



LUNDS
UNIVERSITET

Gravid igen efter fördröjt missfall

Behov av professionellt psykosocialt stöd

Rebecka Kvist

Kandidatuppsats SOPA 63

HT 2021

Handledare: Henriette Frees Esholdt

Abstract

Author(s): Rebecka Kvist

Title: Pregnant again after a missed miscarriage - the need for professional support

Supervisor: Henriette Frees Esholdt

Assessor: Elizabeth Martinell Barfoed

About 15-20% of all pregnancies end in miscarriage. The phenomenon is common throughout the population, but bereaved women and couples struggle nonetheless. Lang et al. (2011) have shown that a miscarriage can cause shock, grief and pain and lead women into questioning their reproductive abilities. Hiefner (2012) has argued that pregnancy loss is surrounded by a norm of silence, making it difficult to talk openly about the experiences and also limiting the societal understanding of the matter. Earlier studies have also found that feelings of fear and uncertainty can return in the event of a new pregnancy. How can professionals, such as hospital counselors, better support these women? This was examined in the following study. The study was conducted through a qualitative survey, where semi-structured interviews were used as collection method. Four women, who have suffered from missed abortions and later on have become pregnant again, were interviewed. The data was analyzed with Aaron Antonovsky's (2005) theory of sense of coherence, Arlie Hochschild's (2012) theory about emotion management and Johan Cullberg's (2006) work on traumatic crises and professional crisis support. The result has shown that the women have mobilized a variety of coping strategies, but the need for professional support has been made clear. Pain, mourning and shame were recurring themes in the interviews. All four women reported that learning about the miscarriage several weeks after it had occurred made them feel betrayed by their bodies. This affected them negatively when they became pregnant again. Hope and faith appeared to play a significant role in order to be able to feel calm and safe during a new pregnancy. It was therefore concluded that it is of great importance that counselors and medical staff help women by holding on to the hope, when the patients are unable to do that on their own.

Keywords: missed abortion, miscarriage, pregnancy, emotion management, sense of coherence, counseling, crisis support

Innehållsförteckning

Abstract	2
1. Problemformulering	4
1.1 Inledning	4
1.2 Syfte och frågeställningar	5
2. Kunskapsläge	7
3. Teori	10
3.1 Hantering av svåra upplevelser	10
3.2 Hantering av känslor	11
3.3 Att möta människor i kris	14
4. Metod	16
4.1 Metodologiska övervägningar	16
4.2 Metodens tillförlitlighet	17
4.3 Urval och kontakt	18
4.4 Intervjuernas genomförande	20
4.5 Bearbetning och analys	21
4.6 Forskningsetik	22
5. Resultat och analys	24
5.1 Det fördröjda missfallet	24
5.2 Tankar kring den reproduktiva förmågan	31
5.3 Första graviditeten efter missfallet	33
5.4 Andra graviditeten efter missfallet	37
6. Avslutande diskussion	40
7. Referenser	43
Bilaga 1. Intervjuguide	45

1. Problemformulering

1.1 Inledning

När de två blå linjerna dyker upp på stickan utbrister vi ”Jag är med barn!”, trots att vi vet att cellklumparna som håller på att delas i livmodern är långt ifrån att ens likna en bebis. Vi börjar planera inför vår växande familj. Vi köper små klädesplagg, väljer ut ett första gosedjur och drömmer om framtiden. Men alla graviditeter leder inte till att ett rosigt och skrikande barn läggs på moderns bröst. Uppskattningsvis slutar 15-20% av alla graviditeter i missfall (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018). Hur en förlorad graviditet upplevs är individuellt, men tidigare forskning har visat att en sådan förlust ofta kan utlösa en kris, med sorg och smärta som följd (Cullberg, 2006 s. 128f). De flesta missfallen sker tidigt, före den tolfte graviditetsveckan, men de kan också inträffa senare. Efter vecka 22 är det dock inte längre frågan om ett missfall, utan om fosterdöd. Barn som dör efter denna vecka benämns därför just som barn (Spädbarnsfonden, 2021). Samtidigt kan även föräldrar som har varit med om ett tidigt missfall tänka i termer av att ha förlorat sitt barn, vilket jag noterade vid flera tillfällen under min VFU hos sjukhusuratorerna på en kvinnoklinik. Enligt Spädbarnsfonden är det viktigt att låta den drabbade själv avgöra hur förlusten ska omtalas (Spädbarnsfonden, 2021). Detsamma framkommer i en studie av Lang et al. (2011), där par som mist en graviditet beskriver att de tagit illa vid sig när vårdpersonal uttalat sig klumpigt om förlusten. I en annan studie framgår att samhället sällan erkänner missfall som en stor förlust, vilket gör att många sörjande lämnas utan stöd (Hiefner, 2020 s. 57). Detta osynliggörande kopplas också till den vedertagna normen om att man bör avvakta med att gå ut med graviditeten till dess att missfallsrisken har minskat efter vecka 12, något som innebär att många av de som får missfall före denna vecka lider i det tysta (Hiefner, 2020 s. 60). Tidigare erfarenheter av missfall kan dessutom göra sig påmind vid nya graviditeter, vilka därför ofta kantas av oro och rädsla inför att drabbas ännu en gång (Lang et al., 2011 s. 188). Det går sällan att svara på varför en graviditet avstannar, men en vanlig förklaring är att det har uppstått något fel i samband med befruktningen som gör att graviditeten inte kan utvecklas normalt (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018). Ett missfall kan därför förstås som att naturen har sin gång, vilket kan vara en tröstande tanke, likaså att kroppen tar hand om det hela genom att stöta bort det skadade fostret. Det är också på detta sätt, genom en spontan blödning, som de flesta

missfall upptäcks (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018). Det finns emellertid en form av missfall som inte går till på det här viset. Så är fallet vid så kallade uteblivna eller fördröjda missfall (på eng. *missed abortion*)¹. Vid ett fördröjt missfall avstannar graviditeten utan att det till en början märks. När missfallet uppdagas, vilket kan ske antingen i samband med en rutinmässig ultraljudsundersökning eller genom att det till sist uppstår en blödning, kan kvinnan ha hunnit gå i flera veckor i tron om att hon varit gravid, trots att fostrets lilla hjärta inte längre slår (Vårdguiden, 2021). Vilken betydelse kan det ha att kroppen dröjer med att berätta att något inte är som det ska och vilken inverkan kan en sådan upplevelse ha på kvinnor som blir gravida igen efter missfallet? Det ska jag ta undersöka i denna studie.

1.2 Syfte och frågeställningar

För att besvara den forskningsfråga som formulerades ovan har jag brutit ner den i tre mindre och mer konkreta frågeställningar som denna studie ska undersöka närmare. Dessa lyder:

- Hur beskriver kvinnorna sina tankar och känslor vid det fördröjda missfallet?
- Vilken betydelse har missfallet haft för kvinnornas syn på sin reproduktiva förmåga?
- Hur har tidigare erfarenheter av fördröjt missfall påverkat kvinnorna när de har blivit gravida igen?

Syftet med denna studie är att undersöka vilket behov av stöd som finns i samband med fördröjda missfall och vid senare graviditeter. Studien har en tydlig koppling till en medicinsk kontext, samtidigt ligger mitt huvudsakliga fokus på de psykosociala aspekterna av ämnet. Uppsatsen står därför med ett ben i medicinen och ett i det sociala arbetet. I denna skärningspunkt arbetar sjukhuskuratorn, men studiens resultatet är av gagn även för en bredare målgrupp. Jag vänder mig dels till vårdpersonal som genom sitt arbete kommer i

¹ Jag kommer att använda benämningen fördröjt missfall för att undvika missförstånd, då uteblivet missfall kan tolkas som att något missfall inte har inträffat och att graviditeten alltså fortskrider. Fördröjt missfall indikerar att ett missfall har skett, men vid ett annat tillfälle än när det upptäcks.

direkt kontakt med drabbade kvinnor och par, här kan barnmorskor, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor nämnas, men uppsatsens ämne är också av relevans för personal utanför sjukhusets väggar. Eftersom missfall är ett så pass vanligt förekommande fenomen kan alla som arbetar inom det människobehandlande området potentiellt möta drabbade. Därför vänder jag mig till dig som liksom jag studerar på socionomprogrammet. Om du inte redan har mött en person som drabbats av missfall så kommer du med största sannolikhet att göra det. Min förhoppning är att denna uppsats ska kunna bidra med kunskap om hur drabbade kvinnor bäst kan mötas, oavsett om du arbetar med stödjande samtal, som familjebehandlare eller på socialkontor.

2. Kunskapsläge

För att fördjupa mina kunskaper inom området och samtidigt placera denna studie i en kontext har en kunskapsöversikt gjorts. Denna har genomförts via sökningar i databasen LUBsearch. Jag har gjort slagningar på olika nyckelord och enbart valt ut artiklar och studier som är referentgranskade, detta för att säkerställa att texterna håller akademisk kvalitet. De sökningar som har genererat mest relevanta träffar är: miscarriage, pregnancy loss och grief. Nyckelorden har även kombinerats med varandra. Nedan presenteras de studier som angränsar till min egen undersökning.

Utomkvedshavandeskap, missfall, fosterdöd och neonatala dödsfall kallas med ett samlingsnamn för perinatal död (Lang et al., 2011 s. 184). I en studie av Ariella Lang et al. (2011) undersöktes hur tiden under och efter en sådan händelse kan upplevas. Författarna intresserade sig särskilt för den dubbelhet som omgärdar missfall, då förlusten av ett ofött barn ofta ger upphov till en stor sorg, samtidigt som det råder en utbredd syn på dessa förluster som mindre traumatiska än när ett äldre barn avlider (Lang et al., 2011 s. 184). Studien baserades på intervjuer med 13 föräldrapar som drabbats av någon form av perinatal död (Lang et al., 2011 s. 186). I resultatet framkom fyra teman: fostrets livsduglighet, den fysiska processen av graviditetsförlusten, omhändertagandet av kvarlevor samt att dela med sig av nyheten (Lang et al., 2011 s. 183). Det rådde oklarheter kring hur utstötandet av fostret skulle gå till - hur skulle det se ut och vad skulle de göra med kvarlevorna? Lang et al. skriver att det sällan finns riktlinjer kring sorgeritualer vid perinatal död, som exempelvis eventuell begravning. Flera av de intervjuade hade även tagit illa vid sig när vårdpersonal talat om barnens kroppar i termer av rester (på eng. *debris*) (Lang et al., 2011 s. 188ff). Att vårdpersonalens benämningar kan ha negativ inverkan på patienterna är något jag vill undersöka vidare i min egen studie. Eftersom min uppsats syftar till att svara på vilket stödbehov som finns är det också relevant att utvärdera upplevelsen av det stöd och den vård som givits. Lang et al.'s studie ligger på det hela taget nära min egen, då jag är intresserad av såväl missfallsförloppet, som tiden efter och de känslor som kan uppstå i samband med nya graviditeter.

