



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Kvinnors emotionella omvårdnadsbehov vid missfall

En litteraturstudie

Författare: Camilla Nilsson & Desirée Persson

Handledare: Li Thies Lagergren

Kandidatuppsats

Våren 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Kvinnors emotionella omvårdnadsbehov vid missfall

## En litteraturstudie

Författare: Camilla Nilsson & Desirée Persson

Handledare: Li Thies Lagergren

Kandidatuppsats

Våren 2014

## Abstrakt

**Bakgrund:** För kvinnor som genomgått ett missfall var sorg en av de främsta känsloreaktionerna, där tomhet över den förlorade graviditeten och det framtida familjelivet uppstod. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa kvinnors emotionella omvårdnadsbehov efter ett missfall. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes med en kvalitativ ansats där åtta artiklar användes. **Resultat:** Kvinnors upplevelser av den givna omvårdnaden i samband med missfall varierade. När beskedet gavs uppskattade kvinnorna att sjuksköterskan var ödmjuk och stöttande, men detta var något som ibland var bristande. Vikten av adekvat information betonas, då hindrad bearbetning annars kunde uppstå. Vissa kvinnor beskrev sjuksköterskornas bemötande som sympatiska och omhändertagande, medan andra beskrev det som känslökallt. Närståendes stöd var betydelsefullt för att kunna gå vidare i det dagliga livet, men då detta stöd ibland var otillräckligt var kvinnorna i behov av att samtala med andra som genomgått ett missfall. **Konklusion:** De flesta av kvinnorna som genomgått ett missfall upplevde händelsen som omvälvande, där sjuksköterskan ska identifiera behoven och anpassa omvårdnaden efter varje enskild kvinna.

## Nyckelord

Kvinna, missfall, omvårdnad, upplevelser

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| <b>Introduktion</b> .....                            | 2  |
| <b>Problemområde</b> .....                           | 2  |
| <b>Bakgrund</b> .....                                | 2  |
| Missfall .....                                       | 2  |
| Kvinnors upplevelser av missfall .....               | 3  |
| Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....                | 4  |
| Sjuksköterskans arbetsområde .....                   | 4  |
| Krishantering .....                                  | 5  |
| <b>Syfte</b> .....                                   | 6  |
| <b>Metod</b> .....                                   | 6  |
| Urval .....  | 6  |
| Datainsamling .....                                  | 7  |
| Data analys .....                                    | 9  |
| <b>Forskningsetiska avvägningar</b> .....            | 9  |
| <b>Resultat</b> .....                                | 9  |
| Behovet av stöd i samband med beskedet .....         | 9  |
| Behovet av att få adekvat information .....          | 11 |
| Behovet av ett bra bemötande från vårdpersonal ..... | 12 |
| Behovet av att känna omgivningens stöd .....         | 13 |
| <b>Diskussion</b> .....                              | 14 |
| <b>Diskussion av vald metod</b> .....                | 14 |
| <b>Diskussion av framtaget resultat</b> .....        | 16 |
| Behovet av stöd i samband med beskedet .....         | 17 |
| Behovet av att få adekvat information .....          | 17 |
| Behovet av ett bra bemötande från vårdpersonal ..... | 18 |
| Behovet av att känna omgivningens stöd .....         | 19 |
| Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....                | 20 |
| <b>Slutsats och kliniska implikationer</b> .....     | 20 |
| <b>Författarnas arbetsfördelning</b> .....           | 21 |
| <b>Referenser</b> .....                              | 22 |
| <b>Bilaga 1. Litteratormatris</b> .....              | 25 |

# Introduktion

## Problemområde

I Sverige år 2013 föddes det 113 593 barn (Statistiska centralbyrån, 2013). Det finns ingen statistik över hur många kvinnor som årligen genomgår missfall i Sverige, men enligt Gottlieb och von Schoultz (2004) slutar minst 25 % av alla graviditeter i missfall. Tidigare forskning har visat på att den emotionella omvårdnaden till kvinnor i samband med missfall inte alltid är optimal då deras behov ibland inte tillgodosågs (Jacobs & Harvey, 2000; Simmons, Singh, Maconochie, Doyle & Green, 2006; Murphy & Merrell, 2009). Sjuksköterskor träffar och vårdar dessa kvinnor, och skall därför ha goda kunskaper om de känslomässiga följderna av missfall och hur detta påverkar kvinnorna. Det är därför viktigt att belysa kvinnors behov av emotionellt stöd för att optimera sjuksköterskors emotionella omvårdnad i samband med missfall.

## Bakgrund

### *Missfall*

Missfall (spontan abort) innebär att en graviditet avstöts vid den 22:e graviditetsveckan (WHO, 2008). Efter den 22:e graviditetsveckan rör det sig om ett barn då utstötningen sker som en tidig förlossning. Missfall delas in i tidiga och sena missfall. Tidiga missfall är vanligast och de sker till och med graviditetsvecka 14, därefter räknas det som sent missfall. De första symtomen vid ett missfall är vanligtvis blödningar och smärtor (Bensen & Stevens, 1992; Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2005; Murphy & Merrell, 2009; Murphy & Philpin, 2010). För att säkerställa ett missfall görs en vaginal undersökning samt att en ultraljundsundersökning kan utföras efter den sjätte graviditetsveckan. Vid ett tidigt missfall kan kroppen oftast själv hantera missfallet. Efterföljande skrapning av livmodern kan bli nödvändig vid tidigt missfall, men är vanligast när kvinnan kommit längre i graviditeten. Livmoderssammandragande läkemedel kan ges vid sena missfall för en snabbare utdrivning och avslutning (Weström et al., 2005).

Det finns flera orsaker till varför ett missfall kan inträffa, och ett pågående missfall kan vanligtvis inte förhindras (Bergman & Normelli, 2000). Orsaker till missfall kan vara kromosomavvikelse, missbildningar i livmodern, infektioner hos kvinnan, systemsjukdomar eller immunologiska orsaker (Bergman & Normelli, 2000; Weström et al., 2005). Risken att drabbas av missfall ökar med kvinnans ålder (Hemminki & Forssas, 1999) samt att yttre faktorer som våld, alkohol, rökning och missbruk kan leda till missfall (Bergman & Normelli, 2000). Kvinnor som tidigare genomgått ett missfall har ökad risk för att drabbas av ytterligare missfall (Matthiesen, Kalkunte & Sharma, 2012).

