



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# **KVINNANS UPPLEVELSER AV MISSFALL OCH DESS PÅVERKAN PÅ EN EFTERFÖLJANDE GRAVIDITET**

**En litteraturstudie**

## **Författare**

Sandra Edin och Elin Grönesjö

---

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet  
Nivå: Grundnivå  
Termin/år: HT 2016  
Handledare: Åsa Premberg  
Examinator: Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Upplevelser av missfall och dess påverkan på en efterföljande graviditet
Titel (engelsk):	Experiences of miscarriage and it's impact on a subsequent pregnancy
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2016
Författare:	Sandra Edin och Elin Grönesjö
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Margareta Mollberg

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** En av fem gravida kvinnor drabbas av missfall, oftast innan gravidvecka 13. Kromosomavvikelse eller missbildningar i livmodern är faktorer som kan leda till missfall. Blandade känslor upplevs efter ett missfall varav sorg är en tydlig reaktion på kvinnans känslor. Kvinnan är i stort behov av stöd från vårdpersonal och anhöriga för att inbringa hopp inför den nya graviditeten då missfallet kan ha bidragit till fysiska och psykiska trauman.

**Syfte:** Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnans erfarenheter av ett missfall och hur det påverkar upplevelsen av en ny graviditet. **Metod:** Genom en litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats besvaras syftet. **Resultat:** Tre huvudteman identifierades i resultatet: 'kvinnors upplevelser vid ett missfall', 'kvinnors föreställningar och reaktioner vid en ny graviditet' och 'behovet av stöd'. Det påvisas att kvinnan känner en stark oro och osäkerhet när hon blir gravid på nytt vilket bidrar till svårigheter att binda sig till graviditeten på liknande sätt som hon gjort tidigare. Den nya graviditeten präglas av känslorna från det tidigare missfallet. Kvinnan har ett stort behov av att söka bekräftelse på att graviditeten är livsduglig och behöver stöd och förståelse från andra människor. **Slutsats:** Litteraturstudien visar på att kvinnan behöver stöd, bekräftelse och hjälpmedel av sjukvården och närstående för att minska oron och osäkerheten vid sin nya graviditet efter ett genomgången missfall.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Definition av missfall .....	1
Åtgärder vid ett missfall .....	1
Orsaker till missfall .....	2
Sorgen efter ett missfall .....	2
Graviditet efter ett missfall .....	3
Hälsa i relation till vårdande .....	3
Lidande .....	4
Hopp .....	4
<b>Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
Design .....	6
Datansamling och urval .....	6
Dataanalys .....	7
Etiska aspekter .....	7
<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
Kvinnors upplevelser vid ett missfall .....	8
Förlusten .....	8
Känslor av ilska, misslyckande och sorg .....	9
Upplevelser av vårdandet .....	10
Kvinnors föreställningar och reaktioner vid en ny graviditet .....	11
Gravid på nytt .....	11
Oro relaterad till graviditeten .....	12
Misstro och distans .....	12
Bekräftelse och graviditetssymtom .....	13
Behovet av stöd .....	14
Stöd i samband med missfall .....	14
Stöd i samband med ny graviditet .....	15
<b>Diskussion</b> .....	<b>15</b>
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion .....	16
<b>Slutsats</b> .....	<b>19</b>
Kliniska implikationer och fortsatt forskning .....	19
<b>Referenser</b> .....	<b>20</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>24</b>

## **Inledning**

Att drabbas av ett tidigt missfall är vanligare än vad de flesta tror och kan betraktas som ett tabubelagt område. Kvinnor som genomgått ett missfall kan mötas av sjuksköterskan inom flera olika vårdinstanser såsom akutsjukvård, primärvård eller gynekologisk vård.

Upplevelserna av ett missfall tycks vara blandade och influerar kvinnans livserfarenhet på olika plan. Därför behövs kunskap om hur ett missfall kan påverka kvinnans upplevelse av att bli gravid igen samt hur vårdpersonal och närstående kan agera för att lindra kvinnans lidande och inge hopp.

## **Bakgrund**

### **Definition av missfall**

Den medicinska benämningen av missfall är spontan abort (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010) och innebär förlusten av ett foster innan gravidvecka 23, då fostret väger 500 gram eller mindre (WHO, 2002). Av alla graviditeter leder cirka 20 procent till missfall (Gemzell Danielsson, 2014) varav 90 procent vanligtvis inträffar före graviditetsvecka 13. Om den gravida kvinnan drabbas av vaginala blödningar eller krampliknande menstruationssmärter kan detta vara symtom på ett missfall (Stjern Dahl, 2015). Andra symtom kan vara yrsel, svimning eller synkope (Gemzell Danielsson, 2014). Missfall delas in i tidig eller sen fas, den tidiga fasen innebär att missfallet skett innan gravidvecka tolv, den sena fasen innebär att missfallet skett mellan gravidvecka tolv och 22 (Borgfeldt et al., 2010). Beroende på vilken utvecklingsfas av graviditeten man befinner sig i delas missfallet även in i olika stadier. Om missfallet inträffar under de fyra första veckorna av graviditeten benämns det som ett preembryonalt missfall, detta sker oftast utan att kvinnan upptäckt sin graviditet och uppfattas troligtvis som en riklig eller försenad menstruationsblödning. Från graviditetsvecka fem till tio benämns missfallen som embryonala och efter vecka tio som fetala (Stjern Dahl, 2015). Efter minst 22 fullgångna graviditetsveckor används termen intrauterin fosterdöd (Pettersson, 2014). Intrauterin fosterdöd upptäcks oftast om kvinnan har slutat känna fosterrörelser, om hjärtljuden inte kan auskulteras eller registreras. Vid ett ultraljud där hjärtaktivitet saknas fastställs diagnosen (Pettersson & Stephansson, 2014). Somliga missfall inträffar på grund av att foster- eller embryoutvecklingen har hämmats, detta kallas för missed abortion och hämningen kan ske flera veckor innan utstötningen. Vid missed abortion visar ultraljudsundersökningen en tom hinnsäck eller ett foster utan hjärtslag (Gemzell Danielsson, 2014).

### **Åtgärder vid ett missfall**

Det finns ingen behandling för att stoppa ett kommande eller pågående missfall (Borgfeldt et al., 2010). Vid misstanke om missfall görs en undersökning där blödningskällan påvisas. En ultraljudsundersökning visar om graviditeten är pågående eller om ett missfall skett (Borgfeldt et al., 2010). Denna ultraljudsundersökning kan behöva upprepas efter sju till tio dagar om graviditeten är tidig eller inte kan visualiseras. Om missfallet är konstaterat och livmodern är

tom behövs ingen ytterligare behandling, missfallet är då komplett och graviditeten har stötts ut i sin helhet. Vid ett inkomplett missfall, då blödning eller sammandragning har startat men missfallet är ofullständigt med graviditetsrester i livmodern, finns det tre olika behandlingsalternativ att välja: exspektans med avvaktning av behandling i upp till två veckor, medicinsk livmoderskontraherande behandling eller kirurgisk behandling med vakuumaspiration av livmodern. I största möjliga mån bör kvinnan själv få välja behandlingsalternativ men avvikelser relaterat till medicinska skäl kan förekomma (Gemzell Danielsson, 2014). Mycket tidiga missfall och sena missfall blir oftast kompletta utan någon behandling, medan missfall mellan graviditetsvecka åtta till 14 ofta är inkompleta och ytterligare behandling krävs (Borgfeldt et al., 2010).

### **Orsaker till missfall**

Kromosomavvikelser eller andra defekter hos embryot är den vanligaste orsaken till missfall. Två tredjedelar av alla tidiga missfall beror på kromosomavvikelser och får därmed ses som kroppens naturliga sätt att stöta ut embryot som inte hade klarat livet utanför livmodern. Missbildningar i livmodern, myom eller sammanväxningar i livmoderhålan är andra faktorer som kan leda till missfall. Livmodersfaktorer som leder till missfall är ovanliga men kan öka benägenheten för missfall i kommande graviditeter (Borgfeldt et al., 2010).

Yttre faktorer som miljöpåverkan, mediciner, bly- och kvicksilverexponering samt kraftig radioaktiv strålning kan orsaka fostermissbildningar som leder till missfall. Dessutom kan infektioner hos modern påverka graviditeten och orsaka ett missfall. Vid användande av nikotin, som är skadligt för moderkakans funktion, ökar risken för en spasm i placentakärlen vilket kan leda till missfall (Borgfeldt et al., 2010). Tillväxten av fostret kan påverkas av hög alkoholkonsumtion under graviditeten. Även risken för missbildningar och fosterdöd ökar vid högt intag av alkohol under graviditeten (Pettersson & Stephansson, 2014).

Hos kvinnor som tidigare genomgått ett missfall finns en risk upp mot 25 procent att drabbas igen. För kvinnor över 45 år är risken för en förlorad graviditet cirka 50 procent (Borgfeldt et al., 2010). Samaraweera och Abeysena (2010) menar att det i tidigare forskning framkommit att om modern sover mindre än åtta timmar per dygn under den första trimestern (v.1-v.14+0) kan detta vara en riskfaktor för missfall. Under andra trimestern (v.14+0-27+6) finns riskfaktorer som till exempel att genomgå ett psykiskt trauma (a.a.).

