

**KVINNORS UPPLEVELSER AV STÖD OCH OMVÅRDNAD VID
SPONTAN ABORT
En litteraturöversikt**

**WOMENS EXPERIENCES OF SUPPORT AND NURSING CARE
DURING A SPONTANEOUS ABORTION
A literature review**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 30 mars 2020
Kurs: 53
Författare: Elizabeth Hjernberg
Författare: Emelie Löfman

Handledare: Marie Tyrrell
Examinerande lärare: Boel Niklasson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

En normal graviditet hos en gravid kvinna (det biologiska könet) i fertil ålder fortlöper i genomsnitt i cirka 40 veckor. När en kvinnas graviditet avstannar utan medicinsk intervention innan graviditetsvecka 22 kategoriseras det som en spontan abort. Det finns ingen behandling som kan stoppa en hotande eller en pågående spontan abort vilket gör att sjuksköterskans bemötande blir desto mer viktig. Forskning har visat att stöd vid spontan abort kan hjälpa till att minska den negativa upplevelsen och att stöd även har en positiv inverkan på den mentala hälsan. Det ligger i allmänsjuksköterskans professionella ansvar att ge stöd och omvårdnad utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Syfte

Syftet var att belysa kvinnors upplevelser av stöd och omvårdnad vid spontan abort.

Metod

Vald design var litteraturöversikt där databassökning genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och Google Scholar. Femton vetenskapliga artiklar valdes och granskades med Sophiahemmets Högskolas kvalitetsgranskningsprotokoll och genomgick en integrerad analys.

Resultat

Resultatet sammanställdes i fem huvudkategorier: "Bemötandets betydelse för kvinnan", "Kommunikation", "Vårdmiljöns betydelse", "Aspekter av stöd" och "Den fysiska vården". Resultatet belyser vikten av bemötandets roll i utformandet av kvinnans upplevelse av stöd och omvårdnad i samband med spontan abort.

Slutsats

Att genomgå en spontan abort var för de flesta kvinnor en traumatisk händelse. Det framkom att sjuksköterskan inte fullföljde sitt professionella ansvar att främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande för de kvinnor som genomgick en spontan abort. För att kvinnor som genomgår en spontan abort ska få stöd och omvårdnad anpassad efter hennes behov bör sjuksköterskan arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att minska risken för vårdlidande.

Nyckelord: Bemötande, omvårdnad, personcentrerad omvårdnad, spontan abort, stöd

ABSTRACT

Background

A normal pregnancy for a woman (the biological sex) is on average 40 weeks. If a woman's pregnancy ends before pregnancy week 22 without medical intervention it is categorized as a spontaneous abortion. No treatment can stop a threatening or ongoing spontaneous abortion, which makes the nurse's response to the situation all the more important. Research has shown that support during a spontaneous abortion can help reduce the negative experiences for the woman and also have a positive impact on the woman's mental health. It is in the general nurse's professional responsibility to provide support and care based on a person-centred approach.

Aim

The purpose is to highlight women's experiences of support and care during a spontaneous abortion.

Method

Chosen design was literature review where 15 scientific articles were selected. Database search was performed in databases PubMed, CINAHL and Google Scholar. Data analysis was carried out using an integrated analysis.

Results

The results were compiled into five main categories which highlighted the woman's experience of support and care during a spontaneous abortion. The main categories are "The importance of care for the woman", "Communication", "The impact of health facility environment", "Aspects of support" and "Physical care". Results highlights the importance of the caregiver in shaping the woman's experience of support and care in connection with spontaneous abortion.

Conclusions

For most women, a spontaneous abortion was a traumatic event to undergo. It emerged in the results that nurses did not always fulfil their professional responsibilities in promoting the woman's health, restoring health and relieving the woman's suffering who underwent a spontaneous abortion. In order for women to receive support and care tailored to their needs, the nurse should work applying a person-centered approach which can help reduce the risk of suffering and meet the unmet needs of the woman.

Keywords: Abortion spontaneous, nursing care, person-centered care, personal treatment, support

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Spontan abort	1
Omvårdnad	3
Personcentrerad omvårdnad.....	4
Stöd	6
Teoretisk utgångspunkt: Lidande.....	6
Problemformulering.....	7
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
RESULTAT	13
Bemötandets betydelse för kvinnan.....	13
Kommunikation.....	14
Vårdmiljöns betydelse.....	15
Aspekter av stöd	15
Den fysiska vården	16
DISKUSSION	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion	18
Slutsats.....	20
Fortsatta studier	20
Klinisk tillämpbarhet.....	21
REFERENSER	22

BILAGA A - B

INLEDNING

En av fyra gravida kvinnor drabbas av en spontan abort vilket innebär att en graviditet avstannar utan medicinsk intervention. Spontan abort kan även beskrivas som missfall eller *early pregnancy loss*. En spontan abort är i det flesta fall en okomplicerad medicinsk händelse men däremot kan upplevelsen av att genomgå en spontan abort ha en negativ emotionell påverkan på kvinnan. Det finns ingen behandling som kan förhindra en hotande eller pågående spontan abort. Det finns inte heller några nationella riktlinjer för hur omvårdnaden av en kvinna som genomgår en spontan abort ska utformas trots att det är en vanlig graviditetskomplikation. Det medför att omvårdnaden kan komma att se annorlunda ut beroende på var i landet kvinnan befinner sig när hon söker vård för en spontan abort. Den här litteraturoversikten avser att undersöka hur stöd och omvårdnaden kring spontan abort upplevs av kvinnan.

BAKGRUND

Spontan abort

En normal graviditet hos en gravid kvinna (det biologiska könet) i fertil ålder fortlöper i genomsnitt i cirka 40 veckor. När en kvinnas graviditet avstannar utan medicinsk intervention innan graviditetsvecka 22 kategoriseras det som en spontan abort (Stjerndahl, 2015). Spontan abort kan likställas enligt Svenska Akademiens Ordlista [SAOL], med det vedertagna ordet missfall. När ett foster föds levande eller död efter graviditetsvecka 22 eller om fostret har en vikt över 500 gram, bör fostret registreras som barn (World Health Organisation [WHO], 2001). Var fjärde graviditet leder till en spontan abort (Blohm, Fridén, & Milsom, 2008). En graviditet kan konstateras vid ett positivt provsvar av humant koriongonadotropin [HCG] som är ett hormon som bildas och frisätts från placentan (moderkakan) när kvinnan är gravid (Montagnana, Trenti, Aloe, Cervellin & Lippi, 2011). Vid ett positivt HCG-prov beräknas cirka 50 procent av graviditeterna leda till en spontan abort (Stjerndahl, 2015). Nittio procent av de spontana aborterna sker redan innan graviditetsvecka 13. Inom termen spontan abort kan ytterligare indelningar göras enligt följande; preembryonala missfall sker under de första fyra veckorna sedan senaste menstruation. Embryonala missfall sker inom graviditetsveckorna fem till tio, därefter klassas missfallen som fetala missfall (Stjerndahl, 2015).

Hälften av alla spontana aborter beror på kromosomala avvikelser hos embryot i kvinnans uterus (Van den Berg, van Maarle, van Wely & Goddijn, 2012). Med stigande ålder hos kvinnan ökar risken för att en graviditet kan leda till en spontan abort. I ålder 20 till 29 år är risken för spontan abort 7 till 15 procent, i åldern 30 till 39 år ökar risken till 13 till 20 procent och vid ålder 40 år och över är risken 21 till 46 procent för att det blir en spontan abort (Blohm et al., 2008). Ytterligare riskfaktorer som för att kvinnans graviditet kan leda till en spontan abort är infektion, kronisk sjukdom, mediciner, obesitas respektive malnutrition, rökning, tidigare spontan abort, toxiner samt uterusanomali (olika avvikelser av livmodern) hos kvinnan (García-Enguádanos, Calle, Valero, Luna, & Domínguez-Rojas, 2002).

Symtom vid spontan abort

Symtom vid spontan abort börjar med att kvinnan får en vaginal blödning och/eller med smärta (Murphy & Philpin, 2009). Till en början kan blödningen vara sparsam och sedan

utvecklas till en mer riklig blödning innehållande koagulerat blod. Smärtan som kvinnan upplever kan komma i intervaller och kan liknas vid mensvärk och/eller som förlossningssmärter (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019).

Vid symtom kan den gravida kvinnan vända sig till sjukvården. Mödravårdscentralen, gynmottagning eller gynekologisk akutenhet är de vanligaste platserna dit kvinnan kan vända sig. Den vårdenhet kvinnan kan komma att uppsöka beror till stor del var i graviditeten kvinnan befinner sig. I Sverige finns det möjlighet att även få rådgivning via telefon och digitala vårdenheter (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Behandling vid spontan abort

Det finns inga behandlingar som kan förhindra förloppet vid ett hotande eller pågående spontan abort (Jurkovic, Overton & Bender-Atik, 2013). Om koagel upptäcks i livmodern under ett ultraljud i samband med ett levande foster kan kvinnan bli sjukskriven och uppmanad att undvika överaktivt kroppsarbete för att hematomet (förekomst av blod i vävnad utanför blodkärl) inte ska förvärras och leda till en spontan abort (Borgfeldt et al., 2019).

Borgfeldt et al. (2019) belyser vikten av att kvinnan hör av sig till en gynmottagning vid tecken som tilltagande buksmärter och/eller feber efter en spontan abort för att det finns en förhöjd infektionsrisk efter en spontan abort. Efter sju till tio dagar bör blödningen och avslaget avstannat och försvunnit. Vid fortsatt blödning och avslag ska kvinnan kontakta gynmottagningen. I och med den ökade infektionsrisken ska tampong och samlag undvikas den första veckan. Alla kvinnor som genomgår en spontan abort bör erbjudas psykosocialt stöd och kontakt med en kurator (Borgfeldt et al., 2019).

Det finns inga medicinska hinder för kvinnan att försöka bli gravid igen efter en spontan abort. En studie som genomförts påvisar att en ny graviditet inom sex månader efter en spontan abort ökar chanserna för att den blir fullbordad i jämförelse om kvinnan väntar upp till ett och ett halvt år (Love, Bhattacharya, Smith & Bhattacharya, 2010) Menstruationen kan förväntas återkomma tre till sex veckor efter en spontan abort. En graviditet kan ske innan den första menstruationen kommit efter en spontan abort och är i sig inget farligt eller fel. Dock kan det vara svårare att tidsbestämma graviditetens längd (Borgfeldt et al., 2019).

Allmänsjuksköterskans professionella ansvar vid spontan abort

All hälso- och sjukvård bör sträva efter jämlik hälsa då det är en av de åtta globala målen i Agenda 2030. Förenta nationernas alla medlemsländer har antagit Agenda 2030 som även heter Globala målen för hållbar utveckling. Globala målen består av 17 mål där varje mål har flera delmål. Mål nummer tre kan appliceras på hälso- och sjukvården där delmål 3.7 innebär att alla ska ha tillgång till en sexuell och reproduktiv hälsovård och delmål 3.8 innebär att alla ska ha tillgång till en god allmän hälso- och sjukvård (Globala målen, 2015). Vid spontan abort är allmänsjuksköterskan en av sjukvårdspersonalen som kommer i kontakt med kvinnan först och det ligger stor vikt vid att inom professionen kunna koppla in rätt enheter i vården (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2011). Information om diagnos, behandling och rutiner vid spontan abort är viktig för kvinnan att få ta del av (Punches, Johnson, Gillespie, Acquavita & Felblinger, 2018). Smärtbehandling med både analgetika (Borgfeldt et al., 2019) och alternativ smärtbehandling till exempel transkutan elektrisk nervstimulering [TENS] är även aktuellt (Vance, Dailey, Rakel & Sluka, 2014). Efter en komplett spontan abort, som skett efter graviditetsvecka 14 till 16, kan mjölkproduktionen

hos kvinnan komma igång inom några dagar efter den spontana aborten. Det går att förhindra med läkemedel (Borgfeldt et al., 2019).

Omvårdnad

Definition av omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening [SSF], (2017) har utformat en kompetensbeskrivning där omvårdnad beskrivs som sjuksköterskans specifika kompetens och ansvarsområde. Omvårdnaden baseras på patientnära arbete och den vetenskapliga evidensen med en utgångspunkt ur en humanistisk människosyn. Den legitimerade sjuksköterskan arbetar för att patienter ska erhålla omvårdnad anpassad efter deras behov. För att patienten ska erhålla jämlik vård är det av stor betydelse att sjuksköterskan innehar kunskap om hur olika faktorer som till exempel kön, ålder, utbildning och socioekonomisk status påverkar hälsan. Arbetet ska utföras i enlighet med styrdokument kopplade till hälso- och sjukvården, lagar och författningar. International Council of Nursing [ICN] (2012) beskriver hur omvårdnaden även grundar sig i ett etiskt förhållningssätt där mänskliga rättigheter, hänsyn till människors värderingar, tro, vanor, respekt för självbestämmande, integritet och värdighet är centrala grundpelare.