### *Kvinnors upplevelser av missfall*

Det är viktigt att känna till att varje kvinna som genomgår ett missfall upplever och hanterar situationen olika. Flera kvinnor upplevde i samband med missfallet signaler om att något inte stämde. Kvinnorna fick en känsla av att graviditeten upphört och därefter uppstod blödningar som ökade deras oro (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004; Murphy & Philpin, 2010). När beskedet sedan gavs om att ett missfall inträffat gick kvinnorna in i ett chocktillstånd (Adolfsson et al., 2004; Murphy & Merrell, 2009). För många kvinnor blev sorg en av de främsta känsloreaktionerna, som i vissa fall kunde leda till depressiva symtom så som ångest, svaghet och nedstämdhet. Detta kunde ge konsekvenser i vardagen så som att kvinnorna tog avstånd från omgivningen och istället ville vara ensamma för att sörja (Geller, Kerns & Klier, 2003; Adolfsson et al., 2004). Många kvinnor beskrev att de satte sig in i rollen som mamma från den dag de fick sin graviditet konstaterad. Många planerade direkt livet som förälder där barnet blev en central roll för framtiden (Swanson, Connor, Jolley, Pettinato & Wang, 2007; Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012; Adolfsson et al., 2004). I samband med beskedet om missfall så upplevde kvinnorna en känsla av tomhet, både över den avbrutna graviditeten men även för det framtida familjelivet. Många jämförde sorgen över att förlora sitt ofödda barn med sorgen av att förlora en närstående (Adolfsson et al., 2004).

Det förekom att kvinnorna inte fick någon medicinsk förklaring till varför missfallet skett, vilket bidrog till att flera av kvinnorna ställde sig frågan ”Varför hände det mig?”. Kvinnorna funderade kring om de gjort något som resulterat i missfallet, eller om de på något sätt kunnat förhindra det. Det var vanligt att kvinnorna lade skulden på sig själva över något de gjort,

såsom rökt cigaretter, druckit alkohol eller haft en stressig vardag (Adolfsson et al., 2004). Många av kvinnorna var arga på sig själva då de inte lyckats fullfölja en graviditet som de ansåg vara en betydelsefull del av livet. De upplevde det även som känslomässigt påfrestande att berätta för andra kvinnor att de misslyckats med graviditeten (Ancker et al., 2012).

Att genomgå ett missfall förknippas inte bara med den emotionella sorgen och förlusten, utan innebär även fysisk smärta. Många av kvinnorna upplevde en fruktansvärd smärta i anknytning till missfallet. Dessa smärtor kunde uppstå från de kramper och stora blödningar som uppkom. En del av kvinnorna beskrev smärtorna som så kraftiga att de inte trodde att de skulle överleva (Bensen & Stevens, 1992).

### *Omvårdnadsteoretiskt perspektiv*

Denna studie kan anknytas till Swansons (1991) teori kring omvårdnad vid missfall. Swanson har tagit fram fem kategorier som beskriver den omvårdnad som vårdpersonal bör ge kvinnor i samband med ett missfall för att uppnå en god emotionell omvårdnad. Dessa kategorier är *knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling* och *maintaining belief*. *Knowing* innebär att sjuksköterskan ska försöka sätta sig in i en annan persons situation och inte förutsätta att allas upplevelser är lika. *Being with* går ut på att sjuksköterskan ska finnas till hands för kvinnan utan att belasta. *Doing for* innebär att göra det som är bäst för patienten, och som patienten själv inte klarar av. *Enabling* beskriver hur sjuksköterskan ska underlätta för patienten att bearbeta upplevelsen för att kunna gå vidare. *Maintaining belief* innefattar att bemöta patienten med en positiv attityd och skapa hopp hos patienten inför framtiden (Swanson, 1991).

### *Sjuksköterskans arbetsområde*

I sjuksköterskans arbete ingår att ansvara för en god omvårdnad (Socialstyrelsen, 2005) vilket sker genom att sjuksköterskan tillgodoser patientens individuella behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Sjuksköterskan ska ha kunskaper om människan och dennes hälsa och ohälsa, detta baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet samt kunna använda

denna kunskap i arbetet med patienter (Socialstyrelsen, 2005). Holistisk omvårdnad ska utföras av sjuksköterskan, vilket innebär att se till personens helhet. Detta innebär att när en patient vårdas ska de fysiska och de känslomässiga aspekterna ses som en enhet, och inte som separata delar (Svensk sjuksköterskeförening, 2009; Anderson, Anderson & Glanze, 1994). Till gynekologiska vårdavdelningar kommer kvinnor som genomgått ett missfall (Weström et al., 2005; Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Då varje kvinna har individuella behov är det angeläget att sjuksköterskan möter kvinnan utifrån dessa (Socialstyrelsen, 2005). Detta innebär att sjuksköterskan måste kunna anpassa sitt arbete efter de rådande förhållandena, då den ena kvinnans behov inte nödvändigtvis behöver vara samma som den andras. I sjuksköterskans arbete ingår det att bistå med information om vad som komma skall, ge en god omvårdnad och finnas till som stöd (Almås et al., 2011).

Vid emotionellt stöd bör känslouttryck bemötas där den drabbade får uttrycka sina känslor. Uppmuntran är av betydelse för att finna styrka och bearbeta situationen. Omsorg och tröst är två faktorer vid emotionellt stöd där kroppsspråket utgör en viktig del (Hedin, 1994). Genom att dessa behov tillgodoses bör kvinnan bli mer förbered på vad som ska ske, och därmed lättare kunna klara av situationen (Almås et al., 2011).

### *Krishantering*

Ett missfall kan resultera i en psykisk kris. Enligt Cullberg (2006) innebär en psykisk kris att personen inte har förmågan att kunna behärska situationen då tidigare upplevelser inte längre räcker till. Krisreaktioner upplevs ofta individuellt men det är vanligt att vissa faser genomgås. Chockfasen är det första stadiet som kan pågå upp till ett par dagar. Denna fas innebär att personen har svårt att förstå vad som skett. Det kan vara svårt att ta in den information som givits, vilket kan leda till att budskapet går förlorat. Det förekommer att personer stänger inne sig från omvärlden eller har ett utåtagerande beteende. Nästa stadie är reaktionsfasen, då personen börjar förstå situationen. Det är vanligt att personen eftersöker en anledning till det som skett, och att egna teorier används som förklaring. Dessa två faser bildar gemensamt den akuta krisen där försvarsmekanismer förekommer. Dessa försvarsmekanismer uppstår omedvetet för att stänga ute den främmande upplevelsen och kan bidra till att antingen underlätta eller förlänga bearbetningsprocessen. Två vanliga

försvarsmekanismer är förnekelse och isolering av känslor. Förnekelse betyder att personen har svårt att acceptera det som har hänt, medan isolering av känslor innebär att personen kan samtala om det inträffade men inte tillåter sig att bli känslomässigt berörd. Tredje stadiet är bearbetningsfasen, som kan pågå upp till ett år efter händelsen. Det är i denna fas som individen börjar blicka framåt och går vidare. Bearbetningsfasen övergår sedan i nyorienteringsfasen, där personen accepterat och bearbetat det som skett. Minnet av det som inträffat finns fortfarande kvar men innebär inte längre en begränsning (Cullberg, 2006).