### **Sorgen efter ett missfall**

Sorg kan definieras som en emotionell reaktion på förlust och visa sig genom tecken som ilska, chock, avtrubning, skuld känslor, nedstämdhet, skam eller oro. Även om missfallet huvudsakligen drabbar modern kan detta skapa bekymmer och bidra till fysiska och psykiska följder för hela familjen (ChiEungDanforn & Nga ChongLisa, 2011). När en gravid kvinna får beskedet att fostret eller barnet har dött kan hon drabbas av en akut sorg och hamna i chocktillstånd. I detta skede behöver kvinnan och hennes familj stöd i form av trygghet och omtanke för att kunna bearbeta sorgen som de kan komma att bära med sig resten av sina liv (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Vårdpersonalen utgör en viktig roll för föräldrarnas återhämtning efter ett missfall. Personal som visar empati, förståelse och kunskap gör på sikt skillnad för föräldrarnas psykiska välmående. För många föräldrar betraktas ett sex veckors foster som ett barn och förlusten av detta har därmed lika stor betydelse som förlusten av ett barn vid 40 veckor (Evans, 2012). Enligt O'Leary (2007) upplever föräldrar som förlorar ett barn i missfall, oavsett graviditetsvecka, samma känslor och behov likt andra som förlorat någon de älskar. Dessa behov delas in i fyra olika stadier: att konfrontera och acceptera verkligheten, att ta emot emotionellt stöd, att finna en mening i förlusten och att slutligen läka och växa av upplevelsen (a.a.). Föräldrarna vill att hälso- och sjukvårdspersonalen ska förse dem med god information och hjälp i att fatta beslut kring missfallet (Evans, 2012).

## **Graviditet efter ett missfall**

Att få ett graviditetsbesked är oftast glädjande, men det finns även en rädsla för att ta ut glädjen över att bli mamma för tidigt. I de flesta fall upplever partnern samma glädje, funderingar och oro inför framtiden som modern. Funderingen på om graviditeten kommer fullbordas eller bli avbruten finns alltid närvarande (Borgfeldt et al., 2010). Kvinnor beskriver ofta en idealsituation som den där de skaffar barn och startar en familj tillsammans med sin partner. Vid graviditetsbeskedet startar förberedelser såsom att använda vitamintillskott, sluta röka, sluta dricka alkohol och hålla sig välmående under graviditeten genom att äta rätt. Kvinnor som lever utefter dessa förutsättningar upplever en förhoppning om en lyckad, fullgången graviditet och att få bli mödrar (Simmons, Singh, Maconochie, Doyle & Green, 2006).

Att få genomgå en hälsosam graviditet innebär inte bara frånvaro av sjukdom och oförutsedda händelser utan snarare att graviditetsprocessen sker i ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. En hälsosam graviditet är en nödvändighet då varje graviditet innebär en risk för kvinnan och hennes ofödda barn. Gravida kvinnor uttrycker att de vill få stöd och bli guidade genom sin graviditet samt känna sig delaktiga under undersökningarna. Detta medverkandet ger kvinnan en möjlighet att ha kontroll över sitt välbefinnande och få en ökad självkänsla (Mathibe-Neke, 2008). Av de kvinnor som har genomgått ett missfall blir minst 80 procent gravida på nytt, vilket ofta inträffar inom 18 månader. Kvinnans reaktioner på den tidigare förlusten kan fortlöpa och inverka på den efterföljande graviditeten. Forskning visar att en ny graviditet efter ett missfall är en period med intensiva känslor för den väntande modern. Det är därför viktigt för sjuksköterskor och vårdpersonal att förstå vilken inverkan ett missfall har på den efterföljande graviditeten så att adekvat omvårdnad kan ges (DeBackere, Hill & Kavanaugh, 2008).

## **Hälsa i relation till vårdande**

Att uppleva hälsa har inte samma innebörd för alla människor men avspeglar vilken aktuell och total livssituation man befinner sig i. Ofta kan hälsan förknippas med sorg och lidande för dem som genomgått ett missfall. Vid frånvaro av hälsa kan världen och livet förändras och plötsligt kännas helt främmande (Dahlberg & Segesten, 2010). För att återfå hälsa är hoppet

en nödvändig förutsättning som är nära knutet till en persons tanke om en möjlig framtid (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

I det vårdvetenskapliga perspektivet räcker det inte med att kunna hantera ohälsan utan syftet med vårdandet är att stärka och stödja individens livskraft så att de själva kan ta sig igenom sin nuvarande situation och återgå till den normala tillvaron. När någon genomgår ett lidande medförs en sårbarhet som påverkar allt som sker i mötet mellan patient och vårdpersonal. Känslor av otillräcklighet, oro och osäkerhet kan växa fram under vårdprocessen och vårdpersonalen bör uppmärksamma vad patienten försöker förmedla för att kunna ta del av dennes sätt att uppleva och se på sitt tillstånd av ohälsa (Dahlberg & Segesten, 2010).

Vid en förlorad graviditet är det vanligt att tappa motivationen och kraften till allting. Känslan av att all kraft är borta kan leda till att allt känns meningslöst. En känsla av nedstämdhet är också vanligt förekommande och det är svårt att finna glädje i vardagen. Skuld och skam drabbar en del kvinnor då de inte lyckats behålla sitt barn och de upplever sig därmed som sämre kvinnor som inte kunnat ge sin partner ett barn (Adolfsson & Kjellström, 2014). En förlorad graviditet kan påverka kvinnans hälsa negativt genom att förlusten resulterar i psykologisk stress som tar energi och som ger en negativ påverkan på hennes vardag, personliga förhållanden och hälsa (Radford & Hughes, 2015). I forskningen är det beskrivet att utförandet av bästa möjliga vård kräver att vårdpersonalen förstår vilken roll de har i att ge psykologiskt stöd till de som har drabbats av ett missfall (ChiEungDanforn & Nga ChongLisa, 2011).

### **Lidande**

Lidande är en individuell erfarenhet och kan beskrivas som upplevelsen av att möta något ont och ofrånkomligt i livet (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Upplevelsen kan förklaras som den plåga en människa upplever när dennes helhet är hotad. Lidandet handlar om en inre process och en känsla av att förlora kontrollen (Wiklund, 2003). Vid lidande övertas sinnet av en fysisk, emotionell eller existentiell upplevelse med ångest, smärta eller oro (Arman, 2012). Detta leder ofta till att den lidande människan tystnar, sluter om sig själv, förnekar eller dövar sina känslor i ett försök att fly från lidandet. När en människa lider uppstår det ofta svårigheter i att dela sin upplevelse med andra, vilket gör att den som lider kan känna sig främmande för andra människor (Wiklund, 2003).

Ett av sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Begreppet lidande är centralt inom vårdvetenskap och nära associerat till ohälsa, sjukdom, förluster, åldrande och död. Begreppet är förknippat med alla former av vårdande då patienten har drabbats av en sjukdom, skada eller händelse som gör att denne lider (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Inom vårdvetenskapen ingår lindring av lidande i det naturliga vårdförloppet. Kraften för att lindra lidandet finns inom varje individ och i gemenskap med andra (Arman, 2012).

### **Hopp**

Hoppet kan förklaras som en erfarenhet, en känsla, en hanteringsmekanism, ett behov eller en inre kraft som underlättar den aktuella livssituationen som en människa befinner sig i

(Benzein, 2012). Att hoppas kan vara att våga ta steget, att ha mod att möta lidandet och så småningom försonas med lidandet. Hoppet växer fram ur tron och är knutet till vad människan upplever som meningsfullt. Hoppet om att det meningsfulla är möjligt ger människan livsvilja och kraft att gå vidare (Wiklund, 2003). Att uppleva hopp är en källa till energi och att hoppas innebär att sätta upp mål som är viktiga att uppnå. Det finns en inbyggd positiv förväntan om att målen kommer att uppfyllas och människan använder sin energi till olika processer för att uppnå målen (Benzein, 2012).

Inom vårdvetenskapen är hopp beskrivet som ett multidimensionellt och komplext begrepp. För att förstå hoppets betydelse för den specifika individen behöver patientens grundläggande livssyn identifieras (Benzein, 2012). Det är viktigt att vårdarna har en förmåga att stärka hoppet hos patienten, detta för att uppnå hälsa och lindra lidandet oavsett vilket tillstånd eller situation patienten befinner sig i (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Hoppet beskrivs som ett existentiellt fenomen som är kopplat till förtröstan och tillit. Det är en del av en interpersonell process och är viktig för att hälsoprocessen ska utvecklas på ett gynnsamt sätt. Människan strävar efter att bevara sitt hopp i en påfrestande situation. Genom att framkalla hopp kan man lindra lidande, möjliggöra en upplevelse av mening, sammanhang och värdighet (Wiklund, 2003).

## **Problemformulering**

Missfall är vanligt förekommande bland gravida kvinnor och kan drabba dem fram till gravidvecka 22. I de flesta fall är det inte något som kunde förhindrats utan kroppens naturliga sätt att ta hand om något som blivit fel. Efter en förlorad graviditet börjar sorgearbetet, både för modern men också för hela familjen. Med sorgen kommer en rad olika känslor som påverkar kvinnans hälsa negativt. Då kvinnan blir gravid på nytt kan upplevelserna efter missfallet ha en negativ påverkan på känslorna kring den nya graviditeten. Det är av vikt att sjuksköterskan i sin roll har kunskap om kvinnans känslor för att kunna lindra hennes lidande och inge hopp inför framtiden.

För att få en förståelse för känslorna som kan uppkomma hos kvinnan vid en efterföljande graviditet är det nödvändigt med kunskap om kvinnans tidigare erfarenheter i samband med missfallet. I denna litteraturstudie behandlas därför kvinnans upplevelser av ett missfall och hur det påverkar en ny graviditet.

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva kvinnans erfarenheter av ett missfall och hur det påverkar upplevelsen av en ny graviditet.



## Metod

### Design

Metoden som användes var en litteraturstudie vilket innebär att skapa en översikt av befintlig forskning inom ett av sjuksköterskans verksamhetsområden (Friberg, 2012). Litteraturstudier är nödvändiga då de ger en sammanställd kunskap inom det aktuella forskningsområdet. Behovet av översikter har även ökat till följd av den stora mängden publicerade artiklar inom hälsoområdet (Axelsson, 2012). Artiklar med kvalitativ ansats valdes då de är inriktade på att förstå det aktuella problemet (Friberg, 2012) och fångar därmed studiedeltagarnas erfarenheter och upplevelser av missfallet och graviditeten. Samtliga av de valda artiklarna, med undantag från två, var baserade på intervjustudier med strategiskt urval. En intervjubaserad studie gav möjligheten att förstå deltagarnas erfarenheter genom att de kan uttrycka situationer, erfarenheter eller sin syn på livet via egenformulerade ord (Danielson, 2012).

