upplevs vården personlig istället för rutinmässig (Wiebe & Janssen, 1999).

Gerber-Epstein, et al. (2009) hävdar att stöd från omgivningen hjälper kvinnan att klara av förlusten som ett missfall innebär. Nätverkets storlek är av ringa vikt. Det viktiga är att kvinnorna får bearbeta sin upplevelse med stöd från omgivningen. Hälften av litteraturstudiens artiklar belyser kvinnornas upplevelser av att omgivningen inte kan uppfylla de behov av samtal och samvaro som finns (Gerber-Epstein, et al., 2009., Beutel, et al., 1995., Wiebe & Janssen, 1999., Maker & Ogden, 2001., Adolfsson, et al., 2004., Harvey, et al., 2001. och St John, et al., 2006.). Enligt Adolfsson et al. (2004)

leder denna brist på stöd till att kvinnorna känner sig ensamma och isolerade. Kvinnorna i Wiebe & Janssen (1999) anser att stödgrupper skulle kunna hjälpa till att bearbeta sorgen och skapa gemenskap.

En stor och viktig del i omvårdnadsarbete handlar om att ge information. Paton et al. (1999) som utvärderar vården efter missfall säger att ungefär hälften av kvinnorna är nöjda med hur informationen förmedlades i samband med missfallet. I samma studie ansåg en majoritet även att mängden information de fick var tillräcklig för att förstå vad som hänt. Flera studier visar dock att förbättring krävs. Exempelvis menar Wong et al. (2003) och Wiebe & Janssen (1999) att brister i information kan leda till missförstånd och onödig oro. Kvinnor som genomlidit missfall vill ha svar på frågor om vad de själva kan göra vid missfall, orsaken till missfallet, när diagnos kan fastställas och vilka fysiska reaktioner som kan förväntas (Fleuren et al., 1998 och Wiebe & Janssen, 1999). De önskar också att sjuksköterskor kunde ge dem mer tid, vara mer empatiska och mer välvilliga till kommunikation (Fleuren et al., 1998). Även Paton et al. (1999) tar upp avsaknad av bra förklaringar till missfallen och Wong et al. (2003) bekräftar att kvinnor önskar mer information och specifika svar. Primärvårdssjuksköterskor som kommer till tals i Wong et al. (2003) tror att bristfällig kompetens bland sjukvårdspersonal är en orsak till bristande information.

Flera artiklar belyser avsaknaden av uppföljning efter missfall. Paton et al. (1999) menar att kopplingen till sjukhuset försvinner i och med kvinnans utskrivning och därefter finns inte längre något stöd att få. Wiebe & Janssen (1999) bekräftar att många kvinnor känner sig ensamma och övergivna av sjukvården efter utskrivning. Förslag till förbättring finns i Wong et al. (2003) där kvinnorna menar att mödravårdcentralen borde vara mer inblandad i uppföljningsarbetet. I samma artikel efterlyser sjuksköterskor fasta uppföljningsplaner för att kvinnors fysiska, psykiska och sociala behov efter missfall lyfts fram. De talar även om vikten av att utbildning av sjuksköterskor för att bättre kunna möta kvinnornas omvårdnadsbehov.

Vi anser att ett bra sätt för sjuksköterskor att tillgodose kvinnors omvårdnadsbehov kan vara att använda sig av Orlandos interaktionsteori. Syftet med Orlandos teori är att uppnå en ömsesidig förståelse för att sjuksköterskan bättre ska kunna förstå patientens situation och fatta beslut om vilka omvårdnadsåtgärder som ska vidtas (Eide & Eide, 2009). Med hjälp av denna teori och genom att både sjuksköterskan och patienten får sätta ord på vad de ser och känner kan samspelet mellan dem förbättras (Orlando, 1961). Fördelar med denna teori är att den är mycket lättapplicerad i vårdarbetet och inte utesluter användandet av andra omvårdnadsteorier.

En intressant aspekt i Fleuren, et al. (1998) är att kvinnorna i artikeln rankar barnmorskors vård högre än allmänsjuksköterskors. Det framgår dock inte varför barnmorskornas vård rankas högre. Detta kan bero på att barnmorskor har en annan, större kunskap kring foster och missfall som får dem att utstråla säkerhet och bemöta kvinnorna på ett annat sätt. Kanske finns ett behov av ytterligare plats för reproduktion i sjuksköterskans grundutbildning.