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa kvinnors emotionella omvårdnadsbehov efter ett missfall.

## **Metod**

En litteraturstudie genomfördes med en kvalitativ ansats. En litteraturstudie syftar till att belysa ett visst ämnesområde genom att söka, granska och sammanställa vetenskapliga artiklar för att på så sätt lyfta fram ny kunskap.

## *Urval*

Arbetet avgränsades till kvinnornas upplevelser, deras omvårdnadsbehov samt hur kvinnorna blivit bemötta av sjuksköterskan. Inklusionskriterierna var att artiklarna belyste kvinnornas omvårdnadsbehov. De artiklar som endast berörde fysiska konsekvenser efter ett missfall exkluderades då fokus lades på den emotionella omvårdnaden efter ett missfall. Även artiklar som endast berörde partnerns eller familjens upplevelser exkluderades för att begränsa arbetets bredd. För att finna aktuell forskning begränsades sökningen i databaserna till artiklar som skrevs mellan åren 2000-2014. Utöver sökningarna i databaser så granskades även referenslistor från andra artiklar. Dessa artiklar begränsades inte efter specifikt årtal.



## *Datainsamling*

Kvalitativa artiklar söktes för att ge beskrivande information och djupare förståelse (Friberg, 2006) kring en kvinnas livssituation vid missfall. Författarna sökte vetenskapliga artiklar i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. Dessa databaser användes för att inte begränsa sökvägarna då urvalet mellan dessa kunde skilja sig åt. Vid sökning i databaserna används medicinska ämnesord, så kallade *thesaurus* (Backman, 2008). För att söka i PubMed används *MeSH-termer*, i Cinahl används *Cinahl headings* och i PsycINFO används *thesaurus*. Då det inte alltid fanns ämnesord som överensstämde med sökorden så behövdes fritextsökning göras (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Sökning utfördes i samtliga databaser där sökorden miscarriage, pregnancy loss eller abortion spontaneous användes för att belysa missfall. Dessa ord kombineras med sökorden nursing, nursing care, bereavement och experience för att hitta artiklar som inriktar sig på omvårdnad, se tabell 1, 2 & 3 nedan. MeSH-termer som användes var nursing, nursing care, bereavement och abortion, spontaneous. De övriga orden, som inte fanns som MeSH-termer, söktes som fritext.

För att få fram relevanta studier till det valda ämnesområdet lästes studiernas abstrakt igenom (Friberg, 2012). Till urval 1 valdes 20 studier ut från databaserna samt tre studier hittades från andra uppsatser referenslistor. I urval 1 ingick de studier som ansågs relevanta efter första granskningen och som därefter kvalitetsgranskades. Denna bedömning gjordes enligt Willman et al. (2011) ”Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod”. Denna metod innebär att varje studie granskades med hjälp av frågor för att bedöma studiens innehåll och kvalitet. Utifrån denna bedömning samt valda inklusionskriterier valdes åtta av 23 studier till urval 2, vilket är de studier som inkluderades i denna uppsats.

Tabell 1. Sökning i databasen PubMed

| <b>Databas<br/>PubMed</b> | <b>Sökord</b>   | <b>Antal<br/>träffar</b> | <b>Granskade</b> | <b>Urval 1</b> | <b>Urval 2</b> |
|---------------------------|---|--------------------------|------------------|----------------|----------------|
| # 1                       | ”Abortion, spontaneous” [Mesh]<br>AND ”Nursing care” [Mesh] | 28                       | 28               | 3              | 0              |
| #2                        | ”Abortion, spontaneous” [Mesh]<br>AND ”Nursing” [Mesh]      | 65                       | 65               | 1              | 1              |
| #3                        | ” Abortion, spontaneous” [Mesh]<br>AND ”Bereavement” [Mesh] | 106                      | 106              | 2              | 0              |

Tabell 2. Sökning i databasen Cinahl

| <b>Databas<br/>Cinahl</b> | <b>Sökord</b>  | <b>Antral<br/>träffar</b> | <b>Granskade</b> | <b>Urval 1</b> | <b>Urval 2</b> |
|---------------------------|--|---------------------------|------------------|----------------|----------------|
| # 1                       | ”Abortion, spontaneous”<br>[Headings] AND ”Nursing care”<br>[Headings] | 48                        | 48               | 2              | 0              |
| #2                        | ”Pregnancy loss” AND ”Nursing”   | 113                       | 113              | 1              | 0              |
| #3                        | ”Miscarriage” AND ”Experience”   | 84                        | 84               | 1              | 1              |
| #4                        | ”Abortion, spontaneous”<br>[Headings] AND ”Bereavement”<br>[Headings]  | 50                        | 50               | 4              | 1              |
| #5                        | ”Abortion, spontaneous”<br>[Headings] AND ”Experience”                 | 134                       | 134              | 5              | 3              |

Tabell 3. Sökning i databasen PsycINFO

| <b>Databas<br/>PsycINFO</b> | <b>Sökord</b>                                 | <b>Antral<br/>träffar</b> | <b>Granskade</b> | <b>Urval 1</b> | <b>Urval 2</b> |
|-----------------------------|---|---------------------------|------------------|----------------|----------------|
| # 1                         | ”Pregnancy loss” AND ”Nursing”<br>[Theasurus] | 96                        | 96               | 1              | 0              |

## *Data analys*

Första steget vid analys av data var att upprepade gånger läsa igenom studierna för att på så vis förstå helheten. Likheter och skillnader i studiernas resultat identifierades för att jämföra studierna, samt att en översiktstabell gjordes för att beskriva artiklarnas innehåll. Genom att stryka under i texterna och använda stödord lades fokusering på de centrala meningarna. Kodning utfördes genom att de resultat som berörde samma område fick en gemensam färg. Teman bildades utifrån sammanställd data. Från varje studie sorterades data och placerades under lämplig tema. Således innehåller varje tema information från flera artiklar för att få en bredare insikt i ämnet (Friberg, 2012).