### Datainsamling och urval

Artikelsökningarna gjordes i databasen Cinahl som innehåller material inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Karlsson, 2012). Sökningar gjordes även i databaserna Pubmed och Scopus, vilket endast gav dubletter och inga nya artiklar. Databaserna valdes därmed bort. En manuell sökning genomfördes för att hitta nya källor. En sådan sökning innebär att redan valda artiklars litteratur- och referenslistor används för att nå utökad kunskap inom området (Karlsson, 2012). Tre av de valda artiklarna framkom via manuell sökning. Valda inklusionskriterier till litteraturstudien var att samtliga artiklar skulle vara peer-reviewed, originalartiklar, publicerade mellan år 2000–2016 samt relevanta för syftet. Studierna som analyserades skulle vara av kvalitativ ansats med etiskt godkännande och publicerade i en vetenskaplig tidskrift.

För att hitta rätt ämnesord till databaserna gjordes sökningar i Cinahl Headings och i Svensk Mesh. Ett ämnesord innebär att artikelförfattaren och bibliotekarien, som indexerat artikeln, har samma tolkning av sökordet men det är inte nödvändigtvis det enda ord som kan beskriva artikeln (Karlsson, 2012). Cinahl Headings och Svensk Mesh visade att sökordet 'abortion, spontaneous' skulle användas istället för 'miscarriage'. I samtliga sökningar användes 'abortion, spontaneous' tillsammans med andra sökord såsom: 'expectant mothers', 'bereavement', 'life experience' eller 'support psychosocial'. Den kompletta artikelsökningen redovisas i Tabell 1: söktabell. Samtliga sökningar var fritextsökningar vilket innebär att sökorden ger resultat på artikelns titel, författare och ämnesord (Karlsson, 2012).

Ett första urval av artiklar vid sökningarna utfördes genom att läsa igenom rubriker. Bland de rubriker som svarade an på syftet lästes sedan abstract, vilket avgjorde om hela artikeln skulle läsas igenom och inkluderas i litteraturstudien eller ej. De artiklar som inte ansågs relevanta för syftet exkluderades, vilket bland annat var flertalet kvantitativa artiklar. Därefter lästes valda artiklar igenom flera gånger, individuellt och gemensamt. Artiklarna lästes igenom med en induktiv ansats vilket innebär att analysen utgick från innehållet i texten (Danielson, 2012). Artikelgranskningarna resulterade i tolv artiklar med kvalitativ ansats. Artiklarna

kvalitetsbedömdes och sammanställdes efter mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2014), se bilaga 1: artikelöversikt. Kvaliteten på artiklarna bedömdes som låg, medel eller hög utefter resultatet från SBU:s kvalitetskriterier. De artiklar som ansågs vara av låg kvalitet inkluderades inte i litteraturstudien.

**Tabell 1: söktabell**

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
161018 Cinahl	abortion, spontaneous AND expectant mothers	Peer Reviewed	28	10	7	4 (Art nr; 4, 6, 10, 11)
161018 Cinahl	abortion, spontaneous AND bereavement	Peer Reviewed	43	9	5	3 (Art nr; 2, 3, 9)
161018 Cinahl	abortion, spontaneous AND life experience AND women	Peer Reviewed	21	7	2	1 (Art nr; 12)
161018 Cinahl	abortion, spontaneous AND support psychosocial	Peer Reviewed	77	15	5	1 (Art nr; 1,)

## Dataanalys

Resultaten i samtliga artiklar lästes igenom individuellt flera gånger. Fokus lades på det som byggde upp resultatet för att leta efter återkommande och likartade teman och subteman. Grundat på de teman som funnits i materialet sammanfördes och analyserades data under respektive rubrik vilket skapade en grundstruktur för resultatet. Resultaten i artiklarna lästes igenom ytterligare några gånger för att se vilken information som hörde hemma var och för att få en överblick av materialet. När grundstrukturen var klar och informationen sorterad analyserades innehållet på nytt. Enligt Axelsson (2012) skapar detta en meningsfull och innehållsrik litteraturstudie. Dataanalysen resulterade slutligen i tre huvudteman med flertalet subteman.

## Etiska aspekter

De etiska principerna står bland annat för att patienternas välmående är viktigare än forskarnas frågor. Om deltagarna är sårbara, där gravida ingår som en grupp, är den etiska aspekten speciellt viktig. Detta innebär att det gäller att värna extra mycket om deltagarnas integritet och välmående (Sandman & Kjellström, 2013). Med hänsyn till detta hade samtliga artiklar som inkluderades i litteraturstudien någon form av etiskt godkännande. Deltagarna

fick skriftlig och muntlig information om studien samt möjligheten att när som helst välja att dra sig ur studien. All insamlad data hanterades konfidentiellt samt avkodades i resultatet.

Majoriteten av artiklarna var skrivna på engelska vilket innebär en risk för fel vid översättning eller feltolkning av olika uttryck. Det finns en risk för feltolkningar under granskningen av vetenskapliga artiklar vid låg erfarenhet av att sammanställa en litteraturstudie (Kjellström, 2012). För att minimera risken för språkliga fel lästes artiklarna igenom flertalet gånger och fanns det en osäkerhet kring översättning diskuterades uttrycken gemensamt och översättningsverktyg användes. Ett neutralt synsätt användes vid analys- och kvalitetsbedömningen för att få ett så nyanserat resultat som möjligt.

## Resultat

Vid analys av artiklarna framkom tre huvudteman och nio subteman, se tabell 2.

**Tabell 2: teman och subteman**

<b>Kvinnors upplevelser vid ett missfall</b>	<b>Kvinnors föreställningar och reaktioner vid en ny graviditet</b>	<b>Behovet av stöd</b>
Förlusten	Gravid på nytt	Stöd i samband med missfall
Känslor av ilska, misslyckande och sorg	Oro relaterad till graviditeten	Stöd i samband med ny graviditet
Upplevelser av vårdandet	Misstro och distans	
	Bekräftelse och graviditetssymtom	

### **Kvinnors upplevelser vid ett missfall**

#### **Förlusten**

När kvinnorna berättade om sina missfall började de oftast med att berätta om den fysiska upplevelsen. Den vaginala blödningen var en tydlig markör på att något inte stod rätt till och att detta var slutet av graviditeten (Murphy & Philpin, 2009). En psykisk och fysisk belastning var något som alla kvinnor upplevde vilket inkluderade en smärtupplevelse de aldrig förr varit med om (Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012). Kvinnorna beskrev att smärtan och blödningarna tog över kontrollen av deras kroppar (Adolfsson, Larsson, Wijma & Bertero, 2004). Kvinnorna gav uttryck om att de drabbades av en psykisk kris eller att de gick in i en depression efter missfallet. Dock beskrev alla kvinnor sig som nya och starkare personer efter att ha genomgått ett eller flera missfall. Vissa kände sig till och med stolta över att ha klarat av en sådan livskris. Andra beskrev att de tappat lite av sin glädje och blivit mer cyniska som personer (Ancker et al., 2012). Somliga kvinnor uttryckte sina tankar om ett missfall som kroppens naturliga sätt att stöta ut någonting som inte var friskt, att det var naturens gång som skötte sig själv (Rosebrink, Zekaj & Adolfsson, 2012).

Kvinnor som genomgått ett missfall beskrev händelsen som något oväntat, överraskande och skrämmande både fysiskt och psykiskt. Missfallet uppfattades som "ett slag i ansiktet" av flertalet kvinnor och de beskrev att ovissheten kring om graviditeten var avslutad eller inte var oerhört påfrestande och att hoppet fanns kvar ända till slutet. Kvinnorna uttryckte att de redan såg sig själva som blivande mammor och att de inte förlorade ett embryo utan ett barn (Ancker et al., 2012). Kvinnorna beskrev även en stor glädje över att få ge sin partner ett barn och de eventuella syskonen hade redan skapat sig en förväntan av en lillebror eller lillasyster. Denna glädje och förväntan hade nu omvandlats till en förlust (Adolfsson et al., 2004).

Flertalet kvinnor gav ett uttryck om naivitet i tron att varje graviditet slutade med ett levande och friskt barn (Côté-Arsenault & Marshall, 2000). Förlusten som flertalet kvinnor beskrev vid missfallet skildrade inte bara förlusten av ett efterlängtat barn, de inkluderade även förlusten av en ny framtid, barnets framtid och sin egen roll som förälder till sitt barn livet ut. Vid missfallet uttrycktes en känsla av att tappa fotfästet och trilla ner i ett stort svart hål på grund av alla förväntningar som byggts upp inför framtiden. Förväntningarna och drömmarna som skulle uppfyllas var plötsligt borta och tomheten tog överhand (Adolfsson et al., 2004). Ett missfall kunde leda till en livskris för somliga kvinnor. Flertalet av kvinnorna som upplevt detta uttryckte att människor runt omkring dem inte alltid förstod att förlusten av deras efterlängtrade, ofödda, barn kunde leda till en sådan händelse (Ancker et al., 2012).