SLUTSATSER

Antalet kvinnor som är nöjda med omvårdnaden vid missfall är ungefär detsamma som antalet som är missnöjda. Detta innebär att hälften av kvinnorna inte får sina omvårdnadsbehov tillgodosedda i mötet med sjukvården. Sjukvården måste förbättras vad gäller kontinuitet, att ge mer tid, vara empatiska och möta kvinnors betydande emotionella omvårdnadsbehov. Varje kvinna ska bemötas som en unik person och ges individuell omvårdnad. Det måste finnas en förståelse för att missfall är en subjektiv upplevelse med olika betydelse för varje enskild kvinna. Orlandos interaktionsteori anses vara ett bra verktyg för att fånga upp kvinnors omvårdnadsbehov och hitta svar på hur de kan tillfredsställas.

Sjukvården visar en viss medvetenhet kring sina brister men samtidigt finns, vad författarna vet, inget förbättringsarbete inom området. Resultatet blir att det är upp till varje sjuksköterska att ge god omvårdnad och lyhört bemöta missfallsdrabbade kvinnor. Sjukvården borde inte nöja sig förrän alla kvinnors omvårdnadsbehov uppfylls.

I denna litteraturöversikt har kvinnors omvårdnadsbehov i samband med missfall kartlagts. Orlandos interaktionsteori är ett bra verktyg att applicera för att få förståelse för och uppfylla kvinnors omvårdnadsbehov. Därmed anses syftet med denna studie vara uppfyllt.

IMPLIKATIONER

Den komplexa situation som missfall innebär kräver ett kompetent, holistiskt bemötande. Sjukvården tillfredsställer i hög utsträckning kvinnors fysiska behov vid missfall men brister i att uppfylla de emotionella behoven. För att kunna förbättra klinisk verksamhet och kunskapen kring ämnet krävs vidare empirisk forskning i kvinnors upplevda omvårdnadsbehov i samband med missfall samt vad som behöver förändras i sjukvården idag för att tillgodose dessa behov.

REFERENSLISTA

- 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.
- Bansen, S., & Stevens, H. (1992). Women's experiences of miscarriage in early pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37(2).
- 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. *Psychosomatic Medicine*, 57, 517-526.
- Brier, N. (2008). Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-64.
- Callander, G., Brown, G.P., Tata, P., & Regan, L. (2007). Counterfactual thinking and psychological distress following recurrent miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 51-65.
- Closs, Leoni, L., Woods, J.R., & Esposito, Woods, J. (1998). Caring for patients after pregnancy loss. An excerpt from "Loss during pregnancy or in the newborn period". *Lifelines*, 2(1).
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Fleuren, M., Van Der Meulen, M., Grol, R., De Haan, M., & Wijkkel, D. (1998). Does the care given by general practitioners and midwives to patients with (imminent) miscarriage meet the wishes and expectations of the patients? *International journal for Quality in Health Care*, 10, 213-220.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Froman, B., & Johansson, K. (2007). *Om missfall*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningsset? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Hämtad 2010-04-29 från WWW.
http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningsset_3.pdf

- Hagberg, H., Marsál, K., Westgren, M., & Engqvist, J. (2008). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: A phenomenological study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(1).
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (red.). (2009). *Lärobok för barnmorskor*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Maker, C., & Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity? *Psychology and Health*, 18, 403-415.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591.
- Nordal, Broen, A., Moum, T., Sejersted, Bödtker, A., & Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine* 66, 265-271.
- Orlando, I.J. (1961). *The Dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York: Putnam.
- Paton, F., Wood, R., Bor, R., & Nitsun, M. (1999). Grief in miscarriage patient and satisfaction with care in London hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 301-315.
- Raadu, G. (red.). (2005). *Författningshandboken – För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.
- St John, A., Cooke, M., & Goopy, S. (2006). Shrouds of silence: Three women's stories of prenatal loss. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3).
- Statistiska centralbyrån. *Befolkningsutveckling 2009*. Hämtad 2010-05-03 från WWW. http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_26046.aspx.
- Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2010-03-12 från WWW. <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Thorsén, H. (2003). *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber.
- Wiebe, E., & Janssen, P. (1999). Conservative management of spontaneous abortions - Women's experiences. *Canadian Family Physician*, 45, 2355-2360.