## **Forskningsetiska avvägningar**

De studier som ingick i arbetet redovisade att de var godkända av en etisk nämnd. De studier som inte uppfyllde detta krav exkluderades från studien. Författarna var sanna mot materialet, det vill säga att artiklarnas innehåll inte förvrängdes. Författarnas avsikt var inte att plagiera artiklarnas innehåll.

## **Resultat**

Utifrån de åtta artiklar som valdes bildades fyra teman. Dessa var Behovet av stöd i samband med beskedet, Behovet av att få adekvat information, Behovet av ett bra bemötande från vårdpersonal och Behovet av att känna omgivningens stöd. De citat som ingår i resultatet är översatta av författarna.

### *Behovet av stöd i samband med beskedet*

När kvinnorna mottog beskedet om att ett missfall inträffat så upplevde många en stor chock och en del förnekade det som skett (Maker & Ogden, 2003). Kvinnornas uppfattning om hur beskedet om missfall gavs av vårdpersonalen varierade mellan olika studier. Majoriteten av

kvinnorna tyckte att beskedet gavs på ett bra sätt, där ödmjukhet och empatiskt bemötande var två egenskaper som uppskattades av kvinnorna (Paton, Wood, Bor & Nitsun (1999). En del kvinnor beskrev bemötande som positivt då vårdpersonalen var ärlig och sympatisk samtidigt som en betryggande hand lades på kvinnans arm vid beskedet. Vårdpersonalen tog sig även tid till att stödja och samtala med kvinnorna efter beskedet om det som skett (Abboud & Liamputtong, 2005; Paton et al., 1999).

*”Sjuksköterskan som vad involverad kunde inte ha varit mer finkänslig. Hon var tålmodig och gav informationen långsamt och tydligt”* (Paton et al., 1999, s.307).

Vissa av kvinnorna upplevde dock missnöje med hur beskedet gavs då vårdpersonalen hastigt levererade beskedet (McCreight, 2008). Det framkom att vårdpersonal gav skilda besked om det som inträffat, vilket lämnade kvinnan med en känsla av ovisshet om vad som skett. En annan kvinna fick felaktigt besked om att hennes bebis mår bra, varav det i efterhand visade sig att hon fått ett missfall (Abboud & Liamputtong, 2005). En del av kvinnorna beskrev att beskedet gavs på ett känslolokalt sätt (Paton et al., 1999). En kvinna beskrev händelsen på följande sätt:

*”Läkaren var okänslig, sa att din bebis är död. Pratade till mig undertiden jag låg i gynekologstolen. Pratade med mig utan att ha kallat in min man”* (Paton et al., 1999, s. 307).

Flera kvinnor beskrev att vårdpersonal kallade deras missfall för spontan abort, vilket gjorde att kvinnorna kände sig förolämpade. Genom att använda termen spontan abort upplevde kvinnorna att missfallet var något de själva valde, medan de i själva verket önskade att få barnet (McCreight, 2008). Även i studien gjord av Abboud & Liamputtong (2005) uttryckte en kvinna att hon kände sig upprörd när vårdpersonalen använde medicinska termer för att beskriva bebisen, detta då kvinnan själv associerade livet i magen som en bebis.

### *Behovet av att få adekvat information*

För att kvinnorna lättare skulle kunna sätta sig in i situationen och förstå händelseförloppet vid ett missfall var det av betydelse att adekvat och tydlig information gavs. Olika studier visade varierande resultat huruvida kvinnorna upplevde given information som tillräcklig (Paton et al., 1999; Harvey, Creedy & Moyle, 2001; Abboud & Liamputtong, 2005).

Majoriteten av kvinnorna var nöjda med den givna informationen, samt på sättet som den gavs. Kvinnorna uppskattade att de fick både muntlig och skriftlig information, samt att de fick sina frågor besvarade (Paton et al., 1999).

De kvinnor som upplevde missnöje beskrev att tillfredsställande information inte gavs, vilket de ansåg hindrade deras bearbetning. Det gav även en känsla av att själv inte kunna påverka sin situation (Harvey et al., 2001). Flera av kvinnorna sökte information på egen hand för att få djupare förståelse kring missfallet. Detta hjälpte kvinnorna att återfå kontrollen över sina liv (Abboud & Liamputtong, 2005; Rowlands & Lee, 2010). Majoriteten av kvinnorna upplevde missnöje med att ingen information gavs om varför missfallet inträffat (Paton et al., 1999) vilket kunde medföra att kvinnorna kände frustration och svårigheter att förstå situationen (Maker & Ogden, 2003).

*”Jag önskar att någon hade gett mig en förklaring, då det hade hjälpt mig att förstå det bättre. Jag behöver den riktiga anledningen, inte ’det är sådant som händer’” (Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003, s. 700).*

Kvinnor påpekade även att de fick bristfällig information om de fysiska samt de emotionella konsekvenser som kunde uppstå efter ett missfall (Paton et al., 1999) samt att ingen uppföljning erbjöds kvinnorna (Wong et al., 2003; Abboud & Liamputtong, 2005). Istället var det deras ansvar att själva kontakta öppenvården ifall de ansåg att en uppföljning behövdes. Kvinnorna upplevde en känsla av att bli lämnade ensamma efter missfallet och tyckte att efterkontroll borde erbjudas för att säkerställa deras hälsa (Wong et al., 2003). Även i studien av Paton et al. (1999) visade kvinnorna en viss besvikelse över att ingen uppföljning gavs, men de kvinnor som själva kontaktade öppenvården för efterkontroll var nöjda och ansåg att besöket var till stor hjälp.

## *Behovet av ett bra bemötande från vårdpersonal*

Majoriteten av kvinnorna var tillfredsställda med den huvudsakliga omvårdnaden då de upplevde att de fick ett gott bemötande och att de blev sedda av vårdpersonalen.

