



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Kvinnors upplevelser av omvårdnad vid missfall

En litteraturstudie

Författare: Amanda Askerstedt & Josefin Eigert

Handledare: Monne Wihlborg

Kandidatuppsats

Våren 2018

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Kvinnors upplevelser av omvårdnad vid missfall

## En litteraturstudie

Författare: Amanda Askerstedt & Josefin Eigert

Handledare: Monne Wihlborg

Kandidatuppsats

Våren 2018

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Missfall är en vanlig komplikation vid graviditet då omkring 45% av alla graviditeter slutar i missfall. Tidigare forskning har visat på att missfall är en omvälvande händelse i kvinnors liv som medför specifika behov av omvårdnad. **Syfte:** Att belysa aspekter av kvinnors upplevelse av omvårdnaden i samband med missfall. **Metod:** En litteraturstudie med kvalitativ ansats utfördes utifrån åtta vetenskapliga artiklar som analyserades tematiskt.

**Resultat:** Tre huvudteman identifierades; *Behovet av bekräftelse*, *Behovet av omtanke* och *Behovet av delaktighet*. **Slutsats:** Roys adaptionsmodell vid omvårdnaden av kvinnor som får missfall tydliggör kvinnornas behov och inneboende copingstrategier. Omvårdnadsinsatser som beaktar kvinnans berättelse, autonomi och sorg kan i förlängningen främja vården av kvinnor som genomgår ett missfall.

## Nyckelord

Missfall, Upplevelser, Omvårdnad

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Introduktion .....	3
Problemområde .....	3
Bakgrund .....	4
Omvårdnad och Roys adaptionsmodell .....	4
Missfall .....	5
Missfallets emotionella påverkan .....	6
Vikten av att synliggöra omvårdnaden vid missfall .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	8
Urval .....	8
Datainsamling .....	9
Sökschema 1 .....	10
Sökschema 2 .....	11
Kvalitetsgranskning .....	12
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	14
Behovet av bekräftelse .....	14
Att inte bli emotionellt uppmärksammas .....	15
En önskan om att bli förstådd .....	15
Behovet av omtanke .....	17
Krisen i att bli åsidosatt .....	17
Saknad av utrymme för sorg .....	18
Behovet av delaktighet .....	19
Att inte få veta .....	19
Skapa avslut .....	21
Diskussion .....	21
Diskussion av vald metod .....	22
Diskussion av framtaget resultat .....	24
Lyhörddhet inför kvinnans berättelse .....	24
Respekt för kvinnans autonomi .....	26
Sorg som copingprocess .....	27
Slutsats och kliniska implikationer .....	28
Författarnas arbetsfördelning .....	29
<b>Referenser .....</b>	<b>30</b>
Bilaga 1 .....	34

# Introduktion

## Problemområde

Missfall är en vanlig komplikation vid en graviditet då omkring 45 % av alla befruktningar slutar i missfall (Hacker, Gambone, & Hobel, 2016; Hardy & Hardy, 2015). Spontana missfall förekommer utan att kvinnan är medveten om att hon varit gravid, vilket innebär att många missfall inte uppmärksammas (Harvey, Moyle & Creedy, 2001) och nära 80–85% av missfallen sker tidigt i graviditeten till och med vecka 12 (Borgfeldt, Åberg, Andersson & Andersson, 2010). Socialstyrelsen (Bilaga 1) sammanställer hur många personer som uppsöker vård för olika diagnoser i Sverige och 2016 besökte mer än 11 000 kvinnor den specialiserade öppenvården för vård av missfall. Missfall definieras som en ofrivilligt avslutad graviditet före 22 fullbordade graviditetsveckor (WHO, 2001) och kan ha stor emotionell påverkan på kvinnan, präglad av sorg (Georgsson & Stenström Bohlin, 2016; Harvey et al., 2001; Smith, Frost, Levitas, Bradley & Garcia, 2006), ångest, depression, stress (Smith et al., 2006), skuld känslor (Georgsson & Stenström Bohlin, 2016; Harvey et al., 2001), förlustkänslor samt osäkerhet inför en ny graviditet (Harvey et al., 2001). Flera studier visar på att det finns brister i hur vårdpersonal möter kvinnor som får missfall (Harvey et al., 2001; Smith et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002). I Smith et al. (2006) beskrivs att kvinnorna saknade information om behandlingen och att de upplevde vården som kall med bristande lyhördhet. Tsartsara och Johnson (2002) betonar vikten av att sjuksköterskan har tid och engagemang för att kunna erbjuda kvinnorna det stöd de behöver. Harvey et al. (2001) belyser att kvinnor upplever vården vid missfall som snabb och att det emotionella välbefinnandet blir åsidosatt. Mer kunskap efterfrågas om kvinnans upplevelse av omvårdnaden vid missfall, vilket i förlängningen kan ge kunskap som gör det möjligt för sjuksköterskan att uppmärksamma och förstå den enskilda kvinnans upplevelse av vårdsituationen (ibid.). Att arbeta personcentrerat vid varje enskilt möte med en patient ingår i sjuksköterskans kärnkompetenser. Varje patient ska ses och förstås som unika personer med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Mot bakgrund av tidigare forskning bedöms det vara relevant att sammanställa den senaste kunskapen om hur kvinnor upplever omvårdnaden vid missfall för att i förlängningen även belysa hur sjuksköterskan kan stödja kvinnan och hennes behov.

## Bakgrund

### *Omvårdnad och Roys adaptationsmodell*

Sjuksköterskans kompetensområde *omvårdnad* är grundat i en humanistisk och holistisk människosyn och inkluderar både teori och klinisk praktik i form av omvårdnad som vetenskapligt kunskapsområde och det patientnära arbetet (SSF, 2017). Holism innebär att kropp, själ och omgivning är sammanflätade till en odelbar helhet (SSF, 2016a). En holistisk syn på människan från ett omvårdnadsperspektiv innebär bland annat att ge personen som söker vård möjlighet att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem och att uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden (SSF, 2017).

Roys adaptationsmodell bygger på ett humanistiskt och ett systemteoretiskt perspektiv och hon kombinerar perspektiven i sin beskrivning av människan som ett holistiskt, adaptivt system. Utifrån humanismen beskriver Roy att människan besitter en inneboende helhet som försöker uppnå samhörighet och mening i relationen med varandra och till omvärlden. Människan ses som holistisk med subjektiva upplevelser som strävar efter att upprätthålla sin inneboende integritet och individualitet. Inom systemteorin, enligt Roy, definieras ett system som en samling delar som dels verkar tillsammans som en helhet, men även agerar individuellt, vilket Roy har integrerat i sin syn på människan som så kallade komplexa adaptiva system. De adaptiva systemen växer konstant och utvecklas i relation till en föränderlig miljö. En förutsättning för att människan ska kunna anpassa sig utifrån sin ständiga interaktion med miljön är att de adaptiva systemen konstant har ett samspel och strävar efter balans. Genom att upprätthålla balans kan människan hantera det hon möter i sitt samspel med världen (Roy, 2009).

Svensk sjuksköterskeförening (2016) definierar hälsa som en helhet av människans upplevelser och värderingar där personen, som autonom individ, således själv har möjlighet och förmåga att definiera innebörden av begreppet. Hälsa enligt Roy (2009) beror på människors förmåga att anpassa sig och hantera stimuli. Förmågan att bevara hälsa är beroende av var och ens individuella förmåga att ta in information och skapa balans i en föränderlig miljö. Miljön omfattar både människas inre likväl yttre omständigheter och är en källa till stimuli, vilka bland annat påverkas av hennes rådande livsvillkor och den fysiska och sociala miljön. Förmågan hos en person att anpassa sig i en situation benämns som

adaptionnivå och kan ske på tre olika sätt (ibid.); integrerad, kompenserad och komprometterad (Roy, 2009, översatt i Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 244). Den integrerade adaptionnivån är ett tillstånd av att vara hel eller i balans och därmed ha hälsa. Brist på hälsa visas när integrationen inte fungerar och innebär att de adaptiva systemen inte anpassar sig till en förändrad miljö. Förändringar i miljön påverkar en persons utveckling och provocerar alltid ett beteende eller en respons och aktiverar copingprocesser. En hälsa i obalans kan vara kompenserad, då personen själv klarar att adaptera till förändringarna i miljön, eller komprometterad, då personen är i behov av stöd utifrån.

Enligt Roy (2009) är målet med omvårdnad att främja adaption, hälsa, livskvalitet samt att dö med värdighet. Sjuksköterskans omvårdnadsarbete i Roys modell beskrivs som att identifiera och stödja adaptiva responser samt identifiera och bedöma ineffektiva responser, som bidrar till en obalanserad tillvaro. Fungerande adaptiva responser och copingprocesser främjas utifrån omvårdnadsprocessen (ibid.). Enligt SSF (2017) innebär omvårdnadsprocessen att sjuksköterskan generellt bör arbeta strukturerat genom att bedöma, planera, genomföra och utvärdera responser, strategier och omvårdnadsbehov, vilket kan ses som förenligt med Roys (2009) synsätt där omvårdnadsprocessen är ett problemlösande förhållningssätt för att kunna stödja kvinnans adaptionprocess. Omvårdnad sker i ett partnerskap mellan sjuksköterskan och personen som vårdas, i sammanhanget kvinnan som fått missfall, där relationen är präglad av tillit, respekt och autonomi (SSF, 2017) och där det ingår i sjuksköterskans profession att stärka individens förmågor och resurser (SSF, 2016a). Roys adaptionmodell (2009) kan användas vid förändrade livsomständigheter och kan med fördel ge stöd i omvårdnaden av kvinnor som upplevt ett missfall, för att förebygga att kvinnans hälsoupplevelse sätts ur balans.