En annan studie jag fann, som också berör stöd efter missfall, är den av Nikcevic, Tunkel och Nicolaides (1998). Författartrion har undersökt betydelsen av rutinuppföljningar. I studien ingick 204 kvinnor som drabbats av fördröjt missfall mellan graviditetsvecka 10 och 14. Syftet med studien var dels att kartlägga tillgången och efterfrågan gällande uppföljningssamtal, dels att undersöka om möjligheten att gå på sådana uppföljningar är förknippat med minskat psykiskt lidande. Författarna kunde inte se någon signifikant skillnad i måendet hos de kvinnor som gått på uppföljningssamtal jämfört med de som inte hade gjort det. Däremot framkom det att ångest var vanligt efter missfall, 45% av kvinnorna upplevde detta. Det framgick även att av de kvinnor som kände ångest var det färre som hade fått tala om missfallet under uppföljningsmötet. Kvinnorna hade alltså erbjudits uppföljande samtal och gått på mötet, men av någon anledning inte getts möjlighet att tala om sina upplevelser. Studien kunde inte svara på om uppföljningssamtal är gynnsamma för måendet eller inte, däremot kunde författarna dra slutsatsen att det är så pass viktigt att få ventilera sina känslor efter att ha varit med om ett missfall att det rent av hade skadliga effekter om denna möjlighet inte gavs (Nikcevic, Tunkel & Nicolaides, 1998 s. 127). Även om studien inte kunde besvara sin huvudsakliga fråga så blev det tydligt att stödets utformning har betydelse. Denna insikt är både intressant och relevant för min egen studie, då syftet med min studie dels är att belysa vilka stödbehov som finns, dels att konkretisera vilken typ av stöd som kan vara hjälpsamt. För att kunna svara på detta krävs först en förståelse för de känslor som kan uppstå i samband med ett missfall, vilket leder mig vidare till nästa studie jag fann i mina sökningar.

Monika Guzewicz, Stanisława Steuden och Katarzyna Szymona-Pałkowska (2014) har undersökt just känslor efter missfall. De gjorde en komparativ studie där de undersökte hur kvinnors självbild och upplevda mening med livet påverkades av att ha fött ett dött barn. I studien gjordes jämförelser mellan kvinnor som fött friska barn och kvinnor som fött döda barn. Det framkom en signifikant skillnad mellan de båda grupperna, där kvinnor som förlorat ett ofött barn tenderade att ha lägre självförtroende och större känsla av skuld än de kvinnor som fött levande barn (Guzewicz, Steuden & Szymona-Pałkowska, 2014 s. 162). Som en del av min egen studie kommer jag att undersöka hur informanterna själva förhåller sig till sina upplevelser utifrån bland annat meningsfullhet, då kopplat till Aaron Atonovskys (2005) begrepp KASAM, mer om detta i teoriavsnittet. Jag kommer även att göra jämförelser, till

viss del kvinnorna emellan, men främst genom att relatera informanternas upplevelser till de egna tidigare erfarenheterna av graviditeter, förlorade såväl som fullgångna.

Jag vill också nämna en artikel av Angela R. Hiefner (2020), i vilken det görs en genomgång av tidigare studier som behandlat sociala normer om sorg vid missfall (Hiefner, 2020 s. 57f). Hiefner menar att det råder en tystnadsnorm (på eng. *norm of silence*) kring just missfall, vilket hon härleder till den väletablerade föreställningen om att graviditeter bör hemlighållas till dess att missfallsrisken har minskat, vilket sker efter den första trimestern. Denna tystnad, i kombination med att graviditeten till en början inte syns, underblåser samhällets oförståelse inför de par som drabbas av missfall, menar hon (Hiefner, 2020 s. 60f). Vidare framkom att fyra av sex par som intervjuats i anslutning till artikeln känt igen sig i denna tystnadsnorm (Hiefner, 2020 s. 65ff). När samhället inte erkänner missfall som en stor förlust lämnas många sörjande utan det stöd som de kan behöva för att bearbeta sorgen, en sorg som förstås varierar från person till person, men som ofta inledningsvis är intensiv (Hiefner, 2020 s. 57). Denna kunskap om hur sociala normer omgärdar missfall och påverkar förståelsen av de drabbades känslor är något jag tar med mig in i min egen studie. Jag undersöker inte i huvudsak normer, men dessa finns ständigt närvarande och kan skymta i vårdpersonalens bemötande, i anhörigas förståelse och i informanternas sätt att förklara de egna reaktionerna.

Med dessa ord avrundas detta avsnitt, i vilket jag har relaterat min studie till tidigare forskning. Härnäst ska vi gå vidare till de teorier och begrepp som jag ska använda i analysen av empirin.

3. Teori

I detta kapitel presenteras de teoretiska perspektiv som ligger till grund för denna studie. Kapitlet består av tre delar. Jag inleder med ett avsnitt om att hantera svåra upplevelser, i vilket jag redogör jag för begreppet känsla av sammanhang. Därefter följer ett avsnitt om känsloreglering, vilket inleds med en diskussion kring tre olika perspektiv på hur förnuft och känsla förhåller sig till varandra. Jag tydliggör även vilket av dessa perspektiv jag intar. Avsnittet fortsätter med en redogörelse kring emotionshantering, för att därefter avslutas med en fördjupning av hur skam kan förstås som en särskilt viktig emotion. I kapitlets tredje och sista del avhandlas ämnet professionellt stödarbete i samband med förlust och sorg.

3.1 Hantering av svåra upplevelser

Hur kan vi förstå att en människa orkar resa sig upp efter svåra livsupplevelser? Den frågan låg till grund för den medicinska sociologen Aaron Antonovskys (2005) omfattande forskning kring hälsa och hälsofrämjande faktorer. Antonovskys intresse för ämnet väcktes när han upptäckte att överlevare från koncentrationsläger, sina traumatiska upplevelser till trots, skattade sin hälsa som god (Antonovsky, 2005 s. 15). Detta blev startskottet för en mängd studier kring motståndskraft och sedermera utvecklandet av teorin om KASAM, eller *känsla av sammanhang*, som förkortningen står för. Antonovsky formulerade också det salutogena perspektivet, vilket han framhöll som användbart i studier kring hälsa. Till skillnad från det dominerande patogenetiska perspektivet, vilket undersöker hur sjukdomar uppstår, fokuserar salutogenesen istället på uppkomsten av friskhet. Där patogenesen betraktar stressorer som riskfaktorer, ser salutogenesen istället stressorer som möjliga friskfaktorer (Antonovsky, 2005 s. 31ff). Att utsättas för påfrestningar behöver alltså inte per definition leda till negativa konsekvenser, tvärtom kan sådana upplevelser stärka en individs motståndskraft. För att detta ska kunna ske krävs emellertid tre beståndsdelar: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. *Begriplighet* handlar om i vilken utsträckning en individ förstår vad den är med om. Är yttre och inre stimuli välordnade och förståeliga? Är informationen tydlig och strukturerad? Eller framstår situationen som ett enda kaos? En person med hög grad av begriplighet förstår utmaningen, vilket är en förutsättning för nästa steg, att kunna *hantera*

den. Hur väl individen kan hantera situationen är beroende av vilka resurser denne har till sitt förfogande. Med ”stå till förfogande” avses resurser som individen kan mobilisera i händelse av kris. Det innebär att resurserna inte behöver vara personens egna, de kan också tillhöra en viktig person i dennes närhet, såsom en partner, vän, kollega, chef, ja, till och med Gud. En person som saknar sådana resurser kommer med stor sannolikhet att känna sig som ett offer för omständigheterna, med mycket små möjligheter att påverka situationen, medan en person med goda resurser har betydligt bättre förutsättningar för att klara av utmaningen. KASAMs tredje komponent är *meningsfullhet*. Med det menas inte att den svåra händelsen i sig ska upplevas som meningsfull, en närståendes bortgång kan sällan förstås på ett sådant vis, istället avses individens motivation och känslomässiga engagemang för att ta sig igenom det inträffade. Kort sagt: är det meningsfullt att kämpa? (Antonovsky, 2005 s. 43ff). I min analys kommer jag att undersöka hur informanterna beskriver sina upplevelser utifrån begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Syftet med detta är att ta reda på vad som har varit av betydelse för dem när de har förhållit sig till såväl missfall som nya graviditeter.

3.2 Hantering av känslor

Det finns en dominerande föreställning om att förnuft och känsla utgör varandras motpol. Inom emotionssociologin finns emellertid tre perspektiv på detta, vilka beskrivs av Åsa Wettergren (2013) i boken *Emotionssociologi. Den konventionella modellen* håller fast vid denna särskiljning. Här förespråkas ett rationellt, i denna mening känslobefriat, förhållningssätt i det offentliga rummet, såsom inom arbete, politik och vetenskap. Känslor ses som något intimt och privat som hör hemmet och familjen till (Wettergren, 2013 s. 12). Med detta perspektiv förstås känslor som rent biologiska företeelser som vi inte kan styra över. *Den kritiska modellen* delar uppfattningen om att förnuft och känsla är separata, men anser att dessa förhåller sig på ett kompletterande sätt till varandra. Helt rationella kan vi aldrig vara i vårt beslutsfattande, menar förespråkare av den kritiska modellen, eftersom vi inte kan förutspå alla möjliga konsekvenser av vårt handlande, därför behöver vi också luta våra beslut mot våra känslor, t ex genom att lyssna till vår magkänsla, intuition eller utgå från ”kemi”. Den kritiska modellen tillstår att känslor uppstår i sociala processer, men står fortfarande fast vid synen på känslor som antingen primära och biologiska, eller sekundära

och sociala. Det tredje perspektivet, *den radikala modellen*, menar istället att känsla och förnuft figurerar på ett kontinuum och att dessa varken kan eller bör separeras (Wettergren, 2013 s. 13ff). I förhållande till min studie kommer jag att anta det sistnämnda perspektivet, där förnuft och känsla är tätt sammankopplade. Detta öppnar upp för möjligheten att diskutera på vilka sätt förnuft och känsla samverkar när mina informanter förstår och förhåller sig till sina upplevelser.

I *The managed heart* skriver Arlie Hochschild (2012) om *emotionshantering* som en form av arbete. Hon använder termerna emotionellt lönearbete (på eng. *emotional labor*), vilket sker inom ramen för vår yrkesroll, respektive emotionshantering (på eng. *emotion work, emotion management*), vilket betecknar det vi ägnar oss åt i vårt privatliv. Eftersom min informants upplevelser rör sig inom den privata sfären kommer jag att fokusera på emotionshantering. Gemensamt för emotionellt arbete och emotionshantering är att båda handlar om att tygla känslor, antingen genom att uppvisa en specifik känsla eller genom att trycka undan en underliggande känsla, detta i syfte att möta någon annans behov (Hochschild, 2012 s. 7ff). Emotionshantering är energikrävande, men till skillnad från annat arbete får vi inte avslöja att det tar på våra krafter, eftersom vi i så fall samtidigt skulle avslöja att känslan inte är spontan och otvungen. Om vi gör det så faller hela akten. Enligt Hochschild skådespelar vi alla i någon utsträckning. Detta sker på ett av två sätt, antingen genom *ytagerande* eller *djupagerande*. Ytagerande (på eng. *surface acting*) är vad vi ägnar oss åt när vi tar kontroll över vårt kroppsspråk, håller tillbaka suckar, ikläder oss ett leende och intar en pose (Hochschild, 2012 s. 35ff). Djupagerande (på eng. *deep acting*) är en mer komplex process, vilken inte handlar om att låtsas vara glada, utan om att verkligen framkalla den känsla vi vill känna. Detta agerande är vad åsyftas med uttryck som ”Jag gaskade upp mig” och ”Jag tryckte undan min ilska” (Hochschild, 2012 s. 38ff, 60ff). Enligt Hochschild ägnar vi oss åt djupagerande vid tillfällena då vi anser att vår verkliga känsla inte passa med den situation vi befinner oss i. För att framkalla känslan letar vi i vårt minnesarkiv över hur vi tidigare har känt vid liknande situationer. Därefter försöker vi åkalla känslan genom att föreställa oss att den ihågkomna händelsen inträffar här och nu (Hochschild, 2012 s. 42f). Ett skickligt skådespel, oavsett om det är ytligt eller djupt, kan leda till att vi faktiskt känner den känsla som vi eftersträvar, men vårt agerande kan också leda till att det uppstår en *emotiv dissonans*.