Sjuksköterskorna betraktades som ett stort stöd för kvinnorna och de uppskattade att personalen fanns till hands för dem (Paton et al., 1999). Vidare beskrevs sjuksköterskorna som sympatiska och omhändertagande (Rowlands & Lee, 2010). Flera kvinnor lyfte fram att den fysiska kontakten som sjuksköterskorna gav, så som en kram, var uppskattad (Paton et al., 1999). Betydelsen av ett gott omhändertagande stöds även i studien gjord av Corbet-Owen & Kruger (2001). Missnöje bland kvinnorna uppstod då sjuksköterskorna inte visade tillräckligt emotionellt stöd på grund av tidsbrist (Paton et al., 1999). En kvinna beskrev hur vårdpersonalen höjde rösten och skrek på henne:

*”Min första upplevelse... var avskyvärd... TOTALLT osympatisk... började skrika och ropa på mig att lugna och kontrollera mig”* (Corbet-Owen & Kruger, 2001, s. 421).

Många kvinnor beskrev sitt missnöje med vårdpersonal som inte visade tillräcklig medkänsla (Wong et al., 2003). Det förekom att vårdpersonal uttryckte olämpliga kommentarer vilket kvinnorna upplevde som brist på empati (Rowlands & Lee, 2010). Kvinnorna upplevde att vårdpersonal inte tog deras oro och sorg på allvar, utan beskrev händelsen som något vardagligt. För vårdpersonal som regelbundet möter kvinnor som genomgått missfall blir händelsen avdramatiserad. För kvinnorna är dock missfall något som vanligtvis endast sker enstaka gånger och är därmed en omvälvande händelse som bör bekräftas (Wong et al., 2003).

Det framkom att vissa kvinnor inte blev tillräckligt förberedda inför det fysiska förloppet vid missfall och upplevde en chock över den kroppsliga reaktionen (Maker & Ogden, 2003; Rowlands & Lee, 2010). De förklarade att de inte var förberedda på den smärta samt de blödningar som uppstod (Maker & Ogden, 2003). I motsats framkom det att vårdpersonal fokuserade mer på den fysiska vården än den emotionella. Kroppens symtom vägde högre än kvinnornas uttryckta känslomässiga behov (Corbet-Owen & Kruger, 2001; Rowlands & Lee, 2010). Den fysiska prioriteringen stöds även i artikeln gjord av Harvey et al. (2001) där

kvinnorna upplevde att deras emotionella behov åsidosattes. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen medvetet undvek att bekräfta deras känslor, vilket skapade en känsla av att personalen inte var engagerad i deras vård.

### *Behovet av att känna omgivningens stöd*

Vid kvinnornas upplevelser av missfall var det sociala stödet betydelsefullt. Genom att kvinnorna uttryckte och fick sina känslor bekräftade kunde deras bearbetningsprocess underlättas (Rowlands & Lee, 2010). Flera av kvinnorna beskrev att stödet från deras partner var en betydande faktor för deras bearbetning. Kvinnorna förklarade hur deras män hjälpte dem i det vardagliga livet för att lättare kunna gå vidare (Abboud & Liamputtong, 2005; Rowlands & Lee, 2010). Trots detta stöd så upplevde dock kvinnorna att deras partner inte kände samma sorg som de själva (Harvey et al., 2001). Kvinnorna beskrev att deras män var stöttande men hade svårigheter att sätta sig in i kvinnans situation (Rowlands & Lee, 2010). De kvinnor som inte fick tillräcklig hjälp från sin partner beskrev en känsla av ensamhet (Maker & Ogden, 2003).

Kvinnornas familjer, främst de kvinnliga familjemedlemmarna, gav ett stort stöd i sorgprocessen. De kom med uppmuntrande ord om att det kommer gå bättre nästa gång (Abboud & Liamputtong, 2005).

*”Ja, familjemedlemmar. Du vet hur de alla kommer och de är väldigt sympatiska. Du vet, ’Skyll inte på dig själv’, du vet, ’Du vet åtminstone att du kan få ett barn’, försök igen, vänta bara några månader, och försök igen”*  
(Abboud & Liamputtong, 2005, s. 9).

Dock var det inte alla kvinnor som upplevde stöd från sina familjer, vilket de ansåg påverkade deras återhämtning negativt (Harvey et al., 2001). Många av kvinnorna kände sig förtvivlade över det bristande stödet från närstående (Rowlands & Lee, 2010). Kvinnorna beskrev även vikten av att ha sina väninnor nära till hands, då även de kom med stärkande ord. De utgjorde en stor tröst genom att lyssna och stötta dem i deras förlust (Abboud & Liamputtong, 2005). Det upplevdes dock inte alltid positivt för kvinnorna att prata med sina väninnor. Det

framkom att vissa av kvinnorna inte fick förståelse av sina väninnor. Kvinnorna menade att personer som själva inte genomgått ett missfall inte kan sätta sig in i den sorg och förlust som situationen innebär (Harvey et al., 2001). Några kvinnor beskrev även att de blev besvikna då deras väninnor uttryckte olämpliga kommentarer (Rowland & Lee, 2010). En kvinna uttryckte följande:

*”... personer kunde säga, 'Ja du har haft fem [missfall], självklart måste de bli lättare för varje gång?' Och du vet, du vill slå dem i huvudet”* (Rowlands & Lee, 2010, s. 280).

Stödet från andra kvinnor som också genomgått ett missfall beskrevs som betydelsefullt (Maker & Ogden, 2003; Rowlands & Lee, 2010). Genom samtal om upplevelser och känslor med dessa kvinnor gavs en trygghetskänsla om att inte vara den enda som genomgått ett missfall, vilket underlättade bearbetningen (Maker & Ogden, 2003). Att prata med andra som förstod vad förlusten innebar beskrevs som terapi för vissa av kvinnorna. Andra kvinnor ville inte dela med sig av sin sorg, då de ansåg att bearbetningen var en personlig process som de ville lösa på egen hand (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

En litteraturstudie syftar till att sammanställa aktuell forskning (Friberg, 2006), varav denna metod valdes för att belysa kvinnors omvårdnadsbehov efter ett missfall. En empirisk studie hade kunnat tillföra ny forskning, men på kandidatnivå ges inte möjlighet att intervjua kvinnor som genomgått missfall. Även tidsaspekten med att genomföra en empirisk studie togs i beaktning, varav en litteraturstudie bedömdes som mera hanterbar.

Genom användning av olika sökvägar kunde artiklar som motsvarade studiens syfte och begränsningar hittas. Majoriteten av studierna hittades via sökning i databaser. Innehållet i



olika databaser kan variera (Backman, 2008), varav tre olika databaser valdes för att inte begränsa urvalet. Som ett komplement granskades även referenslistor från andra studier, vilket medförde att ytterligare studier inkluderades. Dessa studier hittades inte genom sökning i de olika databaserna, vilket kan bero på att för få sökord användes. Det är av betydelse att sökorden stämmer överens med studiens syfte för att finna relevanta studier (Backman, 2008).