Målen med omvårdnad

SSF (2014) har definierat flera omvårdnads mål så som att patienten ska erhålla god hälsa. Patienten och familj eller närstående ska involveras i vården vilket leder till en känsla av delaktig och kontroll. Patienten ska ses som en unik individ med resurser och erfarenhet och den som har störst vetskap om hur hans omvårdnad bör utformas. Eftersom omvårdnad sker på personnivå är det viktigt att sjuksköterskan har en god människosyn. En god människosyn formar sjuksköterskans värderingar och präglar den omvårdnad som ges (SSF, 2014). En människa är en unik varelse och all omvårdnad ska anpassas efter personens unika egenskaper. Sjuksköterskan ska med vetskap om patientens unika behov och resurser bidra med sin kunskap, evidensbaserad vård (Uhrenfeldt, Sørensen, Bahnsen & Pedersen, 2018). När en patients integritet och autonomi respekteras leder det till en god och säker vård. Evidensbaserad omvård innebär att sjuksköterskan håller sig uppdaterad med den senaste vetenskapliga kunskapen och strävar efter att tillämpa denna tillsammans med patienters unika behov i åtanke när omvårdnaden utformas (Willman, 2019).

SSF (2014) beskriver att sjuksköterskan ska tillsammans med patienten utforma omvårdnaden där hans kunskap om bästa evidensbaserad vård ska vara vägledning för patienten att välja den vård som är bäst lämpad och orsakar minst skada. Vårdens säkerhet och kvalitet säkerställs genom en god omvårdnad. En god och säker vård uppfylls genom att patienter får vård utifrån deras unika behov. Sjuksköterskans kompetens och hans bemötande samt hur omvårdnaden genomförs är avgörande för omvårdnadens kvalitet. För sjuksköterskan innebär det ett moraliskt ansvar att upprätthålla ett gott bemötande och hålla en hög etisk moral i de beslut och bedömningar hen tar (SSF, 2014).

I omvårdnaden finns förutom den medicinska aspekten även en holistisk sida som har stor betydelse för patienters hälsa. Sjuksköterskan ska inte bara återställa hälsa genom medicinska interventioner utan även verka för att patientens fysiska, psykosociala och andliga behov uppfylls (SSF, 2014). Sjuksköterskans roll har utvecklats från att enbart fokusera på den medicinska delen till att stärka patienter att inom sig själva hitta resurser för att återställa hälsa och förbättra sin livskvalité. Många kvinnor har negativa och svåra minnen från sin spontana abort vilket betonar vikten av en personcentrerad och holistisk

omvårdnad (Radford & Hughes, 2015). Trots behov finns det få sjuksköterskor med adekvat utbildning och erfarenhet som kan ge holistisk omvårdnad (Olson, 2013). Andlig omvårdnad kan erhållas genom att sjuksköterskan är närvarande i situationen och genom aktivt lyssnande (Monareng, 2012). Vid en spontan abort upplever de flesta kvinnor en stor sorg, känsla av förlust samt chock. Att ge kvinnan god omvårdnad efter en spontan abort ger henne förutsättningar för att hantera förlusten. Vården som ges under och efter en spontan abort kan ha en direkt påverkan på sorgereaktionen. Även om spontan abort upplevs som förödande av kvinnan kan sjuksköterskans bemötande hjälpa till att lindra upplevelsen (Jansson & Adolfsson, 2011).

Miljön har även en stor betydelse för omvårdnaden. En lugn och trygg vårdmiljö anpassad efter patients behov kan verka läkande medan vård på en akutavdelning med höga ljud från övervakningsutrustning kan utlösa stress (Wijk, 2010).

Sjuksköterskans samverkan i team

Den legitimerade sjuksköterskan ingår i ett team inom hälso- och sjukvården där olika professioner ingår. Enligt Socialstyrelsen (2019) ingår yrken som innehar legitimation eller är särskilt förordnade inom hälso- och sjukvårdspersonal såsom läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med flera. Undersköterska är ett yrke som inte innehar legitimation men som ingår i kategorin hälso- och sjukvårdspersonal då det yrket biträder en legitimerad yrkeskategori (Socialstyrelsen, 2019).

Att samverka i team är en av de sex kärnkompetenser som ingår i sjuksköterskans profession. Sjuksköterskans professionella roll är därmed att samordna, leda, prioritera och organisera omvårdnadsarbetet kring patienter (SSF, 2017). SSF (2017) beskriver vidare att genom samverkan i team kan de olika professionerna delge varandra sina kompetenser då olika yrkeskategorier besitter olika former kompetens. Att delge sin kompetens i team är en nyckelfaktor för att uppnå en personcentrerad samt patientsäker hälso- och sjukvård (SSF, 2017).

Personcentrerad omvårdnad

Definition av personcentrerad omvårdnad

I SSF:s kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2014) lyfter de fram sjuksköterskans sex kärnkompetenser; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Personcentrerad omvårdnad präglas av ett partnerskap mellan den person som behöver vård och hälso- och sjukvårdspersonal till exempel sjuksköterskan. Sjuksköterskan ska lyhört lyssna på patientens berättelse och därefter tillsammans med hen utforma omvårdnaden. Enligt personcentrerad omvårdnad synliggörs personen bakom sjukdomen genom att hälso- och sjukvårdspersonal utgår ifrån hans perspektiv av hur det är att leva med sjukdomen. Omvårdnaden bör därför utformas därefter (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet [GPCC], 2017).

Begrepp inom personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad vård kännetecknas av tre begrepp; patientberättelsen, partnerskap och dokumentation (Kristensson Ugglå, 2018).

Patientberättelsen

Patientberättelsen har en betydande roll i personcentrerad vård. Här lyfts personen bakom sjukdomen fram vilket gör att patienten separeras från sjukdomen och blir därmed inte identifierad som sin sjukdom. Patienten ses då inte som ett objekt som ska botas med enbart medicinska interventioner utan som en jämbördig partner där man tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal utformar vårdprocessen (Lusk & Fater, 2013).

Sjuksköterskan måste lyhört lyssna på patientens berättelse och identifiera varje persons unika önskan, motiv och resurser för att uppfylla en god personcentrerad omvårdnad (GPCC, 2017). I patientberättelsen bildas ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska (Kristensson Uggla, 2018). När en person vårdas inom en klinisk institution blir hen en patient som identifieras genom hens sjukdom och diagnoser och hen blir ett objekt som ska botas. Personen är kopplad till levnadshistorien. Inom personcentrerad omvårdnad sätts personen, inte patienten med en sjukdom, i centrum och med levnadsberättelsen kommer personen med hens unika erfarenheter bakom sjukdomen fram och formar vårdprocessen (Kristensson Uggla, 2018).

Partnerskap

Partnerskap inom personcentrerad omvårdnad innebär ömsesidig respekt och förståelse mellan patient och sjuksköterska för varandras erfarenhet och kunskap. Det kan liknas vid att två experter inom olika områden möts. Patienten är expert på hur det är att leva med en viss sjukdom och sjuksköterskan är expert inom sitt område med omvårdnad (GPCC, 2017). Enligt Ekman, Norberg och Swedberg (2018) innebär partnerskapet att patienten delar med sig av sina upplevelser och erfarenheter och hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar med sin professionella kompetens. Det kan ses som ett ömsesidigt delande och beroende av varandra. Ekman et al (2018) beskriver vidare att beroende kan ses som något negativt. Utifrån ett personcentrerade förhållningssätt behöver inte beroende ses som något negativt utan som en copingstrategi, då den naturliga responsen vid sjukdom är att söka sig till vården. Personcentrerad omvårdnad ska genomföras i samråd med patienten och hen ska vara delaktig i alla beslut som tas angående omvårdnaden. Ett delat beslutsfattande har visat sig bidra till att kvinnan får en positiv upplevelse av vården och därmed lättare kan hantera en spontan abort (Shorter, Atrio & Shreiber, 2019).

Dokumentation

Dokumentation av överenskommelsen i patientberättelsen och partnerskapet krävs för att säkerställa den personcentrerade omvårdnaden (Ekman et al., 2018). Dokumentationen är inte statiskt utan ett levande dokument som ska uppdateras allt eftersom vården uppdateras vilket bör göras i samråd med patienten. All information kring vård av en patient ska finnas samlad på ett ställe för att underlätta för patient så hen eller anhöriga slipper upprepa sig vid kontakt med ny hälso- och sjukvårdspersonal samt vara lättillgänglig för både patient och hälso- och sjukvårdspersonal [GPCC, 2017].

Allmänsjuksköterskans profession inom personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad innebär att sjuksköterskan ser en person som behöver vård och inte en patient med en sjukdom samt ser hen som en tillgång till att forma omvårdnaden. Det ställer vissa krav på sjuksköterskan eftersom det krävs en nyfikenhet, öppenhet och en vilja att lyssna på patienten samt förstå hens unika behov. Patienter ska, trots sjukdom eller ohälsa, med hjälp av sjuksköterskans stöd få en möjlighet att återgå till livet innan sjukdomen (SSF, 2016). Den nationella Folkhälsomyndigheten (2019) har som mål att arbeta för en jämlik hälsa. Här kan sjuksköterskan bidra genom att arbeta efter Folkhälsomyndighetens målområde 8, hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I mål 8

beskrivs det att det finns skillnader i vårdens insatser. Vården som ges ska vara tillgänglig och anpassad efter vårdtagarens behov samt vara genomsyrad av ett jämlikhetsfokus (Folkhälsomyndigheten, 2019). En sjuksköterska som arbetar med personcentrerad omvårdnad skapar möjligheter att hjälpa kvinnan att ta itu med den mängd känslor som upplevs i samband med en spontan abort (Cardinal et. al, 2013).

Stöd

Stöd är en abstrakt förklaring, och definieras som hjälp ibland med bibetydelse av sympati (Svensk ordbok [SO], 2009). Enligt Evans (2012) är människas behov av stöd individuellt och unikt. Stöd kan ges på flera olika sätt till exempel genom att ge emotionellt stöd, informativt stöd eller att vara närvarande. Att genomgå en spontan abort kan vara bland det mest traumatiska en kvinna kan uppleva och kan sätta djupa spår. Behovet av känslomässigt stöd kan ofta förbises av sjuksköterskan som främst fokuserar på den fysiska aspekten av en spontan abort. Sjuksköterskor som arbetar på gynekologiska akutenheter, gynekologiska avdelningar eller andra vårdenheter där kvinnor som genomgår spontan abort söker vård, bör sträva efter att ge en empatisk och stöttande omvårdnad (Evans, 2012).

Att få stöd och bekräftelse i sorgen vid en spontan abort är viktigt då forskning visar att det hjälper kvinnan och hennes partner att bearbeta sorgen. Att erhålla både muntligt och skriftligt stöd är viktigt då kvinnan behöver stöd i stunden men på grund av det känslomässiga tillstånd hon befinner sig kan det vara svårt att ta till sig informationen (Adolfsson, Arbhede, Marklund, Larsson & Berg, 2015). Spontan abort har oftast en negativ effekt på kvinnans psykiska hälsa som inte ska underskattas och stöd i form av information och uppföljning samt rådgivning bör göras tillgänglig (Robinson, 2014).

MacGeorge och Wilkum (2012) anser att spontan abort har liten eller ingen påverkan på kvinnans fysiska hälsa eller förmåga att bli gravid igen. Däremot kan den känslomässiga stressen leda till bland annat depression och ångest. Vidare visar författarna att stöd vid en spontan abort kan hjälpa till att minska den negativa upplevelsen och att stöd även har en positiv inverkan på den mentala hälsan. Samma forskning visar även att hälso- och sjukvårdspersonal kan säga saker som förminskar en spontan abort vilket i sin tur leder till lidande. Denna negativa handling är oftast oavsiktlig eftersom hälso- och sjukvårdspersonal missförstår hur svår en spontan abort upplevs och vilken sorg den orsakar (MacGeorge & Wilkum, 2012). Sjuksköterskan bör ha en förståelse för den känslomässiga påverkan en spontan abort har på kvinnan för att på bästa sätt ge henne det stöd hon behöver (Robinson, 2014).

I en äldre studie av Geller, Psaros och Kornfield (2010) uppgav kvinnor att de haft positiva känslor från sjuksköterskor som de har träffat i samband med spontan abort, tack vare deras omtänksamma egenskaper och förmåga att se kvinnan som en unik individ samt hur de har hanterat den spontana aborten med känslighet och respekt. Det emotionella stöd som gavs var betryggande för kvinnorna (Geller, Psaros & Kornfield, 2010).

Teoretisk utgångspunkt: Lidande

Lidande är ett vårdvetenskapligt kärnbegrepp inom sjuksköterskans profession. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor kan man läsa om att lindra lidande är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområde (ICN, 2012). Att främja hälsa, återställa hälsa och lindra

lidande är sjuksköterskans yttersta ansvarsområde, därför valdes lidande som teoretisk utgångspunkt. Den teoretiska utgångspunkten kommer diskuteras i samband med resultatet i resultatdiskussionen.