### **Känslor av ilska, misslyckande och sorg**

Som en reaktion på förlusten upplevde kvinnorna ofta en stor och oväntad sorg. Sorgen var en känsla som inte förväntades komma av någonting som ännu inte existerade och tog sig många olika uttryck, allt från tårar till skratt och ilska (Adolfsson et al., 2004). Känslor av hopplöshet drabbade ofta kvinnorna och de kunde bli nedstämda utan anledning. Flertalet kvinnor beskrev att möjligheten att få prata med någon om vad de gått igenom och sätta ord på sina känslor hjälpte dem att hantera sorgen (Ancker et al., 2012). Det påvisades att flertalet kvinnor led av depression eller oro efter missfallen, vilket förklarades som en del av sorgen efter förlusten av ett barn (Murphy & Philpin, 2009).

Känslor som ilska, besvikelse, sorg, misslyckande och oro framkom ofta i samband med beskedet om att kvinnorna drabbats av ett missfall. Flertalet av dem var arga och irriterade på att deras egna kroppar inte klarade av att genomgå något så naturligt som en graviditet. De kvinnor som drabbats av upprepade missfall kände sig ofta misslyckade. I de fallen var det viktigt för dem att få bekräftelse från vården om att de inte gjort något fel och att missfallet inte hade gått att förhindra (Ancker et al., 2012). Då vårdpersonalen inte hittade någon förklaring till missfallet rannsokade kvinnorna sig själva i ett försök av att hitta en orsak (Adolfsson et al., 2004). Kvinnorna sökte ofta efter ytterligare information om varför de kunde ha drabbats av missfall, men det fanns sällan någon tydlig medicinsk förklaring (Ockhuijsen, van den Hoogen, Boivin, Macklon & de Boer, 2010). Skuld och tomhet präglade samtliga av kvinnornas känslor vilket betydde att missfallet hade haft en stark negativ påverkan på deras sinnestillstånd. Kvinnorna övertygade till slut sig själva om att missfallet berodde på dem själva, att det var deras kroppar som inte hade klarat av en graviditet. Detta

ledde till en känsla av ilska mot sig själv över vad som kunde ha bidragit till missfallet (Adolfsson et al., 2004). Citerat från en intervjustudie beskrivs det enligt följande:

*There's no purpose in it. I don't understand why I lost my child. It was mine and it's my body that took it away from me. I can't blame anybody else. It's in me; my body did expel my child. I have been unsuccessful in something great, something important. It's I, myself who caused this.* (Adolfsson et al., 2004, s. 550).

### **Upplevelser av vårdandet**

I samband med att missfallet inträffade beskrev flertalet kvinnor att de kände på sig att något inte stod rätt till, men hoppades att graviditeten skulle fortgå trots känslan av obehag. Majoriteten av kvinnorna uppfattade blödnigen som ett tydligt tecken på att graviditeten var på väg att avslutas och valde att åka till akutmottagningen. Där kunde väntan på att bli undersökt och få besked pågå i flera timmar. Undersökningen inkluderade ett ultraljud under vilket beskedet gavs, följt av ett samtal med en gynekolog (Adolfsson et al., 2004). Kvinnorna upplevde ofta den fysiska händelsen och smärtan som det mest centrala vårdbehovet vid missfallet (Murphy & Philpin, 2009). Rent fysiskt upplevde flertalet av kvinnorna som genomgått ett missfall otillräcklig smärtlindring (Ancker et al., 2012).

I en studie av Rowlands och Lee (2010) beskrev samtliga kvinnor sin upplevelse av vården i samband med missfall som negativ. Även upplevelserna från kvinnor i en studie av Murphy och Philpin (2009) tydde på att de var kritiska till hur vårdpersonalen bemötte dem. De upplevde att bemötandet inte respekterade deras känslor och att vårdpersonalen saknade effektiva metoder för att inge stöd (a.a.). Flertalet kvinnor upplevde en känsla av att bara vara ett patientfall bland många i väntrummet (Ancker et al., 2012). Det påvisades att kvinnornas emotionella och fysiska behov inte togs på allvar bland flera i vårdpersonalen och att de även uppvisade brist på empati och uttryckte okänsliga kommentarer (Rowlands & Lee, 2012). Kvinnornas önskan var att någon skulle se och lyssna på vad de gick igenom och att deras oros känslor skulle tas på allvar men ofta kände de att vården inte respekterade deras syn på sitt missfall, att de förlorat ett barn och inte en cellklump (Ancker et al., 2012).

Bristen på adekvat information och stöd från vårdpersonalen sågs som ett stort problem bland kvinnorna som genomgått ett missfall (Rowlands & Lee, 2010). I den utsatta situationen kring missfallet som kvinnorna befunnit sig i önskade de information och tid att ställa de frågor som dök upp. Faktorerna saknades ofta och bidrog till en ilska och besvikelse mot vården och uttrycktes från flera kvinnor (Ancker et al., 2012). I de fall där paren mottog en broschyr med allmän information från vårdgivarna ansågs informationen fortfarande minimal och otillräcklig. Detta berodde på bristen av information i broschyren samt hemgång från sjukhuset utan uppföljning (Abboud & Liamputtong, 2005). Flertalet kvinnor önskade dessutom en uppföljning av någon vårdinstans efter genomgången missfall, vilket sällan genomfördes (Ancker et al., 2012).

## **Kvinnors föreställningar och reaktioner vid en ny graviditet**

### **Gravid på nytt**

Majoriteten av kvinnorna som genomgått ett eller flera tidigare missfall beslutade sig för att bli gravida på nytt (Côté-Arsenault, Bidlack & Humm, 2001) och uttryckte glädje över att bli gravida igen (Rosebrink et al., 2012). Flertalet kände sig dock skeptiska till den nya graviditeten (Côté-Arsenault et al., 2001) och jämförde den ständigt med tidigare, misslyckade graviditeter i hopp om att bibehålla kontroll över situationen (Côté-Arsenault & Marshall, 2000). Kvinnorna förberedde sig på att den nya graviditeten kunde sluta i ett missfall (Rosebrink et al., 2012) och graviditeten präglades av en ständig oro och ängslan över vad utfallet skulle bli (Côté-Arsenault & Marshall, 2000). Efter ett missfall var upplevelsen av en graviditet aldrig sig lik (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001) och de efterföljande graviditeterna beskrevs som en kamp att försöka hantera känslorna samtidigt som kvinnorna strävade efter att bli lyckliga (Côté-Arsenault & Marshall, 2000).

Kvinnorna upplevde en tydlig skillnad mellan känslorna vid den första graviditeten och de senare graviditeterna. Under deras första graviditet, innan upplevelsen av missfall ägt rum, beskrev de en känsla av att gå på moln, allting var överkligt och de fantiserade om en framtid med barnet. Samtliga kvinnor var även då medvetna om risken för missfall men tänkte att möjligheten för att det skulle hända var liten. Under senare graviditeter efter ett eller flera missfall var känslorna däremot blandade (Ockhuijsen et al., 2010). Kvinnors emotionella status vid en ny graviditet efter ett missfall kan beskrivas som en känslomässig berg- och dalbana, där den ena minuten bestod av lycka och den andra av oro och nedstämdhet. Endast ett fåtal av kvinnorna beskrev ingen oro eller osäkerhet vid en ny graviditet efter ett missfall (Côté-Arsenault, Donato & Early, 2006). Kvinnorna var tydliga med att de fick anstränga sig för att bibehålla balansen av engagemang kring sin nya graviditet och för att skydda sig själva från negativa känslor (Côté-Arsenault & Marshall, 2000).

Enligt Ockhuijsen et al., (2010) var det vanligt att kvinnorna upplevde positiva känslor i början av den nya graviditeten efter ett missfall. Lite längre in i graviditeten förekom det dock att kvinnorna skapade en mer pessimistisk syn på om graviditeten skulle fullbordas (Côté-Arsenault et al., 2006). Under den period då kvinnorna upplevde en pessimistisk syn på sin graviditet kände de sig olyckliga och stressade (Ockhuijsen et al., 2010). I samband med att veckorna gick i graviditeten vågade kvinnorna uttrycka mer glädje och tilltro till en fullgången graviditet (Rosebrink et al., 2012).

Somliga av kvinnorna klarade av att hålla en positiv inställning genom hela graviditeten och kände en tacksamhet över det nya livet som växte inuti dem, trots tidigare förlust (Rosebrink et al., 2012). I de efterföljande graviditeterna hade kvinnorna en större önskan om bekräftelse på att graviditeten var normal och att de inte gjort något som kunde haft negativ påverkan (Andersson, Nilsson & Adolfsson, 2012). Samtliga kvinnor gjorde stora livsstilsförändringar för att inte utsätta det ofödda barnet för några risker. Alla deras aktiviteter fokuserade på att uppnå en stadigt framskridande och hälsosam graviditet. Till exempel slutade de engagera sig i sporter eller andra ansträngande aktiviteter, de förbättrade sina matvanor, slutade dricka alkohol och vilade mer (Ockhuijsen et al., 2010). Studien av Côté-Arsenault et al., (2006)

tillägger att kvinnorna var aktiva i alla aktiviteter som kunde gynna det kommande barnet och deras egen hälsa men att de undvek platser och saker som kunde påverka graviditeten negativt.

### **Oro relaterad till graviditeten**

När ett graviditetstest visade positivt och kvinnan tidigare upplevt ett missfall uttrycktes oro över hur det skulle gå med denna graviditet (Adolfsson et al., 2004). I samband med det nya graviditetsbeskedet förekom uttryck om rädsla över att drabbas av sorg och förlust samtidigt som oron över att drabbas av ytterligare ett missfall existerade. När denna oro var påtaglig uttryckte kvinnorna att deras känslor var blandade (Rosebrink et al., 2012).

Känslorna i samband med den nya graviditeten efter ett missfall framkallade frågor och tvivel hos kvinnorna. De oroade sig för fler faktorer kring graviditeten nu än vad de gjort under sin första graviditet och kunde känna att något de gjort innan graviditeten var bekräftad hade skadat embryot och anse sig själva vara skyldiga till ett nytt missfall (Andersson et al., 2012). Den största oron för kvinnorna var risken att förlora ytterligare ett barn och att de skulle behöva gå igenom samma känslor igen. Kvinnorna uttryckte en oro över att barnet som de nu väntade skulle känna av deras osäkerhet, rädsla och nedstämdhet och påverkas negativt av detta (Côté-Arsenault et al., 2001). Kvinnorna beskrev att de ständigt oroade sig över deras ofödda barns välmående (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001).