Författarnas avsikt med litteraturstudien var att belysa aktuell forskning och därför begränsades litteratursökningen till en början till studier som var publicerade mellan åren 2004 och 2014. Då tillräckligt antal studier inte hittades med denna begränsning utökades sökningen med ytterligare fyra år, det vill säga från år 2000. Via granskning av andra studiers referenslistor hittades en vetenskaplig studie som skrevs år 1999, vilket kan betraktas som en nackdel då den kan anses vara inaktuell. Studien valdes trots det att inkluderas i studien då studiens resultat stämde överens med de nyare studierna som ingick.

För att finna ett resultat som överensstämde med svensk sjukvård hade författarna som intention att belysa svensk forskning, vilket vid artikelsökning visade sig vara svårt. De valda studierna genomfördes i länderna Australien, Storbritannien och Sydafrika. Sju av åtta artiklar var från Australien eller Storbritannien, vilket kan anses som relevant då de till viss del har liknande sjukvårdssystem som Sverige. Det kan dock även ses som en nackdel då resultatet från dessa artiklar endast belyser forskning från dessa länder.

Åtta vetenskapliga artiklar användes i studiens resultat, varav sju artiklar hade en kvalitativ ansats, och en hade både en kvalitativ och kvantitativ ansats. Kvalitativa studier syftar till att ge djupare förståelse av personers individuella upplevelser (Friberg, 2006), där samtliga studier använde sig av intervjuer vid undersökningen samt att två studier även använde sig av frågeformulär. Antalet deltagare i kvalitativa studier kan variera, där vikt läggs vid att tillräckligt många deltagare ska ingå för att kunna svara på syftet (Nyberg, 2000). Antalet deltagare i studierna varierar mellan 3 till 82, vilket anses vara normalt vid kvalitativa studier.

Samtliga artiklar i studien var skrivna på engelska, detta bidrog till att översättning var nödvändig. Detta gjordes upprepade gånger av författarna, både individuellt och gemensamt men då författarna inte behärskade det engelska språket fullständigt kan ord översatts fel. De uttryck och termer som berör sjukvården var framförallt svåra att tolka och översätta.

I de valda artiklarna uttryckte kvinnorna sina upplevelser kring den givna vården. Vid vissa tillfällen framgick inte vilken yrkeskategori som beskrevs. Därför kan författarna emellanåt ha beskrivit andra yrkeskategorier i resultatet. Detta kan anses vara negativt då kvinnornas upplevelser av omvårdnaden inte kunde kopplas specifikt till sjuksköterskan omhändertagande. Däremot kan det ses som positivt att resultatet omfattar olika yrkeskategorier då fler yrkesprofessioner kan ta del av studien.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa kvinnors emotionella omvårdnadsbehov efter ett missfall. Detta omvårdnadsbehov identifierades genom att redogöra för hur kvinnorna upplevde den givna omvårdnaden de mottog från sjuksköterskorna.

Från de åtta artiklar som användes framkom att kvinnornas upplevelser av sjukvårdspersonalens omhändertagande varierade. I samband med att beskedet gavs beskrevs vårdpersonal som sympatisk och ärlig samt att de tog sig tid till att stötta kvinnorna efter beskedet. Andra kvinnor ansåg att beskedet lämnades på ett känslokallt sätt, och att medicinska termer borde undvikas då det kunde skapa missuppfattningar. Bristfällig information var en aspekt som uttrycktes bland kvinnorna, både när det gällde förklaring till varför missfallet inträffat samt information om händelseförloppet och eftervård. Detta gjorde att flera av kvinnorna fick söka information på egen hand. Många kvinnor beskrev att vårdpersonal varit sympatisk och ödmjuk i sitt bemötande, medan andra upplevde personalen som känslokalla. För flera av kvinnorna var stödet från familjer och närstående en betydande faktor i bearbetningsprocessen, men då de inte alltid förstod kvinnans känslor kunde stödet vara otillräckligt. De kvinnor som samtalande med andra kvinnor som genomgått ett missfall upplevde detta som positivt för deras bearbetning, medan andra inte kände behovet av att dela sina erfarenheter med andra.

### *Behovet av stöd i samband med beskedet*

I denna studie framkom det att chock var den första reaktionen hos kvinnorna efter de mottagit beskedet, samt att en del kvinnor förnekade missfallet. Detta överensstämmer med Cullberg (2006) som beskriver att den första reaktionen vid psykisk kris är chock, och att förnekelse kan uppstå för att stänga ute det som skett på grund av oförmåga att acceptera situationen. Sefton (2007) beskriver i sin studie att chock kan leda till att kvinnorna inte har förståelse för det som inträffat. Genom att finnas till hands och lyssna på kvinnorna kan sjuksköterskan försäkra sig om att kvinnorna förstår beskedet om vad som inträffat. Det framkom även i denna studie att sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja kvinnorna när de tar emot beskedet. Detta stöd är av betydelse på grund av att beskedet om missfall är smärtefyllt för kvinnorna och att denna händelse är något kvinnorna minns en lång tid efter missfallet (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009).

I denna studie framgick det att kvinnorna blev upprörda när vårdpersonal uttryckte missfallet som fosterdöd, detta då kvinnorna själva upplevde sitt missfall som ett förlorat barn. Som sjuksköterska är det därför av relevans att reflektera över hur missfallet bör benämnas. Förklaring till att vårdpersonal benämner det som ett foster kan bero på att missfall är en vardaglig händelse i deras arbete, där vårdandet sker på rutin (Simmons et al., 2006; Murphy & Philpin, 2009).

### *Behovet av att få adekvat information*

Det framkom i denna studie att adekvat information är en betydande faktor för att hjälpa kvinnan att bearbeta upplevelsen. Det framkom även att otillräcklig information skapade en känsla av stress hos kvinnorna då de inte visste hur de skulle hantera situationen. För att hjälpa kvinnorna att återfå kontrollen över sina liv bör de göras delaktiga i vården, vilket kan uppnås genom att sjuksköterskan förser kvinnorna med information. Informationen bör vara upprepad för att försäkra sig om att kvinnorna tar till sig innehållet i det som sagts. Informationen som ges till kvinnorna ska vara varierad, vilket innebär att både muntlig och skriftlig information ska ges (Jansson & Adolfsson, 2010). Sjuksköterskan ska ta sig tid till att besvara eventuella frågor och funderingar som kvinnan kan ha kring missfallet.