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*, 697–702.

BILAGOR

1 ARTIKELSAMMANFATTNING

1	Artikel	Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage
	Författare	Adolfsson A, Larsson P.G, Wijma B & Berterö C.
	Tidsskrift	Health Care for Women International
	Land	Sverige
	Årtal	2004
	Syfte	Identifiera och beskriva kvinnors upplevelse av missfall
	Metod	Fenomenologisk kvalitativ intervjustudie.
	Resultat	Artikeln lyfter fram ett huvudtema, skuld och tomhet, samt fem stycken underteman, förlust, sorg, övergivenhet, känna emotionell splittring samt kroppslig förnimmelse.

2	Artikel	Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents, and course.
	Författare	Beutel M, Deckardt R, Von Rad M & Weiner H.
	Tidsskrift	Psychosomatic Medicine
	Land	Tyskland
	Årtal	1995
	Syfte	Att skilja sorg från depression och kartlägga långtidsreaktionen vid tidiga missfall.
	Metod	Kvantitativ studie där olika skalor användes.
	Resultat	Cirka hälften av kvinnorna i studien upplevde inga förändringar i emotionella reaktioner. Sorgreaktion och depression förekom hos den andra delen. De med kombinerad sorg- och depressiv reaktion skattade sig högst i de bägge skalorna som användes. De hade även den längst kvarstående reaktionerna efter missfallet.

3	Artikel	Does the care given by general practitioners and midwives to patients with (imminent) miscarriage meet the wishes and expectations of the patients?
	Författare	Fleuren M, Van Der Meulen M, Grol R, De Haan M & Wijkel D.
	Tidsskrift	International Journal for Quality in Health Care
	Land	Holland
	Årtal	1998
	Syfte	Ta reda på vilken vård patienter förväntar sig av generell sjukvårdspersonal och barnmorskor och om dessa förväntningar stämmer överens med aktuella riktlinjer. Ett andra syfte är finna vilka faktorer som påverkar hur kvinnorna skattar vården de får.
	Metod	Kvalitativ interventionsstudie. Inspelning av möten efter fyra på varandra följande veckors dagboksskrivande efter det att kvinnan kontaktat MVC pga. symtom på missfall.
	Resultat	De flesta kvinnorna skattade barnmorskors och övrig sjukvårdspersonals vård högt. Vissa tyckte att vården borde förbättras, i huvudsak vad gäller information, empati och stöd. Patienterna har en önskan om att involveras i hela processen.

4	Artikel	The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices
	Författare	Gerber-Epstein P, Leichtentritt R & Benyamini Y.
	Tidsskrift	Death Studies
	Land	Israel
	Årtal	2009
	Syfte	Målet med studien är att förstå och ge en röst till kvinnors erfarenheter av missfall
	Metod	Kvalitativ studie där kvinnor intervjuades.
	Resultat	I resultatet uppdagas fem teman; ju större glädje desto smärtsammare fall, kvinnornas reaktion vid och efter missfallet, källor av stöd, livet efter missfallet och rekommendationer till vården. Upplevelsen kopplas till kvinnorollen och hur den påverkas på grund av ett missfall.
5	Artikel	Women's experience of early miscarriage: A phenomenological study
	Författare	Harvey J, Moyle W & Creedy D.
	Tidsskrift	Australian Journal of Advanced Nursing
	Land	Australien
	Årtal	2001
	Syfte	Att få en ökad förståelse för kvinnors upplevelse av ett tidigt missfall.
	Metod	Kvalitativ studie där tre kvinnor intervjuades.
	Resultat	I artikeln lyfts fem huvudteman fram. Dessa är förlust, osäkerhet, skuld, klinisk omvårdnad och behovet av känslomässigt stöd.
6	Artikel	The miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity?
	Författare	Maker C & Ogden J.
	Tidsskrift	Psychology and Health
	Land	Storbritannien
	Årtal	2003
	Syfte	Att skapa förståelse kring upplevelsen av missfall från kvinnans perspektiv.
	Metod	Kvalitativ och kvantitativ studie där kvinnorna i studien fyllde i frågeformulär samt deltog i fokusgruppintervjuer.
	Resultat	Kvinnorna beskriver sina upplevelser genom olika teman som kan placeras in under tre steg: tumult, anpassning och upplösning. De flesta upplevelser som kom fram i artikeln var negativa.