### *Missfall*

WHO (2001) definierar missfall som en ofrivilligt avslutad graviditet före 22 fullbordade graviditetsveckor. Missfall kallas även spontan abort (Borgfeldt et al., 2010), och för att förhindra missförstånd kommer begreppet missfall att användas i föreliggande studie fortsättningsvis. Ett missfall beror vanligtvis på kromosomavvikelse eller andra defekter hos det befruktade ägget (Hacker et al., 2016) och det finns ingen behandling som kan förhindra förloppet (Borgfeldt et al., 2010). Hardy & Hardy (2015) presenterar i en översiktsartikel att

risker för missfall ökar med kvinnans ålder samt om kvinnan har en historia med tidigare och upprepade missfall (ibid.) Symtom och tecken på missfall kan skilja sig åt från kvinna till kvinna och är beroende på vilken vecka missfallet sker. Symtom som kan uppkomma är bland annat blödningar och smärta, molande värk och kramper i nedre delen av magen. Kvinnor kan även se koagelliknande klumpar i blödningen vilket är rester från embryot som blött ut (Hacker et al., 2016). Smärtintensiteten vid missfall är varierande, hos vissa kvinnor liknar det menstruationssmärter medan hos andra påminner det om kontraktionssmärta, som vid en förlossning. Behandlingen kan vara medicinsk, kirurgisk eller avvaktande (Smith et al., 2006). Läkemedelsbehandling hjälper livmodern att dra ihop sig och stöta ut resterna från graviditeten, medan vid skrapning så sugts resterna ut ur livmodern under narkos (Georgsson & Stenström Bohlin, 2016). En avvaktande behandling innebär att ingen intervention görs och kvinnan väntar på att livmodern spontant ska tömma sig (Smith et al., 2006).

### *Missfallets emotionella påverkan*

Forskning visar att kvinnor som får missfall kan bli emotionellt påverkade på olika sätt av situationen (Harvey et al., 2001; Tsartsara & Johnson, 2002). En fenomenologisk studie av Harvey et al. (2001), som omfattade tre kvinnors upplevelse av missfall, visade på olika känslor av förlust; förlusten av barnet, förlusten av moderskapet och förlusten av hopp och drömmar. Kvinnor som fått missfall kan känna, till följd av förlusten, sorg och nedstämdhet och har behov av omsorg. Kvinnorna i studien sökte efter förklaringar och anledningar till varför barnet inte levde och kände skuld för att de själva kanske hade orsakat missfallet. Studien visar att kvinnorna även utvecklade skuld-känslor, som påverkade deras självkänsla och skapade tvivel till deras förmåga att få barn i framtiden (ibid.).

I en studie av Tsartsara och Johnson (2002) intervjuas sex kvinnor om deras upplevelse av vård på en specialiserad, sjuksköterskeledd enhet för missfall i jämförelse med att vårdas för missfall på en vanlig gynekologisk vårdavdelning. Resultatet indikerar att kvinnor som fått missfall kan ha ångest, många frågor om varför det hade hänt dem samt att de, i likhet med vad som framkom i Harvey et al. (2001), bildar egna antaganden om att de själva orsakat missfallet. Tsartsara och Johnson (2002) framhåller även att kvinnan har ett behov av förståelse för känslor förknippade med hennes avslutade moderskap, till exempel om kvinnan möter gravida kvinnor kan hon känna ett ökat lidande, en förstärkning av förtvivlan och även

ilska. Upplevelsen av att bli bekräftad dels som patient och dels som sörjande mor, utmärker kvinnan och särskiljer henne från andra patienter på en vanlig gynekologisk vårdavdelning (ibid.).

### *Vikten av att synliggöra omvårdnaden vid missfall*

Harvey et al. (2001), Smith et al. (2006) och Tsartsara och Johnson (2002) beskriver på olika sätt hur kvinnorna påverkades av deras omvårdnad under tiden för missfallet. Harvey et al. (2001) beskriver hur den svåra förlusten komplicerades ytterligare på grund av den vård kvinnan fick. Studien indikerade att kvinnornas behov inte blev tillgodosedda på grund av att vården var snabb och inte såg det emotionella välbefinnandet som viktigt samt att kvinnorna fann brister i vårdpersonalens bemötande vid missfallet (ibid.). Smith et al. (2006) intervjuade 72 kvinnor om deras upplevelse av behandlingsalternativen som finns vid pågående missfall. Studien visar, i likhet med Harvey et al. (2001), att kvinnorna hanterades som på löpande band och fick ett kyligt bemötande från personalen. Vidare beskriver studien att kvinnorna lämnades ensamma och att de inte hade tillgång till tillräcklig information om vad behandlingen vid missfall innebar för att kunna ta välgrundade beslut. Beslut om behandling togs istället grundat i olika känslor, såsom att inte vilja skada barnet trots att kvinnorna förstod att barnet inte längre levde eller att de ville få ett avslut på lidandet och att det som var dött skulle försvinna ut så fort som möjligt (Smith et al., 2006). Tsartsara och Johnson (2002) tar upp att sjuksköterskan inte kunde prioritera kvinnor som fått missfall för att andra patienter på avdelningen krävde mer vård. Studien indikerar även att bristande sympati för kvinnorna som genomgick ett missfall ledde till bristande omsorg. På en specialiserad klinik för kvinnor som fått missfall hade sjuksköterskan möjlighet att erbjuda kvinnan stöd och tid att sörja (ibid.).

Hur omvårdnaden ges är avgörande för hur kvinnan kommer uppleva situationen (Smith et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002) och kvinnor påpekade problem i vården som påverkades deras återhämtning negativt (Harvey et al., 2001). Under den korta tid kvinnan befinner sig på sjukhus har vårdpersonalen en viktig uppgift i att hjälpa henne att förstå och acceptera det som inträffat (Borgfeldt et al., 2010). Att möta ett definitivt avslut på graviditeten och missfallet kräver copingstrategier (Tsartsara & Johnson, 2002), vilka är individuella från kvinna till kvinna och beror ofta på hur hon ser på situationen. Olika faktorer kan påverka



hennes beteende, som missfallets intensitet, tidigare missfall, möjlighet att få stöd och vem hon är som person (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). Harvey et al. (2001) efterfrågar mer kunskap om kvinnans upplevelse av sitt missfall för att sjuksköterskan ska kunna uppmärksamma och förstå den enskilda kvinnans behov. Genom att förstå kvinnans upplevelse av omvårdnaden vid missfall kan föreliggande studie bidra med kunskap och förståelse för hur sjuksköterskor, i enlighet med SSF (2017), kan arbeta för att främja tillit, respekt och värna om kvinnans autonomi.

## **Syfte**

Syftet är att belysa aspekter av kvinnors upplevelser av omvårdnaden i samband med missfall.

## **Metod**

Studien är en litteraturstudie, vilken enligt Kristensson (2014) definieras som en sammanställning av vetenskaplig litteratur. En litteraturstudie kan bland annat användas för att sammanställa befintlig kunskap som underlag för utformandet av riktlinjer eller förändrade arbetssätt. Metoden kan även användas för att utveckla nya forskningsfrågor genom att kartlägga vad inom området som redan har undersökts och vad som inte har belysts (ibid.). Vetenskapliga studier söktes i referensdatabaser, kvalitetsgranskades och analyserades, vilket identifierade teman som gav en översiktlig bild av olika aspekter av kvinnors upplevelse av omvårdnaden vid missfall. Aspekter innebär i sammanhanget en reservation för att föreliggande litteraturstudie endast belyser delar av fenomenet av några kvinnors upplevelser. För att belysa fenomenet upplevelser i relation till missfall krävs en mer omfattande studie.

## **Urval**

Urvalet består av vetenskapliga studier framsökta via referensdatabaserna PubMed och Cinahl. Inklusionskriterierna var primärstudier skrivna på engelska eller svenska, publicerade

de senaste 10 åren, där kvinnorna var över 18 år och som fokuserade på kvinnans upplevelse av missfall före graviditetsvecka 22. Studier som både hade fokus på kvinnans och vårdpersonals, partners eller närståendes upplevelse inkluderades, men enbart kvinnans upplevelse har varit underlag vid analys av valda data. Studier som både undersökte missfall och förlust av graviditet efter vecka 22 inkluderades, men enbart data om missfall har varit underlag vid analysen. Studier exkluderades om fokus låg på en annan persons upplevelse av missfallet, exempelvis hos sjuksköterska, partner eller familj, eller om det var oklart vems upplevelse som studerades.