I denna studie framgick det att kvinnorna efterfrågade information om varför missfallet inträffade då detta annars hindrade deras bearbetning. Adolfsson et al. (2004) beskriver i sin studie att de kvinnor som inte får en förklaring till missfallet lägger skulden på sig själva, vilket betonar vikten av att ge denna information. Hos vissa kvinnor går det inte att hitta en förklaring till vad som orsakat missfallet vilket medför att vårdpersonal inte kan tillgodose kvinnorna med denna information. Vikt bör istället läggas vid att förklara för kvinnorna att det i vissa fall inte går att fastställa orsaken till missfallet.

Det framkom i denna studie att kvinnorna var besvikna över att ingen uppföljning erbjöds, och att de kände sig övergivna och ensamma efter utskrivning från sjukhuset. Simmons et al. (2006) beskriver i sin studie att uppföljning bör erbjudas för att säkerställa kvinnornas fysiska hälsa, diskutera den känslomässiga aspekten samt besvara eventuella frågor som uppkommit. Oro över att inte kunna bli gravid igen eller drabbas av ytterligare ett missfall är tankar som en del kvinnor har efter ett missfall (Downie & Letendre, 2002; Adolfsson et al., 2004; Caelli, Murphy & Merrell, 2009). Genom att erbjuda uppföljning till kvinnorna kan även denna aspekt diskuteras, då mammavården ses som en viktig roll i livet för många kvinnor (Gerber-Epstein et al., 2009; Ancker, Gebhardt, Andreassen, & Botond, 2012).

### *Behovet av ett bra bemötande från vårdpersonal*

I denna studie framgick det att sjuksköterskans bemötande inverkade på kvinnornas upplevelser, där bekräftelse, stöttning och ödmjukhet ansågs vara av vikt för kvinnorna som genomgått ett missfall. I samband med att kvinnorna vårdas för ett missfall så är kvinnan beroende av sjukvårdspersonalens omhändertagande. Det är viktigt att förtroende skapas mellan kvinnorna och sjuksköterskan, vilket kan uppnås genom ett bra bemötande. Detta positiva bemötande kan bidra till att kvinnorna upplever hopp inför framtiden (Swanson, 1991)

I denna studie framkom det att vissa kvinnor upplevde att deras sorg inte togs på allvar och att vårdpersonalen visade brist på medkänsla och inte gav kvinnorna emotionellt stöd. En anledning till att kvinnornas emotionella behov inte tillgodoses kan vara att vårdpersonalen upplever osäkerhet med att vårda kvinnor som genomgår missfall (Roehrs, Masterson, Alles,

Witt & Rutt, 2008; McCreight, 2005). Osäkerheten kan bero på otillräcklig utbildning och bristande erfarenhet, vilket kan ses i att sjuksköterskor med erfarenhet upplever det lättare att vårda kvinnor i deras sorg (Roehrs et al., 2008). En annan anledning till osäkerheten kan vara rädsla för att bli emotionellt engagerad i kvinnornas situation (McCreight, 2005).

Sjuksköterskor kan bli känslomässigt berörda av kvinnornas förlust och kan ha svårt att dölja sina känslor för kvinnorna (Roehrs et al., 2008). Detta kan leda till att sjuksköterskorna riskerade att göra kvinnorna mer upprivna, varav de stänger inne sina känslor för att kunna agera professionellt (McCreight, 2005).

### *Behovet av att känna omgivningens stöd*

Det framkom i denna studie att omgivningens stöd är en viktig del för att kvinnorna skulle kunna gå vidare i deras bearbetning i det vardagliga livet. I den akuta fasen av en kvinnas missfall utgör sjuksköterskan det professionella stödet, där både den fysiska och emotionella aspekten vårdas (Swanson, 1991). I samband med att kvinnorna lämnar sjukhuset utgör istället närstående det största stödet för kvinnorna. För att anhöriga ska kunna tillgodose kvinnan med stöd bör sjuksköterskan involvera närstående i den emotionella omvårdnaden. Sjuksköterskan bör informera anhöriga om hur de på bästa sätt ska kunna tillgodose kvinnans behov. Med tiden bör händelsen ha bearbetats, vilket innebär att det inträffade inte längre utgör en begränsning (Cullberg, 2006) för kvinnorna.

I denna studie framgick det att många kvinnor ansåg att deras partner utgav ett stort stöd då de bekräftade kvinnornas känslor. Kvinnorna beskrev dock att deras partner hade svårt att förstå upplevelsen, och att de inte kände samma sorg kring missfallet. Enligt Gerber-Epstein et al. (2009) kan partners svårighet att förstå kvinnans känslor bero på att mannen inte kan relatera till kvinnans missfall på samma sätt som kvinnan själv gör då deras upplevelser skiljer sig åt. För att hjälpa kvinnan genom hennes upplevelser kan partnern medvetet sätta sina egna känslor åt sidan, vilket kan ses som en förklaring till partners begränsade sorguttryck. I denna studie framkom det även att de kvinnliga familjemedlemmarna samt väninnorna ingav hopp genom att komma med uppmuntrande ord. Det var dock inte alla kvinnor som upplevde stöd från familj och väninnor. Gerber-Epstein et al. (2009) beskriver i sin studie att kvinnorna

inte alltid ges tid till att sörja då en del närstående förväntar sig att kvinnan snabbt ska gå vidare.

### *Omvårdnadsteoretiskt perspektiv*

Swansons (1991) studie inriktar sig på kvinnor som varit med om ett missfall och hur dessa ska bemötas. Swansons grundpelare *knowing, being with, doing for, enabling* och *maintaining belief* bör praktiseras av sjuksköterskan i kontakt med kvinnor som genomgått missfall. I denna studie betonas det att omvårdnaden ska individanpassas för att tillgodose varje kvinnas behov. Detta kan jämföras med *knowing* där kvinnornas upplevelser och behov efter ett missfall varierar vilket påvisar att det inte går att arbeta inom strikta ramar. *Being with* kan sammankopplas till denna studie som poängterar vikten av att finnas till hands och samtala med de kvinnor som genomgått ett missfall. Detta beskrevs i denna studie som betydelsefullt, där vikt lades vid det ödmjuka bemötandet. *Doing for* kan ses i denna studie där kvinnorna var i behov av tröst. Här betonas även den fysiska kontakten som för många kvinnor upplevdes som trygghet. Information benämns som en viktig aspekt i denna studie, vilket kan jämföras med *enabling*. Detta är en betydande del för att kvinnorna ska kunna förstå situationen. I denna studie framkom det sjuksköterskans stöd uppskattades av kvinnorna i den svåra situationen. Att inge hopp och skapa trygghet hos kvinnan kan sammankopplas med *maintaining belief*.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

De flesta av kvinnorna som genomgått ett missfall upplevde händelsen som omvälvande, där behovet av sjuksköterskans kompetens och stöd var stort. Det råder delade meningar hos kvinnorna som vårdats för missfall huruvida deras omvårdnadsbehov tillgodosattes av sjuksköterskorna, men slutsatsen kan dras att deras emotionella omvårdnad behöver förbättras. Som sjuksköterska ska kvinnans helhet beaktas. Fokusering läggs ofta på den fysiska aspekten vilket gör att det emotionella behovet inte alltid tillgodoses.