Flertalet kvinnor beskrev att de hade en ökad oro runt den graviditetsvecka de förlorat barn i tidigare men att de också fortsatte oroa sig under resten av sin graviditet (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001). En viktig iakttagelse var därför att uppnå den personliga milstolpen då kvinnorna gått längre i sin graviditet än i tidigare misslyckade graviditeter (Ockhuijsen et al., 2010).

Kvinnorna som pratade öppet om sin nya graviditet i ett tidigt skede visade mindre tecken på oro och tycktes finna ett lugn i sin graviditet. Känslan av lugn verkade som ett lock över känslan av oro och infann sig då kvinnan vågade lita till att graviditeten skulle framskrida normalt (Rosebrink et al., 2012).

### **Misstro och distans**

Kvinnorna upplevde ofta en misstro till sig själva, ett ifrågasättande om de skulle klara av en graviditet efter den negativa påverkan de upplevt av ett eller flera tidigare missfall. De upplevde att deras självförtroende hade raserats vid tidigare missfall och såg därmed inte endast graviditeten som en osäkerhet utan tvivlade även på sig själva som mödrar (Côté-Arsenault et al., 2001). Känslorna grundades av osäkerheten över sin egen kropp och signalerna den gav (Rosebrink et al., 2012). De negativa känslorna bidrog till otrygghet hos kvinnorna vilket resulterade i en upplevelse av att förlora kontrollen över sin graviditet (Ockhuijsen et al., 2010).

Osäkerheten kring graviditetens utfall var svår att hantera då kvinnorna inte längre kunde räkna med att föda ett friskt barn, de visste inte längre vad som väntade dem. Upplevelsen om barnets framtid sågs därmed som oviss och somliga kvinnor uttryckte att de snabbt ville att

graviditeten skulle passera medan andra ville njuta av ögonblicken i sin nya graviditet (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001). Osäkerheten kunde öka genom faktorer såsom antal tidigare missfall, ålder, frånvaro av tydliga graviditetssymtom eller tidigare fertilitetsproblem (Ockhuijsen et al., 2010).

Som en följd av osäkerheten upplevde kvinnorna att de distanserade sig från den pågående graviditeten. De tillät sig inte att tänka på att de bar ett barn likt de gjort i den tidigare, misslyckade, graviditeten (Andersson et al., 2012). Kvinnorna uttalade sig om att acceptera den pågående graviditeten men att begränsa det emotionella bandet till barnet då kvinnorna såg det som riskfyllt att helt och hållet investera sig känslomässigt i den nya graviditeten (Côté-Arsenault & Marshall, 2000). Ofta undvek de att göra inköp inför barnets ankomst, såsom en vagg eller babykläder. Den emotionella distanseringen fungerade som en försvarsmekanism baserad på kvinnornas besvikelser över sig själva från tidigare missfall. Kvinnorna fokuserade på att ta en dag i taget och vågade inte få för höga förhoppningar om graviditetens utfall (Andersson et al., 2012). Dagarna handlade istället om överlevnad, att ta sig igenom graviditeten mentalt och att inte tänka på det fysiska (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001). I de fall där kvinnorna tog avstånd från sin nya graviditet efter ett missfall framkom det att behovet av bekräftelse och stöd var betydande (Andersson et al., 2012).

### **Bekräftelse och graviditetssymtom**

Kvinnorna sökte aktiv bekräftelse på att deras nuvarande graviditet var normal och hälsosam (Andersson et al., 2012). De sökte frekvent efter information som kunde bekräfta att deras barn mådde bra (Côté-Arsenault et al., 2006). Kortsiktiga prognoser gav bara kortsiktig lättnad och långsiktiga prognoser möttes med skepsis (Côté-Arsenault & Marshall, 2000). Flertalet kvinnor kunde ibland tveka över att boka en tid på mödravårdscentralen på grund av att de var oroliga över att få veta att de genomgått ett nytt missfall. De kände sig mer säkra på att boka en tid när de passerat den graviditetsvecka de fick sitt tidigare missfall i, men ofta upplevdes väntan till besöket på mödravårdscentralen för lång då kvinnornas oro över ett nytt missfall startade redan med det positiva graviditetstestet (Andersson et al., 2012).

Graviditetssymtomen kunde beskrivas som en skyddande filt som gav en försäkran om att graviditeten fortfarande var livskraftig (Ockhuijsen et al., 2010). Morgonillamående, ömma bröst, frånvaron av blödningar (Andersson et al., 2012) och särskilda upplevelser som att höra barnets hjärtslag eller känna barnet röra sig i magen (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001) var symtom som hade en lugnande effekt på kvinnorna. Detta gjorde att de som inte upplevde stabila eller ökande graviditetssymtom kände sig mer osäkra (Ockhuijsen et al., 2010). Även om kroppen signalerade att allt var bra tvivlade dock somliga kvinnor på om barnet levde och om graviditeten skulle fortgå (Rosebrink et al., 2012). För att hantera sin oro över att få missfall igen och få bekräftelse om livskraftig graviditet beskrev kvinnorna att de regelbundet gick till badrummet och tittade efter tecken på blödning. De beskrev det som uttröttande att ständigt ha denna oroskänsla hängande över sig men att det gav dem en känsla av lugn och tillfälligt minskad ångest när de letade efter eventuella blödningar men inte hittade några. Detta resulterade i nytt och starkare hopp inför den pågående graviditeten (Andersson et al., 2012).



Kvinnorna var mer observanta och medvetna om sina symtom vid graviditeten efter ett missfall (Côté-Arsenault et al., 2006). Ultraljudsundersökningar ansågs vara en viktig bekräftelse på att graviditeten var livskraftig och de flesta kvinnor önskade undersökning varje vecka under det tidiga skedet av graviditeten (Ockhuijsen et al., 2010). Där kunde kvinnorna se fostrets hjärtslag vilket gav dem bekräftelse på att graviditeten var hälsosam. Samtidigt var de alltid mycket nervösa inför varje undersökning då rädslan över att fostret skulle vara dött fanns närvarande (Andersson et al., 2012). Hoppet låg till positiva besked vid undersökningarna men möjligheten för dåliga nyheter var alltid närvarande, vilket kvinnornas tidigare erfarenheter hade lärt dem (Côté-Arsenault et al., 2001). Ju mer positiva symtom och tecken de fick på att barnet mår bra och att graviditeten fortskred, desto mer självförtroende och självkänsla växte fram hos kvinnorna (Côté-Arsenault et al., 2006).

## **Behovet av stöd**

### **Stöd i samband med missfall**

Socialt stöd spelade en stor roll i samband med att en kvinna genomgick ett missfall. Flertalet kvinnor menade att chansen att få prata med någon och få känslomässigt stöd var livsviktig (Rowlands & Lee, 2010). Åtskilliga kvinnor kände skam över att berätta för andra att de drabbats av ett missfall då de var rädda att bli bemötta annorlunda efter beskedet. I början kände de sig tvungna att vara starka och hålla upp en fasad inför allmänheten, men efterhand insåg de att de behövde tillåta sig att sörja och ta hand om sig själva (Ancker et al., 2012). Flertalet av kvinnorna beskrev situationer där de kände att personer i deras omgivning inte bekräftade eller förstod betydelsen av deras missfall (Rowlands & Lee, 2010). Ingen kunde se hur dåligt de mårde inombords, därför ville kvinnorna få sina känslor bekräftade efter missfallet (Adolfsson et al., 2004). Flertalet kvinnor uttryckte att stödet de fick från vänner och familj som också förlorat en graviditet var det mest värdefulla (Rowlands & Lee, 2010). I de fall där kvinnorna träffade och pratade med någon som genomgått en liknande upplevelse och handskats med liknande känslor ökade känslan av samhörighet då de fick bekräftat att de inte var ensamma om sina erfarenheter (Adolfsson et al., 2004). Uppriktigt förstådda kunde kvinnorna känna sig när någon förstod att de förlorat så mycket mer än bara ett barn, att allt som graviditeten stått för spelade in i deras sorg (Ancker et al., 2012). Kvinnorna hade en önskan om att deras sorg togs på allvar av de närstående och att de fick prata med kompetent personal. Varje samtal visade sig ge kvinnan ett nytt synsätt och fungerade som ett steg framåt i anpassningen till den nya tillvaron (Adolfsson et al., 2004).

Allt kvinnorna behövde var i de flesta fall någon som fanns där under denna svåra tid (Ancker et al., 2012) och de upplevde stödet från familj och anhöriga som stöttande och hjälpande genom en uppmuntran till att vara positiv över händelsen och inför framtiden. Framförallt var mödrar och systrar viktiga för kvinnan som genomgått ett missfall. Vänner sågs också som ett stöd för kvinnorna, då de hjälpte till med matlagning, hälsade på och kom med blommor. Betoning låg på att närvaron av vänner var välkommen, att veta att någon fanns där för att lyssna, trösta och uppmuntra dem (Abboud & Liamputtong, 2005). I studien av Rowlands och Lee (2010) framkom dock att inte alla kvinnor upplevde detta stöd, de betonade även avsaknaden av stödet från familjemedlemmar.