Lidande har ett flertal förklaringar beroende på vilket perspektiv som väljs. Utifrån ett perspektiv där hälsa ses som människans helhet, får lidandet en innebörd av att denna helhet rubbas vid ett eller flera sjukdomstillstånd. I vården finns det tre kategorier inom lidande; sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande (Eriksson & Barbosa da Silva, 1991).

Eriksson och Barbosa (1991) beskriver sjukdomslidande som ett lidande kopplat till en diagnos, symtom eller en behandling till exempel biverkningar av kemoterapi. Det är den del av lidandet som sjuksköterskan till stor del alltid ställs inför i mötet med patienten. Livslidandet är förenat med en persons liv. Det kan vara relaterat till trauma, sjukdomar och/eller livshändelser där personen börjar reflektera över sitt liv (Eriksson & Barbosa da Silva, 1991). Vårdlidande är enligt Wiklund Gustin (2014) lidande som orsakas av vård eller brist på vård. Vårdlidandet kan ha orsakats avsiktligt eller oavsiktligt och drabbar både patienter och anhöriga. Vid en spontan abort blir partnern många gånger åsidosatt och lämnad ensam i sitt lidande (Obst & Due, 2019).

Lidande som teoretisk utgångspunkt valdes till denna litteraturöversikt då ett av sjuksköterskans främsta ansvarsområde är att lindra lidande. De flesta kvinnor som genomgår en spontan abort upplever ett lidande. I den situationen är det lätt att ett vårdlidande uppstår om sjuksköterskan inte fullföljer sitt professionella ansvar, att lindra lidande. Orsaker till vårdlidande kan vara det underläge patienten kan uppleva sig vara i. Att inte bli tagen på allvar eller bli lyssnad på kan leda till att man känner sig kränkt och otrygg. Vårdlidande är en direkt konsekvens av hur relationen mellan sjuksköterska och patient utformas. En lyhörd och empatisk sjuksköterska har stora förutsättningar för att förhindra vårdlidande jämfört med en sjuksköterska som utgår enbart ifrån ett medicinskt kunnande och sitt eget perspektiv utan att ta hänsyn till patientens behov (Wiklund Gustin, 2014).

Sjuksköterskan måste besitta stor kunskap om lidandet för att på bästa sätt möta patienten i hans lidande. Patienter lider på olika sätt och sjuksköterskan måste vara lyhörd för det som inte berättas med ord men får heller inte sätta sina egna ord på patients upplevelse. Patienten måste själv få uttrycka sitt lidande vilket i sig är läkande (Arman, 2017).

Problemformulering

Spontan abort är en relativt vanlig graviditetskomplikation och kan bli en traumatisk händelse i en kvinnas liv. Det saknas behandling för att kunna förhindra en hotande eller pågående spontan abort vilket gör att omvårdnaden blir extra betydelsefull i sammanhanget. Omvårdnaden vid spontan abort varierar på grund av att nationella riktlinjer saknas. För att en sjuksköterska ska kunna ge god omvårdnad krävs det att sjuksköterskan besitter kunskap inom omvårdnadens olika områden. Bland annat att en god sjuksköterska- och patientrelation bör upprättas. Det är även en förutsättning för att lyckas med personcentrerad omvårdnad som är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser.

En sjuksköterska som har ett personcentrerat förhållningssätt skapar en möjlighet att få inblick i patientens stöd- och omvårdnadsbehov. Brist på stöd och/eller en bristande

sjuksköterska- och patientrelation kan i sin tur skapa ett vårdlidande för kvinnan. Att belysa kvinnans upplevelse vid spontan abort kan skapa en ökad förståelse för hur omvårdnaden och stödet bör utformas efter varje enskild kvinnas behov.

SYFTE

Att belysa kvinnors upplevelser av stöd och omvårdnad vid spontan abort.

METOD

Design

Enligt Polit och Beck (2017) är forskningens syfte att svara på frågor eller lösa problem genom disciplinerade metoder. Omvårdnadsforskning är designad för att öka evidensen angående problem inom sjuksköterskans profession där även utbildning, administration och informatik är inkluderade. Forskningens yttersta mål är att utveckla och expandera kunskap (Polit & Beck, 2017). Vald design till denna kandidatuppsats är litteraturoversikt vilket är en överblick och sammanställning av forskningsresultat till en specifik fråga. Syftet med en litteraturoversikt är att skapa förståelse eller hitta en lösning till ett kliniskt problem (Polit & Beck, 2017). De vetenskapliga artiklarna insamlades på ett strukturerat vis genom ett icke systematiskt urval. Undersökningsfrågan utgjorde syftet till litteraturoversikten, metoden var litteratursökning samt granskning och sammanställningen av litteratursökningen utgjorde resultatet (Kristensson, 2014).

Då syftet är att belysa kvinnors upplevelser av stöd och omvårdnad vid spontan abort är vetenskapliga studier med en kvalitativ ansats lämplig att utforska. Forskning med en kvalitativ ansats är lämplig för att få ökad förståelse för människors upplevelse av ett visst fenomen. Själva spontana aborten är inte intressant utan fokus ligger på ökad förståelse av kvinnans upplevelse (Kristensson, 2014).

Att sammanställa resultatet från flera studier om samma fenomen, som i den här litteraturoversikten, kvinnans upplevelse av stöd och omvårdnad vid en spontan abort, ger ett större kunskapsvärde än en enskild studie samt skapar ökad förståelse (Friberg, 2017).

Urval

Avgränsningar

Sökningarna efter relevant forskning genomfördes i databaserna *Public Medline* [PubMed], *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* [CINAHL] Complete. Sökningar i de två databaserna kombinerades för att PubMed är den mest använda databasen för vetenskaplig litteratur med biomedicinsk inriktning och CINAHL Complete som är en databas med inriktning mot omvårdnadsvetenskaplig litteratur. Fritextsökningar genomfördes även i Google Scholar [GS] som är en stor databas som inkluderar vetenskapliga artiklar inom alla områden (Polit & Beck, 2017).

I denna litteraturstudie inkluderades vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2010 till 2020 för att erhålla aktuell forskning. I PubMed och CINAHL Complete användes filtret engelska vilket är det språk som används i högst utsträckning inom vetenskap. I CINAHL Complete applicerades filtret peer review efter genomförd sökning. Peer review innebär att

artikeln har blivit granskad och därmed fått kritik och förbättringsförslag. Personer som genomför peer review av artiklar fokuserar på det viktiga innehållet och använd metod (Polit & Beck, 2017). Filtret peer review kan ej appliceras i PubMed och de vetenskapliga artiklarna som hämtades därifrån valdes genom att författarna manuellt sökte i artikeln om den genomgått peer review.

Inklusionskriterier

Artiklar som inkluderades var de som innefattade spontan abort, missed abortion (fördröjt missfall) samt upprepade spontana aborter före vecka 22 och framtagna utifrån kvinnans perspektiv.

Exklusionskriterier

Artiklar som exkluderades var de som innefattade inducerad abort, dödfödsel vilket innebär förlust av barn efter graviditetsvecka 22. Artiklar som enbart beskriver partners, närstående eller hälso- och sjukvårdspersonals upplevelse eller perspektiv exkluderas.

Datainsamling

Databaserna PubMed och CINAHL Complete användes för att söka fram vetenskapliga artiklarna till resultatet. För att få ett analyserbart resultat valdes 15 vetenskapliga artiklar ut genom att använda en strukturerad sökmetod (Kristensson, 2014). Sökningarna genomfördes i de två nämnda databaserna vilket ökade chansen att finna relevanta artiklar samt för att öka kandidatsuppsatsens validitet (Henricsson, 2017). Fritextsökningar genomfördes även i Google Scholar [GS]. En fritextsökning innebär en sökning som inte är knuten till indexord vilket gör det mer känsligt och genererar fler sökträffar (Kristensson, 2014). Det gjordes för att fånga upp fler träffar än de som genererats i PubMed och CINAHL.

Databassökningarna påbörjades under januari 2020 med de sökord som hade tagits fram under tiden projektplan skrevs i november 2019. Sökningar gjordes självständigt utifrån ett makroperspektiv. Att anlägga ett makroperspektiv i början utav databassökningen gör att en översiktsbild skapas och möjliggör att karaktären av studien synliggörs (Friberg, 2017). Under februari 2020 bokades ett möte in med en bibliotekarie på Sophiahemmet Högskola. Med hjälp av bibliotekarien togs fler sökord fram som kunde utgöra olika sökblock, som kunde kombineras till olika söksträngar för att sökningarna skulle svara på litteraturöversiktens syfte. Genom att kombinera specifika ord, ibland ett åt gången, kan sökningen generera i ett bra resultat (Östlundh, 2017).

I PubMed användes Medical Subject Heading [MeSH] som är officiellt valda ord som representerar biomedicinska begrepp där förbestämda indexord faller under termerna. I databasen CINAHL Complete användes CINAHL Subject Headings som är motsvarande till MeSH-termer. Sökningarna genomfördes tillsammans med fritextsökning för att med största sannolikhet hitta användbara vetenskapliga artiklar (Kristensson, 2014).

För att kunna göra en strukturerad sökning skapades fyra olika sökblock som i sin tur kunde sättas ihop i olika söksträngar. Det första sökblocket som skapades och som alltid inkluderades i alla söksträngar innehöll MeSH-terminen/CINALH Subject Heading "Abortion, spontaneous" tillsammans med fritextordet "miscarriage". De två sökorden kombinerades med den booleska operatören OR för att expandera sökningen. Vid

användning av booleska termer AND, OR och NOT kan sökningarna expanderas eller avgränsas för att få fram en optimal sökning (Polit & Beck, 2017).

Det andra sökblocket fokuserade på upplevelser och psykologiska faktorer. Inom den kategorin finns inga MeSH-termer eller CINAHL Subject Headings vilket gjorde att sökorden hamnade under MeSH Major Topic i PubMed och Major Concept i CINAHL Complete. Det sökord som användes var bland annat "Adaption, Psychological", "Attitude", "Stress, Psychological" "Emotions" och "Patient Satisfaction". För att utöka sökningen i sökblocket användes fritextsök med sökorden "coping" och "wellbeing". Även ordet "experience*" som är trunkerat användes. Genom att trunkera ett sökord med en asterix expanderas sökordet samt inkluderar det ordets alla former (Polit & Beck, 2017). I vårt fall utökades sökningen med experience* till att sökningen inkluderade artiklar som hade andra böjningar av ordet experience.

Det tredje sökblocket fokuserade på bärande begreppet omvårdnad. Där användes MeSH Major Topic i PubMed och Major Concept i CINAHL Complete. Det sökord som användes "Nurse-patient relations", "Nurses Role" och "Patient Centered Care". Fritextsökning med sökorden "nursing" OR "nurse*" OR "care" OR "caring" kunde läggas till för att bredda sökningen (Kristensson, 2014).

Det fjärde och sista sökblocket fokuserade på bärande begreppet stöd där MeSH Major Topic "Social Support" söktes i PubMed och Major Concept "Support, Psychosocial" söktes i CINAHL Complete. För att bredda sökningen i det sökblocket gjordes fritextsök med sökordet "support".

Tabell 1. Presentation av databassökning i PubMed och CINAHL Complete med avgränsningar år 2010 till 2020 och engelska som språk.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2020-02-03	("abortion, spontaneous"[MeSH Terms]) OR miscarriage AND ("social support"[MeSH Major Topic]) OR support[Title/Abstract]) AND ("adaptation, psychological"[MeSH Major Topic]) OR "attitude"[MeSH Major Topic]) OR "stress, psychological"[MeSH Major Topic]) OR "emotions"[MeSH Major Topic]) OR "patient satisfaction"[MeSH Major Topic]) OR experience*) OR coping) OR well-being) AND ("nurse patient relations"[MeSH Major Topic]) OR "nurse's role"[MeSH Major Topic]) OR "patient centered care"[MeSH Major Topic]) OR nursing[Title/Abstract]) OR	126	15	7	5

	nurse*[Title/Abstract]) OR care[Title/Abstract]) OR caring[Title/Abstract])				
CINAHL Complete 2020-02-03	(MH "Abortion, Spontaneous+") OR miscarriage AND (MH "Adaptation, Psychological+") OR (MH "Attitude+") OR (MH "Coping+") OR (MH "Stress, Psychological+") OR (MH "Emotions+") OR (MH "Psychological Well-Being") OR (MH "Patient Satisfaction+") OR experience*	331	15	4	2
CINAHL Complete 2020-02-10	(MH "Abortion, Spontaneous+") OR miscarriage AND (MH "Adaptation, Psychological+") OR (MH "Attitude+") OR (MH "Coping+") OR (MH "Stress, Psychological+") OR (MH "Emotions+") OR (MH "Psychological Well-Being") OR (MH "Patient Satisfaction+") OR experience AND (MH "Support, Psychosocial+") OR support	86	17	6	2
CINAHL Complete 2020-02-10	(MH "Abortion, Spontaneous+") OR miscarriage AND (MH "Nurse-patient relations") OR (MH "Nursing role") OR (MH "Patient Centered Care") OR Nursing OR Nurse* OR Caring	226	13	4	2
CINAHL Complete 2020-02-10	(MH "Abortion, Spontaneous+") OR miscarriage AND (MH "Support, Psychosocial") OR Support	172	7	2	1
Manuell sökning				10	2
TOTALT		941	67	33	15

Manuell sökning

För att få inspiration och bredda sökningarna genomfördes manuella sökningar i GS för att ta till vara på det som eventuellt kan ha missats i PubMed samt CINAHL Complete. En manuell sökning kan göras för att få inspiration eller om man fastnat i sökandet (Friberg, 2017). Sökningarna genomfördes i GS med anpassat intervall 2010 till 2020. Med sökningen *miscarriage experiences* samt *nursing care following miscarriage* inkluderades två artiklar. De två inkluderade artiklar var: Cullen et al. (2018) samt McLean och Flynn (2012).