Sjuksköterskorna bör bemöta kvinnorna på ett ödmjukt och omhändertagande vis, där kvinnornas känslor och tankar bör bekräftas. Information bör ges till kvinnorna kring varför missfallet skett samt det aktuella händelseförloppet, då detta bidrar till delaktighet i vården. Uppföljning bör erbjudas till kvinnorna en tid efter missfallet för att säkerställa kvinnornas

hälsa. Stödet från närstående är betydelsefullt för att kvinnorna lättare ska kunna bearbeta händelsen.

Varje kvinnas upplevelse är unik där behovet av den emotionella omvårdnaden varierar. Det är viktigt att som sjuksköterska identifiera behoven och anpassa omvårdnaden efter varje enskild kvinna. Både den fysiska och psykiska aspekten ska beaktas, varav det är viktigt att som sjuksköterska ha kunskaper inom båda områdena. För att uppnå en tillfredsställande omvårdnad bör sjuksköterskornas kunskap vidgas vilket kan åstadkommas genom ytterligare utbildning. Författarnas förhoppning är att kvinnor som genomgått missfall ska få sina emotionella omvårdnadsbehov tillfredsställda.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna har valt att göra majoriteten av arbetet tillsammans. Det första som utfördes var litteratursökning, vilket gjordes gemensamt men med uppdelning av databaser. Samtliga artiklar lästes igenom var för sig av bägge författarna för att sedan diskuteras.

Kvalitetsbedömning utfördes gemensamt utifrån valt protokoll. Därefter sammanställdes alla artiklar, både individuellt och gemensamt. Samtlig text har sedan skrivits tillsammans av författarna.

## 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 and infant psychology*, 23(1), 3-18.
- Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage. *Health care for women international*, 25(6), 543-560.
- Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (2011). *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Tidig förlust: Kvinnors upplevelse av missfall. *Vård i Norden*, 32(1), 32-36.
- Anderson, K., Anderson, L. & Glanze, W. (1994). *Mosby's medical, nursing, and allied health dictionary: illustrated in full color throughout*. (4. ed.) St. Louis: Mosby.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur
- Bensen, S., & Stevens H. (1992). Women's experiences of miscarriage in early pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37(2), 84-90. Från
- Bergman, O., & Normelli, A. (2000). *Den lilla sorgen: en bok om missfall*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Caelli, K., Downie, J., & Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of advances nursing*, 39(2), 127-136.
- Corbet-Owen, C., & Kruger, L-M. (2001). The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19(4), 411-427.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Geller, P., Kerns, D., & Klier, C. (2003). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*. 56(1), 35-45.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in the first pregnancy: the women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29.
- Gottlieb, C., & von Schoultz, B. (2004). *Öppenvårdsgynekologi*. Stockholm: Liber.
- Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 8-14.



- Hedin, U-C. (1994). *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom* (Akademisk avhandling, Göteborgs universitet, Institution för socialt arbete).
- Hemminki, E., & Forssas, E. (1999). Epidemiology of miscarriage and its relation to other reproductive events in Finland. *American journal of obstetrics and gynecology*, 181(2), 396-401.
- Jacobs, J., & Harvey, J. (2000). Evaluation of an Australian miscarriage support programme. *British journal of nursing*, 9(1), 20-26.
- Jansson, C., & Adolfsson, A. (2010). A Swedish study of midwives' and nurses' experiences when women are diagnosed with a missed miscarriage during a routine ultrasound scan. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(2), 67-72.
- Maker, C., & Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity. *Psychology and Health*, 18(3), 403-415.
- Matthiesen, L., Kalkunte, S., Sharma, S. (2012) Multiple pregnancy failures: an immunological paradigm. *Am J Reprod Immunol*, 67(4):334-40.
- McCreight, B-S. (2004). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 439-448.
- McCreight, B-S. (2008). Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland. *Omega*, 57(1), 1-19.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1583-1591.
- Murphy, F., & Philpin, S. (2010). Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5):534-541.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar: med stöd av IT och internet*. Studentlitteratur: Lund
- Paton, F., Wood, R., Bor, R., & Nitsun, M. (1999). Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *Journal of reproductive and infant psychology*, 17(3), 301-315.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639.
- Rowlands, I., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infants Psychology*, 28(3), 274-286.
- Sefton, M. (2007). Grief Analysis of Adolescents Experiencing an Early Miscarriage. *Hispanic Health Care International*, 5(1), 13-20.

Simmons, R., 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.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 20 mars, 2014, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Statistiska centralbyrån. (2013). *Befolkningsframskrivningar*. Hämtad 28 april, 2014, från <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=tansss&xu=C9233001&huvudtabell=FoddaK&deltabell=R2&deltabellnamn=Levande+f%F6dda+i+riket+efter+k%F6n.++%C5r&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&preskat=O&innehall=Fodda&starttid=1968&stopp tid=2013&ProdId=be0101&fromSok=&Fromwhere=S&lang=1&langdb=1>

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 21 mars, 2014, från [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM\\_Omvardnad.och.god.vard.webb.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM_Omvardnad.och.god.vard.webb.pdf)

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing research*, 40(3), 161-166.

Swanson, K., Connor, S., Jolley, S., Pettinato, M., & Wang, T-J. (2007). Contexts and evolution of Women's Responses to Miscarriage During the First Year after Loss. *Research in Nursing & Health*. 30(1), 2-16.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

W.H.O. (2008). *Managing Incomplete Abortion*. Hämtad 24 mars, 2014, från [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669\\_3\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669_3_eng.pdf)

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