Flera kvinnor upplevde stödet från deras partner som det viktigaste i deras strävan att kunna hantera missfallet. Partnern uppmuntrade och stöttade dem genom dagarna och hjälpte till att förändra deras negativa tankar till ett mer positivt perspektiv (Abboud & Liamputtong, 2005). I de fall där kvinnan kände oro över sin graviditet uttryckte hon dock att ingen kunde förstå eller hjälpa henne, inte ens hennes partner (Rosebrink et al., 2012). Somliga kvinnor saknade stöd från sina partners då de inte tycktes förstå upplevelsen de gått igenom (Rowlands & Lee, 2010). I de fall där paret pratade om det inträffade och om de båda var med vid missfallet kom de varandra närmare i sin relation. Om partnern i motsats till detta inte ville prata om missfallet kunde det uppstå konflikter och distans inom relationen (Adolfsson et al., 2004).

### **Stöd i samband med ny graviditet**

Gravida kvinnor upplevde ett stort behov av stöd och någon att prata med om oron i samband med den nya graviditeten efter ett tidigare missfall (Andersson et al., 2012). Somliga kvinnor väntade längre med att berätta om nyheterna för sina närstående än vid tidigare graviditeter (Côté-Arsenault et al., 2006). I studien av Andersson et al. (2012) uppgav vissa kvinnor att de helt undvek att berätta för sin familj och sina vänner att de var gravida igen för att lättare kunna hantera besvikelsen över ännu ett missfall. I studien av Ockhuijsen et al. (2010) berättade däremot vissa kvinnor att de informerade fler personer om sin senare graviditet än om den första. På så sätt skulle de ha ett större nätverk som kunde stötta dem om de drabbades av ännu ett missfall (a.a.)

För de kvinnor som upplevt en stor besvikelse och förlust tidigare i sitt liv var sorgen inte alltid färdigbearbetad och oron som kvinnorna upplevde under ett tidigt skede av den nya graviditeten var i de flesta fall för stor för dem att hantera själva (Andersson et al., 2012). Kvinnorna använde sig därför av olika strategier för att kunna hantera händelserna i den nya graviditeten. De sökte uppmuntran från vårdpersonal, partnern, familj, vänner och stödgrupper (Côté-Arsenault & Marshall, 2000; Côté-Arsenault et al., 2006). Kvinnorna uttryckte en stark önskan om att prata med kvalificerad personal om sitt tidigare missfall och sin ängslan över den nuvarande graviditeten, men ofta visste de inte vem de skulle vända sig till (Andersson et al., 2012). Det var mycket viktigt för kvinnorna att vårdgivarna kände till deras historier av tidigare missfall. Vid kännedom, erkännande och respons av kvinnans tidigare förlust från vårdpersonalen ansåg sig kvinnorna stöttade och kunde lättare hantera sina känslostormar (Côté-Arsenault & Marshall, 2000). Kvinnorna upplevde stöd och uppmuntran från sina närmast anhöriga som betryggande. Detta hjälpte dem att hantera oron över tidigare missfall och gav kvinnorna bekräftelse på att de inte var ensamma och isolerade i sin situation med en ny graviditet (Andersson et al., 2012).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

För att få en förståelse för de känslor och upplevelser som kvinnan gick igenom när hon blev gravid på nytt ansågs det vara av vikt att förstå vad kvinnan gick igenom kring själva missfallet. Tolv artiklar inkluderades i litteraturstudien, sju av dessa artiklar behandlade

kvinnors upplevelser av att bli gravid på nytt efter ett missfall och fem av artiklarna belyste kvinnors upplevelser av att genomgå ett missfall. Då syftet var att beskriva kvinnors upplevelser var det relevantt att endast inkludera kvalitativa artiklar i studien.

Då det fanns ett begränsat antal artiklar som behandlade det valda ämnet inkluderades studier gjorda under hela 2000-talet. Relevansen ansågs hög hos artiklar som var något äldre än tio år eftersom upplevelserna som en kvinna går igenom vid en graviditet efter ett missfall anses vara likartad oberoende av om det skedde år 2000 eller år 2016. Samtliga artiklar inkluderade i studien var publicerade mellan år 2000–2012.

Studierna som analyserats är gjorda i Sverige, USA, Australien, Nederländerna och Storbritannien. Samtliga är höginkomstländer vilket bekräftas av Human Development Index (HDI), som är en jämförelse av välståndet i olika länder vilket innebär att den förväntade livslängden, bruttonationalprodukten och utbildningsnivån är densamma för samtliga länder med samma värde (United Development Programme, 2015). Resultatet av litteraturstudien kan därför anses starkt för länder med ett högt värde av HDI men visar på att resultatet inte kan generaliseras till länder med lägre utvecklingsindex. En studie gjord på kvalitativ innehållsanalys kan vara överförbar till grupper eller situationer i liknande sammanhang, studien kan däremot inte generaliseras (Danielson, 2012). Det faktum att fyra av studierna kommer vardera från Sverige och USA kan innebära en risk för att kvinnors upplevelser i dessa länder är överrepresenterade.

En viktig aspekt att reflektera över är det faktum att samtliga artiklar från USA var skrivna av en och samma förstaförfattare, i samarbete med olika medförfattare i varje artikel. I tre av de fyra svenska artiklarna förekom en författare samtliga gånger, en gång som förstaförfattare och två gånger som medförfattare. Under artikelsökningen hittades ytterligare artiklar av de båda författarna vilket tyder på att de är framstående inom forskningen av det valda ämnet. Det finns dock en möjlighet att resultatet blir begränsat då två författare var inkluderade i ett övervägande antal artiklar. Relevansen av artiklarna ansågs ändå som hög då de belyste olika aspekter av det valda syftet och att samarbetet med andra författare var olika för varje studie. I de manuella sekundärsökningarna som gjordes för att utöka kunskapen kring syftet påträffades till stor del referenser till forskningsstudier av den amerikanska författaren. Av denna anledning valdes fyra av författarens studier trots den eventuella nyanseringen av resultatet.

Kvalitetssäkringen bidrog till att de studerade artiklarna innefattade trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Nämnade faktorer bidrar till att en artikel uppvisar goda egenskaper eller kvaliteter (Wallengren & Henricson, 2012). Somliga artiklar bedömdes vara av medel/hög kvalitet då de hade relevanta resultat men en viss osäkerhet kring urval och metod uppstod.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visade att kvinnors upplevelser vid en ny graviditet präglades av erfarenheterna från det tidigare missfallet. Den nya graviditeten associerades ständigt med missfallet och känslorna under graviditeten blev därmed blandade. Oro, osäkerhet och rädsla var de

vanligast förekommande känslorna kring kvinnornas upplevelse av den nya graviditeten efter missfall. De upplevde ofta rädsla över att drabbas av ytterligare sorg och förlust. Annan forskning bekräftade att kvinnor kunde uppleva psykologiska problem såsom rädsla och överdriven oro kring den efterföljande graviditeten. Kvinnor som genomgått ett eller flera missfall upplevde en fruktan att drabbas av ett nytt missfall. Ibland undvek de att försöka bli gravida igen eller så hade de en förhöjd grad av psykologisk oro när de blev gravida igen (Hui, Ho, Tan & Roslan, 2012).

Det påvisades i resultatet att kvinnorna antog ett skeptiskt synsätt vid en ny graviditet efter ett missfall. De tvivlade på graviditetens utfall, deras egen förmåga att klara av en fullgången graviditet och förberedde sig på ett nytt missfall. En känsla av oro över den nya graviditeten var därmed ständigt närvarande. Vidare forskning förtydligade att kvinnor som genomgått ett missfall upplevde en större oro under sin graviditet än kvinnor utan denna erfarenhet (DeBackere, Hill & Kavanaugh, 2008).

Resultatet konstaterade att oron förstärktes ytterligare då kvinnorna upplevde en rädsla över att barnet de väntade skulle känna av deras blandade känslor och påverkas negativt av detta. Kvinnorna upplevde framtiden med graviditeten som oviss vilket ledde till att de inte tillät sig själva att glädjas över speciella händelser under graviditeten. Istället lades all fokus på att klara av graviditeten mentalt och att undvika tankarna på det fysiska. Vidare forskning förstärkte att kvinnorna uttryckte en ängslan över att stressen och oron de upplevde skulle ha en negativ påverkan på graviditeten. Kvinnorna accepterade att de var gravida men tillät sig inte att binda sig lika starkt emotionellt till fostret som de gjort i tidigare graviditeter, detta gav en effekt av att kvinnorna distanserade sig känslomässigt från sin nya graviditet (Betts, Dahlen & Smith, 2014). Det framkom i annan forskning att oron över graviditeten skattades högre när modern tidigare känt ett starkt band till fostret som förlorats i ett missfall. Dock visade senare studier att bandet till fostret i den nya graviditeten inte minskade trots högre skattning av oro (DeBackere et al., 2008).

Det framkom i resultatet att flertalet kvinnor uttryckte vikten av att anhöriga och vårdgivare kände till deras historik om tidigare missfall. Kvinnorna kände sig ofta mer stöttade när de fick respons och erkännande av förlusten de genomgått. Resultatet visade dock att några kvinnor helt undvek att berätta för sina anhöriga när de var gravida igen. På så sätt trodde de sig lättare kunna hantera besvikelsen över ännu ett missfall. Liknande resultat fanns beskrivna i en studie som påvisat att socialt stöd hade en stark association med förbättrad anpassning till den nya tillvaron efter en negativ livshändelse, såsom ett missfall, genom att minska intensiteten och varaktigheten av stress (Brier, 2008). Stödet bör vara av empatiskt slag där vårdaren eller anhöriga har ett öppet och följsamt förhållningssätt som lyssnar till kvinnan (Wiklund, 2003). Brier (2008) menade vidare att i de fall där kvinnorna inte valde att berätta om sin nya graviditet innan slutet av första trimestern riskerade de att gå miste om det potentiella stödet från människor i sin närhet. Människorna omkring dem som kunde erbjuda stöd var i de fallen helt omedvetna om kvinnans graviditet och eventuellt om missfallet som varit och kunde därmed inte erbjuda det stöd som behövdes (a.a.).