Kvalitetsgranskning

De artiklar som valts ut till resultatet har kvalitetsgranskats för att säkerställa att de håller en viss kvalitet eftersom kvalitetsgranskning påverkar resultatets tillförlitlighet. Om artiklarna delas lika mellan författarna sänks reliabiliteten men däremot om alla författare

var för sig granskat alla artiklar och jämfört granskningen stärks reliabiliteten. Validiteten (trovärdigheten) ökar om diskussion med utomstående personer gjorts till exempel en handledare, som kan kontrollera att resultatbeskrivningarna är rimliga och att syftet besvarats (Henricson, 2017). Artiklar som genomgått peer review håller en högre standard är artiklar som ej genomgått minst en eller flera peer review (Polit & Beck, 2017). För att säkerställa att artiklarna hade en viss kvalitet lästes först de olika abstrakten i sökningarna för att sortera ut de som ej var relevanta. Om abstraktet uppnådde det som önskades delades det mellan författarna. Artiklarna lästes sedan i fulltext för att få en helhetsuppfattning av båda författarna och artiklar valdes som bedömdes vara relevanta till resultatet. Därefter granskades artiklarna kritiskt i sin helhet av författarna (Kristensson, 2014). För att förenkla och säkerställa denna granskning användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag som är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016). Bedömningsunderlaget innehåller kriterier för att fastställa vilken kvalitet som artiklarna innehar. Nivå I- hög kvalitet, nivå II- medel och nivå III- låg kvalitet.

Var god se BILAGA A.

Dataanalys

Sammanställning av resultatet gjordes i en integrerad analys (Kristensson, 2014). För att förstå och kunna värdera resultatet kan studierna inte presenteras var för sig. Resultatet av studierna måste enligt Kristensson (2014) ställas i relation till varandra för att få ett överskådligt resultat.

Den integrerade analysen genomfördes i tre steg. I det första steget lästes alla artiklar som skulle ingå i resultatet igenom av båda författarna enskilt, för att sedan tillsammans diskutera och urskilja övergripande likheter eller skillnader i resultatet. I andra steget urskildes olika kategorier först på enskilt håll för att sedan gemensamt diskutera de fynd som hittats. Kategorier går att jämföras med etiketter, där de sammanfattar resultatet i de olika artiklarna relaterat till varandra (Kristensson, 2014). För att skapa ett gemensamt system för kategorierna använde författarna färgkodning med hjälp av överstrykningspennor. Det synliggjorde tydligt vilka kategorier som var dominant. I det tredje steget sammanställdes resultaten gemensamt under de olika kategorierna som skapats (Kristensson, 2014). I litteraturoversikter kan trovärdigheten påverkas utav vilket/vilka sökord samt vilka databaser som används. Att söka i databaser som är relevanta för omvårdnad till exempel PubMed eller CINAHL Complete gav större trovärdighet då det finns större chans att hitta relevanta artiklar. Genom att enbart välja artiklar som har genomgått peer review stärks trovärdigheten ytterligare eftersom artiklarna är granskade av forskare inom samma område och bedömda som vetenskapliga (Kristensson, 2014).

Forskningsetiska överväganden

I en litteraturstudie finns det flera etiska ställningstagande som ska tas i beaktande. Författarna använde Beauchamp och Childress (2013) fyra principer vid etiskt beslutsfattande. De fyra principerna är göra gott-principen, inte skada-principen, autonomiprincipen och rättvisepincipen.

World Medical Association utvecklade år 1964 det internationella styrdokumentet Helsingforsdeklarationen (Kristensson, 2014). Den är specifikt riktad mot medicinsk forskning som involverar människor och har reviderats flera gånger. Styrdokumentet skapades för att bevara deltagarnas integritet, deras rätt till information och självbestämmande, minimera risken för skada, forskningens potentiella nytta ska vägas mot och överstiga risken för skada, forskningen ska följa aktuella lagar. Forskningen ska även vara tydligt beskriven och genomgått en formell etikprövning av en oberoende kommitté (Kristensson, 2014).

Kandidatuppsatsens författare har lagt stor vikt vid att granska artiklar för att se att de uppfyller kraven för vad som är etiskt försvarbart. Vad som menas med etiskt försvarbart är att deltagare i studier har genomgått ett informerat samtycke samt att forskning som genomförs på människor ska vara etikgranskade enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2019:1144). Det fanns ett stort etiskt övervägande som togs av författarna vid tolkning och översättning av de vetenskapliga artiklarna då det alla var skrivna på engelska. Det gjordes på ett korrekt sätt utan att lägga in författarnas egna värderingar eller antagande (Helgesson, 2015). Vidare lades stor vikt vid att inte plagiera eftersom hederlighet och ärlighet är grundvärden i vetenskapligt arbete (Kjellström, 2017).

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturöversikt sammanställdes från 15 vetenskapliga artiklar som beskriver kvinnors upplevelser av stöd och omvårdnad av sjuksköterskan i samband med spontan abort. Utifrån den integrerade analysen framträdde fem huvudkategorier som har koppling till litteraturöversiktens syfte och frågeställning. De framträdande huvudkategorier som lyfts är bemötandets betydelse för kvinnan, kommunikation, vårdmiljöns betydelse, aspekter av stöd och den fysiska vården. De presenteras nedan som huvudkategorier med underrubriker.

Bemötandets betydelse för kvinnan

I flertalet studier framkom det att hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande haft stor betydelse för kvinnans upplevelse vid en spontan abort (Bellhouse, Temple-Smith, Watson & Bilardi, 2018; Cullen, Coughlan, Casey, Power & Brosnan, 2017; Domingos, Merighi, & De Jesus, 2011; Miller et al., 2017; Norton & Furber, 2018). I en studie av Cullen et al. (2017) uppmärksammar kvinnor behovet av omvårdnad präglad av medkänsla i samband med spontan abort. Kvinnorna beskriver den spontana aborten som svår och påfrestande att genomlida men att den medkänsla de fick av hälso- och sjukvårdspersonalen hade en positiv påverkan och betydde mycket för dem (Cullen et al., 2017). Brist på medkänsla och ett negativt bemötande medförde att förlusten upplevdes svårare och känslan av förlust förstärktes (Bellhouse et al., 2018; Cullen et al., 2017). Medkänsla från sjuksköterskan gjorde att kvinnorna lättare kunde hantera förlusten (MacWilliams, Hughes, Aston, Field & Wight Moffatt, 2016). Vidare beskrivs även hur ett negativt bemötande av sjuksköterskan där kvinnornas känslor ignorerades ledde till att de blev rädda och traumatiserade. Ett samband fanns mellan den omvårdnad kvinnor fick och sjuksköterskans grad av medkänsla. När medkänslan ej fanns blev upplevelsen av omvårdnaden negativ likväl som när sjuksköterskan visade medkänsla uppgav kvinnorna det som positivt (Miller et al., 2017). Kvinnor som kände sig välkomnade i vården upplevde att de var nöjda med den vård de erhöll (Domingos et al., 2011). Ett positivt bemötande har enligt Bellhouse et al.

(2018) upplevts som betydelsefullt. Kvinnor som vårdades på *early pregnancy unit* [EPAU] i Storbritannien upplevde att de erhöll respekt och medkänsla från sjuksköterskan vilket medförde att de kände sig sedda (Norton & Furber, 2018).

Empati och dess påverkan på upplevelsen

Majoriteten av kvinnorna i denna litteraturoversikt upplevde brist på empati i samband med hälso- och sjukvårdspersonals omvårdnad av deras spontana abort (Bellhouse et al., 2018; Cullen et al., 2017; MacWilliams et al., 2016; McLean & Flynn, 2012; Miller et al., 2017). Cullen et al. (2018) beskriver att empatisk och lyhörd omvårdnad hade stor betydelse för kvinnor och deras partner vid en spontan abort. Att hälso- och sjukvårdspersonal var empatisk och bekräftade deras förlust upplevdes som viktigt. Studien visar även att bristen på empatisk omvårdnad med okänslig terminologi av hälso- och sjukvårdspersonal bidrog till en negativ upplevelse (Cullen et al., 2017). Ett negativt bemötande med brist på empati och medkänsla från sjuksköterskan förstärkte känslorna ytterligare (Bellhouse et al., 2018). I en studie av MacWilliams et al. (2016) framkom att de flesta kvinnorna upplevde bristande empati från hälso- och sjukvårdspersonal både genom verbal och icke-verbal kommunikation. Däremot upplevde tre av de åtta kvinnorna att den medkänsla och empati de fick gjorde att de kunde hantera förlusten bättre. Ytterligare en studie visar att kvinnorna upplevde ett bristande empatiskt stöd av hälso- och sjukvårdspersonal samt ett bristande verbalt och skriftligt informativt stöd (McLean & Flynn, 2012). Ett okänsligt bemötande upplevdes som negativt samtidigt som individanpassad vård med empati värderades högt. Vården på öppenvårdsmottagningar upplevdes mer effektiv och empatisk jämfört med akutavdelningar (Miller et al., 2017). Kvinnorna har trots en negativ upplevelse av den spontana aborten positiva känslor för vad enskild hälso- och sjukvårdspersonal har utfört. Det är tack vare att kvinnorna upplevde att de erhölet ett empatiskt bemötande samt att hälso- och sjukvårdspersonal varit närvarande (Due, Obst, Riggs & Collins, 2017).

Bekräftelse av förlusten

Kvinnor upplevde att det var viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal bekräftade deras spontana abort som en förlust men det var något som ofta förbisågs (Bellhouse et al., 2018; Cullen et al., 2017; Due et al., 2017; Meaney, Corcoran, Spillane & O'Donoghue, 2017). I en studie av Meaney et al. (2017) förklarade kvinnorna hur viktigt det var för dem att hälso- och sjukvårdspersonal bekräftade deras förlust oavsett vilken vecka den spontana aborten skett i som en verklig förlust. För att förbättra vården vid en spontan abort beskriver kvinnorna i en studie av Bellhouse et al. (2018) vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal ser den spontana aborten som en förlust av en baby, oavsett om kvinnan drabbats av en eller flera spontana aborter. Ett känsligt bemötande och bekräftande av förlusten var viktig för kvinnorna (Bellhouse et al., 2018). Kvinnans behov av att den spontana aborten ses som en förlust av en baby nämns även i en studie av McLean & Flynn (2012). I det fall där hälso- och sjukvårdspersonal bekräftade förlusten uppgav kvinnorna att de värderade det positivt. Samma studie visar dock att det var vanligare att hälso- och sjukvårdspersonal inte såg och bekräftade kvinnornas förlust.

Kommunikation

Bristande verbal kommunikation hade en negativ påverkan på kvinnans upplevelse (Cullen et al., 2018; Due et al., 2017; McLean & Flynn, 2012). Kvinnors upplevelse av den vård det fått på en akutenhet under den spontana aborten påverkades av hur personalen förmedlade diagnosen och hur personalen interagerade med kvinnorna (MacWilliams et

al., 2016). När kommunikationen var rak och kvinnorna upplevde att de blivit informerade om förloppet, uppgav kvinnorna att det gav en positiv aspekt på deras upplevelse av sin spontana abort (Baird et al., 2018; Cullen et al., 2018). En studie som genomfördes på kvinnor som fått vård på en EPAU uttryckte kvinnorna att de fick tid att tala och ställa frågor till sjuksköterskan vilket medförde att det kände sig hörda (Norton & Furber, 2018).