Det innebär att att det skapas ett glapp mellan vad vi verkligen känner och vad vi ger uttryck för (Wettergren, 2013 s. 29). Vidare präglas emotionshantering av socialt konstruerade regler, eller skript, som vi förväntas följa (Hochschild, 2012 s. 56). Dessa skript förordar vad vi ska känna, när vi ska känna det och hur vi ska uttrycka det (Wettergren, 2013 s. 29f, 36f). Den sociala aspekten innebär att skripten är starkt kopplade till bland annat kön och klass (Hochschild, 2012 s. 57). Såväl emotionshantering som socialiseringen av könsroller börjar tidigt och anger hur vi ska agera i enlighet med vår könsroll i det samhälle vi lever i. Exempelvis förväntas kvinnor hålla sin ilska i schack, medan män ges ett större spelrum att få utlopp för sin. Kvinnor har å sin sida större möjligheter att agera ut rädsla och sårbarhet utan att utsättas för sociala sanktioner än vad män har (Hochschild, 2012 s. 163). Om vi bryter mot skripten blir vi snabbt varse detta genom en *regelerinran* (på eng. *rule reminder*). ”Är du inte glad?” är ett exempel på en fråga som även om den ställs med vänlig eller undrande ton så påminner den oss om att vi inte ger uttryck för den känsla som omgivningen förväntar av oss. Vi kan också mötas av mer direkta påståenden om hur vi borde känna, ”Visst är det härliga nyheter!”, eller rentav bli tillsagda att känna på särskilda sätt: ”Var inte så otacksam!”. Vi kan också rikta liknande frågor och uppmaningar till oss själva. Dessa påminnelser, oavsett härkomst och intention, fungerar som ett sätt att få oss att rätta oss i ledet (Hochschild, 2012 s. 58). Den mest kraftfulla påminnelsen är emellertid skam. Härnäst ska vi fördjupa oss i skammens sociala funktion.

Thomas. J. Scheff och Bengt Starrin (2013) skriver om skam ur ett emotionssociologiskt och interaktionistiskt perspektiv. De ser på skam som ett samlingsbegrepp för de känslor som kan komma över oss när vi betraktar oss själva på ett negativt sätt genom någon annans ögon. Skam utgör en så pass viktig emotion att författarna argumenterar för att den är ”den centrala drivkraften i mellanmänniskt beteende”, detta eftersom den är tätt knuten till våra sociala band (Scheff & Starrin, 2013 s. 190). Om våra sociala band hotas så drabbas vi av en instinktiv och primitiv rädsla för att bli avvisad, vilket ytterst kan leda till en uteslutning från gruppen. Skammen fungerar därför som en moralisk kompass som guidar oss tillbaka till ett önskvärt och förväntat beteende. Skam uppstår alltså när vi misslyckas med att leva upp till ideal. Det kan vara ideal som vi har satt upp för oss själva, men ofta ligger dessa ideal i linje med samhällets påbud om hur vi bör vara och agera. Dessa ideal internaliserar vi, dvs gör till

våra egna, genom en socialiseringsprocess som pågår hela livet (Scheff & Starrin, 2013 s. 188ff). Även vid känslöhantering spelar skam en viktig roll. Det är smärtsamt att uppleva skam, därför är det inte ovanligt att försöka hålla starka känslor, såsom ilska och sorg, men också kärlek, dolt för andra (Scheff & Starrin, 2013 s. 190f). Det är lätt att förstå skam som något enbart negativt, men Scheff och Starrin menar att skammen också kan vara konstruktiv, eftersom den påminner oss om att inte utsätta andra för oegentligheter, för sådant agerande skadar inte bara personen ifråga, utan också våra egna sociala band (Scheff & Starrin, 2013 s. 191).

3.3 Att möta människor i kris

I boken *Kris och utveckling* skriver Johan Cullberg (2006) om att möta människor i kris. Cullberg skiljer på *livskriser* och *traumatiska kriser*. Livskriserna har sitt ursprung i händelser som tillhör ett normalt åldrande, som att flytta hemifrån, bli förälder eller gå i pension, men där utmaningen blir för överväldigande för den enskilde. Vid traumatiska kriser är det istället frågan om yttre påfrestningar relaterade till förlust. Det kan vara förlusten av en nära anhörig, men också av ett arbete eller ens ekonomiska trygghet (Cullberg, 2006 s. 19). I denna uppsats fokuserar jag på den traumatiska krisen det kan innebära att mista en graviditet, därför ska jag i det följande gå in på hur denna typ av kris kan förstås samt hur krisdrabbade bör bemötas.

Cullberg skriver att starka känslor av sorg, smärta, ilska eller skuld är vanligt hos krisdrabbade (Cullberg, 2006 s. 143). Ett gott krisstöd skapar utrymme för dessa känslor och ser noga till att de inte avfärdas som opassande, bagatellartade eller sjukliga. Den som arbetar med människor i kris behöver ha förståelse för krisens förlopp, vilket Cullberg delar in i fyra faser: *chockfas*, *reaktionsfas*, *bearbetningsfas* och *nyorienteringen*. Chockfasen varar från några sekunder och upp till ett par dagar. I denna fas är det svårt att ta in vad som har skett. I efterhand kan personen ha svårt att komma ihåg vad som har sagts (Cullberg, 2006 s. 143f). När den drabbade börjar ta in det som har hänt har chockfasen övergått i reaktionsfas. Denna varar i ett par veckor. Nu försöker den drabbade finna mening och ställer sig ofta frågor om varför. Känslor av skuld, ofta orealistiska sådana, är vanliga. Även försvarsmekanismer förekommer, vilka har till syfte att minska lidandet genom att skjuta bort det som har hänt.

Detta har den positiva funktionen att den drabbade stegvis kan närma sig det inträffade, men försvarsmekanismerna kan också bidra till att försvåra övergången till att börja bearbeta händelsen (Cullberg, 2006 s. 144ff). Efter det akuta skedet inleds bearbetningsfasen, som kan pågå upp till något år. Under denna tid börjar den drabbade närma sig en ny framtid. Krisens sista fas är nyorienteringsfasen, vilken saknar slut. Nu lever individen med minnet av händelsen, men fortsätter att röra sig framåt i det nya liv som blev (Cullberg, 2006 s. 154ff).

Den yrkesverksamme som möter människor i kris ska ha en terapeutisk hållning, skriver Cullberg. En sådan kännetecknas av empati, kunnighet om psykologiska problem samt självkännedom. Det sistnämnda är viktigt för att stödarbetaren inte ska dras med i de starka känslorna. Samtidigt krävs empati för att kunna sätta sig in i patientens situation.

Stödarbetarens uppgift är inte att trösta, släta över det som hänt eller att ersätta förlusten, utan målet med krisstöd är att stödja den drabbade medan denne varsamt närmar sig det som har inträffat. Detta görs med utgångspunkt i dennes egna läkningsresurser (Cullberg, 2006 s. 157ff). Det går bra att förtydliga missuppfattningar och att försöka befria patienten från en orimlig skuldbörda, men stödarbetaren bör i övrigt avhålla sig från att korrigera eller säga emot patienten. Eftersom berättelsen utgår från patientens upplevelser och känslor kan den inte vara felaktig, menar Cullberg (Cullberg, 2006 s. 163ff). Att känna förtvivlan är vanligt vid en kris, därför fyller stödarbetaren också funktionen av *det vikarierande hoppet*. Det går ut på att stödarbetaren bär hoppet åt den drabbade när denne själv inte förmår (Cullberg, 2006 s. 157ff). Om den terapeutiska hållningen saknas kan konsekvenserna bli smärtsamma för patienten. Detta kan yttra sig i att den drabbades sorg och känslomässiga behov inte möts. Exempel på när den terapeutiska hållningen brister är när personalen uppvisar en ovilja eller oförmåga att benämna det som har hänt. Det kan också ta sig uttryck i att den drabbades känslor avvisas eller att personalen själv tar känslomässig plats genom att agera sårad eller anklagad. Ett sådant bemötandet kan, men behöver inte, böttna i brist på empati. Ofta kan det istället handla om okunskap om att möta människor i kris (Cullberg, 2006 s. 161ff). För att utgöra ett gott krisstöd är det alltså viktigt att som stödarbetare vara väl medveten om sitt eget agerande och de egna känslorna.

4. Metod

I följande avsnitt ska jag redogöra för de metodologiska övervägningar som gjorts inför datainsamlingen. Här förs också en diskussion kring metodens tillförlitlighet. Vidare går jag igenom kriterier för urval, hur urvalet har gjorts samt hur jag har gått tillväga i intervjuerna. Jag beskriver även hur datamaterialet har bearbetats och kodats. Kapitlet avslutas med ett resonemang om några viktiga forskningsetiska principer.

4.1 Metodologiska övervägningar

Med utgångspunkt i studiens syfte, att ta reda på vilket behov av stöd som finns i samband fördröjda missfall och senare graviditeter, bestämde jag mig tidigt för att göra intervjuer. Studien är således av kvalitativt slag och har en induktiv ansats. Det innebär att slutsatserna vilar på de iakttagelser som har gjorts (Svensson, 2015 s. 218). Intervjun är en särskilt användbar metod för att få en fördjupad inblick i en individs självupplevda historia. Den direkta kontakten med informanterna gör det även möjligt att följa upp nya spår, ställa följdfrågor och förtydliga oklarheter (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015 s. 37f, 53). Berättelsen är emellertid ensidig till sin karaktär, eftersom den berättas helt och hållet från informantens perspektiv. Detta har lett till omfattande debatter kring huruvida intervjun kan sägas göra anspråk på att säga något om hur sakerna egentligen förhöll sig, vilket Peter Öberg (2015) skriver om (Öberg, 2015 s. 56f). Min studie syftar dock inte till att slå fast en sådan objektiv sanning, utan söker just individens tankar och känslor kring de egna upplevelserna. Ett desto större problem för min studie är att empirin bygger på händelser som kan ha utspelat sig fler år bakåt i tiden, vilket gör att den information jag får ta del av är beroende av informanternas förmåga att dra sig till minnas hur det var. Vidare skriver Öberg att återberättandet bidrar till hur informanten förstår och förhåller sig till det upplevda, varför det är ofrånkomligt att minnet av en händelse förvanskas lite för varje gång historien återberättas (Öberg, 2015 s. 56). Denna inbyggda felkälla kan vi inte göra något åt, men vi behöver vara medvetna om den. Det finns också en risk att informanterna, medvetet eller omedvetet, vinklar, förvränger, förstärker eller döljer delar av historien. Samtidigt måste det få lov att vara upp till informanten vad hon väljer att lyfta fram eller undanhåller, eftersom deltagandet i studien bygger på frivillighet. Med ovan nämnda skäl som bakgrund anser jag att intervjuens

styrkor övervinner eventuella svagheter och möjliga felkällor. Den direkta kontakten med informanten och tillgången till hennes version av händelserna är svårslagen, sett till min studies frågeställningar och syfte. I nästa avsnitt ska metodens tillförlitlighet diskuteras.

4.2 Metodens tillförlitlighet

Validitet, reliabilitet och replikation är tre viktiga begrepp för att bedöma tillförlitligheten hos en studie (Bryman, 2018 s. 71). Reliabilitet handlar om huruvida en ny undersökning skulle komma fram till samma resultat, eller om resultatet är slumpartat. Replikation är nära besläktat med reliabilitet och rör möjligheten att upprepa undersökningen genom att återanvända syfte och tillvägagångssätt, för att detta ska kunna göras krävs att forskningsprocessen beskrivs noga och utförligt. Det tredje begreppet är validitet, vilket kan delas upp i intern respektive extern validitet. Intern validitet handlar om kausalitet, alltså om det finns ett orsakssamband mellan de variabler som undersöks. Extern validitet betecknar huruvida resultatet kan generaliseras och säga något om en större kontext än de som ingår i studien (Bryman, 2018 s. 71ff). Dessa begrepp används främst inom kvantitativ forskning och Bryman lyfter att vissa forskare, däribland Lincoln och Guba, därför menar att andra termer behövs för att bedöma kvalitativ forskning. Lincoln och Gubas föreslår *vederhäftighet* och *tillförlitlighet*. Dessa termer bryts i sin tur ner i *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera*. För att möta dessa kriterier ska resultaten vara sannolika, tillämpbara i andra kontexter och möjliga att få i en liknande undersökning. Forskaren behöver också vara väl medveten om sina värderingar, så att dessa inte styr tolkningar och slutsatser (Bryman, 2018 s. 75ff). I det följande ska jag diskutera detta i relation till min egen studie.