I resultatet framkom det att kvinnorna som genomgått ett missfall upplevde den fysiska smärtan och förlusten av blod som det mest väsentliga vårdbehovet vid missfallet. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna tog mätningen och undersökningen av blödningsområdet som det mest centrala och att deras behov av smärtlindring inte togs på allvar samtidigt som stödet och informationen efter missfallet ansågs vara bristfälliga. I motsats till detta ansåg de intervjuade sjuksköterskorna att det psykiska bemötandet var mest centralt och nämnde sällan den fysiska smärtan. I annan forskning bekräftades vikten av att vårdpersonalen gav psykiskt stöd till den sörjande modern. Sjukvårdspersonalen uppgav däremot att de ofta kände sig dåligt utrustade att genomföra detta då stödinsatserna behövde vara individanpassade och ofta skiljde sig åt. Sjuksköterskorna drog sig därför ofta tillbaka vid ett möte med de olika känslor kvinnorna upplevde vid ett missfall (Wallbank & Robertson, 2008).

Lidande var något som kunde identifieras i kvinnornas berättelser om sina missfall och efterföljande graviditeter. Resultatet konstaterade att sorg och tårar ofta uttrycktes när kvinnorna talade om sina missfall och krossade drömmar. Graviditeterna som följde förlusterna beskrevs som en kamp att försöka hålla sig känslomässigt stabila samtidigt som kvinnorna hade en önskan om en lyckad graviditet. Flertalet kvinnor upplevde en långvarig sorg där vardagen blivit förändrad. En klinisk definition av lidandet är bland annat sorg, förlust och multidimensionell smärta (Arman, 2012). I annan forskning påvisades det att sorgnivån hos de kvinnor som blivit gravida igen efter att ha genomgått ett missfall var signifikant lägre än hos de kvinnor som inte blivit gravida igen. Kvinnorna som var gravida upplevde en signifikant lägre nivå av förtvivlan och svårighet att hantera missfallet som varit. Sorgens intensitet var dock hög för både de som blivit gravida och de som inte blivit gravida. Detta tydde på att en efterföljande graviditet verkade minska den aktiva, skadliga effekten av sorgen samtidigt som sörjandet fortsatte. Studien indikerade alltså att varaktigheten av sorgen som kom efter ett missfall var relativt kortare hos de kvinnor som blev gravida igen (Brier, 2008).

I resultatet beskrev kvinnorna tyngden av att ständigt ha en oros känsla av missfall hängande över sig men att det gav dem en hoppfull känsla och tillfälligt minskad ångest när de letade efter eventuella tecken på missfall och inte hittade några. Detta resulterade i nytt och starkare hopp inför den pågående graviditeten. Graviditetssymtom och bekräftelse av att barnet mår bra hade en lugnande effekt på kvinnorna samt gav dem hopp om en fullbordad graviditet. Det upplevda hoppet beskrivs som ett sätt att hantera sin livssituation, att kunna ha kontroll över situationen, minska osäkerheten och sorgen (Benzien, 2012). Vidare forskning menade att kvinnor som upplevt ett missfall ofta sökte efter hopp om ett positivt utfall i den nya graviditeten och förståelse från andra som gått igenom en liknande situation. Berättelser från andra kvinnor som fortgått med positiva upplevelser, en hälsosam graviditet och fött ett välmående barn var viktiga. Hopp gavs också från de kvinnor som drabbats av ett missfall och genomgått en välmående, efterföljande, graviditet (Betts et al., 2014).

## **Slutsats**

I denna litteraturstudie framkom det att kvinnorna upplevde blandade känslor kring ett missfall och att bli gravid på nytt. Missfallet upplevdes som något oväntat och flertalet kvinnor kände skuld och ilska över sina egna kroppar. Den nya graviditeten präglades av det tidigare missfallet och skapade en känsla av oro och osäkerhet hos kvinnorna kring graviditetens utfall. Kvinnorna tvivlade på graviditetens livsduglighet och sökte frekvent efter tecken, symtom och bekräftelse som kunde styrka graviditetens fortgång. Behovet av stöd och bekräftelse från vårdpersonal och anhöriga i samband med missfallet sågs som livsavgörande för att kvinnorna skulle återfå hopp och tilltro till den efterföljande graviditeten.

## **Kliniska implikationer och fortsatt forskning**

En gravid kvinna som genomgått ett missfall har en större önskan om undersökningar och bekräftelse av sin graviditet än de kvinnor som inte genomgått ett missfall. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna möta kvinnan i hennes oro, oavsett på vilken vårdinstans man stöter på henne. Det är viktigt att känna till oron som kvinnan upplever i situationen och att ha förståelse för vad hon gått igenom tidigare som nu orsakat oron. Flertalet kvinnor som genomgått ett missfall har upplevt vården som bristfällig och ofta känt sig förbisedda. Sjuksköterskan behöver utrustas med kunskap och verktyg för att kunna ge kvinnan den individanpassade vård hon behöver i sin osäkerhet kring den nya graviditeten. Det är viktigt att god och tydlig information blir given för att hjälpa kvinnan känna ett lugn och en bekräftelse på att hennes graviditet fortfarande är livsduglig. Då det ofta är sjuksköterskan som möter kvinnan i sårbara situationer är det därför viktigt att sjuksköterskan inser sin betydande roll för modern relaterat till missfallet. En betydelsefull uppgift för sjuksköterskan är att försöka lindra kvinnans lidande och istället inge ett nytt och starkare hopp inför framtiden.

Kvinnans upplevelser av att bli gravid på nytt efter ett tidigare genomgången missfall är ett område som berördes av ett begränsat antal kvalitativa artiklar. Därför behövs mer forskning inom området för att minska lidandet som kvinnan går igenom i samband med oron kring den nya graviditeten. Vårdpersonalens upplevelser av att möta en gravid kvinna som tidigare haft ett missfall är ett område som verkar vara relativt outforskat och mer kunskap inom området hade stärkt omvårdnaden och bemötandet av kvinnorna. Det är även viktigt att ha kunskap om familjens behov kring ett missfall. Inom detta område ansågs forskningen vara begränsad och kunskapen behöver förstärkas för att kunna utöva en god person- och familjecentrerad vård.

## Referenser

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 23(1): 3-18.
- Adolfsson, A., & Kjellström, B. (2014). *EKO-modellen: en personalhandbok om förlorad graviditet*. Effektum, Älvsjö.
- Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., & Bertero, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International* 25(6): 543-560.
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Early bereavement: women's experiences of miscarriage. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 32(1): 32-36.
- Andersson, I.-M., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(2): 262-270.
- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-196). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande - etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 203-218). Lund: Studentlitteratur.
- Benzein, E. (2012). Hopp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 240-248). Lund: Studentlitteratur.
- Betts, D., Dahlen, H.G., & Smith, C.A. (2014). A search for hope and understanding: An analysis of threatened miscarriage internet forums. *Midwifery* 30(6): 650-656.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health* 17(3): 451-464.
- ChiEungDanforn, L., & Nga ChongLisa, C. (2011). Clinician's Role of Psychological Support in Helping Parents and Families with Pregnancy Loss. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society* 17(4): 215-217.

- Côté-Arsenault, D., Bidlack, D., & Humm, A. (2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing* 26(3): 128-161.
- Côté-Arsenault, D., Donato, K.L., & Early, S.S. (2006). Watching & worrying: early pregnancy after loss experiences. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing* 31(6): 356-363.
- Côté-Arsenault, D., & Marshall, R. (2000). One foot in -- one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing & Health* 23(6): 473-485.
- Côté-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (2001). Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship* 33(3): 239-244.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande - i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 330-343). Lund: Studentlitteratur.
- DeBackere, K.J., Hill, P.D., & Kavanaugh, K.L. (2008). The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37(5): 525-537.
- Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard* 26(42): 35-41.
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gemzell Danielsson, K. (2014). Blödning i tidig graviditet. I M. Bixo & T. Bäckström (Red.), *Gyn - problemorienterad gynekologi och obstetrik* (s. 97-103). Stockholm: Liber.
- Hui, M.W-Y., Ho, P.J.L., Tan, K.J.S., & Roslan, M.R.B. (2012). The impact of miscarriage on women's psychological wellbeing and interventions: A literature review. *Singapore Nursing Journal* 39(4): 36-42.
- Human Development Programme. (2015). *International Human Development Indicators*. Hämtad 2016-11-08, från <http://hdr.undp.org/en/countries>



- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 70-92). Lund: Studentlitteratur.
- Mathibe-Neke, J.M. (2008). The expectations of pregnant women regarding antenatal care. *Curationis* 31(3): 4-11.
- Murphy, F., & Philpin, S. (2010). Early miscarriage as 'matter out of place': an ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing Studies* 47(5): 534-541.
- Ockhuijsen, H.D.L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N.S., & de Boer, F. (2010). Pregnancy After Miscarriage: Balancing Between Loss of Control and Searching for Control. *Research in Nursing & Health* 37(4): 267-275.
- O'Leary, J.M. (2007). Pregnancy and infant loss: supporting parents and their children. *Zero to Three* 27(6): 42-49.
- Pettersson, K. (2014). Intrauterin fosterdöd. I M. Bixo & T. Bäckström (Red.), *Gyn - problemorienterad gynekologi och obstetrik* (s. 419-423). Stockholm: Liber.
- Pettersson, K. & Stephansson, O. (2014). Fosterdöd. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 465-469). Lund: Studentlitteratur.
- Radford, E.J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 24(11/12): 1457-1465.
- Rosebrink, M., Zekaj, M., & Adolfsson, A. (2012). Women's experience of early pregnancy, after having experience one or several miscarriages earlier in live. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 32(2): 4-8.
- Rowlands, I.J., & Lee, C. (2010). The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 28(3): 274-286.
- Samaraweera, Y., & Abeysena, C. (2010). Maternal sleep deprivation, sedentary lifestyle and cooking smoke: Risk factors for miscarriage: A case control study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50(4), 352-357.
- Sandman, L., Kjellström, S. (2013). *Etikboken – Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Simmons, R.K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medicine* 63(7): 1934-1946.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Mall för granskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik*. Hämtad 2016-10-26, från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

Stjernerahl, J.H. (2015). Tidig patologisk graviditet. I P.O. Janson & B.M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (s. 249-258). Lund: Studentlitteratur AB.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad: 2016-11-03, från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2016-11-03, från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Wallbank, S., & Robertson, N. (2008). Midwife and nurse responses to miscarriage, stillbirth and neonatal death: a critical review of qualitative research. *Evidence Based Midwifery* 6(3): 100-106.