Information

Majoriteteten av kvinnorna i en studie av Séjourné, Callahan & Chabrol (2010) upplevde bristfällig information om spontan abort. Brist på information under vårdtiden skapade förvirring hos kvinnorna (Baird et al., 2018) och ledde till ett flertal negativa aspekter för deras upplevelse (Cullen et al., 2018; Larivière-Bastien, deMontigny & Verdon, 2019). Kvinnorna uppgav att det fått bristande information rörande fysiska komplikationer, behandling, menstruationens återkomst, framtida graviditeter och om emotionell hälsa (Baird et al., 2018; Cullen et al., 2018; Emond et al., 2019). Hos en del kvinnor blev informationen om spontan abort traumatiserande och smärtsam på grund av bristande förklaringar (Emond et al., 2019). Bristande förklaringar framkom även i en studie av Larivière-Bastien et al. (2019) där orsaken till bristande förklaringar om förloppet hade ett samband med att hälso- och sjukvårdspersonal var frånvarande under vårdtiden. Det resulterade i att kvinnan fick klara av att hantera förloppet utan stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Mer än hälften av kvinnorna i studien av Séjourné et al. (2010) uppgav att de hade haft nytta av en informationsbroschyr om spontan abort.

Vårdmiljöns betydelse

Den långa väntan i väntrummet som ett flertal kvinnor upplevde var en av det svåraste aspekterna av att genomgå en spontan abort på grund av att det skapade obehag och emotionell stress hos kvinnorna (Emond, de Montigny & Guillaumie, 2019; Meaney et al., 2017). Majoriteten av kvinnorna som deltog i studien av MacWilliams et al. (2016) uppgav att de kände att det inte hörde hemma på en allmän akutenhet. Kvinnorna uppgav att de upplevde sig vara lågt prioriterade för att få vård. I en annan studie framkom det att kvinnorna ansåg att de negativa upplevelsorna var relaterade till administrationen och/eller till den fysiska designen av den akuta enheten (Meaney et al., 2017). En kvinna upplevde att den miljön hon befann sig i var kall och icke stöttande (Baird et al., 2018). I studien av Cullen et al. (2018) beskriver kvinnorna som genomgår spontan abort vikten av att vara separerade från gravida kvinnor.

Aspekter av stöd

Att få stöd direkt efter diagnostiseringen av en spontan abort hade varit hjälpsamt enligt kvinnorna (Due et al., 2017; Séjourné et al., 2010). I en studie av Baird et al. (2018) uppgav flertalet kvinnor att de kände sig ensamma när de genomgick en spontan abort. I samma studie uppgav en annan kvinna att hon inte hade någon att finna tröst hos, tala med eller få en förklaring till vad som försiggick (Baird et al. 2018). I en studie av Meaney et al. (2017) uppgav kvinnor att det var tveksamma till att söka vidare stöd genom rådgivning vilket ledde till att det flesta sökte stöd från familj, vänner och/eller i stödgrupper.

Upplevelser av emotionellt stöd

I en studie av Baird et al. (2018) uppgav majoriteteten av kvinnorna att de behövde mer emotionellt stöd från akutpersonalen på grund av att de kände sig förvirrade och befann sig i ett emotionellt tillstånd av rädsla. Vårdpersonal prioriterade inte kvinnornas känslor och

det som kvinnorna gick igenom. Det ledde till att kvinnorna blev rädda och traumatiserade (MacWilliams et al., 2016). I en studie av Miller et al. (2017) uppskattade kvinnorna hälso- och sjukvårdspersonals förmåga att anpassa vården för varje enskild individ oavsett om det var genom att ge emotionellt stöd eller genom att få tid att hantera situationen. En kvinna berättade att personalen på en akutenhet hade förklarat att den spontana aborten inte var kvinnans fel vilket gjorde hennes upplevelse mer positiv (Baird et al., 2018). Kvinnor som fått ett positivt bemötande med emotionellt stöd har upplevt det stödet som oerhört betydelsefullt (Bellhouse et al., 2018).

Den fysiska vården

Kvinnor som genomgick en spontan abort upplevde att vården de erhöll enbart fokuserade på att vårda det fysiska (Emond et al., 2019; Wijesinghe, Herath & Abeysundara, 2012). Det gjorde att det inte gavs utrymme för diskussion om hur kvinnorna kände angående sin spontana abort (Emond et al., 2019). I fyra studier framkom det att kvinnor upplevde att de inte hade något val eller egen påverkan på den vård de fick. Kvinnorna uppgav att de kände sig påverkade av vad den vårdande hälso- och sjukvårdspersonal eller sin partner ansåg att det behövde (Baird et al., 2018; Emond et al., 2019; Norton & Furber, 2018; Wijesinghe et al., 2012).

I en studie av Miller et al. (2017) framkom det att kvinnorna var nöjda med den vård de fått. Kvinnorna uppgav att vården var individanpassad och det fanns en balans mellan säker diagnos och behandlingens aktualitet (Miller et al., 2017).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Huvudresultatet var att kvinnorna upplevde brister i omvårdnaden samt i stödet de erhöll i samband med spontan abort. Bristerna var relaterade till hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande som saknade empati och förståelse för kvinnans behov samt brist på information. Det ledde till att kvinnans upplevelse av den spontana aborten förvärrades (Bellhouse et al., 2019; Cullen et al., 2017; Due et al., 2016; Larivière-Bastien et al., 2019; MacWilliams et al., 2016; McLean & Flynn, 2012; Miller et al., 2019). Det framkom att sjuksköterskan inte hade ett personcentrerat förhållningssätt när hen utförde omvårdnad för det kvinnor som genomgick en spontan abort. Det innebar att sjuksköterskan därmed inte arbetade utefter sin specifika kompetens, personcentrerad omvårdnad, och fullföljde inte sitt professionella ansvar (SSF, 2017). Konsekvensen av bristerna i omvårdnad, stöd och bemötande ledde till ett vårdlidande för kvinnan. Trots att det ingår i sjuksköterskans professionella ansvar att lindra lidande, orsakade hen ett vårdlidande hos de kvinnor som genomgått spontan abort. Enligt Arman (2017) borde sjuksköterskan vara lyhörd inför att alla lider på olika sätt och vara uppmärksam på det som inte sägs med ord. Resultatet i denna litteraturöversikt visar att kvinnorna befann sig i ett underläge gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen samt att de inte blev bekräftade eller sedda vilket i sin tur ledde till ett vårdlidande. Hade hälso- och sjukvårdspersonalen haft ett mer empatiskt och lyhört förhållningssätt hade vårdlidandet kunnat undvikas (Wiklund & Gustin, 2014).

I SSF:s kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2017) beskrivs omvårdnad som sjuksköterskans ansvarsområde där hen ska samordna, leda, prioritera och organisera omvårdnaden. Sjuksköterskan ska enligt SSF kompetensbeskrivning arbeta för att patienter

ska erhålla omvårdnad anpassad efter individuella behov. Kvinnorna från resultatartiklarna hade varit i behov av personcentrerad omvårdnad då det är en individuellt anpassad omvårdnad utformad i partnerskap med sjuksköterskan. Partnerskapet ska genomsyras av respekt och förståelse för varandras erfarenhet och kunskap (GPCC, 2017). Sjuksköterskan måste sätta sig in i varje enskild kvinnas situation och ha förståelse för hur den spontana aborten kan påverka kvinnors mående olika för att förstå hur omvårdnaden ska utformas. Det framkom att det hade varit viktigt för kvinnan att bli sedd och bekräftad i vad hon genomgick samt att det fanns en önskan om att bli bemött med empati. Hade sjuksköterskan bemött kvinnan med empati hade upplevelsen fått en annan innebörd och vårdlidande hade kunnat undvikas. För att det ska vara möjligt bör sjuksköterskan lyhört lyssna på kvinnan och identifiera hennes unika behov av omvårdnad och stöd (Bellhouse et al., 2018; Cullen et al., 2017; Due et al., 2016; MacWilliams et al., 2016; Miller et al., 2019; Norton & Furber, 2018). Personcentrerad omvårdnad är en avgörande faktor för att kvinnorna ska få den omvårdnad de behöver samt minimerar risken för vårdlidande. Sjuksköterskans omvårdnad är enligt Morgan och Yoder (2012) den största bidragande faktorn för patientens tillfredsställelse av vården. Tillfredsställelsen av vården ökar med personcentrerad omvårdnad, tack vare att varje patients omvårdnad anpassas efter dess unika behov och att den involverar patienten i utformningen av omvårdnad. När patientens autonomi respekteras och sjuksköterskan involverar patienten i utformningen av omvårdnaden minskar även risken för vårdlidande.

Bristen på information i samband med den spontana aborten samt hur informationen om den spontana aborten förmedlades var bristfällig vilket påverkade kvinnan negativt (Baird et al., 2018; Cullen et al., 2018; Larivière-Bastien et al., 2019; Emond et al., 2019; Séjourné et al., 2010). I en studie av Rowlands och Lee (2010) kunde samma resultat påvisas. På grund av denna bristfälliga information samt på det sätt informationen förmedlades uppstod ett vårdlidande för kvinnan. Majoriteten av kvinnorna i denna litteraturöversikt utsattes för onödigt vårdlidande orsakat av hälso- och sjukvårdspersonalens bristande bemötande, stöd och bristfällig information (Bellhouse et al., 2018; Cullen et al., 2017; MacWilliams et al., 2016; Miller et al., 2017;). Vårdlidande är enligt Wiklund Gustin (2014) lidande som orsakats av vård eller brist på vård. Vårdlidandet kan ha orsakats avsiktligt eller oavsiktligt. Att främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande är sjuksköterskans yttersta ansvarsområde och därför valdes lidande som teoretisk utgångspunkt. Vårdlidandet som kvinnorna utsattes för i denna litteraturöversikt orsakades till största del av hälso- och sjukvårdspersonalens bristande kunskap om personcentrerad omvårdnads betydelse samt bristande kunskap om de emotionella aspekterna av en spontan abort. När kvinnorna kände att de inte togs på allvar eller blev lyssnade på ledde det till en känsla av att befinna sig i underläge. Konsekvensen blev ett maktförhållande där kvinnan hamnade i underläge. Det underläget kan skapa ett vårdlidande. För att undvika vårdlidande bör en jämlik relation mellan kvinnan och sjuksköterskan etableras (Wiklund Gustin, 2014).

Majoriteten av kvinnorna i samtliga studier uppgav att de hade en negativ upplevelse av stöd och omvårdnad när de genomgick en spontan abort. En aspekt till det funna resultatet kan vara på grund av att de kvinnor som valt att delta kan ha haft ett behov av att ventilerat sin negativa upplevelse. Enbart en studie (Miller et al., 2019) med 55 deltagare hade ett bortfall på endast tio deltagare. Då bortfallet var lågt kunde författarnas hypotes angående kvinnornas behov av att ventilerat sin upplevelse av spontan abort styrkas.

Ett samband gick att se mellan vilken vårdenhet kvinnorna fått vård och hur de i sin helhet såg på sin upplevelse vid spontan abort. I studien av Norton och Furber (2018) var kvinnorna nöjda med sin vård och hade en mer positiv bild av sin upplevelse vid spontan abort. Kvinnorna i ovan nämnda studie befann sig på en EPAU där vården är individuellt anpassad för kvinnor som har problem i tidig graviditet. Kvinnor som fick vård på en akutenhet var generellt mer missnöjda över vården och hade en negativ upplevelse av spontan abort (Baird et al., 2018; Due et al., 2017; Emond et al., 2019; Larivière-Bastien et al., 2019; MacWilliams et al., 2016; Miller et al., 2017; Meaney et al., 2017). Skillnaden i kvinnornas upplevelse, om de kände sig nöjda eller missnöjda med vården, kan tros bero på att vården på en EPAU är anpassad för kvinnor som genomgår abort. Sjuksköterskorna som jobbar på en EPAU behöver enbart fokusera på kvinnor som genomgår en spontan abort. På en akutenhet där tempot är högre och där det förekommer mer allvarliga sjukdomsfall som kan vara livshotande prioriteras inte kvinnor som genomgår en spontan abort. I Australien kan kvinnan välja mödravård i det offentliga eller privata sjukvårdssystemet. Den offentliga sjukvården är kostnadsfri eller erbjuds till en lägre kostnad via Medicare som är skattefinansierat. I den privata sjukvården betalar man privat sjukförsäkring (Autralian Government Department of Health, 2019). Den privata sjukvården ger olika fördelar. Som till exempel i studien av Bellhouse et al. (2018) möjligheten för kvinnan att själv få välja förlossningsläkare som sedan följer henne under hela graviditeten och som sedan assisterar under förlossningen. Inom den privata sjukvården fanns det utrymme att ge emotionellt stöd, vidare hänvisning till andra stödenheter, utrymme för andra prover och tid för minnesgudstjänster (Bellhouse et al., 2018). Det gjorde att kvinnorna fick en mer positiv upplevelse jämfört med de kvinnor som genomgick spontan abort inom den allmänna sjukvården.