7	Artikel	Negotiating the transition: Caring for women through the experience of early miscarriage
	Författare	Murphy F & Merrell J.
	Tidsskrift	Journal of clinical Nursing
	Land	Storbritannien
	Årtal	2009
	Syfte	Att utforska kvinnors erfarenheter av tidiga missfall på en gynekologisk avdelning.
	Metod	Kvalitativ studie med deltagande observationer. Data samlades även in via analys av dokument.
	Resultat	Artikeln belyser tre tydliga faser som kvinnorna upplevde: första tecknet på missfall och bekräftandet av detta, att förlora ett barn samt följderna av ett missfall. Dessa tolkades som de var delar i en övergångsprocess, där sjukvården spelade en stor roll. Att vårdas av personal som var engagerade och lyhörda gjorde att kvinnornas emotionella och fysiska behov kunde identifieras.

8	Artikel	Grief in miscarriage patient and satisfaction with care in London hospital
	Författare	Paton F, Wood R, Bor R & Nitsun M.
	Tidsskrift	Journal of reproductive and infant psychology
	Land	Storbritannien
	Årtal	1999
	Syfte	Att skapa förståelse kring sambandet mellan kvinnans psykiska välbefinnande och tillfredsställelsen med vården vid missfall.
	Metod	Både en kvalitativ och en kvantitativ studie baserad på intervjuer och frågeformulär med olika skalor.
	Resultat	De flesta kvinnorna i studien var nöjda med vården som helhet. Det var även många kvinnor som var nöjda med informationen som de fått. De som inte var nöjda upplevde att vården kunde förbättras vad gäller hur man gav dåliga nyheter, förklaring och orsak till missfallet samt uppföljningen. Kvinnorna som inte var nöjda upplevde att de fick ett dåligt bemötande och att personalen saknade empati.

9	Artikel	Shrouds of silence: Three women's stories of prenatal loss
	Författare	St John A, Cooke M & Goopy S.
	Tidsskrift	Australian Journal of Advanced Nursing
	Land	Australien
	Årtal	2006
	Syfte	Ge röst åt tre kvinnor angående upplevelsen av att förlora ett barn före födseln.
	Metod	Kvalitativ studie där mini-biografier samlats in från kvinnor och intervjuer gjorts.
	Resultat	Studien tar upp kvinnans upplevelser av tragedi, smärta och tystnad från omgivningen. Gemensamma teman i artikeln är, sorg, isolering, ilska och skuldkänslor.

10	Artikel	Conservative management of spontaneous abortions. Women's experiences.
	Författare	Wiebe E & Janssen P.
	Tidsskrift	Canadian Family Physician
	Land	Kanada
	Årtal	1999
	Syfte	Beskriva väntande mödrars hanterande av missfall.
	Metod	Beskrivande kvalitativ kartläggning utifrån enkäter med givna svarsalternativ och avslutande öppna frågor.
	Resultat	Kvinnorna beskriver de emotionella effekter som missfall har. Man är i helhet nöjd med sin personliga läkare och vården i helhet.

11	Artikel	A qualitative investigation into women's experiences after miscarriage: Implications for the primary health care team.
	Författare	Wong M, Crawford T, Gask L & Grinyer A.
	Tidsskrift	British Journal of general Practice
	Land	Storbritannien
	Årtal	2003
	Syfte	Utforska kvinnors upplevelse av vården efter missfall som kan påverka primärvården att upptäcka psykisk sjukdom efter missfall.
	Metod	Kvalitativ studie med intervjuer i fokusgrupper samt frågeformulär.
	Resultat	Artikeln lyfter fram sju teman som skildrade kvinnornas och primärvårdspersonalens upplevelse efter missfallet. Dessa sju teman är behov och önskan för formella uppföljningsplaner, avsaknad av förståelse i det initiala skedet, behov av mer information och specifika svar, sjukvårdspersonalen normaliserar missfall, skuld och falska antaganden, olika brister av vård och kunskap samt förslag till fortsatt förbättring.