## **Datainsamling**

Vetenskapliga studier identifierades genom sökningar i referensdatabaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. Alla tre databaser innehåller en stor mängd vetenskapliga artiklar, men PubMed är den mest använda och innehåller flest artiklar, 21 miljoner. De vetenskapliga skrifterna i PubMed innehåller framförallt studier inom medicin, medan Cinahl är specificerad på hälso- och vårdvetenskap. Databasen PsycINFO innehåller artiklar inom psykologi och beteendevetenskap (Kristensson, 2014).

Tesaurus, en katalog över vetenskapliga standardtermer, är ett effektivt hjälpmedel i sökningen av referenslitteratur. Olika vetenskaper har sina egna standardtermer, såsom MeSH eller Cinahl Headings, och sökorden har utformats individuellt för varje databas. Genom att göra en fritextsökning på standardtermer inkluderade de olika databaserna både studier som var indexerade under standardtermen, samt nya studier inom ämnet som ännu inte fått termen inlagd (Backman, 2016). Sökningen inkluderade därmed de allra senaste studierna inom valt område.

Sökningarna gjordes i flera block, vilka sedan kombinerades med hjälp av de Booleska sökoperatorerna AND och OR. Enligt Kristensson (2014) ökar sökoperatorerna AND och OR sökningens sensitivitet genom att AND kombinerar söktermer med varandra och OR söker på närliggande begrepp. I Cinahl gjordes även en sökning på "Abortion, Spontaneous Psychosocial Factors" som huvudsakligt innehåll, vilket begränsade sökningen till artiklar som huvudsakligen handlade om ämnesordet (Elton B. Stephens Co [EBSCO] help, n.d.). I det sista steget avgränsades sökningen till träffar publicerade från och med år 2009.

Litteratursökning är en process där olika kombinationer av sökord behöver testas för att identifiera de artiklar som är relaterat till syftet (Friberg, 2017). Sökorden och sökkombinationerna i sökschema 1 och 2 hade flest antal studier som relaterade till valt område.

Litteratursökningen med valda sökord resulterade i en mängd studier och ett systematiskt arbete utifrån Kristensson (2014) utfördes för att välja artiklar till analysprocessen. Alla titlar lästes och identifierades efter relevans till syftet. Valda studiers abstrakt granskades, och de studier vars abstrakt indikerade relevans för syftet, granskades därefter i sin helhet. Fulltextläsning genomfördes av ett antal studier för att avgöra om studiens resultat svarade på valt syfte och valda inklusionskriterier, varav 12 studier valdes att kvalitetsgranskas. Inga vetenskapliga studier från PsycINFO bedömdes efter fulltextläsning som relevanta till föreliggande studies resultat.

### Sökschema 1

Sökdatum 180405

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	miscarriage OR abortion, spontaneous	41770				
#2	nursing OR nursing care OR nurse's role	705164				
#3	adaptation, psychological OR patient satisfaction OR social support OR emotions OR bereavement OR experience OR nurse-patient relations	1238983				
#4	#1 AND #2	738				
#5	#1 AND #3	2249				
#6	#1 AND #2 AND #3	237				

#7	#6 senaste 10 åren	98	39	8	3	3
#8	Coping	145156				
#9	#1 AND #8	145108				
#10	#8 AND #9	247				
#11	#10 senaste 10 åren	90	37	5	1	1

## Sökschema 2

Sökdatum 180405

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	coping OR patient satisfaction OR support, psychosocial OR emotions OR bereavement OR experience OR nurse- patient relations	452,351				
#2	miscarriage or abortion spontaneous or pregnancy loss	10,434				
#3	nursing OR nursing role OR nursing care	624,767				
#4	#1 AND #2	1,554				
#5	#2 AND #3	479				
#6	#1 AND #2 AND #3	112 publicerade de senaste 10 åren	21	3	3	2
#7	MM "Support, Psychosocial"	20,605				

#8	#2 AND #7	258	7	1	0	0
#9	MM "Abortion, Spontaneous Psychosocial Factors"	142 publicerade de senaste 10 åren	38	9	5	2

## Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen är en viktig process för att gallra bland alla vetenskapliga studier för att få fram litteratur av hög kvalitet (Kristensson, 2014). Tolv studier kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskningsmetodik (2017). Studierna bedömdes ha hög kvalitet om de hade överhängande jakande svar på frågorna i mallen. I enlighet med Friberg (2017), granskades även studiernas kvalitet med ett kritiskt förhållningssätt till studiens helhet och bedömdes om studierna undersökt det fenomen som var avsett att undersökas samt om studierna ökade förståelsen för det undersökta fenomenet. Studier som hade ett flertal nekande svar på frågorna i SBU:s granskningsmall samt inte undersökte det de var avsedda att undersöka bedömdes ha låg kvalitet och exkluderades. Granskningen av studiernas kvalitet resulterade i sju studier med hög kvalitet och en studie med medelhög kvalitet. Studien med medelhög kvalitet inkluderades eftersom att resultatet svarade på syftet och var logiskt och begripligt fastän det inte var tydligt beskrivet.

## Dataanalys

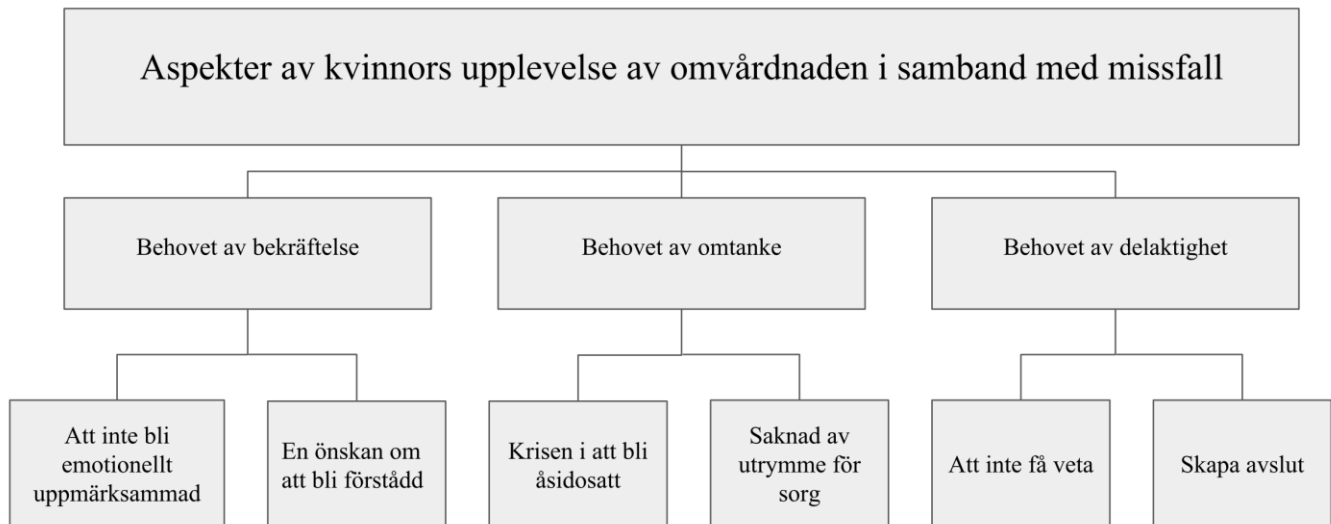
Studierna som inkluderades analyserades i enlighet med Fribergs (2017) olika steg för integrativ översikt. För att skapa en överskådlighet och struktur på insamlad data samt lära känna karaktären av materialet sammanfattades respektive studies syfte, metod och resultat i ett översiktsblad. Resultatet lästes ett flertal gånger för att säkerställa att innehållet och sammanhanget relaterade till syftet. En reduktion med grund av data genomfördes genom att sammanställa och identifiera data som svarade på valt syfte. Fokus var även att identifiera likheter och olikheter i innebörder av upplevelser vid missfall. Analysen gick således ut på att säkerställa att enbart data med hänseende till kvinnors upplevelser inkluderades och mynnade i att tre teman skapades, vilka belyser aspekter av hur kvinnor upplever given omvårdnad vid missfall (se figur 1).