Huvudresultatet i denna litteraturstudie har en klinisk relevans relaterad till hur ökad kunskap om personcentrerad omvårdnads betydelse för att undvika vårdlidande för kvinnor som drabbas av spontan abort. Genom ett personcentrerat förhållningssätt tillsammans med ökad kunskap om förloppet, omvårdnad, emotionellt stöd och informativt stöd vid spontan abort kan sjuksköterskan bidra till att omvårdnaden blir mer jämlik. Folkhälsomålområde 8 trycker på att vården ska eftersträva ett systematiskt jämlikhetsfokus för att uppnå jämlik vård. Det målområdet har en stor betydelse för samhället och denna litteraturöversikt bidrar till att belysa vikten av personcentrerad omvårdnad vid spontan abort.

För att uppnå en hållbar utveckling behöver vården i Sverige ta i beaktning vad Agenda 2030 (Globala målen, 2019) har som mål. Mål 3 lyfter vikten av god hälsa och välbefinnande hos befolkningen och delmål 3.7 lyfter vikten av att alla ska ha tillgång till reproduktiv hälsovård och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program. Idag finns inga nationella riktlinjer i Sverige för hur omvårdnad vid spontan abort ska utföras vilket medför att omvårdnaden blir ojämlig och kvinnor riskerar att utsättas för vårdlidande. I England finns tydliga riktlinjer, NG126, för hur omvårdnaden ska utformas vid spontan abort som tagits fram av The National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2019). Vidare lyfter delmål 3.8 i de Globala målen (2019) vikten av tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Metoddiskussion

För att svara på syftet till den här kandidatuppsatsen använde författarna en litteraturöversikt som design. En litteraturöversikt är en lämplig design då den skapar en överblick och sammanställer forskningsresultat till en specifik fråga samt skapar förståelse

eller hittar en lösning till ett kliniskt problem (Polit & Beck, 2017). En styrka med en litteraturoversikt är att den snabbt ger en översikt av forskningsresultat från olika delar av världen. En mer lämplig design hade kunnat vara en kvalitativ intervjustudie vilket hade gett möjlighet att genomföra intervjuerna samt utforma intervjufrågorna och direkt få en uppfattning av deltagarnas upplevelser. På grund av tidsbrist var denna typ av studie ej genomförbar (Kristensson, 2014).

Då syftet med denna litteraturoversikt var att undersöka kvinnans upplevelse av stöd och omvårdnad i samband med spontan abort var kvalitativ forskning med en induktiv ansats lämplig (Kristensson, 2014).

Sökningarna genomfördes i validerade databaser med omvårdnadsfokus vilket ökade validiteten av litteraturoversikten (Henricson, 2017). Forskning är ett ämne under ständig utveckling och för att erhålla aktuell forskning begränsades sökningarna till en tidsperiod på tio år (Östlundh, 2017). Till litteraturoversikten valdes inklusions- och exklusionskriterierna med omsorg. Genom att välja att enbart inkludera artiklar som genomgått peer review kunde arbetets validitet ökas ytterligare eftersom de artiklarna klassificeras som vetenskapliga (Henricson, 2017). Ett flertal artiklar som inkluderats i resultatet återfanns i olika sökordskombinationer samt i de valda databaserna. Det ökade sensitiviteten samt validiteten i litteraturoversikten (Henricson, 2017). För att öka specificiteten i sökningarna kombinerades den officiella MeSH-termen för missfall "Abortion, spontaneous" tillsammans med fritextordet "miscarriage" (Kristensson, 2014). I litteraturoversikten beskrevs urvalsprocessen tydligt samt hur datainsamlingen genomfördes. Det bidrog till att stärka litteraturoversiktens reproducerbarhet och överförbarhet (Henricson, 2017). För att ytterligare stärka trovärdigheten i litteraturstudien var det en fördel att använda en ansats av mixad metod då respektive metods, kvalitativ och kvantitativ, svagheter till viss del elimineras medan styrkorna återstår (Borglin, 2017).

De vetenskapliga artiklarna som togs fram under datainsamling speglade det fenomen som författarna valde att undersöka. En önskan om ett mer specifikt underlag fanns. Med ett mer specifikt underlag där sjuksköterskans professionella roll framkom mer tydligt i kvinnans upplevelse av spontan abort hade gett ett tydligare svar på syftet.

Under den manuella sökningen som genomfördes i databasen GS uppkom nya synonymer som var relaterade till det sökord som använts tidigare. De sökorden var "pregnancy loss", "early pregnancy loss" och "early miscarriage". Sökningar gjorda med ovannämnda sökord hade möjligtvis genererat fler artiklar men valdes att inte användas på grund av att antal inkluderade artiklar till resultat efter den manuella sökningen bedömdes vara funna.

Bedömningskriterierna i Sophiahemmets Högskolas bedömningsunderlag (se Bilaga A) hade diffusa kriterier vilket lämnade utrymme för författarna att göra egna tolkningar utifrån kriterierna av artiklarnas kvalitet. Bedömningarna av artiklarnas klassificering är utförda med en viss tvekan. Vid analysering av de vetenskapliga artiklarna lästes artiklarna igenom individuellt för att sedan gemensamt diskutera de fynd som kom att svara på litteraturoversiktens syfte (Henricson, 2017). Författarna diskuterade ingående egna erfarenheter och hur de påverkade förförståelsen samt hur resultatet kunde komma att påverkas. Med den medvetenheten kring den egna förförståelsen kunde författarna aktivt arbeta för att den inte skulle påverka resultat (Polit & Beck, 2017). Utifrån resultaten som fördes in i matrisen framkom tydliga teman som kom att bli rubriker och underrubriker i arbetets resultatdel. De rubriker kom att spegla de fynd författarna både individuellt och

gemensamt fann när de hade läst igenom artiklarna. Studierna som inkluderades var huvudparten av medel kvalitet då antalet kvinnor som deltog i respektive studier var få. De studier som inkluderades speglar någorlunda hur det ser ut globalt eftersom artiklarna är gjorda i Irland, Kanada, Australien, USA, Storbritannien, Frankrike, Brasilien och Sri Lanka. För en mer rättvis bild av hur kvinnor upplevde omvårdnaden och stöd vid spontan abort borde artiklar från utvecklingsländer inkluderats. Det gjorde att resultatet till största del lyfter fram hur kvinnor upplevde stöd och omvårdnad vid spontan abort i industriländer.

I fyra (Cullen et al., 2018; Domingos et al., 2011; Emond et al., 2019; Meaney et al., 2017) av de 15 inkluderade artiklarna var både kvinnors, partners och/eller hälso- och sjukvårdspersonals perspektiv inkluderade i studierna. I de studierna valdes enbart resultat gällande kvinnans upplevelse ut för att svara på syftet. I artikeln av Due et al. (2017) var spontan abort som skett efter graviditetsvecka 22 och dödfödsel inkluderade i studien. Från den artikeln inkluderades enbart resultat som berör kvinnor som genomgått spontan abort före graviditetsvecka 22. Två artiklar (Miller et al., 2019; Séjourné et al., 2010) som inkluderades använde sig utav enkäter i sina studier. Det framkommer inte hur de var konstruerade eller hur frågorna var formulerade. I studien av Séjourné et al. (2010) publicerades enkäterna i internetforum med inriktning mot spontan abort och gynekologiska besvär. För att få en spridning i svaren samt kompensera för eventuellt bortfall hade det varit önskvärt om enkäterna postades/publicerades på fler än ett internetforum (Billhult, 2017).

Under arbetets gång har handledning i grupp skett vid fem tillfällen. Under grupphandledningen har arbetet granskats av både handledare och handledningsgruppens medlemmar. De har kontrollerat att resultatbeskrivningen är sannolik och att den svarar på syftet. Det har bidragit till att arbetets validitet har styrkts. Litteraturoversikten har även granskats i en mittbedömning samt en slutbedömning av examinerande lärare (Henricson, 2017).

Då de flesta kvinnor som genomgår eller har genomgått en eller flera spontana aborter ofta är emotionellt påverkade har författarna noggrant läst artiklarna för att säkerställa att studien är etisk försvarbar samt att genomförandet har gjorts med hänsyn till kvinnornas sårbarhet och inte orsakat ytterligare lidande (Polit & Beck, 2017).

Slutsats

Slutsatsen av denna litteraturstudie är att kvinnor som drabbas av spontan abort har ett behov av personcentrerad omvårdnad för att förhindra ytterligare lidande. Det framkom att sjuksköterskan inte fullföljde sitt professionella ansvar att främja hälsa, återställa hälsa och lindra lidande. För en kvinna som genomgår en spontan abort kan situationen vara chockerande och traumatisk och behovet av stöd och omvårdnad varierar för varje kvinna. För att kvinnor som drabbas av spontan abort ska få stöd och omvårdnad anpassad efter hennes behov bör sjuksköterskan arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att minska risken för vårdlidande.

Fortsatta studier

Den här litteraturstudien lyfter fram behovet av vidare forskning inom omvårdnad och stöd för kvinnor som genomgår spontan abort. Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi

[SFOG] har utformat evidensbaserade riktlinjer för medicinsk behandling vid tidig spontan abort samt upprepade spontana aborter. I de riktlinjerna nämns inget om omvårdnaden. SFOG borde ta inspiration av Barnmorskeförbundet som kombinerar medicinskt kunnande med ett etiskt och holistiskt förhållningsätt och i samarbete med patienten utformar omvårdnaden. Under arbetets gång framkom det att det finns ett behov av att ta fram nationella riktlinjer för hur omvårdnad bör utformas för kvinnor som genomgår spontan abort. I Storbritannien finns nationella riktlinjer för omvårdnaden vid spontan abort. Där finns tydliga och standardiserade riktlinjer för diagnostisering av spontan abort samt för hur omvårdnaden ska utformas. Målet med riktlinjerna är att förbättra omvårdnaden vid spontan abort och för att begränsa de negativa psykologiska effekter en spontan abort kan innebära för den gravida kvinnan. Vidare forskning med fokus på hur personcentrerad omvårdnad påverkar kvinnors upplevelse av spontan abort är något författarna anser vara av stor vikt för att kvinnan ska erhålla jämlik vård.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet som framkom i denna litteraturöversikt visade tydligt att det fanns bristande kunskap angående personcentrerad vårds betydelse inom omvårdnaden av kvinnor som drabbats av spontan abort. Genom resultatet hoppas författarna upplysa hälso- och sjukvårdspersonal samt sjuksköterskan om personcentrerad omvårdnads betydelse för kvinnor som drabbats av spontan abort. Genom ökad kunskap kan sjuksköterskan lättare identifiera kvinnans behov av omvårdnad och föreslå passande omvårdnadsåtgärder. Ökad kunskap om personcentrerad omvårdnads betydelse kan leda till att hälso- och sjukvårdspersonal samt sjuksköterskan får verktyg för att bemöta och vårda kvinnor som drabbas av spontan abort jämlikt och därmed minska vårdlidande. Genom att höja kvalitén i vården för kvinnor som drabbas av spontan abort minskar det risken för att drabbas av psykisk ohälsa. Det leder i sin tur till minskad vårdkontakt eftersom kvinnan inte behöver uppsöka vård för de eventuella komplikationer som kan uppstå till följd av bristande omvårdnad i samband spontana aborten. På sikt kan den minskade vårdkontakten innebära en samhällsekonomisk vinst.

Självständighetsdeklaration

Författarna Elizabeth Hjernberg och Emelie Löfman har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSER

Artiklar markerade med en asterix (*) är inkluderade i resultatet

Adolfsson, A., Arbhede, E., Marklund, E., Larsson, P-G., & Berg, M. (2015). Miscarriage: Evidence Based Information for the Web and Its Development Procedure. *Advances in Sexual Medicine*, 5(4), 89-104. doi: 10.4236/asm.2015.54011

Adolfson, A., & Kjellström, B. (2014). *EKO-modellen: En personalhandbok om förlorad graviditet*. Älvsjö: Effektum.

Arman, M. (2017). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. uppl., ss. 213 - 223). Lund: Studentlitteratur.

Australian Government Department of Health. (2019). *The Australian health system*. Hämtad 25 mars, 2020, från <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>

*Baird, S., Gagnon, D. M., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 113-117. doi: 10.1016/j.srhc.2018.03.001

Barnmorskeförbundet. (2019). *Barnmorskan*. Hämtad 24 mars, 2020, från <https://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/>

Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics*. (7. ed.) New York: Oxford University Press.

*Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). 'The loss was traumatic... some healthcare providers added to that': Women's experiences of miscarriage. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 137-146. doi: 10.1016/j.wombi.2018.06.006

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss.121 – 131). Lund: Studentlitteratur.

Blohm, F., Fridén, B., & Milsom, I. (2008). A prospective longitudinal population-based study of clinical miscarriage in an urban Swedish population. *BJOG*, 115(2), 176 - 183. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01426.x

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H. & Wangel, A. (2019). *Obstetrik och gynekologi: för sjuksköterskor*. (5 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Borglin, G. (2017). Mixad metod- en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. Uppl., ss. 233 – 247). Lund: Studentlitteratur.