Resultatet av min studie bygger på svaren från fyra intervjuer. Samtliga fyra informanter har upplevt fördröjt missfall och blivit gravida igen. Alla fyra har också fött levande barn. Det betyder att de svar som framkommer inte är representativa för kvinnor som endast har fått missfall, men inga levande barn, däremot innebär det inte att resultatet inte är relevant för andra än de individer som ingår i studien. Det är förvisso fyra olika berättelser om fyra olika förlopp, samtidigt förekommer mönster i svaren, både informanterna emellan och från den

tidigare forskningen. Detta utgör därför en indikator på resultatets sannolikhet. Avseende studiens generaliserbarhet är resultatet intressant även för en bredare målgrupp på det sättet att mönstren och variationerna i svaren bidrar till att skapa en förståelse för stödbehoven hos kvinnor som delar dessa erfarenheter. På det viset möter studien kriteriet om tillämplighet i andra kontexter, om än med försiktighet, då mitt urval är så pass litet. Vad gäller kravet om att undersökningen ska kunna upprepas är det precis vad detta kapitel syftar till att möjliggöra, genom att noga beskriva studiens utgångspunkter, empirins tillblivelse och analysens genomförande

I nästa avsnitt ska jag fördjupa mig i hur urvalsprocessen har gått till, men först vill jag säga något kort om min egen ingång till uppsatsämnet. Jag tillbringade min VFU-termin på en kvinnoklinik där jag senare också fick anställning som kurator. Arbetet består i huvudsak av stödsamtal med kvinnor relaterat till reproduktiv hälsa. En del av de kvinnor jag möter i mitt arbete har gått igenom just sådana missfall som denna uppsats behandlar. Mina erfarenheter från detta har varit en tillgång i uppsatsarbetet, både när jag har närmat mig ämnet teoretiskt samt i mötet med mina informanter. Jag har samtidigt aktat mig för att inta rollen som kurator under intervjuerna, eftersom dessa inte har syftat till att vara terapeutiska, utan till att ta fram kunskap. Sammantaget betraktar jag mina yrkeserfarenheter som en fördel i arbetet med denna undersökning.

4.3 Urval och kontakt

I detta avsnitt ska jag redogöra för studiens avgränsningar samt hur jag har gått till väga för att få kontakt med informanter. Inledningsvis avgränsade jag urvalet till kvinnor som har varit med om ett eller flera fördröjda missfall. Jag ville också att det skulle ha gått minst ett år sedan missfallet inträffade, en avgränsning som jag gjorde med hänsyn till vad Cullberg skriver om krisens förlopp (Cullberg, 2006 s. 154ff). Enligt Cullberg kan bearbetningsfasen ta upp till ett år, så för att kvinnorna skulle kunna säga något om sina reaktioner och bearbetning av missfallet behövde de av förklarliga skäl ha tagit sig igenom dessa faser. Jag ville också undvika att träffa kvinnorna under den akuta krisen, detta för att intervjun inte skulle riskera att bli till ett stödsamtal. Av dessa anledningar drog jag därför en tidsmässig gräns vid ett år.

Mitt urval baserades alltså på förbestämda kriterier, ett så kallat *kriteriestyrt*, eller *målstyrt urval* (Bryman 2018, s. 497).

För att komma i kontakt med informanter annonserade jag på mitt eget Instagramkonto (@barna.leker) där jag skriver om föräldraskap. Kontot har drygt 10 000 följare och når ut till ca 30 000 konton i månaden (uppgift från december 2021). I min annons skrev jag att jag studerar på socionomprogrammet vid Lunds universitet, att jag skriver min kandidatuppsats om upplevelser av fördröjt missfall/missad abortion och att jag därför önskade intervjua kvinnor med erfarenhet av sådana missfall. Jag specificerade att missfallen skulle ha skett före vecka 22 och att händelsen skulle ligga minst ett år bakåt i tiden. Jag berättade också att intervjuerna skulle ta ca 20-40 minuter och göras via Zoom på en tid som passade informanten. Av bekvämlighet valde jag att gå vidare med de fyra första som hörde av sig. Eftersom mitt Instagramkonto vänder sig till målgruppen småbarnsföräldrar hade jag räknat med att informanterna med stor sannolikhet skulle ha barn, vilket visade sig stämma. Alla fyra hade dessutom blivit gravida igen efter sina missfall. I och med att detta öppnade upp för möjligheten att undersöka hur upplevelsen av en senare graviditet kunde påverkas av ett tidigare missfall valde jag att justera studiens syfte till att omfatta just detta. Valet att använda mina egna sociala medier gjorde att informanterna redan från början hade viss kännedom om mig. Det finns en risk att en sådan förkunskap om intervjuaren kan påverka informanterna och deras svar. Samtidigt lyfter Bryman vikten av att relationen mellan intervjuare och informant är tillitsfull (Bryman, 2018, s. 268). Under själva intervjuerna upplevde jag inte heller att informanternas kunskaper om mig var till någon nackdel, tvärtom vittnar deras utförliga och intima svar om ett förtroligt och öppet samtalsklimat. Feministiska forskare förespråkar att det bör finnas en ömsesidighet och icke-hierarkisk relation mellan intervjuare och informant (Bryman, 2018 s. 588f). Detta är en inställning som jag delar.

Innan jag går vidare till att beskriva hur intervjuerna har genomförts ska jag presentera informanterna. Då berättelserna är personliga och stundom utelämnande har jag vidtagit flera åtgärder för hålla informanternas identitet hemlig. För det första är alla namn fingerade. Jag har inte namngivit bostadsort eller andra platser som nämns och inte heller angett barnens kön. Min första informant kallar jag Elin. Hon är 29 år och har upplevt tre fördröjda missfall.

Efter missfallen har hon fött ett barn. Vid tillfället för intervjun är hon gravid igen. Nästa informant är Stella, 29 år. Hon fick ett fördröjt missfall efter första barnet. Stella är gravid igen när intervjun görs. Min tredje informant kallar jag Alexandra. Hon är 37 år. Alexandras första graviditet slutade i fördröjt missfall. Hon har sedan dess fått ett barn och är vid tillfället för intervjun gravid igen. Min fjärde och sista informant är Jessica, 30 år. Jessica har två barn och var med om ett missfall mellan barnen. Samtliga informanter bor någonstans i Sverige. Alla lever tillsammans med en partner. För vissa av informanterna är det samma partner som vid missfallet, men eftersom jag inte för några resonemang kring betydelsen av detta så låter jag det vara osagt vilka det gäller.

4.4 Intervjuernas genomförande

Vid intervjuerna antog jag ett semi-strukturerat förhållningssätt, där informanterna gavs stort utrymme att berätta fritt. Jag föreställde mig att den spontana berättelsen skulle erbjuda större tillträde till det som informanterna ansåg betydelsefullt, något som även Öberg skriver om. Han menar att ju mindre strukturerad en intervju är, desto större är våra chanser att få ta del av informantens inifrånperspektiv (Öberg, 2015 s. 60). Inför intervjuerna utformade jag en intervjuguide med frågor i en tänkt kronologisk ordning (se bilaga 1). Jag började med två öppna frågor, en där informanten ombads att berätta kort om sig själv och en där hon med egna ord fick beskriva upplevelsen av missfallet. Eftersom informanterna fick styra sitt berättande följde detta inte nödvändigtvis ordningen i intervjuguiden, varför denna mer kom att användas som ett stöd för att se till att intervjun berörde det jag skulle undersöka, än som en styrande guide. Utifrån intervjuguiden ställde jag frågor om informantens känslor, missfallets förlopp, vårdpersonalens bemötande, egna tankar kring den reproduktiva förmågan samt den känslomässiga upplevelsen av senare graviditeter. Intervjuerna tog mellan 20 och 40 minuter och avslutades när alla ämnen i intervjuguiden hade tagits upp, antingen genom spontant berättande, eller efter frågor från min sida.

Samtliga intervjuer genomfördes via Zoom, med både ljud och video. Beslutet att göra intervjuerna digitalt grundade sig i första hand på restriktionerna för att minska smittspridningen av covid-19 som rådde vid tiden för intervjuerna, men detta tillvägagångssätt

blev även tidsmässigt effektivt för såväl mig som för informanterna. Det gjorde det också möjligt att genomföra intervjuer oberoende av var informanterna bodde, vilket ledde till att jag intervjuade kvinnor som bor utspritt över hela landet. Med informanternas tillåtelse spelade jag in intervjun (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015 s. 49ff). Ljudfilerna förvarades på en lokal hårddisk och inte via molntjänster, detta för att förhindra att obehöriga skulle komma åt datamaterialet. Dessa ljudfiler transkriberades sedan i sin helhet innan de raderades. Härnäst ska jag redogöra för hur jag gick till väga i bearbetningen och analysen av intervjuerna.

4.5 Bearbetning och analys

När intervjuerna var genomförda och ljudfilerna transkriberade hade jag fyra textdokument, ett för varje intervju. Nu inleddes analysarbetet. Jens Rennstam och David Wästerfors (2015) sammanfattar detta arbete med en trestegsmodell: *sortera, reducera, argumentera* (Rennstam & Wästerfors, 2015 s. 220). Egentligen påbörjades bearbetningen redan under intervjuerna, eftersom jag gjorde associationer till tidigare intervjuer, teorier, begrepp och inte minst mina forskningsfrågor i takt med att informanterna berättade om sina upplevelser, men för att göra materialet hanterbart krävdes en kodning. Det är den process där datan bryts ner i mindre beståndsdelar, vilka namnges för att sedan kunna sorteras in i kategorier (Bryman 2018, s. 34). I mitt kodningsarbete markerade jag intressanta och kärnfulla citat som relaterade till studiens frågeställningar. När den första kodningen var klar kopierades alla utvalda citat in i ett nytt dokument där de ordnades under olika rubriker. Dessa rubriker har förändrats under arbetets gång efter att nya insikter och kopplingar har gjorts. Materialet var dock fortfarande stort och brokigt, varför jag fick reducera det ytterligare. Detta gjordes genom att alla citat som inte direkt relaterade till studiens syfte och frågeställningar skalades bort. Samtidigt var jag noga med att behålla citat där informanterna sade emot sig själva, eftersom detta utgör ett viktigt bidrag för att kunna göra en nyanserad analys. Rennstam och Wästerfors skriver att reduktion syftar till att ge en god representation av materialet, men att denna selektion också måste vara rättvisande (Rennstam & Wästerfors, 2015 s. 228). När jag hade kommit så långt var det dags att påbörja den del av analysen som Rennstam och Wästerfors benämner som att argumentera. Akademisk argumentation består av att empirin tolkas och förstås med hjälp av

valda teorier och begrepp. Jag har strukturerat analysen kronologiskt, med avstamp vid upptäckten av missfallet, via vård, stöd och bemötande, vidare till reflektioner kring den egna reproduktiva förmågan, för att slutligen landa i de tankar och känslor som informanterna hade under påföljande graviditeter. Varje avsnitt i analysen utgår från och syftar till att besvara en av studiens frågeställningar. I uppsatsens sista del görs en sammanfattning av de viktigaste insikterna, vartefter forskningsfrågan besvaras. Innan jag går över till analysen ska jag först föra en diskussion kring forskningsetik.