## Forskningsetiska avvägningar

Kristensson (2014) sammanfattar fyra forskningsetiska aspekter att ha i beaktning vid forskningsprojekt som involverar människor; autonomi-, icke-skada, nytto- och rättvisepincipen. Principerna fanns i åtanke i den kritiska granskningen av de vetenskapliga studierna som ligger till grund för resultatet. Autonomiprincipen hänvisar till att samtliga deltagare har fått relevant information för studiens betydelse, har gett sitt frivilliga samtycke till att delta samt att de kan välja att lämna studien när som helst. Genom att behandla allt material från till exempel intervjuer med sekretess enligt gällande lagstiftning samt med konfidentialitet eller anonymitet tas det hänsyn till att inte-skada-principen och deltagarnas integritet skyddas från insyn av obehöriga. Alla studier som involverar människor ska ha övervägt nyttan med studien i förhållande till risken för skada, obehag och lidande. Det är även viktigt att alla deltagare behandlas rättvist och är med i studien på lika villkor (ibid.). I Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008) beskrivs även vikten av att studier som involverar människor genomgår en etikprövning av en oberoende etisk kommitté. Sju av de vetenskapliga studierna som inkluderats i resultatet har tagit hänsyn till etiska överväganden enligt nämnda principer. En studie saknar godkännande av en etisk kommitté, men inkluderades i resultatet då forskarna för ett utförligt resonemang om hur det insamlade materialet hanterades konfidentiellt, att deltagarna själva anmälde sig till studien och att alla deltagare givits skriftlig och muntlig information om studiens syfte och hur intervjuerna skulle utföras. Författarna förhåller sig även till Lunds Universitets riktlinjer och föreskrifter (2017) gällande plagiering och vilseledande plagiering genom att bland annat utföra ett självständigt arbete och ha tydliga källhänvisningar.

## Resultat

Vid den integrerade analysen av valda studier identifierades tre teman som belyser aspekter av kvinnans upplevelse av omvårdnad vid missfall; *Behovet av bekräftelse*, *Behovet av omtanke* och *Behovet av delaktighet*. Varje huvudtema är i sin tur uppdelade i två subteman, se figur 1.



Figur 1.

### Behovet av bekräftelse

Resultatet visar att kvinnor har behov av att bli bekräftade i sina känslor vid missfall (Ancker, Gebhardt, Andreassen, Botond, 2012; MacWilliams, Hughes, Aston, Field & Wight Moffatt, 2016; Meaney, Corcoran & Spillane, 2017; Gerber-Epstein, Leichtentritt, Benyamini, 2009). Kvinnor upplever att deras känslor inte uppmärksammas (Ancker et al., 2012; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017; Murphy och Merell, 2009; Sereshti, Nahidi, Simbar, Ahmadi, Bakhtiari & Zayeri, 2016) och att vårdpersonal måste förstå missfallet som helhet för att kunna erbjuda kvinnorna adekvat stöd (Ancker et al., 2012; Murphy och Merell, 2009; Gerber-Epstein et al., 2009; MacWilliams et al., 2016). Två subteman; *Att inte bli emotionellt uppmärksammas* och *En önskan om att bli förstådd* belyser olika perspektiv av kvinnors behov av bekräftelse i samband med att de får missfall.

### *Att inte bli emotionellt uppmärksammas*

En del kvinnor upplevde att vården inte såg eller uppmärksammas behoven som fanns kopplade till deras känslomässiga upplevelser. Kvinnorna hade ett behov av att få ett erkännande om att deras missfall var en giltig förlust, men de saknade ett emotionellt erkännande från vårdpersonal (Ancker et al., 2012; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016). Kvinnorna kände en besvikelse och hade ett behov av att vården tog de starka känslor som missfallet innebar på allvar, enligt intervjuer med sex respektive åtta kvinnor (Ancker et al., 2012; MacWilliams et al., 2016). Kvinnorna upplevde att deras känslor om sitt missfall som en stor traumatisk händelse varken respekterades, uppmärksammas (Ancker et al., 2012), erkändes eller prioriterades (MacWilliams et al., 2016). Några kvinnor upplevde att vårdpersonal förhöll sig objektivt till missfallet, att de hanterade det som en cellklump eller ett embryo, när kvinnornas känsla istället var riktat kring upplevelsen av att barnet var dött. Kvinnorna blev därtill besvikna över att bli reducerade till ett medicinskt faktum (Ancker et al., 2012) och att de bara var en i mängden av alla missfall som kom till akutmottagningen. Andra kvinnor upplevde en brist på att få sin oro uppmärksammas, vilken bemöttes av vårdpersonal med likgiltighet och på rutin (MacWilliams et al., 2016). Flertalet kvinnor upplevde även att situationen var ohanterbar och påfrestande på grund av brist på emotionellt stöd från vårdpersonal, enligt intervjuer med 23 kvinnor (Sereshti et al., 2016), vilket bekräftades i MacWilliams et al. (2016). Intensiteten i kvinnornas chock, förvirring och obehag av missfallet ökade vid vårdpersonals brist på uppmärksammas av deras moderliga känslor i den oväntade och sorgliga händelsen (Sereshti et al., 2016) och gjorde att kvinnorna kände sig rädda, förkrossade och ytterligare traumatiserade av händelsen (MacWilliams et al., 2016). I intervjuer med 10 kvinnor framkom att oavsett hur långt gångna kvinnorna var i graviditeten var det viktigt att få missfallet erkänt som en giltig förlust (Meaney et al., 2017), vilket bekräftas i Ancker et al. (2012).

### *En önskan om att bli förstådd*

Resultatet visar att kvinnorna inte blev bemötta med förståelse för den traumatiska händelse som missfallet innebar. Saknaden av förståelse ledde till att deras behov av stöd, medkänsla och omvårdnad blev förbisedda (Ancker et al., 2012; Murphy & Merell, 2009; Gerber-Epstein



et al., 2009). Kvinnor kunde känna sig besvikna och som i upplösningstillstånd av att vara oförstådda och ifrågasatta i sina känslor och behov (Ancker et al. 2012). En del kvinnor upplevde att de blev försedda med känslor de inte hade och att det var fel av vårdpersonal att benämna variationen av ångest, sorg och andra känslor som depression, vilket framkom under observationer av vårdinrättningar och intervjuer med åtta kvinnor (Murphy & Merell, 2009). De hade ett behov av stöd och empati och ville att vårdpersonalen skulle stanna upp, lyssna och förstå deras berättelse (Ancker et al. 2012). Andra kvinnor hade även ett behov av att få höra att det är tillåtet att sörja och att det är en naturlig process vid förlust. Sorgeprocessen kunde ta olika lång tid, men flera kvinnor ansåg att det var viktigt att få det utrymme de behövde för att klara av att gå igenom den traumatiska situationen som missfallet innebar, enligt intervjuer med 19 kvinnor (Gerber-Epstein et al., 2009).

Flertalet kvinnor upplevde vårdpersonlens oförståelse av betydelsen av att genomgå ett missfall även i samband med behandling (Gerber-Epstein et al., 2009; Olesen, Graungaard & Husted, 2014). Vårdpersonalen upplevdes som oberörda av situationen, vilket gjorde att kvinnorna kände hjälplöshet då de behövde klä av sig nakna. Ett känslokallt och oförstående bemötande upplevde kvinnorna som omänskligt och förstärkte de redan befintliga svåra och smärtsamma känslorna som uppkom i samband med förlusten av sitt barn (Gerber-Epstein et al., 2009). Några kvinnor upplevde även att vårdpersonal inte förstod att det var en stor påfrestan att behöva ta beslut om behandling direkt efter beskedet om att de fått missfall. De försökte ta ett ansvarsfullt beslut, men upplevde ett inre kaos och fick då problem att ta in informationen och försvann istället in i sina egna tankar, enligt en intervjustudie med sex kvinnor (Olesen et al., 2014).

Kvinnor upplevde även situationer då de blev förstådda och fick stöd av vårdpersonal (MacWilliams et al., 2016; Ancker et al., 2012; & Limbo, Glasser & Sundaram, 2014). När vårdpersonal visade empati och medkänsla upplevde några kvinnor att det underlättade för dem att ta sig igenom sin svåra förlust. De kände en lättnad när de tilläts att gråta och sörja, när de fick stöd och om vårdpersonal såg till deras fysiska och emotionella behov (MacWilliams et al., 2016). När vårdpersonal uppmärksammade att de sörjde hela symboliken av missfallet, så som förlust av framtidsdrömmar och moderskap, och inte enbart förlusten av barnet upplevde några kvinnor att de blev förstådda på riktigt. För att förstå och kunna stödja krävdes inte att vårdpersonal själva genomgått ett missfall, bara att den som vårdade kunde finnas där i sorgen (Ancker et al., 2012). När vårdpersonal lyssnade på och försökte förstå

kvinnors berättelse, som till exempel att de kan ha kämpat länge för att bli gravida och att missfallet innebar ett misslyckande, ökade kvinnornas tillit till personalen och skapade en trygghet i situationen. Att kvinnorna kände tillit underlättade till exempel det svåra valet av behandling för missfall, relaterat till den traumatiska upplevelsen i missfallets natur, enligt Limbo et al. (2014) som intervjuat 23 kvinnor.

## **Behovet av omtanke**

Resultatet visar att kvinnor upplevde att det fanns en avsaknad av omtanke i omvårdnaden (MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016; Meaney et al., 2017). Kvinnor upplevde att de lämnades ensamma på akutmottagningen (MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016), att det var påfrestande att vänta (Gerber-Epstein et al., 2009; MacWilliams et al., 2016; Sereshti et al., 2016) och att de önskade att ta in och bearbeta upplevelsen i fred (Meaney et al., 2017; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016). Två subteman, *Krisen i att bli åsidosatt* och *Saknad av utrymme för sorg*, belyser olika perspektiv av hur omvårdnaden inte gavs med omtanke och hänsyn till kvinnans utsatta situation.