Cardinal, L. T., Nance, A. C., Darney, G. B., Vanderhei, L. D., Fields, L. & Wallace, E. M. (2013). How do you support early pregnancy losses? The miscarriage management training initiative: Improving care for women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 42(S1), S1. doi: 10.1111/1552-6909.12046

*Cullen, S., Coughlan, B., McMahon, A., Casey, B., Power, S. & Brosnan, M. (2018). Parents' experiences of clinical care during second trimester miscarriage. *British Journal of Midwifery* 26(5) 309–15. doi: 10.12968/bjom.2018.26.5.309

*Cullen, S., Coughlan, B., Casey, B., Power, S., & Brosnan, M. (2017). Exploring parents' experiences of care in an Irish hospital following second-trimester miscarriage. *British Journal of Midwifery* 25(2), 110–15. doi: 10.12968/bjom.2017.25.2.110

*Domingos, S. F., Merighi, M. B., & De Jesus, M. C. (2011). Experience and care for spontaneous abortion: phenomenological study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 10(2), 1–1. Hämtad från <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104527170&site=ehost-live>

*Due, C., Obst, K., Riggs, W. D., & Collins, C. (2017). Australian Heterosexual Women's Experiences of Healthcare Provision Following a Pregnancy Loss. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 31(4), 331–338. doi: 10.1016/j.wombi.2017.11.002

Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. (2019). In *NICE National Institute for Health and Care excellence*. Retrieved 27th of February, 2020, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>

*Emond, T., de Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* 28(9) 1952–1965. doi: 10.1111/jocn.14780

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2018). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (1. uppl., ss. 69 - 92). Stockholm: Liber.

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2011). On a Hidden Game Board: The Patient's First Encounter with Emergency Care at the Emergency Department. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2609–2616. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03929.x

Eriksson, K. & Barbosa da Silva, A. (Red.) (1991). *Vårdteologi: Caring theology*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten, Åbo Akademi.

Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26(42), 35 - 41. Hämtad 6 februari, 2020, från

<https://search.proquest.com/openview/f64f4611ff2d6d7993858d762e0719d2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30130>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Folkhälsopolitikens åtta målområden*. Hämtad 16 februari, 2020, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsoarbete/folkhalsopolitikens-mal/de-atta-malomradena-inom-folkhalsopolitiken/>

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dag för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., ss. 129-138). Lund: Studentlitteratur AB.

García-Enguádanos, A., Calle, M. E., Valero, J., Luna, S., & Domínguez-Rojas, V. (2002). Risk factors in miscarriage: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 102(2), 111 - 119. doi: 10.1016/s0301-2115(01)00613-3

Geller, A. P., Psaros, C., & Kornfield, L. S (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want?. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 111-124. doi: 10.1007/s00737-010-0147-5

Globala målen. (2015). *Mål 3: God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 16 februari, 2020, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-jamstalldhet/>

GPCC - Centrum för personcentrerad omvårdnad vid Göteborgs universitet. (2017). Personcentrerad vård. Hämtad 4 januari, 2020, från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411- 419). Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses. (2012). *The International Code of Ethics for Nurses* [Broschyr]. Hämtad från: http://www.old.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Jansson, C., & Adolfsson, A. (2011). Application of "Swanson's Middle Range Caring Theory" in Sweden after miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine*, 2 (2), 102-109. doi: 10.4236/ijcm.2011.22021

Jurkovic, D., Overton, C., & Bender-Atik, R. (2013). Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *BMJ*, 346(f3676). doi: 10.1136/bmj.f3676

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 57 - 77). Lund: Studentlitteratur.

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

Kristensson Ugglå, B. (2018). Personfilosofi-filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälsosjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (1. uppl., ss. 21 - 62). Stockholm: Liber.

*Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* 45(6) 670–676. doi: 10.1016/j.jen.2019.06.008

Lusk, J. M., & Fater, K. (2013). A Concept Analysis of Patient-centered Care. *Nursing Forum An Independent Voice For Nursing*, 48(2), 89 - 98. doi: 10.1111/nuf.12019

Love, E., Bhattacharya, S., Smith, N., & Bhattacharya, S. (2010). Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ*, 341(c3967). doi: 10.1136/bmj.c3967

MacGeorge, E. L., & Wilkum, K. (2012). Predicting Comforting Quality in the Context of Miscarriage. *Communication Reports*, 25(2), 62 - 74. doi: 10.1080/08934215.2012.719463

*MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Moffatt, F. W. (2016). Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 42(6), 504-512. doi: 10.1016/j.jen.2016.05.011

*McLean, A., & Flynn, C. (2012). 'It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage. *Qualitative Social Work*, 12(6), 782-798. doi: 10.1177/1473325012464099

*Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. O. (2017). Experience of Miscarriage: An Interpretative Phenomenological Analysis. *BMJ Open* 7(3). doi: 10.1136/bmjopen-2016-011382

*Miller, C.A., Roe, A. H., McAllister, A., Meisel, Z. F., Koelper, N., & Schreiber, C. A. (2019). Patient Experiences With Miscarriage Management in the Emergency and Ambulatory Settings. *Obstetrics & Gynecology*. Advance online publication. doi: 10.1097/AOG.00000000000003571

Monareng, V. L. (2012). Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis*, 35(1). doi: 10.4102/curationis.v35i1.28

Montagnana, M., Trenti, T., Aloe, R., Cervellin, G., & Lippi, G. (2011). Human Chorionic Gonadotropin in Pregnancy Diagnostics. *Clinica Chimica Acta* 412(17) 1515–1520. doi: 10.1016/j.cca.2011.05.025

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2011). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic nursing*, 30 (1), 6-15. doi: 10.1177/0898010111412189

Murphy, F., & Philpin, S. (2009). Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing Studies* 47(5), 534–41. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.10.011

*Norton, W., & Furber, L. (2018). An Exploration of How Women in the UK Perceive the Provision of Care Received in an Early Pregnancy Assessment Unit: An Interpretive Phenomenological Analysis. *BMJ Open* 8(8). doi: 10.1136/bmjopen-2018-023579

Olson, J. K. (2013). Health promotion: healing through loss. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 610-612. doi: 10.1016/j.jen.2011.12.013

Obst, K. L., & Due, C. (2019). Men's grief and support following pregnancy loss: A qualitative investigation of service providers' perspectives. *Death Studies*, 1-9. doi: 10.1080/07481187.2019.1688430

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Punches, B. E., Johnson, K. D., Gillespie, G. L., Acquavita, S. A., & Felblinger, D. M. (2018). A Review of the Management of Loss of Pregnancy in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 44(2), 146-155. doi: 10.1016/j.jen.2017.11.001

Radford, J. E., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24, (11-12), 1457-1465. doi: 10.1111/jocn.12781

Robinson, J. (2014). Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. *British Journal of Midwifery* 22(3), 175-180. doi: 10.12968/bjom.2014.22.3.175

Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 3(28), 274 – 286. doi: 10.1080/02646831003587346

*Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28(4), 403-411. doi: 10.1080/02646830903487375

SFS 2019:1144. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Shorter, J. M., Atrio, J. M., & Schreiber, A. (2019). Management of early pregnancy loss, with a focus on patient centered care. *Seminars in perinatology*, 43(2), 84 - 94. doi: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.12.005>

Socialstyrelsen. (2019). *Hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtad 24 mars, 2020, från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/halso-och-sjukvardspersonal>

Spontan abort (2015). I *Svenska Akademiens Ordlista*. Hämtad 13 februari, 2020, från <https://svenska.se/saol/?id=2907889&pz=7>

Stjerndahl, J-H. (2015) Tidig patologisk graviditet. I P.O. Janson & B. Landgren (Red.) (2015). *Gynekologi*. (2. uppl. ss. 249 - 258) Lund: Studentlitteratur.

- Stödja. (2009). I *Svensk ordbok: M-Ö* (s. 3050). Stockholm: Svenska Akademien.
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. (2017). *SFOG Riktlinjer*. Hämtad från https://www.sfog.se/media/334257/text_riktlinje_upprep_missfall_170328.pdf
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. (2017). *SFOG-råd Ultraljudsdiagnostik av missfall i tidig graviditet*. Hämtad från <https://www.sfog.se/media/335570/ultraljudsdiagnostik-av-missfall-i-tidig-graviditet-ultra-arg-2017-12-15.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Omvårdnad och god vård* [Broschyr]. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.var_d_april_2014.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård* [Broschyr]. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_var_d_oktober_2016.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Teamarbete och förbättringskunskap: två kärnkompetenser för god och säker vård* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet/teamarbete.och.forbattringskundkap.pdf>
- Uhrenfeldt, L., Sørensen, E. E., Bahnsen, I. B., & Pedersen, P. U. (2018). The centrality of the nurse–patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing* 27(15-16), 3197-3204. doi: 10.1111/jocn.14381
- Vance, C., Dailey, D., Rakel, B., & Sluka, K. (2014). Using TENS for pain control: the state of the evidence. *Pain management* 4(3), 197–209. doi: <https://doi.org/10.2217/pmt.14.13>.
- Van den Berg, M. M., van Maarle, M. C., van Wely, M., & Goddijn, M. (2012). Genetics of early miscarriage. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*, 1822(12), 1951 - 1959. doi: 10.1016/j.bbadis.2012.07.001.
- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande: en del av människors liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., ss. 269 - 292). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2019). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2 uppl., ss. 177 – 186). Stockholm: Liber.

*Wijesinghe, S. P., Herath, P. R., & Abeysundara, I. (2012). A qualitative study on patients' perceptions of expectant management of first trimester incomplete miscarriage. *Ceylon Medical Journal* 57(4), 145–149. doi: 10.4038/cmj.v57i4.5078