4.6 Forskningsetik

I denna sista del av metodkapitlet ska jag redogöra för fyra viktiga forskningsetiska principer. Vetenskapsrådets (2002) sammanfattar och beskriver de krav som ska vara uppfyllda för att ett forskningsprojekt ska anses vara etiskt, dessa är: *informationskravet*, *nyttjandekravet*, *konfidentialitetskravet* och *samtyckeskravet* (Vetenskapsrådet, 2002 s. 6ff). För att möta informationskravet beskrev jag studiens syfte och upplägg redan i den första kontakten med informanterna. Jag underströk att deltagandet var frivilligt och att informanterna när som helst kunde avbryta intervjun samt ta tillbaka sina uppgifter helt och hållet fram till och med ett angivet datum. Tydlighet är viktigt för att informanterna ska vara införstådda med vad de ställer upp på (Vetenskapsrådet, 2002 s. 7f). Vidare fick informanterna veta hur resultaten skulle användas och att intervjusvaren enbart var till för detta forskningsändamål. Jag berättade också att studien skulle presenteras på ett oppositionsseminarium för att därefter publiceras offentligt. Detta syftade till att möta nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002 s. 14). Jag beskrev även hur det insamlade materialet skulle hanteras, att såväl ljudfiler som skriftliga dokument skulle anonymiseras så att svaren inte skulle kunna spåras tillbaka till informanterna. Detta är viktigt för att säkerställa kravet på konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2002 s. 12ff). Efter att ha delgivit informanterna ovanstående information, samt gett dem utrymme att ställa frågor, frågade jag till sist om deras medgivande att delta, vilket möter den sista forskningsetiska principen: samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002 s. 9ff).

I detta kapitel har jag redogjort för mitt metodval, studiens tillförlitlighet samt etiska principer. Jag har beskrivit urvalskriterier, forskningsprocess och intervjumetod. Det är nu dags att gå över till resultat och analys.

5. Resultat och analys

Nedan följer resultatet av analysen. Kapitlet följer en kronologisk ordning och är uppdelat i fyra rubriker. Dessa rubriker är: *Det fördröjda missfallet*, *Tankar kring den reproduktiva förmågan*, *Första graviditeten efter missfallet* samt *Andra graviditeten efter missfallet*.

Studiens frågeställningar besvaras i slutet av varje avsnitt. Vi börjar med upptäckten av missfallet. Hur beskriver informanterna denna upplevelse?

5.1 Det fördröjda missfallet

Alla fyra informanter fick en blödning någon gång i graviditetsvecka 11-14. Vid besök hos barnmorskan kunde man konstatera att inga hjärtljud fanns och med hjälp av ultraljud såg man att graviditeten hade avstannat flera veckor tidigare, runt vecka 6-7. Stella, Alexandra och Jessica blev hemskickade med uppmaning om att avvakta. Ett par dagar senare började både Stella och Jessica blöda så pass mycket att de behövde åka in och opereras akut. Även Alexandra fick läggas in på sjukhus, men för hennes del krävdes ingen operation. Elin, som varit med om tre missfall, fick med sig tabletter hem alla gångerna, dessa såg till att missfallen avslutades. I intervjuerna framkommer många och starka känslor, både vad gäller den fysiska upplevelsen av missfallet och den psykologiska och emotionella påfrestningen. Känslor som tas upp är smärta, ledsenhet, sorg, rädsla och besvikelse. I det följande kommer jag att fördjupa mig i de känslor som uppstod i direkt anslutning till missfallet samt diskutera hur informanterna förhöll sig till dessa. Stella tampades med sina känslor. Så här säger hon:

Även om jag logiskt vet att det inte är min kropps fel, att det här händer, så var det så himla svårt att inte känna att jag kanske hade kunnat göra nåt annorlunda.

Stella

I citatet framgår hur Stella försökte bringa reda i tankar och känslor för att kunna begripliggöra det inträffade. Utifrån Antonovskys teori om KASAM är begriplighet en viktig komponent för att kunna navigera genom svåra händelser (Antonovsky, 2005 s. 43ff).

Uttrycket ”svårt att inte känna” visar inte bara på svårigheter att förhålla sig till kroppens

eventuella ansvar, utan också på att Stella försökte anta en annan känsla än den hon hade, vilket för tankarna till Hochschilds begrepp djupagerande. Djupagerande är en strategi för att hantera känslor som vi kan ta till när vi anser att vi borde känna på ett annat sätt än vad vi gör (Hochschild, 2012 s. 38ff). Stellas känsla sa att hon kanske kunde ha gjort något annorlunda, dvs förhindrat missfallet, medan hennes förnuft sa att det inte var kroppens, och därmed inte hennes, fel. Detta kan förstås som en kamp mellan å ena sidan förnuftet och å andra sidan känslan, men en sådan dikotom uppdelning för oss inte närmare en förståelse, tvärtom. Utifrån den radikala modellen, som Wettergren beskriver, betraktas istället förnuft och känsla som två samverkande komponenter som varken kan eller ska separeras (Wettergren, 2013 s. 12ff). Stella tar stöd i sitt logiska tänkande för att resonera sig fram till hur hon ska förstå missfallet, men medan hon gör det så talar hon samtidigt till sina känslor. Hon försöker alltså inte att välja förnuft över känsla, utan går till sitt förnuft för att det kan hjälpa henne att ersätta känslan av att ha kunnat förhindra missfallet. På så sätt är förnuftets väg i detta fall också en känslans väg; via logiken försöker Stella hitta tröst och skuldreducering.

Relaterat till skuld är känslan av skam, något som lyfts i Jessicas berättelse. Jessicas missfall drog igång på natten med en kraftig blödning och stora smärtor. Hon ringde till sjukvårdsupplysningen och till sin mamma och uttryckte att hon trodde att hon skulle dö. Däremot väckte hon inte sin sovande sambo. Så här säger hon om det:

Jag kände mig som att det nästan var skämmigt på nåt vis... Eller alltså, för att jag inte kunde kontrollera hur mycket blod det kom ur mig.

Jessica

Här framkommer en känsla av kontrollförlust, vilket vittnar om en upplevelse av att ha små möjligheter att påverka sin situation. En sådan avsaknad av hanterbarhet bidrar även till ett lågt KASAM (Antonovsky, 2005 s. 44). Särskilt kontrollförlusten tycks ha haft en avgörande roll för Jessicas lidande, då denna väckte känslor av skam. Enligt Scheff och Starrin är skam nära knutet till vår sociala värld eftersom känslan uppstår när vi ser kritiskt på oss själva genom någon annans ögon. Det är smärtsamt att känna skam, vilket gör att vi försöker hålla känslan på avstånd (Scheff & Starrin, 2013 s. 190f). Jessicas upplevelse av kontrollförlust kan

kopplas till förväntningar om att kunna kontrollera kroppen och dess kroppsvätskor. När Stella blödde stora mängder utan att kunna göra något åt detta uppstod känslor av både rädsla och skam. Rädslan försökte hon hantera genom att söka hjälp via sjukvårdsupplysningen och stöd via sin mamma, däremot väckte hon inte sin sambo, som fanns närmare till hands och kanske hade kunnat vara behjälplig. Att Jessica trots det inte honom väckte honom kan förstås som ett sätt att minimera skammen, eftersom hon slapp bli sedd i sin kontrollförlust. Det ska även poängteras att Jessica förmodligen befann sig i chock, alltså i den första av krisens fyra faser, och av den anledningen kanske inte var fullt medveten om sitt agerande. Chockfasen är ofta kaotisk, vilket gör det svårt för den drabbade att ta in vad som sker och att fatta rationella beslut (Cullberg, 2006 s.143f). Det är inte heller säkert att det hade varit till hjälp för Jessica att väcka sambon - och trots allt sökte hon stöd på annat håll, både hos sin mamma och via sjukvårdsupplysningen, vilket tyder på att Jessica ändå upplevde en viss grad av hanterbarhet, även om den var begränsad (Antonovsky, 2005 s. 44). Ett annat perspektiv på blödningarna kommer från Stella, som uppger att det nog hade varit jobbigare för henne om hon inte hade börjat blöda. Tack vare blödningarna kunde hon börja bearbeta missfallet under veckans gång. I hennes fall blev alltså blödningarna en hjälpsam faktor, som bidrog till att konkretisera och begripliggöra det missfall som tidigare varit okänt och abstrakt. Här framgår att hög begriplighet föregår hög hanterbarhet, vilket också Antonovsky framhäver (Antonovsky, 2005 s. 48).

Faktumet att det fördröjda missfallet till en början är okänt är något som har påverkat samtliga informanter. Alla fyra tar upp att de kände sig lurade när det uppenbarade sig att de inte längre var gravida. Alexandra frågade sig själv om hon hade kunnat veta att hon inte längre var gravid:

Jag var frustrerad över att jag inte fick missfallet tidigare, att jag liksom gick runt och var lurad i över en månad att jag var gravid när jag inte var det. Och så började jag så här, inte ifrågasätta mig själv, men jag blev nog lite så här ”Borde jag ha upptäckt några tecken? Kunde jag ha vetat det tidigare, att jag hade förlorat barnet utan att det kom ut?”

Alexandra

Alexandra funderar på om hon hade kunnat veta vad som hände i kroppen trots att hon inte uppfattade att något var fel. Hon sätter även fingret på en viktig sak, nämligen den att kroppen och jaget är sammanlänkade. En graviditet är inte bara en fysisk process som sker i kroppen. Ordalydelsen ”Jag är gravid” markerar att graviditeten sitter samman med själva jaget. När processen abrupt avslutas, utan att den drabbade får en notis om det, uppstår en känsla av att ha blivit lurad - av kroppen. Här bildas alltså en klyfta mellan jaget och kroppen. Ett fördröjt missfall skulle alltså kunna leda till att den drabbade känner sig alienerad, dvs förfrämligad, inför den egna kroppen. Tecken på detta framkommer i Stellas berättelse, då hon uppger att tilliten till kroppen påverkades. Detta kan sättas i relation till resultaten från Guzewicz, Steuden och Szymona-Pałkowskas studie om självbilden hos kvinnor som fött levande respektive döda barn. Hos de kvinnor som fött döda barn framkom lägre självförtroende och en känsla av skuld (Guzewicz, Steuden & Szymona-Pałkowska, 2014 s. 162). Stella berättar att hon med hjälp av yogaövningar kunde stärka relationen till kroppen och återfå tilltron till den. I detta fall fungerade yogan som en resurs för att öka hanterbarheten.

För Elins del uppstod oklarheter i samband med att hon fick missfallsbeskedet. Hon förstod först inte vad som menades, vilket visar på en låg grad av begriplighet. Elin själv beskriver det så här:

[Barnmorskan] sa ”Så här ska inte en graviditet se ut i vecka 11”, eller 12 eller vad det var, och jag tänkte att ”Nähe nä, jag kanske är lite kortare gången än jag tror”. Att jag verkligen inte kunde koppla att ett missfall kunde gå till på det sättet, så jag kände mig väldigt dum.

Elin

Elin berättar vidare att hon hade förknippat missfall med smärta och en stor blödning, symptom som hon själv inte hade. Både föreställningen om hur missfall kan gå till och barnmorskans otydliga formulering bidrog troligen till att Elin kände sig dum, en känsla som starkt kopplas till skam. Skam kan uppstå som en konsekvens av att individen har misslyckats med att leva upp till de egna idealen, ideal som ofta sammanfaller med samhällets förväntningar (Scheff &

Starrin, 2013 s. 190f). När jag frågar närmare utvecklar Elin sitt svar och berättar att hon kände sig dum för att hon hade tagit för givet att det skulle bli ett barn. Elins känsla kan tolkas som ett utslag av en förväntan som finns på kvinnors ansvar för reproduktionen. Kvinnor ska inte bara bli gravid, vara det i 40 veckor och därefter föda ett friskt barn, utan också vara insatta i allt som kan ske på vägen. Elin utgick från att hennes graviditet skulle leda till ett barn. Jag ska återvända till detta tema lite längre fram i analysen. Elin tillägger även att hon hade önskat sig mer information av barnmorskan. Kanske hade hon också sluppit känna sig dum om barnmorskan hade varit tydligare när missfallsbeskedet överlämnades. Även Jessica önskade sig mer information. Hon beskriver vad hon hade velat höra av vårdpersonalen:

För mig hade man ju behövt nämna att så här: ”Du kan behöva nåt smärtstillande, det kommer att göra jätteont, känns det helt ohanterbart så kan man kontakta vården, man kan åka in...”

Jessica

Bristfällig information och otydliga instruktioner kan alltså resultera i låg grad av såväl begriplighet som hanterbarhet (Antonovsky, 2005 s. 47). Detta blir till en viktig påminnelse om att vården måste vara tydlig med både vad som kan ske och vad man själv kan göra om tillståndet förvärras. Beskedet om missfall utlöser en kris, vilket påverkar den drabbade på flera sätt. Bland annat understryker Cullberg att det kan vara svårt att ta in vad som sägs efter beskedet. Av respekt för mina informanter kommer jag inte att spekulera om sådan information ändå kan ha getts men fallit ur minnet, men jag vill ändå passa på att lyfta vad Cullberg säger om saken: ”Väsentliga upplysningar ges alltför ofta i direkt anslutning till ett chockartat meddelande med följd att effekten blir minimal och informationen glöms bort” (Cullberg, 2016 s. 143). Jag kan också tänka mig att mer information inte alltid är lugnande för alla. En del hade sannolikt kunnat reagera med förstärkt oro inför allt som skulle kunna hända. Utifrån Jessicas reaktion på blödningarna är det emellertid rimligt att anta att avsaknaden av information i hennes fall hade negativ inverkan på hennes möjligheter att hantera situationen.

Även Alexandra tar upp vårdpersonalens agerande, då med fokus på bemötandet. Hennes graviditet hade varit oplanerad, vilket hon upplevde att personalen tog fasta på. Så här berättar hon:

[D]et blev väldigt: ”Men det där hade ni ändå inte planerat, så det var väl inte så farligt?”, typ ”Ni kan försöka igen”, vilket kändes väldigt förminskande, för även om det inte var planerat så ville vi ha barnet.

Alexandra

Både Lang et al. och Hiefner skriver att förlusten av en graviditet ofta ger upphov till stor sorg, samtidigt som sådana upplevelser sällan får ett särskilt stort erkännande av omgivande samhälle (Lang et al., 2011 s. 184; Hiefner, 2020 s. 57). Enligt Alexandra lade personalen fokus vid att hon kunde bli gravid igen, vilket skulle kunna förstås som ett sätt att försöka muntra upp henne och hjälpa henne att blicka framåt. Detta kan jämföras med vad Cullberg skriver om att inta rollen av det vikarierande hoppet (Cullberg, 2006 s. 157). Emellertid var detta inte hjälpsamt för Alexandra, som istället kände sig förminskad och dåligt bemött. Personalens ord kan också förstås som ett exempel på reglerinran, vilket är ett sätt att påminna om vilka känslor som förväntas i olika situationer (Hochschild, 2012 s. 58). Uttalandet tyder på en förståelse hos personalen av att oplanerade graviditeter inte omgärdades av glädje, och att de därför inte sörjs när de förloras. Men Alexandra sörjde, för som hon själv säger så var barnet önskat oavsett hur graviditeten hade kommit till. Det hade troligen varit mer hjälpsamt för henne att få sina känslor bekräftade och validerade, istället för att mötas av uppmaningar om att skynda förbi händelsen och göra nya försök. Vikten av att inte försöka släta över det inträffade är något som Cullberg tar upp (Cullberg, 2006 s. 163f). Här framkommer även hur viktigt det är att vård- och stödpersonal inte gör några antaganden kring situationen baserat på om graviditeten varit planerad eller inte.

Stella tar upp både negativa och positiva erfarenheter av vårdpersonalen. I samband med den akuta operation som hennes missfall krävde så upplevde hon ett fint bemötande som hon kände sig nöjd med.

De gjorde verkligen sitt allra yttersta för att hjälpa mig och [...] verkligen mötte mig och såg att det här är allvarligt och att de också sa att ”Vi önskar att du hade fått en tablett, för så här ska det inte behöva gå till”. Och det var jättefint, även om jag tycker att då måste det finnas andra led innan som ser till att det inte blir så.

Stella

Här lyfts positiva upplevelser i form av att bli väl omhändertagen, sedd och tagen på allvar. Stella tycks också ha känt en slags upprättelse när personalen sa att hon borde ha fått med sig en tablett hem från början, men hon tillägger att även om det var skönt att höra att personalen såg denna brist, så lagade det inte det glapp som hon upplevt mellan vårdtillfällena. Bemötandet utgör alltså en betydande del vid vårdbesök, men ett gott bemötande kan inte kompensera för den faktiska vård som ges.

Ingen av informanterna gick i stödsamtal hos kurator. Jessica var den enda av de tre som erbjöds sådant stöd, vilket skedde när hon var på återbesök en vecka efter missfallet. Då tackade hon nej, men senare tog hon på egen hand kontakt med en psykolog. Hon beskriver detta stöd som mycket hjälpsamt. Hos psykologen fick Jessica återberätta sin upplevelse av missfallet och när hon blev väldigt ledsen uppmanades hon att berätta samma sak igen fast med andra ord. Efter tre samtalstillfällen kände Jessica att hon hade fått prata igenom allt som hade hänt, gråta ut och blivit lyssnad på. De övriga tre informanterna uppger att de förmodligen hade tackat ja till samtalsstöd om de hade blivit erbjudna. Varför detta inte erbjudits är svårt att spekulera i. Kanske handlar det om rutiner, tillgänglighet eller vårdpersonalens bedömningar om att sådant stöd inte behövdes. Stella säger att hon gärna hade velat prata om den besvikelse hon kände inför sin kropp, men också om sin besvikelsen på vården. Nikcevic, Tunkel och Nicolaides skriver om vikten av att få prata om missfallet i samband med rutinuppföljningen och att det rentav kan vara skadligt om denna möjlighet uteblir (Nikcevic, Tunkel & Nicolaides 1998, s. 127). Detta i kombination med vad som har framkommit i min undersökning visar på att det finns behov av samtalsstöd för att bearbeta upplevelserna av fördröjt missfall.

I detta avsnitt har jag besvarat den första frågeställningen, om hur kvinnorna beskriver de tankar och känslor de hade vid missfallet. Känslor av skuld, skam och att känna sig lurad har varit särskilt utmärkande. Jag har också lyft vikten av att bli sedd, hörd och validerad samt att inte anta något om kvinnans känslor baserat på om graviditeten varit planerad eller inte. Tydlig information har tagits upp som en viktig punkt, likaså att erbjudas samtalsstöd. I nästa avsnitt ska ta undersöka hur informanterna har sett på den reproduktiva förmågan efter missfallet.

5.2 Tankar kring den reproduktiva förmågan

Alla fyra informanter har blivit gravida och fött barn efter missfallen, men det har tagit olika lång tid att bli gravid och vägen dit har kantats av olika känslor. Elin, som genomgick sina missfall innan hon fick sitt första levande barn, beskriver det första och det tredje missfallet som de värsta. Efter det tredje blev hon även diagnosticerad som ofrivilligt barnlös, en diagnos som ges till den som har fått tre missfall i följd med samma partner. Så här säger Elin om det:

[Det] kändes väldigt tufft, att jag kanske inte kan få barn. Och nu så här i efterhand kan jag tänka att jag tänkte väldigt stora tankar, men då tänkte jag ju... de värsta tankarna, liksom. Att det kommer aldrig gå.

Elin

Eftersom Elin hade gått igenom tre missfall gjordes också en utredning. Man kunde inte hitta något fel, men hon började ändå ta en blodförtunnande medicin som skulle motverka eventuella proppar i moderkakan. Elin beskriver det som hjälpsamt att de testade något nytt. Medicinen blev på så sätt ett konkret verktyg och en ny resurs som bidrog positivt till Elins förmåga att hantera situationen, vilket tycks ha stärkt hennes KASAM (Antonovsky, 2005 s. 45). Den här gången gick det också vägen. Elin blev gravid och graviditeten resulterade i hennes första barn. Oavsett om medicinen hjälpte eller inte tycks själva vetenskapen om att de testade något nytt ha hjälpt Elin. En slutsats som kan dras av detta är att hopp inte bara bärs av andra människor, utan också av förändrade förutsättningar.

Stella fick sitt missfall mellan hennes första och andra barn. Hon säger att det förmodligen hade varit jobbigare för henne om missfallet hade varit hennes första graviditet. Hon berättar att hon fann förtröstan i att kroppen redan hade gett henne ett barn och att det därför kunde gå vägen en gång till. När tiden gick utan att hon blev gravid förändrades dock tankarna. Stella berättar:

Båda mina första graviditeter så gick det väldigt fort och då gjorde det att jag blev så här att ”Men nu... nu kommer det aldrig gå”. Jag försökte att inte sluta mig i det, utan försökte vara öppen med andra om det för att inte bli för ledsen av det.

Stella

Stella ville undvika att fastna i tankar om att det inte skulle gå. Den strategi hon valde var att vända sig till sina vänner. När Antonovsky skriver om hanterbarhet som en komponent i KASAM så beskriver han det i termer av att ha tillgång till resurser. Dessa resurser kan vara ens egna, men också ”kontrolleras av behöriga andra [...] som man känner att man kan räkna med och som man litar på” (Antonovsky, 2005 s. 45). Stella hittade en sådan resurs hos sina vänner, men också genom det egna förhållningssätt att vara öppen. Denna öppenhet kan på samma gång betraktas som ett motstånd mot den tystnadsnorm som omgärdar missfall, vilket Hiefner skriver om (Hiefner, 2020 s. 57ff). Jag ska återkomma till detta.

I detta avsnitt har jag behandlat studiens andra frågeställning, om vilken betydelse missfallet haft för kvinnornas syn den egna reproduktiva förmågan. Det har framgått att det tycks spela stor roll i vilken ordning missfallet har inträffat i relation till fullgångna graviditeter. Stella, som hade fått ett barn innan missfallet, kunde luta sig mot att det kunde gå vägen igen, men ju längre tiden gick desto större blev tvivlet. För Elin, som fått upprepade missfall, kändes det hjälpsamt att testa en ny medicin. I hennes fall blev medicinen en slags bärare av hopp. Stellas öppenhet inför vännerna fungerade som strategi för att inte bli alltför ledsen. Vi tar med oss samma frågeställning, om missfallets betydelse för synen på den reproduktiva förmågan, när

vi går över till nästa avsnitt. Där ska vi se närmare på kvinnornas inställning till den egna kroppen när de väl blev gravida igen.

5.3 Första graviditeten efter missfallet

När Stella blev gravid igen var hon rädd för att få ännu ett missfall. Oron inför att drabbas på nytt känner vi igen från Lang et al.'s studie, där flera par uppgav att de bar på en sådan rädsla (Lang et al., 2011 s. 188). Hos Stella bidrog denna känsla till att hon fattade ett medicinskt beslut. Så här berättar hon:

Jag vågade inte äta min allergimedicin - medicin som jag liksom egentligen behöver - för att jag också var så rädd att ”Tänk om det var nånting jag gjorde”, fast jag vet att det inte var så.

Stella

Stella vågade alltså inte fortsätta äta sin allergimedicin, trots att hon visste att det tidigare missfallet inte varit hennes fel. Vid en första anblick kan Stellas beslut förstås som ett känslomässigt sådant, vilket ledde till att hon agerade mot bättre vetande. Rädsla är förvisso en kraftig känsla som kan påverka handlandet, men jag menar att detta inte är hela svaret till varför Stella gjorde som hon gjorde. Stella visste *att* missfallet inte var hennes fel, men hon visste inte *varför* hon fick missfall. Medvetet eller omedvetet började hon söka efter möjliga orsaker i närmiljön. När hon identifierade allergimedicinen som en potentiell risk slutade hon att ta den. Detta var dock inte enbart ett känslomässigt beslut. Eftersom beslutet landade i att just upphöra med medicinering är det troligt att Stella också hade en förförståelse av att vissa mediciner inte är lämpliga att ta under graviditet. Därför menar jag att Stellas beslut inte bara baserades på en känsla av rädsla, utan också på faktamässiga kunskaper som hon hade om mediciner. Detta för med sig en insikt om hur beslutsfattande som först kan förstås som känslomässiga också kan vila på en förnuftsmässig grund, en förståelse som utgår från den radikala modellen där förnuft och känsla betraktas som två komponenter som varken kan eller bör separeras (Wettergren, 2013 s. 13ff). Utifrån detta drar jag slutsatsen att Stella troligen inte hade varit hjälpt av mer information om att missfallet inte varit hennes fel, det visste hon redan, däremot visar hennes agerande på att det kan finnas ett behov av tydligare information

om vilka mediciner som kan tas och vilka som bör undvikas vid graviditet. Sådan information kulle kunna bidra till sänkta orosnivåer och samtidigt avlasta kvinnor från att känna sig nödgade att fatta egna medicinska beslut.

Även Jessica var orolig när hon blev gravid igen. Hon berättar att hon blev gravid ganska snabbt igen efter missfallet, men att hon började blöda också denna gång. När hon undersöktes såg allting bra ut. Trots det fortsatte blödningarna, vilket påverkade hennes sätt att förhålla sig till graviditeten. Så här uttrycker hon det:

Sen fortsatte jag blöda under hela graviditeten och det gjorde att jag nog aldrig var lugn överhuvudtaget och jag försökte att inte så här... liksom, ta ut för mycket i förskott. Jag tänkte att ”Okej vi köper en begagnad vagn och [...] väntar och ser hur det här blir”. Och så försökte jag att vara glad men det var väldigt väldigt svårt.

Jessica

Flera av informanterna berättar att de upplevt en förväntan om att känna och visa glädje. Denna förväntan tycks vara ännu större vid en graviditet som följer på ett missfall. Jessica säger att hon försökte vara glad, vilket kan tolkas som ett försök att djupagera, men att det inte fungerade fullt ut, eftersom den underliggande känslan av oro lyste igenom. Därmed kan det sägas att det skapades en emotiv dissonans, dvs ett glapp mellan den känsla Jessica försökte inta och den hon faktiskt hade (Hochschild, 2012 s. 42f, Wettergren, 2013 s. 29). Jessicas rädsla var så stor att hon inte kunde ge sig hän åt glädjen, vilket ledde till att hon istället värjde sig från att ta ut något i förskott. Vidare berättar hon att hon drabbades av en mild förlossningsdepression efter att hon hade fött sitt barn. Denna härleder hon själv till den avvaktande inställningen. Strategin att inte ta ut något i förskott, för att på så sätt skydda sig själv, tycks med andra ord haft en negativ effekt. Eftersom Jessica inte vågade hoppas blev det också svårt för henne att ta in att hon skulle få ett barn. Även hoppets roll för välmåendet framkommer tydligt. Det är förståeligt att det kan vara svårt att våga hoppas och tro när tidigare erfarenheter säger något annat, just därför har vård- och stödpersonalen ett viktigt ansvar att agera ställföreträdande hopp (Cullberg, 2006 s. 157ff). Hopp går dessutom att finna på olika vägar. Alexandra beskriver hur hennes spiritualitet hjälpte henne när hon blev gravid

igen efter missfallet. När jag frågar om hon var orolig över att få missfall igen svarar hon så här:

Ja och nej. Alltså, jag hade ju liksom haft kontakt med [barnet] i två år innan jag blev gravid, på ett spirituellt plan eller ett andligt plan, så att jag visste ju att h*n skulle komma. Men så klart att det låg i bakhuvudet eftersom jag har haft missfall.

Alexandra

Alexandra kunde alltså finna ett lugn eftersom hon visste att barnet skulle komma. Hennes andlighet bidrog således starkt till känslan av meningsfullhet och skänkte Alexandra både lugn och tillförsikt, något som visar på ett starkt KASAM (Antonovsky, 2005 s. 43ff).

För många gravida är vecka 12 en viktig gräns, eftersom missfallsrisken statistiskt sett minskar efter denna vecka, något som bland annat Hiefner tar upp (Hiefner, 2020 s. 60f). Jag frågade mina informanter om vecka 12, eller någon annan veckogräns, betydde något speciellt för dem. Så här svarar Elin:

Det här med att man går förbi vissa veckor och så där har inte riktigt funnits för mig. Det spelar ingen roll att jag gått in i vecka 12, för jag tänker då att fostret kan ha dött i vecka 10.

Elin

För Elins del fungerade inte passerade graviditetsveckor som lugnande milstolpar. Här blir de tidigare erfarenheterna mer tongivande än statistik. Stella, som hade svårt att glädja sig åt den nya graviditeten, nådde en viktig punkt i vecka 12, men inte för att hon hade kommit till den veckan, utan för att hon då gjorde ett ultraljud och såg att hjärtat slog. Ännu lite bättre kändes det efter att hon hade kommit förbi vecka 14, berättar hon, den vecka som hennes missfall hade upptäckts i, men det som verkligen hjälpte henne var att känna fosterrörelser. Först då kunde hon på riktigt börja glädjas åt graviditeten. Samtliga informanter uppgav att just fosterrörelser och att gå på ultraljud var det som bäst bidrog till att de kunde känna sig lugna.

Här tänker jag att kombinationen av dessa kan ha en särskilt lugnande inverkan.

Fosterrörelserna bidrar med taktil information om att graviditeten fortskrider, ultraljuden blir ett visuellt instrument och att lyssna på hjärtljuden ger auditiv information om att barnet lever. Därför torde dessa sinnesintryck tillsammans bidra med ökad begriplighet, vilket också ökar kvinnornas KASAM.

Alexandra tar upp en annan aspekt av vecka 12. Hon resonerar kring att det är vanligt att vänta med att berätta att man är gravid tills man når denna vecka, något som hon tycker är synd eftersom det innebär att många av de som drabbas av missfall dessförinnan lider i det tysta. Hon beskriver det som en sorts tystnadskultur, vilket för tankarna till Hiefners studie. Hiefner menar att normen är skadlig eftersom den bidrar till samhällets oförståelse inför den smärta och sorg som ett missfall kan orsaka. Denna oförståelse kan i sin tur leda till att kvinnor och par som drabbas av missfall lämnas utan det stöd de kan behöva (Hiefner, 2020 s. 57ff). Vid tiden för intervjun väntar Alexandra sitt andra barn. Denna graviditet har hon gjort en sak annorlunda. Så här säger hon:

Nu när jag blev gravid så berättade jag nästan på en gång [...] för nu känner jag inte alls att det finns nåt hemligt, just för att om det skulle bli ett missfall så är det ju skönt om folk vet om att man var gravid, så att man kan förklara utan att ja, det ska va en massa hysch-hysch liksom.

Alexandra

Strategin att vara öppen användes också av Stella, som berättade för sina vänner att hon försökte bli gravid igen. Beslutet att vara öppen kan alltså dels vara ett sätt att slippa vara ensam med jobbiga känslor, dels ett sätt att förbereda omgivningen på att det kan uppstå ett stödbehov i det fall att graviditeten slutar i missfall. Öppenhet är dock inte en strategi som passar alla. Elin valde motsatt väg. Efter det första missfallet kände hon sig dum för att hon hade förutsatt att det skulle bli ett barn. Detta ledde till att hon vid senare graviditeter väntade så länge hon kunde med att berätta. Först när det var två veckor kvar tills att hon skulle gå hem på graviditetspenning berättade hon på arbetsplatsen att hon var gravid. Elins hemlighållande kan förstås som ett sätt att skona sig själv från att ”bli påkommen” med att

likställa en graviditet med ett levande barn, i det fall att den nya graviditeten skulle sluta i missfall. Det kan också ses som ett sätt att skapa en känsla av kontroll i en situation där hon har mycket begränsad sådan: hon kan inte bestämma sig för att inte få missfall, men hon kan bestämma om hon ska bjuda in andra i graviditeten. Även om Alexandra, Stella och Elin visar på två skilda tillvägagångssätt, så syftar båda sätten till att underlätta känslomässigt för dem. Alexandras öppenhet var ett sätt att gardera sig mot att behöva lida i det tysta, medan Stellas öppenhet var ett sätt att hålla ledsna känslor borta. Elins slutenhet kan tolkas som ett sätt att slippa känna sig dum, men också som en väg till kontroll. Både öppenhet och slutenhet kan därför användas för att skapa ökad hanterbarhet. Sina olikheter till trots kan båda också leda till ett stärkt KASAM (Antonovsky, 2005 s. 45).

I detta avsnitt har vi fått en fördjupad förståelse för missfallets betydelse för både synen på den egna reproduktiva förmågan och för de känslor som kan uppstå vid en ny graviditet. Vi har sett hur oro och rädsla har präglat de nya graviditeterna, vilket besvarar studiens tredje frågeställning. Det har även framkommit hur sådana känslor kan göra det svårt att glädjas över graviditeten och att våga tro på att det ska komma ett barn, vilket i sin tur kan ha inverkan på den första tiden efter förlossningen. En strategi för att hantera oron har varit att sluta ta medicin, vilket vittnar om att det kan behövas tydligare information om vilka mediciner som går bra att fortsätta ta vid graviditet. Spiritualitet har angetts som en lugnande faktor, lika så att känna fosterrörelser och att gå på ultraljud. Att passera särskilda graviditetsveckor har däremot inte haft någon lugnande inverkan för informanterna. I nästa avsnitt ska vi undersöka hur en andra graviditet efter ett missfall kan upplevas.

5.4 Andra graviditeten efter missfallet

Vid tillfället för intervjun väntar både Elin sitt andra barn. Hon beskriver den här graviditeten som en revansch och säger att hon har känt ett helt annat lugn tack vare att hon kan jämföra med den tidigare fullgångna graviditeten. Nu vet hon t ex att bebisen inte alltid rör sig så mycket i magen, men att det inte behöver betyda att något är fel. Eftersom hon har fullt upp med sin förstfödda så hinner hon inte heller oroa sig lika mycket nu, säger hon. Jessica har

precis fått sitt andra barn. Hon beskriver den senaste graviditeten som helt annorlunda jämfört med den första efter missfallet. Särskilt stor betydelse tillskriver hon graviditetens tillkomst.

[D]et är liksom inte jag som har försökt att bli gravid och försökt att få det här barnet att stanna, utan universum har bestämt det här - och då får ju universum bara hålla kvar det här barnet.

Jessica

Här framkommer en positiv beskrivning av kontrollförlust. Detta är intressant att jämföra med Jessicas tidigare upplevelse av att förlora kontrollen över kroppen när hon började blöda i samband missfallet. Det tycks alltså inte vara kontrollförlusten i sig som genererar känslorna (av skam vid missfallet respektive lugn vid den nya graviditeten). Avgörande är istället hur Jessica resonerar kring betydelsen av kontrollförlusten. I detta senare fall jämför Jessica avsaknaden av kontroll med befrielse från ansvar, vilket gör att hon kan slappna av i förvisningen om att det inte är upp till henne om graviditeten ska fortskrida eller inte. Här blir universum en meningsbärande kraft att lita på, på samma sätt som andra vänder sig till Gud, Allah eller Moder Jord. Detta påminner om Alexandras beskrivning av hur hon på spirituellt väg hade haft kontakt med sin förstfödda flera år innan hon blev gravid.

Livsåskådning bidrar starkt till människors känsla av meningsfullhet, men det kan också bidra till hanterbarheten. Antonovsky skriver att hanterbarhet handlar om möjligheten att mobilisera resurser, dessa resurser kan vara ens egna, ens partners, väns eller kollegas, men de kan också finnas hos Gud (Antonovsky, 2005 s. 43ff). I Jessicas och Alexandras berättelser åskådliggörs att deras respektive tro har bidragit starkt till deras KASAM. Denna insikt kan tjäna som påminnelse till vård- och stödpersonal om att närma sig existensiella frågor, i det fall patienten själv inte tar upp detta.

Både Elin och Jessica har gjort jämförelser med den senaste graviditeten som måttstock. Den första graviditeten som följde efter missfallet präglades av oro och de hade svårt att glädjas åt den. Den andra graviditeten vilade istället mot de erfarenheter som de gjort av att ha genomgått en fullgången graviditet som lett till ett barn. Så här sammanfattar Jessica betydelsen av att få sitt andra barn:

H*n har ju kommit som en läkande bäbis, h*n har läkt mig från allt det här
[...] H*n är en liten psykologbäbis.

Jessica

I detta sista avsnitt av analysen har vi fått en utökad förståelse för hur den andra graviditeten efter ett missfall kan te sig helt annorlunda än den graviditet som direkt följde på missfallet. Av detta kan vi dra slutsatsen att de personliga erfarenheterna har stor inverkan på hur nya graviditeter upplevs, men också att det kan vara en fråga om aktualitet där lärdomar från nyare upplevelser kan ersätta äldre. Vi har också sett hur livsåskådning, hopp och känsla av tillförsikt är kraftfulla redskap för att kunna känna ett lugn vid nya graviditeter. Med dessa ord avslutas analysen. I den sista delen av uppsatsen ska jag besvara studiens forskningsfråga.

6. Avslutande diskussion

Denna uppsats har syftat till att svara på vilket behov av stöd som finns i samband med fördröjda missfall och vid senare graviditeter. Jag har närmat mig denna fråga genom att först besvara tre mindre frågeställningar, dessa löd; Hur beskriver kvinnorna sina tankar och känslor vid det fördröjda missfallet? Vilken betydelse har missfallet haft för kvinnornas syn på sin reproduktiva förmåga? Hur har tidigare erfarenheter av fördröjt missfall påverkat kvinnorna när de har blivit gravida igen? Frågorna har besvarats löpande i analyskapitlet, men jag kommer även att sammanfatta dessa nedan. Tillsammans utgör dessa svaret på min forskningsfråga.

Av studien framkommer att informanterna har använt sig av en mängd olika strategier för att förhålla sig till och bearbeta sina upplevelser. Att kvinnorna besitter egna resurser råder det inga tvivel om. Samtidigt framkommer det på flera ställen att det inte alltid har varit helt enkelt att navigera bland känslor och tankar. Därtill har informanterna i efterhand varit av uppfattningen att de hade gynnats av stödsamtal. Av dessa anledningar står det klart att det finns behov av psykosocialt stöd både vid fördröjt missfall och vid nya graviditeter som följer på missfallet. Hur detta stöd ska utformas kan behöva anpassas efter person och situation, men denna studie har bjudit på en rad insikter. Så, för att besvara min forskningsfråga så har studien kommit fram till följande:

- Informanterna har varit medvetna om att missfallet inte varit deras fel, men har ändå upplevt känslor av skuld och ansvar. Detta ämne bör ges utrymme i stödsamtalen och det är viktigt att vård- och stödpersonal verkar för skuldreducering.
- Bristfällig eller otydlig medicinsk information kan leda till missförstånd och osäkerhet, vilket i sin tur kan skapa ett ökat lidande. All information behöver därför vara konkret, saklig och relevant. För att minimera risken för missförstånd kan vård- och stödpersonal förslagsvis förhöra sig med patienten om hur denne har uppfattat informationen. Ett annat förslag är att skicka med patienten skriftlig information att läsa i hemmet.

- Att få missfall vid en oplanerad graviditet behöver inte betyda att sorgen är mindre än vid en planerad graviditet. Vård- och stödpersonal bör därför inte göra några antaganden om patientens känslor baserat på graviditetens tillkomst.
- Ett fördröjt missfall kan leda till att den drabbade känner sig lurad av kroppen. Sådana känslor kan bidra till tvivel på den egna reproduktiva förmågan. Vid nya graviditeter kan dessa känslor aktualiseras, vilket kan yttra sig i oro och osäkerhet kring om graviditeten fortskrider. Vård- och stödpersonal bör ha kännedom om detta för att kunna ge adekvat stöd i samband med både missfallet och vid nya graviditeter.
- Vid en ny graviditet har passerandet av särskilda veckor inte haft någon lugnande effekt hos informanterna som deltagit i denna studie, däremot har fosterrörelser och ultraljud haft sådan effekt. Att konkret veta att graviditeten fortskrider kan alltså spela roll för patientens välmående under nya graviditeter.
- Två motsatta strategier har framkommit angående att berätta för omgivningen om en ny graviditet, där både att berätta tidigt och att vänta länge har ansetts som föredragna förhållningssätt. Detta tjänar som påminnelse för vård- och stödpersonal, och egentligen alla som kommer i kontakt med gravida kvinnor, att det inte finns ett rätt sätt. Såväl öppenhet som slutenhet kan vara rätt väg att gå, beroende på kvinnans behov och önskemål.
- En avvaktande inställning och svårigheter att glädjas åt en ny graviditet har i ett av fallen visat sig leda till försämrad hälsa efter förlossningen, vilket skulle kunna ha inverkan på anknytningen till barnet. Stöd i samband med graviditeten bör därför även fokusera på att blicka framåt, våga hoppas och skapa målbilder. I det fall patienten har svårt att känna hoppfullhet fyller vård- och stödpersonal en viktig funktion av att agera ställföreträdande hopp.
- Spiritualitet och tro har visat sig varit användbara redskap för informanterna, både för att känna meningsfullhet och för att öka känslan av hanterbarhet vid nya graviditeter. Det kan därför vara fruktbart att vård- och stödpersonal lyfter existentiella frågor.

Reproduktion och barnafödande är ett allomfattande och ständigt aktuellt ämne, vilket gör det till ett lika intressant som viktigt forskningsområde. I denna studie har jag fokuserat på de kvinnor som har förlorat graviditeter i fördröjda missfall och sedan blivit gravida på nytt. Jag har inte undersökt hur den andra upphovspersonen till graviditeten har upplevt dessa

händelser, huruvida relationen har påverkats eller hur förlossningen upplevdes i relation till det tidigare missfallet. Detta lämnar utrymme för en mängd olika fortsatta studier på samma tema. Även om ämnet har en stark koppling till den medicinska sfären så hoppas jag att framtida socionomstudenter vill närma sig området. Att det finns behov av psykosocialt stöd i samband med fördröjda missfall och påföljande graviditeter har denna studie i varje fall tydliggjort. Vidare studier på området behövs för att närmare precisera hur detta stöd bäst ska utformas.

Avslutningsvis vill jag rikta mig till mina informanter. Ni ska ha ett stort tack för att så generöst och öppenhjärtigt ha låtit mig ta del av era erfarenheter, tankar och känslor. Tack! ♥

7. Referenser

Antonovsky, Aaron (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Cullberg, Johan (2006) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2015) Intervjuer, i: Ahrne, Göran & Svensson, Peter. *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Guzewicz, Monika, Steuden, Stanisława & Szymona-Pałkowska, Katarzyna (2014) Changes in the perception of self-image and the sense of purpose and meaning in life, among women who lost their child before birth, i: *Health Psychology Report*, Vol. 2 (3) s. 162-175.

Hiefner, Angela R. (2020) A Silent Battle: Using a Feminist Approach to Support Couples after Miscarriage, i: *Journal of Feminist Family Therapy*, Vol. 32, NOS. 1–2, s. 57–75.

Hochschild, Arlie (2012) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.

Kvist, Rebecka. [@barna.leker] (2021) Elektronisk källa: <https://www.instagram.com/barna.leker/> (hämtad den 2021-12-26).

Lang, Ariella, Fleiszer, Andrea R., Fabie Duhamel, Wendy Sword, Kathleen R. Gilbert & Serena Corsini-Munt (2011) Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief, i: *Omega. Journal of Death and Dying*, Vol. 63 (2), s. 183–196.

Nikcevic AV, Tunkel SA & Nicolaidis KH (1998) Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care, i: *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* [Ultrasound Obstet Gynecol] Vol. 11 (2), s. 123-128.

Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2015) Att analysera kvalitativt material, i: Ahrne, Göran & Svensson, Peter. *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2018) *Missfall*. Elektronisk källa: <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-1/verksamhet-gynekologi-och-reproduktionsmedicin/a-o/missfall/> (hämtad den 2021-12-26).

Scheff, Thomas. J. & Starrin, Bengt (2013) Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: skam och utsatthet, i: Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur.

Spädbarnsfonden (2021) *När ett litet barn dör – Terminologilista och fakta*. Elektronisk källa: <https://www.spadbarnsfonden.se/wp-content/uploads/2021/01/nr-ett-litet-barn-dr-termer-och-fakta.pdf> (hämtad den 2021-12-26).

Svensson, Peter (2015) Teorins roll i kvalitativ forskning, i: Ahrne, Göran & Svensson, Peter. *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Vårdguiden (2021) *Missfall*. Elektronisk källa: <https://www.1177.se/Skane/barn--gravid/graviditet/avbruten-graviditet/missfall/> (hämtad den 2021-11-03).

Wettergren, Åsa (2013) *Emotionssociologi*. Malmö: Gleerups.

Öberg, Peter (2015) Livshistorieintervjuer, i: Ahrne, Göran & Svensson, Peter. *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Bilaga 1. Intervjuguide

Denna intervju genomförs inom ramen för en kandidatuppsats på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Syftet med min uppsats är att skapa kunskap om upplevelser av att genomgå ett fördröjt missfall, för att ta reda på hur drabbade kvinnor bäst kan stödjas. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst fram till och med den 15/12. Dina svar anonymiseras och kommer inte att kunna spåras tillbaka till dig. Resultatet av uppsatsen kommer att presenteras på ett seminarium och därefter publiceras offentligt online.

Har du några frågor? Samtycker du till att ställa upp på intervju? Får jag spela in intervjun?

Om dig

Vill du börja med att kort berätta om dig själv?

Missfallet

Berätta om när du fick missfall

Hur upptäcktes det?

Hur var mådde du?

Tänkte du något kring din kropp eller reproduktiva förmåga?

Stöd

Gick du i stödsamtal efter missfallet?

Hur upplevde du stödet? Vad var bra/dåligt?

Om nej: Tror du att du hade behövt stöd?

Senare graviditet(er)

Hur har senare graviditet(er) varit för dig?

Vad kunde lugna dig när/om du var orolig?

Avslutning

Vad önskar du att andra visste om fördröjda missfall?

Finns det något du vill tillägga?