### *Krisen i att bli åsidosatt*

Akutmottagningen var oftast den enda vårdinstans som fanns tillgänglig (MacWilliams et al., 2016) och var den plats många kvinnor sökte till för att få vård då de fick missfall. På akutmottagningen kände sig kvinnorna bortprioriterade (MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016), att de blev starkt emotionellt påverkade och benämnde det som en traumatisk upplevelse att få vård där (MacWilliams et al., 2016). Kvinnornas emotionella och fysiska behov blev åsidosatta (Murphy & Merell, 2009) och som konsekvens uppstod en känsla av att bli lämnad ensam (MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016), att vara obekvämt och ivägen (Murphy & Merell, 2009). Många kvinnor efterfrågade en specialiserad vård med möjlighet att prioritera och möta deras behov. De upplevde att akutmottagningen inte var en plats där de kände att de hörde hemma (MacWilliams et al. 2016), relaterat till att deras upplevelse skilde sig mycket åt från andra patienters situation i väntrummet samt att det var en stressfull omgivning (MacWilliams et al.

2016; Meaney et al., 2017; Murphy & Merell, 2009). Besöket på akutmottagningen var ofta snabbt, vilket gjorde att kvinnorna hade svårt att förstå och känna vad de varit med om och de insåg först när de kommit hem hur obehaglig upplevelsen varit (MacWilliams et al. 2016).

Väntan på akutmottagningen upplevdes som påfrestande då flertalet kvinnor kände en ovisshet om huruvida graviditeten var avslutad eller inte. Att inte få ett besked samtidigt som de blödde förstärkte kvinnornas oro (Sereshti et al., 2016). Även väntan på behandling upplevdes av flera kvinnor som påfrestande och de önskade att deras vilja att få snabb behandling skulle prioriteras (Gerber-Epstein et al., 2009; MacWilliams et al., 2016). Kvinnor kunde uppleva att de förlorade kontrollen över situationen i samband med att de väntade. Tanken på att bära på något dött var outhärdlig och tiden präglades av mardrömmar, rädslor, hjälplöshet och en känsla av att bli galen (Gerber-Epstein et al., 2009). Kvinnorna ville bara göra sig av med embryot efter att ha fått besked om att det inte levde. Väntetiden till behandling upplevdes som stressig och kvinnorna tvingades hantera förlusten och kvarvarande symtom under en längre period än de ville (MacWilliams et al., 2016).

### *Saknad av utrymme för sorg*

Många kvinnor har behov av avskildhet för att känna en tillåtelse att sörja (Meaney et al., 2017; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016). Några kvinnor hade endast tunna gardiner som skilde dem från skrattande personal eller från par som kunde höra sitt barns hjärtslag via ultraljud. Kvinnorna själva fick samtidigt besked om att de hade fått missfall, och beskedet i relation till att de inte hade någon avskildhet gjorde att kvinnorna upplevde situationen som fruktansvärd (Meaney et al., 2017). När kvinnorna blev erbjudna avskildhet upplevde de att de hade möjlighet att gråta och uttrycka sin oro och sorg (Meaney et al., 2017; Murphy & Merell, 2009) och att de fick vara med sina närstående i fred. Att bli vårdad i ett enbäddsrum kunde dock bidra till att en del kvinnor kände sig ensamma och bortglömda för att vårdpersonal inte besökte dem så ofta som de ville (Murphy & Merell, 2009).

Känslornas intensitet försvårades om kvinnan som fått missfall vårdades tillsammans med gravida kvinnor (Meaney et al., 2017; Sereshti et al., 2016). Kvinnor som vårdades i flerbäddssalar med mödrar som just fått barn angav en känsla av obehag och att situationen försvårade deras upplevelse och sorg (Sereshti et al., 2016). Miljön på akutmottagningen

kunde förvärra kvinnornas upplevelse av situationen då deras sorgprocess och känslor kring missfallet bagatelliserades och undervärderades, vilket hindrade kvinnorna från att uttrycka känslor av ilska och bedrövelse relaterat till sitt missfall. En del kvinnor hindrade sina känsloutryck för att de inte ville störa och oroa de gravida kvinnor som besökte akutmottagningen av annan anledning, vilket upplevdes som en av de svåraste aspekterna av att få missfall (Meany et al., 2017).

## **Behovet av delaktighet**

Resultatet visar att kvinnor har ett behov av att vara delaktig i sin egen vård då de fått missfall (Ancker et al., 2012; Olesen et al., 2014; Limbo et al., 2014; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017). Kvinnor önskade information om innebörden av missfallet (Ancker et al., 2012; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017; Gerber-Epstein et al., 2009), behövde säkerställa att barnet var dött (Limbo et al., 2014; Murphy & Merell, 2009) och få förklaringar till varför missfallet skett (Ancker et al., 2012; Olesen et al., 2014; Sereshti et al., 2016) för att känna sig delaktiga i vården och därmed kunna gå vidare. Två subteman, *Att inte få veta* och *Skapa avslut*, belyser kvinnans behov av att få vara delaktig i situationen.

### ***Att inte få veta***

Flertalet kvinnor saknade information om vad missfallet innebar emotionellt och fysiskt (Ancker et al., 2012; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017; Gerber-Epstein et al., 2009), vilket gjorde att de kände sig besvikna, arga (Ancker et al., 2012) och ignorerade relaterat till att de enbart kunde ha fått veta att blödningen skulle vara i några dagar och att det inte fanns något att oroa sig över (Gerber-Epstein et al., 2009). De kvinnor som åkte hem efter vårdbesöket kände inte att information de fått förberedde dem på vad som fysiskt skulle hända (Ancker et al., 2012; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017). Kvinnor kunde känna sig lämnade åt sig själva när de en hel natt kunde ligga och blöda, eftersom att det inte fanns det stöd från vårdpersonal som kvinnorna önskade (Ancker et al., 2012). Den otydliga informationen ledde till många obesvarade frågor vid hemkomst, exempelvis när blödningen skulle börja och vad som skulle blöda ut, då vårdpersonalen varit otydliga i sin information och endast benämnde blödningen och missfallet som *stuff* (MacWilliams et al. 2016).

Förutom att vara oförberedda på den stora blödningen var några kvinnor även oförberedda på andra fysiska symtom som kräkning och svimning (Meaney et al., 2017).

Om kvinnorna inte visste vad som var normalt i samband med missfall eller om de under flera veckors tid inte visste om missfallet var definitivt eller inte kunde de uppleva ovisshet (Limbo et al., 2014; Meaney et al., 2017), förvirring och även en känsla av kaos (Meaney et al., 2017). Flera kvinnor önskade mer utrymme för att kunna ställa frågor och tyckte att det kändes befriande när vårdpersonal upprepade att de inte gjort något fel (Ancker et al., 2012). Kvinnor som fick missfall hemma kände osäkerhet och hade svårt att tolka vilka vävnader som hade kommit ut. De hade önskat information i förväg om att de kunde ta med vävnaderna till sjukhuset för att säkerställa att det var ett embryo och att missfallet hade fullbordats (Limbo et al., 2014). Bristande information skapade även felaktiga föreställningar (Olesen et al., 2014; Gerber-Epstein et al., 2009) och missuppfattningar (Olesen et al., 2014). Missuppfattningar, som när vårdpersonal använde ordet *clot* för att benämna att det fanns koagel i blödningen, kunde skapa skräckinjagande föreställningar hos kvinnorna. Kvinnorna tolkade det som att de skulle få se delar av fostret och deras val av behandling gjordes grundat i att undvika upplevelsen (Olesen et al., 2014). Några kvinnor som genomgick kirurgisk behandling kände även en rädsla inför framtiden och vad behandlingen kunde ge för konsekvenser. Föreställningar fanns om att ingreppet skulle skada livmodern och ta ifrån dem förmågan att bli moder (Gerber-Epstein et al., 2009).

Många kvinnor upplevde att vårdpersonalens sätt att ge besked och information som okänsligt (Gerber-Epstein et al., 2009; Meaney et al., 2017), orättvist (Meaney et al., 2017) och försatte dem i ett chocktillstånd (Gerber-Epstein et al., 2009). En del kvinnor väntade med att åka tillbaka till sjukhuset trots starka fysiska symtom, relaterat till att informationen de tidigare fått gjorde att de trodde att deras upplevelser var normala. Vårdpersonal skuldbelade kvinnorna för att de hade väntat och bemötte dem nedsättande och irriterat (Meaney et al., 2017). Kvinnorna upplevde även att beskedet om att de fått missfall inte utformats efter deras förståelse och behov. Om beskedet gavs på ett rutinultraljud togs ingen hänsyn till kvinnornas hoppfulla förväntningar om sin graviditet (Gerber-Epstein et al., 2009).

## *Skapa avslut*

Flertalet kvinnor hade ett behov av att säkerställa att deras barn verkligen hade dött (Limbo et al., 2014; Murphy & Merell, 2009). De behövde bli säkra på att de inte oavsiktligt genomgick en behandling för att abortera barnet. Ultraljudsresultatet var en viktig del i processen av att kvinnorna skulle lita på att de hade fått missfall. De fick se resultatet med egna ögon; att livmodern var tom eller att det inte fanns några hjärtslag. Resultatet kunde bidra till att kvinnorna kände sig lite bättre till mods, inte kände ett behov av att ifrågasätta diagnosen och främjade kvinnornas process av att gå vidare (Limbo et al., 2014). Kvinnorna hade fått en indikation genom symtom och tecken på att de hade fått missfall, men för en del var det viktigt att få göra ett ultraljud för att säkerställa missfallet och då avsluta deras tidigare roll som blivande mödrar (Murphy & Merell, 2009).

Många kvinnor kunde få skuld känslor i samband med sitt missfall för att de trodde att de gjort något fel och själva orsakat missfallet (Olesen et al., 2014; Ancker et al., 2012) och att de därmed hade ett behov av att få en förklaring varför missfallet hade hänt (Olesen et al., 2014; Sereshti et al., 2016). Kvinnor kunde uppleva att de behövde få övertygande information om orsaken till missfallet för att kunna gå vidare. De kände sig missnöjda med att en utredning med medicinska tester enbart erbjöds efter tre upprepade missfall (Sereshti et al., 2016). Det viktigaste för flertalet kvinnor var att få veta att missfall var normalt för att kunna gå vidare efter händelsen och att de kunde bli gravida igen (Olesen et al., 2014).

## Diskussion

Nedan följer ett resonemang om den valda metodens styrkor och svagheter samt resultatet ställt i relation till tidigare forskning, Roys omvårdnadsteoretiska perspektiv och omvårdnad enligt SSF. SSF och Roy beskriver omvårdnad ur ett allmänt omvårdnadsperspektiv, med fokus på patient eller person, men för att hålla resultatdiskussionen specifik till ämnet appliceras de omvårdnadsteoretiska tankarna på gruppen kvinnor som fått missfall.

## Diskussion av vald metod

En uppsats på kandidatnivå kan inte uppnå samma vetenskapliga tyngd som en systematisk litteraturöversikt, vilken strävar efter att systematiskt sammanställa all vetenskaplig litteratur inom området och vars vetenskapliga tyngd är relaterat till resultatets omfattning samt hur pass systematiskt studien är utförd. En kandidatuppsats kan ändå utgå från en systematisk struktur, ha ett kritiskt förhållningssätt till de valda studiernas kvalitet samt diskutera och reflektera över sin trovärdighet (Kristensson, 2014), vilket åsyftats genom att beskriva datainsamlingsprocessen samt analysen i föreliggande studie.

I en kvalitativ ansats är trovärdighet och överförbarhet bland annat beroende av hur väl datamaterialet kan ge underlag för analysen (Kristensson, 2014) vilket gör det viktigt att kritiskt granska datainsamlingens tillvägagångssätt. Åtta studier inkluderades i analysen genom sökningar i relevanta databaser och datainsamlingen började med att konstruera en sökstrategi med stöd av relevanta sökord i relation till studien syfte. Att identifiera relevanta sökord kan vara en utmaning (Friberg, 2017) relaterat till en obekantskap på forskningsområdet. För att fördjupa kompetensen utfördes olika kombinationer av sökstrategier under sökningens gång för att identifiera relevanta studier. Den första sökningen som gjordes hade inte tillräckligt hög specificitet, vilket visade sig bero på att relevant litteratur inte fanns indexerade under standardtermer, som MeSH och Cinahl Heading. Därför gjordes fritextsökningar för att inkludera både indexerade studier och studier som inte indexerats. Kristensson (2016) skriver att fritextsökningar kan behövas för att alla begrepp inte finns indexerade som standardtermer. Exempel på sökord som inte fanns indexerade i studierna var *nursing* eller *nurse's role* och olika upplevelsebegrepp, vilka ansågs relevanta för att inkludera studier om upplevelser av omvårdnad. Fritextsökningar ökar samtidigt sökningens sensitivitet, men minskar specificiteten genom att inkludera studier som är irrelevanta för valt syfte (Kristensson, 2016). Den minskade specificiteten visade sig genom att sökningen inkluderade artiklar som undersökte sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som fått missfall, deras närstående samt studier som fokuserade på interventioner kring en missfallsdiagnos. Studier som inte svarade på syftet gallrades bort under datainsamlingens gång.

Studierna som inkluderades i resultatet hade kvalitativ design och representerade olika länder; Danmark, Iran, Irland, Israel, Kanada, Sverige, USA och Storbritannien. Inget medvetet val

gjordes angående att inkludera studier från olika länder, utan i första hand inkluderades studier för att de beskrev kvinnors upplevelser av omvårdnad vid missfall. Studierna utgick även från olika kontexter; akutmottagningen, gynekologisk akutmottagning och så kallade Early Pregnancy Clinics, vilka var mottagningar specialiserade på missfall. Ett varierat urval kan enligt Kristensson (2014) användas för att öka en studies tillförlitlighet då urvalet bidrar med olika perspektiv på fenomenet som ska undersökas, men kan även leda till att resultatet blir mindre överförbart till andra kontexter. För att få ett urval som speglade en varierad bild av kvinnors upplevelse av omvårdnaden vid missfall specificerades inte plats som inklusionskriterie. Trots skillnader i kontext kunde likheter mellan studierna identifieras i vad kvinnor emotionellt genomgår och vilket omvårdnadsbehov de har då de får missfall. Skillnader mellan ländernas vårdssystem, professionskompetens och omvårdnadsutövande kan påverka resultatets överförbarhet. Skillnader som identifierades med tanke på studiernas kontext var exempelvis studien från Iran, där sjuksköterskans omvårdnadskompetens hade lägre status än läkarens, både inom sjukhusets hierarki och ur kvinnornas synvinkel. Kvinnornas omvårdnadsbehov kunde ändå uppfattas och studiens relevans för valt syfte, trots att studiens kontext skiljde sig åt från de andra. Inom ramen för en kandidatuppsats fanns inte möjligheten att göra en djupare jämförelse om i vilken utsträckning kontexterna skiljde sig åt.

Kvinnor som får missfall är en stor population och fenomenet är komplext. Aspekterna som belyses visar på delar av fenomenet, vilket innebär en reservation för att studiens insamlade material inte kan belysa hela upplevelsen och att överförbarheten är begränsad. Andra kvinnor kan ha andra upplevelser av omvårdnaden vid missfall, men aspekterna som belyses i resultatet är relevanta och rimliga beskrivningar då de har stöd av kvinnornas upplevelser i de åtta studier som ligger till grund för analysen.

Kristensson (2014) beskriver att ett sätt att avgöra en studies kvalitet är att gradera använd granskningsmall i form av ett poängsystem. SBU:s granskningsmall omvandlades dock inte till ett graderingssystem, vilket resulterade i att det inte fanns en tydlig gräns för om studien var av hög, medelhög eller låg kvalitet. I enlighet med Friberg (2017) valdes istället att avgöra studiens kvalitet genom att kritisk förhålla sig till studiernas helhet och rimlighet. Den komplexa innebörden av fenomenet studerades och en fördjupning av ämnet antogs, vilket ett graderingssystem riskerar att förbise. För att förstå innebörden av granskningsmallen användes SBU:s metodbok (2017).



En kvalitativ ansats trovärdighet är beroende av hur väl analysprocessen är tydliggjord då syftet är att skapa en detaljerad och djup förståelse för ett fenomen (Kristensson, 2014). Andra kan beskriva de identifierade mönstren i resultatet annorlunda och därmed komma fram till andra innebörder och teman. Studiens tematiska beskrivning anses vara trovärdig relaterat till att analysen utfördes enligt Fribergs (2017) olika steg för integrativ analys, vilka gjorde analysen strukturerad och rimlig. Kristensson (2014) menar att förförståelse kan påverka resultatet och att ett sätt att minska risken för feltolkningar och öka tillförlitligheten är genom triangulering. Författarna i föreliggande studie är medvetna om att den egna förförståelsen kan påverka resultatets tillförlitlighet och hanterade det genom att läsa studierna ett flertal gånger samt reflektera kring studiernas innebörder tills samstämmighet uppnåts.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Med utgångspunkt i resultatet framkom kvinnors upplevelse av omvårdnaden vid missfall särskilt framträdande i termer av: *Lyhördhet inför kvinnans berättelse, Respekt för kvinnans autonomi* och *Sorg som copingprocess*.

### *Lyhördhet inför kvinnans berättelse*

Sammanfattningsvis så framkom att kvinnor inte blir *sedda, bekräftade* och *förstådda* i sin situation (Ancker et al., 2012; Gerber-Epstein et al., 2009; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016) då betydelsen av deras situation blev osynliggjord (MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merell, 2009; Sereshti et al., 2016). Tidigare forskning (Harvey et al., 2001; Smith et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002) går i enlighet med resultatet då kvinnorna upplevde att omvårdnaden var bristande och inte lyhörd för deras situation. Kvinnor upplevde att vårdpersonal enbart fokuserade på den fysiska aspekten av att få missfall och att de inte förstod vad kvinnorna emotionellt gick igenom, samt att de höll en distans till kvinnorna (Harvey et al., 2001), bemötte dem med kyla (Smith et al., 2006) och bristande sympati (Tsartsara & Johnson, 2002). Varje kvinna som söker vård för missfall bär på ett unikt perspektiv, en egen berättelse som är präglad av sitt sammanhang, och att ge omvårdnad personcentrerat innebär att vara lyhörd inför kvinnan och hennes personliga

upplevelse (SSF, 2016b). Kvinnans lidande är kopplat till hennes individuella upplevelse av situationen, och kan vara orsakat av missfallet som sådant, upplevelsen av hennes totala livssituation, men även kränkande bemötande från vårdpersonal eller utebliven vård (SSF, 2016a). Enligt Roy (2009) kan stimulen av otillfredsställande omvårdnad och att inte bli sedd som en unik person skapa förändrade livsomständigheter, vilka försätter kvinnan i ett rubbat tillstånd och kan leda till att hon får behov av ytterligare omvårdnad. Kvinnan som söker vård för missfall måste bli synliggjord som en person som drabbats av ohälsa och inte bara sitt tillstånd och sina symtom (SSF, 2016b). När en kvinna, som får missfall, reduceras till ett medicinskt faktum (Ancker et al., 2012; Harvey et al., 2001) finns det risk för att personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom varken respekteras eller bekräftas (SSF, 2016b) och lidandet kan därmed inte lindras (SSF, 2016a).

I enlighet med Roy (2009) identifierar sjuksköterskan vilka beteenden och ineffektiva responser som finns hos kvinnan genom att lyssna, se och förstå helheten av hennes berättelse för att kunna ge stödja henne i den subjektiva upplevelsen. Sjuksköterskan förstår samtidigt beteendenas orsak samt möter och ser kvinnans behov genom att sätta en omvårdnadsdiagnos och ett mål för omvårdnaden, utformat efter kvinnans traumatiska förlust av sitt barn (ibid.). Tidigare forskning (Tsartsara & Johnson, 2002) har visat på att specialiserade mottagningar för vård av kvinnor med missfall kunde möta kvinnans behov och se hennes upplevelse som helhet och gav omvårdnad med henne i fokus. Roy (2009) beskriver hur sjuksköterskan bedömer alla kvinnans responser och copingprocesser, vilka kan visa sig genom beteenden, känslor eller fysiologiska reaktioner och vara antingen adaptiva eller ineffektiva. Adaptiva responser ger en upplevelse av större kontroll i tillvaron, medan ineffektiva responser bidrar till obalans (ibid.). Beteenden eller responser som kvinnan upplever i samband med missfallet kan till exempel vara ångest och osäkerhet (Harvey et al., 2001), vilka sjuksköterskan enligt Roy (2009) kan motverka genom att förändra stimulen i relation till den kontext kvinnan befinner sig i. Att bli osynliggjord (MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merrell, 2009; Sereshti et al., 2016) kan ses som ett stimuli som påverkar kvinnans adaptation och försvårar hennes anpassning till den förändrade livssituationen ytterligare. Att vistas på sjukhus och i en främmande miljö är, enligt Roy (2009), stimulen som påverkar kvinnans adaptation varmed sjuksköterskan även bör se till den kontext kvinnan befinner sig i för att kunna stödja hennes adaptationsprocess. I situationer när de adaptiva copingprocesserna inte räcker till och balansen rubbas, till exempel vid stress eller stora påfrestningar, blir adaptationsnivån komprometterad och kräver stöd utifrån (ibid.).

## *Respekt för kvinnans autonomi*

Kvinnans negativa känslor kring sitt missfall förstärks om hon försätts i ovisshet av att inte få *adekvat information* från vårdpersonalen (Ancker et al., 2012; Gerber-Epstein et al., 2009; MacWilliams et al., 2016; Meaney et al., 2017). Tidigare forskning (Smith et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002) går i linje med resultatet då kvinnor hade ett behov av att bli förberedda på vad som skulle hända när de behandlades för sitt missfall. Enligt ICN:s etiska kod (2014) borde informationen till kvinnorna dels ha varit mer utförlig och dels ha anpassats till kvinnans känsliga situation, då sjuksköterskan ansvarar för att ge korrekt, tillräcklig och lämplig information som grund för samtycke till vård och behandling (ibid.). Kvinnorna hade även rätt till information för att kunna fatta beslut om den egna livssituationen (SSF, 2016a), och tidigare forskning menar att utan information känner kvinnor sig maktlösa och som om de inte har kontroll över sina liv (Harvey et al., 2001). Om sjuksköterskan istället hade intagit ett respekterande förhållningssätt till kvinnans autonomi hade den personliga friheten tryggats och kvinnan fått tillräckligt med information för att kunna ta hänsyn till och reflektera inför beslutet (SSF, 2016a). Kvinnornas möjlighet till att fatta egna, välgrundade beslut hade även främjats genom delaktighet (SSF, 2010) genom att till exempel sjuksköterskan använt sin pedagogiska kompetens för att möta kvinnor med skilda kunskaper och behov (SSF, 2017).

Att förklara, ge stöd och guidning är sätt att ge omvårdnad för att bevara kvinnans autonomi och motverka hennes beroendeförhållande till vårdpersonalen (SSF, 2016a). Ytterligare tillförande av stimuli, som att försätta kvinnan i ovisshet, riskerar att skapa en stress eller påfrestning på kvinnan så att hennes adaptionsnivå blir komprometterad (Roy, 2009) och hennes autonomi hotas (SSF, 2016a). I enlighet med Roy (2009) identifierar sjuksköterskan kvinnans behov av förklaringar, stöd och åtgärder samt bedömer hennes copingkapacitet för att främja adaptiva responser och återfå en balanserad tillvaro. Åtgärder kan bland annat vara riktade för att motverka ineffektiva responser (Roy, 2009), exempelvis att kvinnan har skuld-känslor (Ancker et al., 2012; Harvey et al., 2001; Olesen et al., 2014; Tsartsara & Johnson, 2002), känner att missfallet är ett straff, har känslor av maktlöshet (Harvey et al., 2001) eller tar beslut grundat på känslor istället för i kunskap (Smith et al., 2006). I tidigare forskning (Harvey et al., 2001) tror många kvinnor att missfallet är deras eget fel om de misslyckas med att förstå varför det inträffade. Att skuldbelägga sig själv är enligt Roy (2009)

en ineffektiv copingstrategi, som kan uppkomma exempelvis vid förlust, och används enligt Côté-Arsenault (2007) i situationer med tvetydighet och avsaknad av kontroll. Det är, enligt Roy (2009), viktigt att sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som kan passa kvinnans inneboende resurser om kvinnans copingprocesser inte klarar av att adaptera till de nya omständigheterna som missfallet innebär, en insikt som förutsätter att kvinnan kan vara delaktig och får uttrycka sina upplevelser.

### *Sorg som copingprocess*

Resultatet visar att kvinnor som fått missfall behöver adekvat stöd för att kunna hantera händelsen och kunna gå vidare (Ancker et al., 2012; Gerber-Epstein et al., 2009; Limbo et al., 2014; Olesen et al., 2014; MacWilliams et al., 2016; Murphy & Merrell, 2009; Sereshti et al., 2016). Även tidigare forskning belyser att kvinnor har ett behov av att få ett avslut för att gå vidare med sitt liv (Smith et al., 2006), samt att tillräckligt med information om vad kvinnorna kunde förvänta sig främjar deras återhämtning (Harvey et al., 2001). Att få missfall innebär så mycket mer än att förlora ett embryo (Gerber-Epstein et al., 2009), vilket bekräftas av tidigare forskning (Harvey et al., 2001) som beskriver att kvinnor som förlorar sitt barn förlorar också förväntningar av att bli moder. Graviditeten i sig innebär glädje och optimism som också kraschar när missfallet är ett faktum. Förlusten som kvinnan genomgår är mångfacetterad och är något som kvinnor anser måste uppmärksammas av vårdpersonal (ibid.). Avsaknaden av ett avslut efter missfallet kan skapa tvivel hos kvinnan om hennes förmåga att få barn i framtiden (Harvey et al., 2001; Ockhuijsen, Boivin, van den Hoogen & Macklon, 2013). Kvinnor som blir gravida efter att tidigare fått ett missfall kan ha svårt att hantera tillvaron, känna ångest relaterat till graviditeten och är i behov av ytterligare stöd (Côté-Arsenault, 2007).

Tidigare forskning (Harvey et al., 2001) beskriver hur kvinnor ser sig själva som mödrar tidigt i graviditeten och att missfallet innebär en stor sorg. Roy (2009) diskuterar att samhället inte erkänner att det kan finnas ett behov av att uttrycka sorg och att det finns ett behov av att arbeta med smärtan efter en förlust, vilket går i enlighet med resultatet i föreliggande studie samt tidigare forskning (Tsartsara & Johnson, 2002), som beskriver att kvinnor som fått missfall hindrar sig själva att uttrycka sina känslor. Enligt SSF (2016a) utmanas människors sårbarhet särskilt i svåra livssituationer och vårdare har ett etiskt ansvar att stödja kvinnan som får missfall i hennes sorgprocess. Roy (2009) beskriver hur sjuksköterskan kan stödja

kvinnan som fått missfall i hennes sorgehantering och adaptationsprocess inför sin nya roll som *inte gravid* eller *sörjande mor* genom att förstärka hennes adaptiva copingprocesser och förändra stimuli. Sjuksköterskan kan prata om tidigare missfall, vara närvarande i stunden, bekräfta att alla olika responser är normala samt att förväntade responser på sorg kan vara skuld, ilska och hjälplöshet. Det är även viktigt att förklara att det kan ta tid att gå igenom sorgprocessen (ibid.).

Ockhuijsen et al. (2013), som intervjuat fem kvinnor med upprepade missfall, beskriver hur kvinnorna försöker reducera sin ångest och oro genom att förbereda sig på det värsta, att graviditeten kommer att avslutas. Att förbereda sig på det värsta och därmed inte tillåta sig tänka på och planera framtiden var kvinnornas copingstrategier för att hantera tillvaron. Enligt Roy (2009) är kvinnan i behov av stödåtgärder för att hon ska klara av att hantera sin påfrestande situation om hon inte själv har de adaptiva copingprocesser som krävs. Interventioner och stödåtgärder till kvinnor med upprepade missfall som föreslås av Okhuijsen et al. (2013) är till exempel få stödsamtal med sjuksköterskor, självhjälpsformulär för att tänka positivt och att bli erbjudna ultraljud varje vecka under framtida graviditet. Strålsäkerhetsmyndigheten (2018) rekommenderar dock inte att ultraljud används med något annat syfte än den undersökningen som erbjuds till alla gravida kvinnor i vecka 17-20 om det inte föreligger en medicinsk anledning. Felaktig användning kan skada fostret genom att det värms upp och exponering ökar risken för att fostret kan få en neurologisk påverkan (ibid.). I resultatet framkom andra åtgärder, som vårdpersonal kan ge är att visa empati och bry sig (MacWilliams et al., 2016) samt att de säkerställer att kvinnorna fått korrekt information om framtiden (Gerber-Epstein et al., 2009). För att kvinnan ska vilja anförtro sina känslor och behov till vårdpersonal är det viktigt att hon känner tillit till dem. Tilliten växer genom att vårdaren är öppen, engagerad och inger förtroende och pålitlighet (SSF, 2016a). Kompetens att etablera en förtroendefull relation med kvinnan (SSF, 2017) samt att sjuksköterskan är bekväm med att lyfta existentiella frågor om förlust och död är förutsättningar för att kunna stödja kvinnan att gå vidare (Roy, 2009) samt för att ge god omvårdnad (SSF, 2017).

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Mot bakgrund av resultatet i föreliggande studie framgår det att kvinnor kan bli starkt emotionellt påverkade av att få missfall och har behov av omvårdnad för att kunna hantera

sina känslor på ett adaptivt sätt. Genom att förstå kvinnans upplevelse av omvårdnaden vid missfall kan föreliggande studie bidra med kunskap och förståelse för hur sjuksköterskor kan förstå och uppmärksamma kvinnans behov av stöd. Resultatet visar på att det är viktigt att sjuksköterskan ger omvårdnad med lyhördhet och lyssnar på kvinnans berättelse för att hon inte ska känna sig osynliggjord. Vidare visar resultatet att kvinnans autonomi och delaktighet bibehålls genom att sjuksköterskan ger kvinnan anpassad information för att stödja hennes adaptiva copingprocesser. Även sjuksköterskans stöd i kvinnors sorgprocess är av vikt för att kvinnor ska få möjlighet att gå vidare och känna sig trygga i kommande graviditeter. Omvårdnaden kan med fördel anpassas efter Roys adaptionsmodell för att identifiera den enskilda kvinnans behov och stödja hennes inneboende copingprocesser. Sammanfattningsvis visas ett behov av ett holistiskt perspektiv i omvårdnaden av kvinnan som får missfall, för att synliggöra hennes unika upplevelse och behov.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen har delats lika under hela skrivandets gång. Författarna har gemensamt sökt, läst och analyserat alla artiklar samt skrivit texten ihop i största utsträckning. Arbetet har präglats av respekt till varandra och givande diskussioner.

## Referenser

Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Tidig förlust: Kvinnors upplevelse av missfall. *Vård i Norden*, 32(1), 32 - 36.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3., [rev.]. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. Boston: Pearson.

Borgfeldt, C., Åberg, A., Andersson, E., & Andersson, U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Côté-Arsenault, D. (2007) Threat Appraisal, Coping, and Emotions Across Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss. *Nursing Research*, 56(2), 108 - 116.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. (s. 141–152). Lund: Studentlitteratur.

Georgsson, S., & Stenström Bohlin, K. (2016). Den gravida patienten. I C. Kumlien & J. Rystedts (Red.), *Omvårdnad & Kirurgi*. (s 507–520). Lund: Studentlitteratur.

Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29  
doi: 10.1080/07481180802494032

Hacker, N.F., Gambone, J.C. & Hobel, C.J. (Eds.) (2016). *Hacker & Moore's essentials of obstetrics and gynecology*. (6th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

Hardy, K., & Hardy, P. (2015). 1st trimester miscarriage: four decades of study. *Translational Pediatrics*, 4(2),189-200. doi: 10.3978/j.issn.2224-4336.2015.03.05

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.

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Limbo, R., Glasser, K.J & Sundaram, E., M. (2014). “Being Sure”: Women’s Experience With Inevitable Miscarriage. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(3), 165-174. doi: 10.1097/NMC.0000000000000027

Lunds Universitet. (2012). *Riktlinjer och föreskrifter rörande plagiering och vilseledande plagiering inom utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå vid Lunds universitet*. Hämtad 19 november, 2017, från <http://www.forskningsetik.lu.se/forskningsetisk-information/vetenskaplig-oredlighet/fusk-inom-ramen-for-universitetets-utbildningar>

MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Wight Moffatt, F. (2016). Understanding the experience of miscarriage in the emergency department. *Journal of emergency Nursing*, 42(6), 504-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.05.011>

Meaney, S., Corcoran, P., & Spillane, N. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 7(3), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2016-011382

Murphy, F., & Merrell F. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1583-91. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x.

Ockhuijsen, H. D. L., Boivin, J., van den Hoogen, A., & Macklon, N. S. (2013). Coping after recurrent miscarriage: uncertainty and bracing for the worst. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 39, 250–256. doi:10.1136/jfprhc-2012-100346

Olesen, M.L., Graungaard, H. A., & Husted R. G. (2014). Deciding treatment for miscarriage



- experience of women and healthcare professionals. *Nordic College of Caring Science*, 29(2), 386-394. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12175>

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model*. (3. ed.) Upper Saddle River, N.J: Pearson.

Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Ahmadi, F., Bakhtiari, M., & Zayeri, F. (2016). Mothers' Perception of Quality of Services from Health Centers after Perinatal Loss. *Electronic Physician*, 8(2), 2006-2017. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/2006>

Smith, L. F., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*, 56(524), 198–205.

Strålsäkerhetsmyndigheten. (2018). *Ultraljudsundersökning vid graviditet*. Stockholm: Strålsäkerhetsmyndigheten. Hämtad 29 Maj, 2018, från <https://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/omraden/stralning-i-varden/berattigande-och-optimering/ultraljudsundersokning-vid-graviditet/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Vår Metod: Granskningsmallar*. Hämtad 5 december, 2017, från <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Stockholm: SBU. Hämtad 16 Maj, 2018, från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel08.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Indikationer för hälsofrämjande omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 9 Maj, 2018, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016a). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 9 Maj, 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01->

svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-  
publikationer/vardegrund.for.omvardnad\_reviderad\_2016.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016b). *Svensk Sjuksköterskeförening om: Personcentrerad  
vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 9 Maj, 2018, från  
[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-  
sjukskoterskeforening/ssf-om-  
publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.  
Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 9 Maj, 2018, från  
[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-  
sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-  
legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf)

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

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm:  
Natur och Kultur.

World Health Organisation. (2001). *Definitions and indicators in family planning, maternal &  
child health and reproductive health*. Reproductive, Maternal and Child Health European  
Regional Office. World Health Organisation. Hämtad 19 november, 2017, från  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/108284>

World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for  
medical research involving human subjects: World Medical Association*. Hämtad 19  
november, 2017, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

## Statistik från Socialstyrelsens statistikdatabas

Diagnoser i öppen vård, Antal patienter, O03 Spontanabort, Riket, Ålder: 20-85+, Kvinnor

År	Antal patienter
----	-----------------

2016	11 260
------	--------

2015	11 602
------	--------

2014	10 630
------	--------

2013	10 091
------	--------

2012	10 596
------	--------

2011	11 301
------	--------

2010	10 532
------	--------

2009	10 985
------	--------

2008	10 563
------	--------

2007	10 125
------	--------

2006	9 545
------	-------

Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-05-07