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 482-495). Lund: Studentlitteratur.

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

World Health Organization. (2002). *Defining sexual health*. Geneva: World Health Organization.

# Bilagor

## Bilaga 1: artikelöversikt

Författare År Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod Urval Antal deltagare	Resultat	Kvalitet
<p>Art nr; 1: Abboud, L., &amp; Liamputtong, P.  2005  When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners.  Journal of Reproductive &amp; Infant Psychology  Australien</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur kvinnan och hennes partner upplever ett missfall.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk metod baserad på djupintervjuer.  Strategiskt urval.  6 st kvinnor tillsammans med sina partners.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån tre teman: ‘coping strategier’, ‘stödnätverk och andra’ och ‘upplevelser av sjukvården’. Huvudfynden var bland annat att det viktigaste stödet i samband med missfallet kom från partnern och de flesta av paren var missnöjda med den offentliga sjukvården.</p>	<p>Medel/Hög</p>
<p>Art nr; 2: Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., &amp; Bertero, C.  2004  Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage.  Health Care for Women International</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera och förklara kvinnors upplevelser av missfall.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk metod baserad på intervjuer.  Strategiskt urval.  15 st kvinnor varav 13 st räknas in i resultatet.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån ett huvudämne; ‘skuld och tomhet’, och fem underrubriker; ‘känslomässig splittring’, ‘sorg’, ‘övergivenhet’, ‘förlust’ och ‘utomkroppslig känsla’, som beskrev kvinnornas känslor efter missfall.</p>	<p>Hög</p>

Sverige				
<p>Art nr; 3: Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., &amp; Botond, A.</p> <p>2012</p> <p>Early bereavement: women's experiences of miscarriage.</p> <p>Nordic Journal of Nursing Research &amp; Clinical Studies / Vård i Norden</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva den sörjande kvinnans upplevelser i samband med ett tidigt missfall.</p>	<p>Kvalitativ metod baserad på semistrukturella forskningsintervjuer.</p> <p>Strategiskt urval.</p> <p>6 st kvinnor.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån sju olika kategorier: 'att få vara moder', 'oväntat trauma', 'reaktion och konfrontation', 'att hitta förklaringar', 'att möta förståelse', 'att genomgå en livskris' och 'att få sörja som förälder'.</p>	Hög
<p>Art nr; 4: Andersson, I.-M., Nilsson, S., &amp; Adolfsson, A.</p> <p>2012</p> <p>How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study.</p> <p>Sverige</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor som genomgått ett eller flera missfall hanterar sina känslor i samband med en ny graviditet.</p>	<p>Kvalitativ metod baserad på intervjuer.</p> <p>Strategiskt urval.</p> <p>16 st kvinnor varav 13 st räknas in i resultatet.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån fem teman: 'distansera sig själv från graviditeten', 'fokusera på graviditetssymtomen', 'söka efter bekräftande information', 'be om ultraljudsundersökning' och 'be om professionellt och socialt stöd'.</p>	Hög

<p>Art nr; 5: Côté-Arsenault, D., Bidlack, D., &amp; Humm, A.</p> <p>2001</p> <p>Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss.</p> <p>MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing</p> <p>USA</p>	<p>Syftet med studien var att utforska de specifika känslorna som kvinnor upplever vid en graviditet efter tidigare förlust av barn kring en graviditet.</p>	<p>Kvalitativ enkätstudie där innehållet analyserades till teman.</p> <p>Strategiskt urval.</p> <p>73 st kvinnor.</p>	<p>Oro, nervositet och rädsla var ledorden som framkom i resultatet gällande kvinnors upplevelse av en ny graviditet. Oron bestod av åtta kategorier gällande barnets hälsa under graviditeten och efter födseln.</p>	<p>Hög</p>
<p>Art nr; 6: Côté-Arsenault, D., Donato, K.L., &amp; Early, S.S.</p> <p>2006</p> <p>Watching &amp; worrying: early pregnancy after loss experiences.</p> <p>MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing</p> <p>USA</p>	<p>Syftet med studien var att utforska kvinnors upplevelser tidigt i graviditeten (innan v.25) efter ett missfall.</p>	<p>Kvalitativ metod baserad på beskrivande dataanalys från dagboks- och fältanteckningar.</p> <p>Strategiskt urval.</p> <p>82 st kvinnor.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån fyra teman: 'bygga självförtroende', 'växlande oro', 'symtomtolkning' och 'hantera graviditeten'. Dessa teman belyser upplevelserna och skiftningarna av känslorna under graviditeten.</p>	<p>Hög</p>
<p>Art nr; 7: Côté-Arsenault, D., &amp; Marshall, R.</p> <p>2000</p> <p>One foot in -- one foot out:</p>	<p>Syftet med studien var att få insikt i kvinnors graviditeter efter upplevelser av perinatal förlust.</p>	<p>Kvalitativ metod baserad på fokusgruppintervjuer och individuella intervjuer.</p> <p>Strategiskt urval.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån fyra huvudteman: 'återuppleva det förflutna', 'försöka hitta balans i nuet', 'erkänna sin förändrade verklighet' och 'leva med vacklande förväntningar'.</p>	<p>Medel/Hög</p>

<p>weathering the storm of pregnancy after perinatal loss.</p> <p>Research in Nursing &amp; Health</p> <p>USA</p>		<p>13 st kvinnor.</p>	<p>Sju stycken subteman framkom från de olika huvudteman.</p>	
<p>Art nr; 8: Côté-Arsenault, D., &amp; Morrison-Beedy, D. 2001 Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. Journal of Nursing Scholarship USA</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av graviditet efter förlust och deras långsiktiga effekter av perinatal förlust.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk metod baserad på fokusgruppintervjuer.  Strategiskt urval.  21 st kvinnor.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån sex huvudteman: 'hantera osäkerheten', 'undran om barnet är välmående', 'väntan på att förlora barnet', 'hålla tillbaka sina känslor', 'erkänna att en förlust hänt och kan hända igen' och 'förändrat jag'.</p>	<p>Medel/Hög</p>
<p>Art nr; 9: Murphy, F., &amp; Philpin, S. 2009 Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynecological unit. International Journal Of Nursing Studies</p>	<p>Syftet med studien var att utforska omhändertagandet och vården för kvinnor som nyss genomgått ett tidigt missfall inom sjukhusmiljö.</p>	<p>Kvalitativ, etnografisk metod baserad på djupintervjuer. Fas 1: 20 månaders klinisk observationsstudie. Fas 2: Dokumentationsanalys av vårdplaner.  Strategiskt urval.  16 st från vårdpersonalen 8 st kvinnor.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån tre huvudteman: 'första tecken &amp; bekräftelse', 'att förlora barnet' och 'efterlevnaden'. Det mest påtagliga resultatet var att kvinnors upplevelse av ett tidigt missfall präglas av smärta och blodförlust.</p>	<p>Hög</p>

Storbritannien.				
<p>Art nr; 10: Ockhuijsen, H.D.L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N.S., &amp; de Boer, F.  2010  Pregnancy After Miscarriage: Balancing Between Loss of Control and Searching for Control.  Research in Nursing &amp; Health  Nederländerna</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor upplever ett missfall och det tidiga skedet av en ny graviditet samt vilka strategier de använder för att hantera dessa perioder.</p>	<p>Kvalitativ metod baserad på semistrukturella intervjuer.  Strategiskt urval.  24 st kvinnor.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån fyra teman: 'balansen mellan att förlora och söka efter kontroll', 'möta förlust under ett missfall', 'hantera väntan under befruktningsperioden' och 'hantera blandade känslor under graviditeten'.</p>	Hög
<p>Art nr; 11: Rosebrink, M., Zekaj, M., &amp; Adolfsson, A.  2012  Women's experience of early pregnancy, after having experience one or several miscarriages earlier in live.  Nordic Journal of Nursing Research &amp; Clinical Studies / Vård i Norden  Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att förstå hur kvinnor som tidigare upplevt missfall upplever sin nuvarande graviditet.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk metod baserad på intervjuer.  Strategiskt urval.  6 st kvinnor.</p>	<p>I resultatet presenterades det att alla deltagare kände glädje över sin graviditet. För vissa pågick även en känsla av oro och rädsla. De som berättade om sin graviditet till utomstående uttryckte mindre oro.</p>	Hög

<p>Art nr; 12: Rowlands, I.J., &amp; Lee, C.</p> <p>2010</p> <p>The silence was deafening': social and health service support after miscarriage.</p> <p>Journal of Reproductive &amp; Infant Psychology</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor hanterar händelsen då de går igenom ett missfall.</p>	<p>Kvalitativ metod baserad på semistrukturella intervjuer.</p> <p>Strategiskt urval.</p> <p>9 st kvinnor.</p>	<p>Resultatet presenterades utifrån två huvudteman: 'engagemang från andra' och 'fokusera på sig själv'. Subteman som framkom var: 'tillgänglighet av socialt stöd', 'behov av erkännande av missfallet' och 'sjukvården'.</p>	<p>Medel/Hög</p>
---	---	--	--	------------------