Wijk, Helle. (2010). Miljöer till stöd för hälsan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3(87), 167 – 174. Hämtad från: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/690>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2001). DEFINITIONS AND INDICATORS IN FAMILY PLANNING, MATERNAL & CHILD HEALTH AND REPRODUCTIVE HEALTH: USED IN THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Hämtad från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108284/E68459.pdf?sequence=1&isAllowis=y>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dag för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl., ss. 59-82). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Baird, S., Gagnon, D. M., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. 2018 USA	Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study	Syftet var att förstå orsakerna till varför kvinnor kommer till en akutenhet för tidig graviditetsförlust och hur det hur de upplever vården och rådgivningen där samt deras totala upplevelse under och efter deras besök.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Kvinnorna talade engelska, var i första trimestern och kom in till akuten för magsmärtor, kramper eller vaginal blödning. <u>Datainsamling:</u> Inspelade semistrukturerade intervjuer via telefon på 30 - 45 min. Professionellt transkriberade efter avidetifiering. <u>Analys:</u> Deskriptiv analys.	10 (-0)	Bristande information under vårdtiden skapade förvirring hos kvinnorna. Flera kvinnor uppgav att de genomgick tester och behandling utan en förklaring om varför och mot vad. De flesta kvinnorna upplevde att dom ville ha mer emotionellt stöd från akutpersonalen. Tre kvinnor uppgav att dom kände sig ensamma medan en annan kvinna uppgav att miljön var kall och icke stöttande. Det fanns positiva aspekter så som rak kommunikation och när kvinnan kände sig informerad om förloppet och fick emotionellt stöd.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. 2018 Australien	‘The loss was traumatic... some healthcare providers added to that’: Women’s experiences of miscarriage”	Att undersöka kvinnors psykiska ohälsa i samband med missfall och upplevt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal	<u>Design</u> : Kvalitativ deskriptiv <u>Urval</u> : Kvinnor mellan 18-50 år, engelsktalande, som genomgått missfall tidigast tre månader sen men inte senare än 10 år sedan <u>Datainsamling</u> : Semi-strukturerade intervjuer i person eller via telefon <u>Analys</u> : Tematisk analys	15 (-0)	Ett negativt bemötande med brist på empati och medkänsla från hälso- och sjukvårdspersonal förstärkte kvinnornas känslor ytterligare. Studien visar också att kvinnor som fått ett positivt bemötande med emotionellt stöd och att det har upplevts som oerhört betydelsefullt.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Cullen, S., Coughlan, B., McMahon, A., Casey, B., Power, S. & Brosnan, M. 2018 Irland	Parents' experiences of clinical care during second trimester miscarriage	Att utforska föräldrars upplevelser av sjukhusvård vid missfall i andra trimestern, från diagnostiden till uppföljning.	<u>Design:</u> Fokuserad etnografisk kvalitativ studie <u>Urval:</u> Föräldrar (9 kvinnor och 5 män) som drabbats av missfall i andra trimestern (definiera) och sökt vård på sjukhus i Dublin. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i person <u>Analys:</u> Tematisk nätverksanalys	14 (-0)	Föräldrarna uppgav att det var generellt nöjda med vården men belyste ett visst missnöje gällande den långa väntetiden för att få vård. Tre av kvinnorna som genomgick missfallet på sjukhuset var nöjda med den smärtlindring det fick. Majoriteten av föräldrarna uppgav vikten av att vara separerade från andra gravida kvinnor under pågående missfall. Föräldrar uppgav vikten av rak och ärlig kommunikation. En del av patienterna belyste att vid bristande kommunikation med sjukvårdspersonal hade en negativ påverkan på upplevelsen. Vidare önskades mer information gällande varför ett missfall skedde och hur det processen att genomgå ett missfall så som förlossning och tiden efter.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Cullen, S., Coughlan, B., Casey, B., Power, S., & Brosnan, M. 2017 Irland	Exploring parents' experiences of care in an Irish hospital following second-trimester miscarriage	Att undersöka hur kvinnors och deras partner upplevde omvårdnaden i samband med missfall mellan vecka 15 till 19 på sjukhus och framför allt den empatiska omvårdnaden	<u>Design:</u> Etnografisk design <u>Urval:</u> Föräldrar som drabbats av missfall i andra trimestern (definiera) och sökt vård på sjukhus i Dublin <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Tematisk analys	14 (-0)	Studien visar att empatisk (medkännande vård) och lyhörd omvårdnad har stor betydelse för kvinnor vid ett missfall. Att hälso- och sjukvårdspersonal var empatisk och bekräftade deras förlust upplevdes som viktigt. Studien visar även att bristen på medkännande omvårdnad med okänslig terminologi av hälso- och sjukvårdspersonal bidrog till en negativ upplevelse.	K II
Domingos, S. F., Merighi, M. B., & De Jesus, M. C. 2011 Brasilien	Experience and care for spontaneous abortion: phenomenological study.	Att förstå kvinnors upplevelse av spontana aborter, i samband med bistånd från både den offentliga och privata vårdtjänsten och sjuksköterskans erfarenhet avseende vård.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Kvinnor över 18 års ålder, som sökt vård och uppgett att de genomgått en spontan abort det senaste två månaderna. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerad intervjuer. <u>Analys:</u> Innehållsanalys	13 (-0)	Kvinnorna uttryckte att upplevelsen av spontan abort var sorgsna, svåra och smärtsamma. Upplevelser av hjälplöshet och frustration över att inte kunna fortsätta att vara gravid framkom. Kvinnor som kände sig välkomnade i vården upplevde att dom var nöjda med den vård det fick.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Due, C., Obst, K., Riggs, W. D., & Collins, C. 2017 Australien	Australian heterosexual women's experiences of healthcare provision following a pregnancy loss	Undesöka kvinnors upplevelse av sjukvården i samband med missfall	<u>Design:</u> Fenomenologisk kvalitativ <u>Urval:</u> Kvinnor >18 år som genomgått missfall tidigast för två år sedan, engelsktalande, bosatt boende i södra Australien vid tidpunkten för missfallet <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer i person eller via telefon. Åtta intervjuer genomfördes i person och sju via telefon. <u>Analys:</u> Tematisk analys	10 (-0)	Studien visar hur sjukvårdsinrättningar och hälso- och sjukvårdspersonal formar kvinnors upplevelse av missfallet. Två huvudkategorier, negativa och positiva upplevelser, med olika subkategorier framkom. Negativa upplevelser med subkategorierna förvirrande och olämpligt språk och kommunikation, sjukhusmiljö, brist på känslomässigt stöd och uppföljning av missfallet formar kvinnans upplevelse negativt. Positiva upplevelser med subkategorierna känslomässigt engagerad och närvarande personal, helheten av sjukvårdsinrättningen och vikten av hälso- och sjukvårdspersonal. Kvinnorna har trots en negativ upplevelse av missfallet positiva känslor för vad enskild hälso- och sjukvårdspersonal har utfört. I de flesta fall handlar det om ett empatiskt bemötande och att de varit närvarande har gjort en enorm skillnad. Kvinnornas första kontakt i samband med ett missfall är oftast hälso- och sjukvårdspersonal. Denna första kontakt formade kvinnans upplevelse av förlust och efterföljande känslomässiga återhämtning.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Emond, T., de Montigny, F., & Guillaumie, L. 2019 Kanada	Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses	Syftet var att förstå hur föräldrar upplevde händelsen av att genomgå ett missfall på en akutenhet.	<u>Design:</u> Deskriptiv och explorativ kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Över 18 års ålder, genomgått ett missfall inom de senaste tre åren och missfallet skedde innan graviditetsvecka 20 och vård skett på en akutenhet. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i person med ett multiperspektiv. <u>Analys:</u> Kategorisk analys.	17 (-0)	Många kvinnor upplevde att de fick bristande information om missfall speciellt rörande fysiska komplikationer, behandling, menstruationens återkomst, framtida graviditeter och emotionell hälsa. Kvinnorna uppgav att det inte fick någon information om emotionell hälsa. Tre kvinnor upplevde informationen om missfall som traumatiserande och smärtsam på grund av bristande förklaringar. Vården upplevdes som enbart fysisk och det fanns inget rum för diskussion angående hur kvinnorna kände angående missfallet. Den långa väntetiden på att genomgå ultraljud och få provsvar hade en negativ påverkan på upplevelsen då det ökade oron hos kvinnorna. Likväl den långa väntan i väntrummet skapade obehag och emotionell stress hos kvinnorna.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. 2019 Kanada	Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department	Att identifiera hur omvårdnaden kan ha bidragit till att kvinnan upplevt svårigheter i samband med missfall på en akutavdelning	<u>Design:</u> Fenomenologisk kvalitativ studie <u>Urval:</u> Kvinnor >18 som drabbats av missfall innan vecka 20 inom 4 år, sökt vård på 1 av 4 nämnda akutavdelningarna och fått missfallet diagnostiserat, fransktalande <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer i person med en kvinnlig medlem ur forskargruppen <u>Analys:</u> Tematisk analys	48 (-0)	Upplevelsen av missfallet karakteriserades av brist på information vilket ledde till ett flertal negativa aspekter som till exempel att kvinnorna upplevde hälso- och sjukvårdspersonal frånvarande då de inte hade tid att förklara vad som hände och att inte veta vad som händer under ett missfall ledde att missfallet upplevdes svårare samt att utebliven information om de psykologiska effekterna av ett missfall gjorde att de fick svårt att hantera den emotionella aspekten.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Wight Moffatt, F. 2016 Kanada	Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department	Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av vård under pågående missfall på en akutenhet.	<u>Design:</u> Fenomenologisk kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Kvinnor som pratar engelska, var över 18 års ålder och som sökt vård vid pågående missfall som sedan ledde till ett komplett missfall. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i person på 45 - 90 min. <u>Analys:</u> Hermeneutik och tematisk analys	8 (-0)	De flesta kvinnorna upplevde bristande empati från vårdpersonalen både genom verbal och icke-verbal kommunikation. Däremot upplevde tre av de åtta kvinnorna att den medkänsla och empati de fick gjorde att de kunde hantera förlusten bättre. Sex av de åtta kvinnor som var med i studien upplevde att de inte hörde hemma på akuten och att de var lågt prioriterade. Vårdpersonal prioriterade inte deras känslor eller de dom gick igenom vilket ledde till att kvinnorna det blev rädda och traumatiserade. Tills sist upplevde kvinnorna att deras upplevelse av missfallet och den vård de fått påverkades av hur akutpersonalen förmedlade diagnosen och hur de personalen interagerade med kvinnorna.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
McLean, A., & Flynn, C. 2012 Australien	'It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage	Att undersöka hur kvinnor som sökt sjukvård för missfall innan vecka 20 upplevt behandlingen de erhö	<u>Design:</u> Kvalitativ explorativ design <u>Urval:</u> Kvinnor som genomgått missfall innan vecka 20 under tidsperioden juni 2006 till december 2007. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i person <u>Analys:</u> Tematisk analys	6 (-0)	Studien visar att kvinnorna upplevde ett bristande empatiskt stöd av hälso- och sjukvårdspersonal samt ett bristande verbalt och skriftligt informativt stöd.	K I
Miller, A., Roe, H. A., McAllister, A., Meisel, F. Z., Koelper, N., & Schreiber, A. C. 2019 USA	Patient Experiences With Miscarriage Management in the Emergency and Ambulatory Settings	Att beskriva skillnaden i upplevelse av omvårdnad för kliniskt stabila kvinnor som genomgår ett missfall på en akutavdelning jämfört med öppenvårdsmottagning.	<u>Design:</u> Mixad metod- kvalitativ och kvantitativ, kohort <u>Urval:</u> Kvinnor >18 år, engelsktalande, drabbats av missfall mellan vecka 5-12, kliniskt stabila, stängd livmodermun <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär och semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor <u>Analys:</u> Kvalitativ data med grundad teori och kvantitativa data med Stata 14.2.	55 (-10)	Studien visar att den medkänsla kvinnorna fick av hälso- och sjukvårdspersonal var viktig och hade både positiva och negativa upplevelser. Ett okänsligt bemötande upplevdes som negativt samtidigt som individanpassad vård med empati värderades högt. Vården på öppenvårdsmottagningar upplevdes mer effektiv och empatisk jämfört med akutavdelningar.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. O. 2017 Irland	Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis	Syftet med studien var att utforska personers erfarenheter av missfall med fokus på män och kvinnors berättelser om missfall.	<u>Design:</u> Fenomenologisk kvalitativ studie <u>Urval:</u> Män och kvinnors <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i person på cirka 28 till 69 minuters längd. En intervju genomfördes via telefon enligt patientens önskemål. <u>Analys:</u> Interpretativ fenomenologisk analys.	16 (-0)	Kvinnorna konstaterade att de negativa upplevelserna på sjukhuset var relaterade till administrationen och /eller den fysiska designen av den akuta enheten. Att vänta i väntrummet var en det svåraste aspekterna av missfallsupplevelsen då det upplevde att de inte kunde uttrycka sina känslor av missfallet då det inte ville påverka det andra kvinnorna i rummet. Kvinnor var tveksamma till att söka stöd genom rådgivning vilket ledde till att det flesta sökte stöd från familj, vänner och/eller i stödgrupper.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Norton, W., & Furber, L. 2018 Storbritanien	An exploration of how women in the UK perceive the provision of care received in an early pregnancy assessment unit: an interpretive phenomenological analysis	Syftet med studien var att utforska hur kvinnor upplever vård på en <i>early pregnancy unit</i> (EPAU) och hur det hjälper till att förstå, förena och göra förlusten begriplig samt fatta informerade beslut om deras vård efter ett missfall i första trimestern.	<u>Design:</u> Perspektiv kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Kvinnor >18 år, första missfallet, missfall innan graviditetsvecka 12 och var villiga att delta i studien. <u>Datainsamling:</u> Enskilda semistrukturerade intervjuer på 60 - 90 minuter. Nio av tio intervjuer utfördes i patientens hem och en av det tio intervjuerna på universitet efter önskemål av patienten. Intervjuerna spelades in digitalt och blev sedan transkriberade. <u>Analys:</u> Interpretativ fenomenologisk analys.	10 (-0)	Det flesta kvinnorna upplevde att EPAU personalen behandlade kvinnorna med respekt och medkänsla. De upplevde att de hade tid att prata och ställa frågor till sjuksköterskorna vilket gjorde att det kändes som att det blev hörda. Däremot uttryckte några sjuksköterskor för mycket sympati vilket upplevdes som olämpligt. Sex kvinnor upplevde att det inte hade något val eller påverkan i den vård det fick då det blev påverkade av sjuksköterskan eller sin partner.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. 2010 Frankrike	Support following miscarriage: What women want	Att undersöka kvinnors önskemål om stöd efter missfall samt stödets innehåll, typ och tidpunkt	<u>Design:</u> Experimentell design <u>Urval:</u> <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär postade på internetforum <u>Analys:</u> Beskrivande statistisk analys, subgrupper analyserade med Chitvåtest, all data analyserades med Statistica 9.0	305 (-0)	Studien visar att hela 95 procent av kvinnorna tyckte att stöd efter missfallet var viktigt samt att stöd direkt vid diagnostiseringen av missfallet hade varit mest hjälpsamt. Majoriteten (86 procent) av kvinnorna upplevde även bristfällig information om missfall och mer än hälften (55 procent) hade haft nytta av en informationsbroschyr om missfall.	R I
Wijesinghe, S. P., Herath, P. R., & Abeyundara, I. 2012 Sri Lanka	A qualitative study on patients' perceptions of expectant management of first trimester incomplete miscarriage	Att förstå hur kvinnor i samband med missfallet upplevt symtom, acceptans, önskan om ny graviditet och hur de upplevt vården	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Kvinnor som drabbats av komplett eller inkomplett missfall innan vecka 14 <u>Datainsamling:</u> Intervjuer <u>Analys:</u> Innehållsanalys	25 (-0)	Kvinnorna önskade en mer påtaglig vård, de upplevde att inget gjordes förutom att ge dom smärtstillande.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet