

**BETYDELSEN AV BEMÖTANDE OCH OMVÅRDNAD VID ETT
MISSFALL UR ETT PATIENTPERSPEKTIV
- En litteraturöversikt**

**SIGNIFICANCE OF THE ENCOUNTER AND NURSING AFTER A
MISCARRIAGE A PATIENT PERSPECTIVE
- A literature review**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2015-06-01
Kurs: K43
Författare: Lina Röhl

Handledare: Margareta Ramsjö
Examinator: Hanna Lachmann

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Upp till 70 procent av alla faktiska graviditeter leder till missfall. Beskedet om att graviditeten slutat i ett missfall är i många fall ett stort trauma.

Syfte

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av bemötandet samt omvårdnadens betydelse vid ett missfall.

Metod

En litteraturoversikt genomfördes för att svara upp till syftet. Artikelsökningen genomfördes i databaserna Cinahl och PubMed och genererade i 15 vetenskapliga artiklar vilka inkluderades efter kritisk granskning.

Resultat

I resultatet presenteras 15 artiklar och ur dessa framkom fem teman: information och möjligheten att ställa frågor, uppföljning och rådgivning, normalisering, utanförskap, bemötande stöd och support.

Slutsats

Bemötandet och omvårdnaden av kvinnor som genomgår ett missfall kan anses som ett viktigt inslag i vården. Tydlig kommunikation och information ses som viktig av kvinnorna. Det behövs en förståelse för kvinnans situation vid ett missfall. Detta för att ge ett så personcentrerat bemötande som möjligt och för att hjälpa kvinnan i hennes sorgebearbetning. Slutsatsen visar att det är viktigt att kvinnorna behandlas professionellt, mänskligt och med sympati och empati. Denna studie kan erbjuda sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal ökad insikt, kunskap och förståelse för hur patienterna upplever bemötandet och omvårdnaden.

Nyckelord: Missfall, sorg, behandling, socialt stöd, patienttillfredsställelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
INLEDNING	5
MISSFALL	5
KOMMUNIKATION OCH INFORMATION	7
STÖDET OCH BEMÖTANDET EFTER MISSFALLET	7
OMVÅRDNADENS BETYDELSE.....	8
PROBLEMFÖRMULERING.....	9
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	10
VAL AV METOD.....	10
GENOMFÖRANDE.....	11
URVAL	13
DATABEARBETNING	14
DATANALYS	14
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
RESULTAT	17
INFORMATION OCH MÖJLIGHETEN ATT STÄLLA FRÅGOR.....	17
UPPFÖLJNING OCH RÅDGIVNING	18
NORMALISERING	18
UTANFÖRSKAP	18
STÖD OCH SUPPORT	19
DISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	20
METODDISKUSSION	25
SLUTSATS	27
KLINISK RELEVANS	27
REFERENSER	28
BILGA A	
BILGA B	

Definitioner och begrepp

Barn

Det ofödda barnet i livmodern från och med vecka 22 och framåt då det anses vara levnadsdugligt om det skulle födas (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Bemötande

Bemötande handlar om vad som sägs och görs, hur vi uppträder och behandlar varandra. Det handlar om hur vi svarar varandra vid samtal, hur vi tittar, står eller sitter bredvid varandra och hur samtalet förs. Grunden för ett gott bemötande är att vara vänlig, hjälpsam och artig mot den man möter och att bli bemött på ett värdigt sätt (Fossum, 2013).

Embryo

Är en definition på ett blivande barn. Benämningen används från befruktningen sker och celledningen startar, fram till och med åttonde veckan. I detta stadié anläggs alla livsnödvändiga organ, nervsystem, kärlsystem och hjärtat börjar arbeta (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Empati

Inlevelse i en annan människas känslor. Att förstå hur den andra personen känner och handlar. Empati är en medfödd förmåga för att förstå andra människor (Fossum, 2013).

Foster

Under perioden från vecka nio fram till och med 21 veckor fortsätter det blivande barnet att växa och utveckla sina redan anlagda organ. Fostret är således inte livsdugligt utanför livmodern (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Graviditet

Graviditeten hos en människa från befruktning till förlossning varar normalt 38 veckor. Eftersom det är svårt att exakt fastställa när befruktningen ägt rum så beräknas graviditeten från den sista menstruationens första dag. Därför beräknas graviditeten vara 40 veckor (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Intrauterin fosterdöd (IUFD)

Om fostret dör i livmodern någon gång efter 22:a veckan och fram till beräknad födelse (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Sena missfall

Sena missfall är de som sker mellan vecka 12 och 21 fullbordade veckor (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Sympati

Innebär att en person känner medkänsla och samhörighet med en annan människa. Att känna med någon och att vara medveten om den andra personens situation och känslorna de upplever (Fossum, 2013).

Tidiga missfall

Tidiga missfall är benämningen på missfall som sker från befruktning till och med graviditetsvecka 11 (Adolfsson & Kjellström, 2014).

BAKGRUND

Inledning

Det är av stor vikt att som omvårdnadspersonal bemöta kvinnor som genomgått missfall med värme och medmänsklighet (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Författaren har själv arbetat på kvinnokliniker runt om i Sverige och uppmärksammat vikten av det personliga mötet. Vårdpersonalen har en mycket viktig roll om än svår, att på kort tid hjälpa patienten till förståelse (Andersson, Anderberg, Borgfeldt & Åberg, 2010). Det är dessutom viktigt att veta att vårdpersonalen genom kommunikationen både kan lindra lidandet men även förstärka det (Kirkevold, 2000). Alla är vi unika och ska behandlas därefter. Enligt Nationella riktlinjer för god vård (Socialstyrelsen, 2009) så innebär en patientfokuserad hälso- och sjukvård att vården bygger på respekt för lika värde. Den bygger även på självbestämmande och integritet där patienten bemöts utifrån sina förutsättningar, förväntningar och värderingar och sociala sammanhang (Socialstyrelsen, 2009).

Missfall

Ett missfall inträffar då kroppen själv avbryter graviditeten fram till och med 21 fullbordade graviditetsveckor (Adolfsson & Kjellström, 2014). I de allra flesta fall stöter kroppen själv ut embryot/fostret, så kallad spontan abort, men ibland behövs hjälp utifrån för att avbryta en graviditet som avstannat i tillväxt. Kroppen har då inte reagerat på att befruktningen avstannat, vilket kallas för Missed Abortion (Adolfsson & Kjellström, 2014). Upp till 70 procent av alla faktiska graviditeter leder till missfall. Av dessa sker mellan 30 och 50 procent i ett mycket tidigt skede under graviditeten, under befruktningens första tio dagar och då kvinnan ännu inte är medveten om sin graviditet. De missfall som sker i ett tidigt skede kan uttrycka sig i en något försenad menstruation med en något rikligare blödning. De flesta missfall är alltså ett stort mörkertal eftersom graviditeten ännu inte blivit konstaterad (Adolfsson & Kjellström, 2014). Detta innebär att mellan 10 och 20 procent av de konstaterade graviditeterna slutar i missfall (Evans, 2012). Missfallsrisken ifrån vecka fem till slutet av vecka 11 är 20 procent och mellan vecka 12 och 21 hela veckor endast 5 procent (Adolfsson & Kjellström, 2014). Missfall definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som tidig förlust av ett foster upp till 22 fullbordade veckors graviditet och som väger under 500 gram. Inom sjukvården används ordet abort både vid ett frivilligt avbrytande, samt när kroppen själv väljer att avbryta graviditeten. Ordet abort härstammar från det latinska ordet *abórtus* vilket betyder "komma eller födas för tidigt", vilket innebär ett avbrytande av graviditeten (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Orsaker till missfall

När det har uppstått en felaktig sammansättning under celledelningen och det har blivit något fel på embryot leder det ofta till ett missfall. Det innebär att graviditeten inte fullbordas, utan att kroppen stöter ut embryot. Ungefär 95 procent av alla missfall som sker misstänks beror på att celledelningen inte sammansatts på ett korrekt sätt och att ett fel då uppstått på embryot. Varför de flesta missfall sker under den tidiga graviditeten beror på att det är under denna tid som embryo, moderkaka och fosterhinnor bildas och fel kan uppstå. Att sammansättningen blir fel är inget som går att påverka och bygger på ren slump. Övriga fem procent av missfallen sker på grund av någon medicinsk orsak. Exempel på detta är defekter och missbildningar i livmodern, myom och klamydia (Adolfsson & Kjellström, 2014). Beroende av detta är det vanligare med missfall fram till och med 12:e veckan. Under denna period bildas själva fostret och risken är stor att embryot/ fostret har en defekt som kan bero på ett kromosomfel. Med stigande ålder ökar risken för att få missfall, framförallt för kvinnor över 40 år. Det kan även vara

livsstilsfaktorer som malnutrition, tobaksbruk, hög konsumtion av koffein och drogmisbruk som orsakar ett missfall (Adolfsson & Kjellström, 2014) liksom alkoholkonsumtion (Maconochie, Doyle, Prior & Simmons, 2007). Efter vecka 12 sker missfall på grund av tillväxtfel hos fostret som gör att den inte växer som det ska. (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Symtom och diagnostisering av missfall

Redan innan blödningen börjar kan kvinnan ha en känsla av att något är annorlunda. De kan uppleva att graviditetstecknen långsamt försvinner. När blödningen sedan kommer så vet många att det rör sig om ett missfall men hoppas ändå på att det inte är sant (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2003). Ett missfall kan börja på många olika sätt, men vanligtvis får kvinnor en riklig eller liten blödning och smärtor i livmodern eller smärtor som strålar ut i ryggen. Men smärtan är högst personlig och vissa kvinnor upplever ingen smärta. Det som sker vid ett missfall är att livmodern drar ihop sig för att stöta ut embryo, moderkaka och fosterhinnorna. Att blöda under en graviditet behöver inte innebära missfall utan kan bero på sköra slemhinnor eller något annat. Men ofta skapar en blödning oro hos kvinnan. Om kvinnan får en ljus blödning är det ett tecken på att det är färskt blod men är oftast inte farligt, om än obehagligt. Om kvinnan får en mörk blödning kan detta vara ett tecken på missfall och kvinnan bör uppmärksammas på om det är fler tecken på graviditeten som försvunnit. Det kan innebära symtom som till exempel ömma och spända bröst och att det eventuella illamåendet försvinner. Vid rikliga blödningar och blödning som inte slutat efter ett par timmars vila ska kvinnan undersökas av en läkare. Likaså om graviditeten inte är äldre än 12 veckor. Med ett ultraljud undersöks om graviditeten har avstannat (Adolfsson & Kjellström, 2014).

Psykiska reaktioner vid ett missfall

En planerad graviditet genererar oftast i lycka och glädje för den havande kvinnan enligt Andersson et al. (2010), men kan samtidigt innebära en oro och ängslan över att någonting kanske går fel under graviditeten (Andersson et al., 2010). Beskedet om att graviditeten slutat i ett missfall är i många fall ett stort trauma. Det är svårt att förstå att barnet kvinnan bär har dött och att graviditeten kommer att ta slut. Det är vanligt att känna en stor skuld och ofta tar kvinnan på sig skulden för att missfallet ägt rum (Adolfsson & Kjellström, 2014). De kan känna skuld över att ha ätit fel, rökt eller tränat för mycket eller för lite. Kvinnorna kan även få en känsla av att tappa fotfästet och uppleva det som att ramla ner i ett stort svart hål (Adolfsson et al., 2003). Kvinnor som genomgått ett missfall kan få ett selektivt seende. De ser plötslig bara gravida kvinnor, barnvagnar och nyfödda och kan få svårt med koncentrationen. Till och med känslan av hunger och trötthet kan försvinna. Kvinnorna kan bli känslomässigt instabila och kan känna sig glad i ena stunden för att börja gråta i den andra. Känslor som nedstämdhet, skuld och skam är vanligt förekommande reaktioner efter missfall (Adolfsson & Kjellström, 2014). I en studie av Neugebauer & Ritscher (2005) framkommer att den sorg som kvinnor upplever efter ett missfall inte har någon koppling till tidigare missfall, ålder, hur långt gången hon är i sin graviditet eller hennes civilstånd (Neugebauer & Ritscher, 2005). Den förlust som kvinnorna känner upplevs ofta som en förlorad rättighet till att bli mor och att ha förberett sig inför just detta barn. Samt att de kan uppleva att de förlorat ett viktigt mål i livet nämligen att få bli mamma (Ockhuijsen, van den Hoogen, Boivin, Macklon & de Boer, 2014). Kvinnorna beskriver i en studie av Adolfsson et al. (2003) en fullständig tomhet efter en liten varelse som inte längre finns och att sorgen tas på allvar av andra upplevs som viktigt (Adolfsson et al., 2003).

Kommunikation och information

Enligt nya Patientlagen (SFS 2014:821, 3 kap) så ska patienterna få information anpassad efter sina förutsättningar och behov. Informationen ska vara anpassad efter ålder, mognad, erfarenhet och kulturell och språklig bakgrund. Informationen ska ges på ett hänsynsfullt sätt och personalen ska även förvissa sig om att patienten uppfattat och förstått den information som lämnats. Detta är viktigt för att patienten ska känna delaktighet och trygghet och gör dessutom att missnöje kan undvikas (Fossum, 2013).

Undersökningar visar att kommunikationen med patienten är mycket viktig. Den är nödvändig för att delaktighet och trygghet ska skapas. Kommunikation innebär i detta avseende överföring av information. Det är viktigt att vårdgivare och patient förstå varandra för att mötet ska bli så effektivt som möjligt. Kommunikationen har en avgörande och livsnödvändig betydelse inom vården och handlar både om den verbala och ickeverbala kommunikationen, vad vi säger med vårt kroppsspråk och vad som kan utläsas mellan raderna. Kraven och förväntningarna på kommunikationen är ömsesidiga mellan vårdgivaren och patienten, men upplevs ofta olika (Fossum, 2013). Det finns även brister i informationen kring den psykologiska aspekten av ett missfall. I en enkätstudie av Sejourne, Callahan, & Chabrol (2010b) framkom att 69 procent av de 305 deltagande kvinnorna upplevde att det fanns brister i information om den psykologiska aspekten av ett missfall (Sejourne et al., 2010b). Det framkommer även att en personcentrerad kommunikation har en lugnande effekt på patienterna i en studie av McCabe (2004).

Stödet och bemötandet efter missfallet

I en studie av Sejourne, Callahan, & Chabrol, (2010a) framkom att det är viktigt att ge kvinnor som genomgått missfall psykologisk stöd eftersom det är en påfrestning på kvinnans psyke. (Sejourne, Callahan, & Chabrol, 2010a). Att kvinnan upplever depressiva symtom strax efter ett missfall framkommer även i en randomiserad studie av Wijesinghe, Herath, & Abeysundara (2012). Även om inte alla behöver psykologisk hjälp är det av stor vikt att fånga de kvinnor som löper större risk för psykisk utmattning (Sejourne et al., 2010a). Det är viktigt att kvinnorna behandlas professionellt, mänskligt och med sympati och empati. (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2003). I en studie av Swanson (2000) framkom att ålder, inkomst, antal barn och orsaken till ett missfall är olika faktorer som kan ge upphov till depression efter ett missfall. Sociala normer, attityder och förväntningar påverkar också kraftigt hur kvinnor klarar ett missfall emotionellt. För att kunna stödja kvinnor adekvat efter missfall krävs en strategi på flera nivåer (Swanson, 2000). Enligt en studie som Rowlands och Lee (2010) gjorde genom att intervjua nio kvinnor som genomgått missfall, kunde resultat från studien påvisa att det fanns andra faktorer som spelade en stor vikt för deras återhämtningsprocess. Att få support efter missfallet beskrevs som mycket viktigt. De olika faktorerna var till exempel att man kunde vända sig till någon i familjen som kanske varit med om samma situation och som gjorde att familjemedlemmen kunde förstå vad kvinnan gick igenom om och fann en trygghet i. För andra kvinnor kunde det vara att finna stöd, trygghet och kraften för tillfrisknande hos sin partner. Det som kvinnorna ansåg hade stor betydelse för hanteringen av missfallet, var familjens och partners erkännande och förståelse av innebörden av missfallet. Att kunna förstå den känslomässiga effekten av missfall hos kvinnor. Majoriteten av kvinnorna kände att stödet från sjukvårdspersonalen var bristande. De var missnöjda med hur de blivit behandlade på sjukhuset samt brister i empati och information (Rowlands & Lee, 2010). Detta nämns även i en studie av Smith, Frost, Levitas, Bradley & Garcia (2006) där det framkommer att kvinnorna kände brister i omvårdnaden (Smith et al., 2006). Att erkänna förlusten har också identifierats som en viktig del i att hantera ett missfall. Behovet av att

prata med kompetent personal som förstår dem och kan besvara de frågor som kommer upp. Kvinnorna upplevde att personalen inte alltid förstod deras känslor (Adolfsson et al., 2003) likaså att de fick okänsliga kommentarer av sjukvårdspersonalen vid missfallet (Rowland & Lee, 2010). Det är viktigt att personalen visar ett intresse för patienten, försöker att förstå det patienten upplever, uppfattar patientens känslor och ge ett gensvar på dessa ingår i ett professionellt förhållningssätt. Bemötande handlar om respekt och människovärde samt att som patient bli mottagen på ett värdigt sätt. Det handlar även om människosyn och vårdens utförande, om vänlighet, värme och engagemang (Fossum, 2013). Det är även viktigt att de får en möjlig förklaring till varför missfallet skett, eftersom det ger en känsla av att ha en bättre kontroll över situationen (Corbet-Owen & Kruger, 2001). En intervjustudie av Gergett & Gillen (2014) där 39 sjukvårdspersonal ingick framkom att det är en hektisk miljö och att det är svårt att finna tid till att sitta och prata med kvinnorna. Men personalen belyste kvinnans behov av psykologisk omvårdnad och möjlighet att få prata om sina upplevelser (Gergett & Gillen, 2014).

Omvårdnadens betydelse

I en studie av Modiba (2008) baserad på hälso- och sjukvårdspersonalens tankar om bemötandet av kvinnor runt ett missfall, framkom att det finns brister i rådgivande utbildning för att på ett optimalt sätt kunna bemöta kvinnornas sorg. Genom att få utbildning i bemötande och sorg ökar förutsättningen att ta hand om kvinnorna och möta sorgen och känslorna på ett lämpligt sätt. De upplevde det som frustrerande att inte veta vad de skulle säga. Det handlade även om stress och personalbrist i de fall då personalen hade ansvar för både förlossningspatienter och de som fått missfall (Modiba, 2008).

I Sverige har en Empati, Kunskap och Omvårdnadsmodell (EKO) (Adolfsson & Kjellström, 2014) tagits fram för personal inom den svenska sjukvården som kommer i kontakt med kvinnor som fått missfall. Den är baserad på forskning och klinisk tillämpning, studier på kvinnors upplevelse av vård, mottagande och behandling. Syftet med denna modell är att ta reda på vilka brister som finns och behöver åtgärdas (Adolfsson & Kjellström, 2014). Enligt Nationella riktlinjer för god vård (Socialstyrelsen, 2009) så innebär en patientfokuserad hälso- och sjukvård att vården bygger på respekt för lika värde, självbestämmande och integritet där patienten bemöts utifrån sina förutsättningar, förväntningar och värderingar och utifrån patientens sociala sammanhang. Likaså nämns det i de inledande orden i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:783) att ”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Detta beaktas även i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, SOSFS 2005:12) att det ska finnas rutiner så värdighet och integritet respekteras och detta oavsett kön, etnicitet, ålder, utbildning, funktionshinder eller liknande.

I en enkätstudie med randomiserat utvalda personer av Jakobsson (2007) så framkom att sex procent av de 826 personerna som svarade upplevde att de hade blivit dåligt eller mycket dåligt bemötta av personalen vid sitt senaste besök då de sökt vård. Så mycket som 38 procent av de 826 intervjuade personerna upplevde att de någon gång hade blivit illa bemötta. Det var framförallt yngre personer under 60 år och av dessa var 67 procent kvinnor. De som blivit illa bemötta hade även större sömnproblem, led av nedstämdhet, rastlöshet och smärta än övriga (Jakobsson, 2007). Som sjuksköterska är det viktigt att våga möta patienten i sin situation. Att vara närvarande och att finnas till hands samt att våga möta blicken gör att patienten känner sig sedd (Adolfsson & Kjellström, 2014). Enligt

International Council of Nurses (2014) så ska sjuksköterskan alltid uppträda på ett sådant sätt att yrkets anseende stärks och allmänhetens förtroende ökar (ICN, 2014).

Omvårdnadsteori

Joyce Travelbees teori (Kirkevold, 2000), om den mellanmännsliga omvårdnaden är mycket relaterat till det valda ämnet. Varje människa är en unik individ, lik men även olik andra individer. Den unika individens upplevelse av sorg, lidelse och förlust är personlig. Den mellanmännsliga relationen kan bara existera mellan konkreta personer och inte genom abstrakta roller som sjuksköterska och patient. För sjuksköterskan innebär det att ha förmåga att gå utanför sig själv och se den andra personen, liksom att ha ett intresse för andra människor. Det handlar även om att ha empati för den andras situation, vilket fås genom förståelse samt genom att sätta sig in i den andra personens känslor. Likväl är det betydande att använda sig av egna erfarenheter. Kommunikationen är ett verktyg för att lära känna patienten. Genom kommunikationen kan sjukvårdspersonalen både lindra och förstärka lidandet. För att inte orsaka mer lidande så gäller det att som personal känna in när det passar att informera patienten, samt att se denne som en individ (Kirkevold, 2000).

Problemformulering

Upp till 70 procent av alla graviditeter slutar i missfall varav den övervägande delen av dessa sker i tidig eller väldigt tidig graviditet (Adolfsson & Kjellström, 2014). Kvinnor som drabbats av missfall befinner sig i en utsatt och känslig situation. I en studie av Andersson et al., (2010) beskrivs vikten av ett bra bemötande av kvinnan för att händelsen ska kunna bearbetas på ett bra sätt (Andersson et al., 2010). Det är viktigt att lyfta fram dessa patienters behov av ett bra bemötande. Detta för att göra hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksam på att bemötandet som ges till patienterna är viktigt, sett ur ett omvårdnadsperspektiv. I detta arbete så skall vikten av mötet mellan patient och omvårdnadspersonal studeras ur ett patientperspektiv.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av bemötandet samt omvårdnadens betydelse vid ett missfall.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur beskrivs patienternas upplevelse av bemötandet under sjukhusvistelsen?

Hur önskar patienterna bli bemötta av hälso- och sjukvårdspersonalen i samband med ett missfall?

METOD

Val av Metod

Metoden som valdes för att uppnå syftet var att göra en litteraturoversikt. Genom att göra en litteraturoversikt ges möjlighet till en fördjupad kunskap utifrån befintliga texter (Friberg, 2012), och utifrån kunskap som redan finns inom området (Kristensson, 2014). Fördelen med att göra en litteraturoversikt var att många olika artiklar kunde sammanställas och därmed kunde en bredare kunskap och förståelse inhämtas om valda ämne. Syftet var att ta reda på vilken aktuell forskning som fanns runt patientens upplevelse av bemötandet i samband med ett missfall. Genom att sammanställa olika forskningsresultat i en litteraturoversikt så kan en ansats till att besvara frågeställningen göras (Kristensson, 2014). Vid en litteraturoversikt utgår författaren ifrån ett systematiskt urval av texter inom det valda området, och som är relevant för den grundutbildade sjuksköterskans arbetsfält (Friberg, 2012). En allmän litteraturoversikt baseras på ett systematiskt val av texter som forskningsrapporter och vetenskapliga artiklar inom det specifika området. Den litteratur som väljs kvalitetsgranskas och analyseras (Friberg, 2012). Enligt Forsberg & Wengström (2013) så kan syftet med litteraturoversikten vara att beskriva kunskapsläget inom valda område. Likaså kan syftet vara att sammanställa en beskrivande bakgrund utifrån valda ämne som motiverar att en empirisk studie görs (Forsberg & Wengström, 2014). Till en början valde författaren att exkludera artiklar om missfall upprepade gånger eftersom det blev för brett men beslöt under processens gång att även inkludera dessa.

Författaren sökte i databaserna PubMed och CINAHL Complete och använde sig både av fritextsökning samt den Booelska operationen AND. I denna studie har författaren inkluderat 15 vetenskapliga artiklar för att besvara studiens syfte och frågeställning. Av dessa är 12 artiklar av kvalitativ ansats och tre artiklar av kvantitativ ansats. Författaren har valt att använda sig av artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Detta på grund av att det kvalitativa utbudet av artiklar var begränsat och då en del av de funna artiklarna användes i bakgrunden. Inom den kvalitativa forskningen används intervjuer för att få en helhetsbild av valda problem. Forskningen fokuserar på att skapa mening, tolka och få en förståelse för hur människan upplever det som ska studeras. Forskaren tar inte distans från sin forskning utan kan påverka undersökningens resultat genom sina egna uppfattningar (Forsberg & Wengström, 2013). Den kvalitativa forskningen utgår från den unika människan och fokuserar på deltagarnas egna perspektiv och präglas av en övertygelse om att allt måste ses utifrån en helhet och ett sammanhang. Det kvalitativa innehållet kan inhämtas från öppna intervjuer, observationer eller baseras på stycken i en text (Kristensson, 2014). I den kvantitativa forskningen håller forskaren en viss distans till det som studeras för att på så sätt undvika att eventuella förutfattade meningar (bias) riskerar att påverka resultaten. De kvantitativa studierna strävar efter att se samband, förklara och förutse resultatet. Insamlingsmetoden sker på olika sätt, med till exempel frågeformulär, journalgranskningar, tester eller provtagningar och bearbetas därefter för att få ut statistik över det studerade fenomenet. Ofta presenteras studiens resultat i form av staplar och tabeller, figurer eller diagram (Forsberg & Wengström, 2013).

Genomförande

Sökningen av relevanta artiklar har skett via de två databaserna Cinahl och PubMed. I dessa två databaser har totalt tio artiklar relevanta för studien hittats. Av dessa har fem hittats genom sökning i Cinahl och ytterligare fem genom en sökning i PubMed. De sökord som författaren valde att använda i sin sökning kombinerades på olika sätt för att få fram ett tillfredsställande resultat. Av de valda sökorden var följande fritextord: miscarriage och care. Under arbetets gång valde författaren även sökordet bemötande. Inget passande ord hittades på Svenska MeSH och författaren gick vidare med sökning i synonymordboken efter synonymer till bemötande. De ord som framkom var uppträdande, mottagande och behandling. Det finns inget ord i det Engelska språket som motsvarar det svenska ordet för bemötande. Därför uppstår en svårighet i att söka vetenskapliga artiklar som handlar om just bemötande. Bland de engelska synonymerna som framkom återfanns treatment. Detta är alltså ett fritextord som lades till under sökningens gång. De utvalda sökorden för sökningarna var: miscarriage, abortion spontaneous, bereavement, patient satisfaction, care, och treatment vilka kombinerades antingen med enbart fritextsökning eller med hjälp av MeSH termer i PubMed. Av de valda sökorden var följande MeSH termer; Abortion, spontaneous, bereavement och patient satisfaction.

Den booleska operation som användes för att kombinera de valda orden var AND. Används operationen AND så hittas referenser som innehåller alla de sökord man skrivit in. Detta för att begränsa sökningen och göra den smalare (Forsberg & Wengström, 2013). Då det fanns vissa svårigheter med att hitta relevanta artiklar för valda studies syftes fick författaren stöd av en bibliotekarie för att finna relevanta artiklar. Efter detta möte valde författaren att lägga till abstract i sökfiltret för att få en uppfattning om artikelns innehåll. Sökningen i PubMed gjordes med hjälp av MeSH termer och booleska operationen AND för att begränsa sökningen. Sökningen i PubMed resulterade i fem utvalda artiklar som redovisas i Tabell 1. De sökningar som inte resulterade i att en vetenskaplig artikel återfanns presenteras inte i Tabell 1. Sökningen på CINAHL Complete utfördes med hjälp av fritextsökning. Artiklarna hittades utan användning av CINAHL Headings och de valda orden kombinerades med den booleska operationen AND för att begränsa sökningen. Sökningen i CINAHL Complete resulterade i fem utvalda artiklar vilka redovisas i Tabell 1.

Manuell sökning

Författaren valde även att göra en manuell sökning efter artiklar. En manuell sökning av artiklar innebär att intressanta artiklars referenslistor studeras (Forsberg & Wengström, 2013). Detta valdes för att hitta relevanta artiklar som eventuellt missats. Genom att söka igenom de utvalda artiklarnas referenslistor återfanns fem nya artiklar.

Tabell 1 Databassökning

Databas datum för sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal granskade artiklar	Antal inkluderade artiklar
	Databas Cinahl					
CINAHL Complete 9/3 2015	Treatment AND Miscarriage	Peer-reviewed/ från år 2000/ ålder från 19 år Fritext	66	14	7	2
CINAHL Complete 9/3 2015	Abortion spontaneous AND Bereavement	Peer-reviewed/ från år 2000/ ålder från 19 år Fritext	47	15	7	2
CINAHL Complete 10/3 2015	Miscarriage AND care	Peer-reviewed/ 2000-2015/ Från 19 år Fritext	241	59	21	1
	Databas PubMed					
PubMed 1/ 4 2015	Patient satisfaction(Mesh) AND Abortion, spontaneous(mh)	Last ten years Engelska Abstract Boolesk fras	52	13	3	1
PubMed 1/ 4 2015	Bereavement(MeSh) AND abortion, spontaneous(mh)	Last ten years Engelska Abstract Boolesk fras	64	22	9	2
PubMed 1/ 4 2015	Abortion, spontaneous/psychology(Majr)	Last ten years Engelska Abstract Boolesk fras	50	10	2	2
Manuella sökningar			5	5	5	5
						Totalt:15

Urval

Urvalen som gjordes i studien var att de vetenskapliga artiklarna skulle gälla kvinnans upplevelse. Från början ville författaren även belysa partners upplevelse. Men då lite studier gjorts inom detta område valdes att utesluta partners perspektiv och att enbart koncentrera sig på kvinnans perspektiv. Urval gjordes även till kvinnor i produktiv ålder. Författaren valde att till en början begränsa sig till enbart kvinnor över 18 år. Detta visade sig senare innebära problem eftersom antalet artiklar var begränsat och en utav de slutligen valda artiklarna undersökte kvinnors upplevelse av ett missfall med en åldersgräns på 16 år. Resterande artiklar i resultatet är baserat på vuxna över 18 år. Författaren begränsade sig även till artiklar från år 2000 och framåt. Detta för att hitta så många relevanta artiklar som möjligt. Författaren strävade dock efter att artiklarna skulle vara så nya som möjligt då dess giltighet var större. Detta visade sig dock senare inte ha någon större betydelse då resultaten återspeglade samma sak oavsett när de var gjorda. Författaren valde i början av sökningen bort artiklar som handlade om kvinnor som genomgått flera missfall. Men valde tillslut ändå att inkludera dessa artiklar eftersom antalet artiklar var begränsat. Författaren valde även i inledningen att inkludera artiklar från hela världen och hade i åtanke att det kunde skilja sig åt mellan den västerländska och österländska kulturen. De mest relevanta artiklarna var dock från länder med västerländsk kultur. De kriterier som valdes för denna litteraturöversikt var följande:

Inklusionskriterier

Begränsningarna var att artiklarna skulle vara skrivna under åren 2000-2015 och ha genomgått PEER-REWIEV, samt vara skrivna på engelska eller svenska. Författaren inkluderade även artiklar från hela världen. Till en början valde författaren att exkludera artiklar om missfall upprepade gånger men beslöt under processens gång att även inkludera dessa. Författaren valde att endast använda vetenskapliga artiklar som fått tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden gjorts.

Exlusionskriterier

Artiklar som var äldre än 15 år exkluderades liksom övriga språk annat än engelska eller svenska. Likaså exkluderades artiklar som inte genomgått PEER-REWIEV. Artiklar som inte fått tillstånd från etisk kommitté eller där etiska överväganden gjorts exkluderades.

Bortfall

Vissa av artiklarna återfanns i flertalet sökningar. Eftersom dessa redan blivit lästa och genomarbetade så bortsågs dessa i sökningarna. Likaså valde författaren att bortse från artiklar som inte uppfyllde studiens syfte då de inte ansågs relevanta. Författaren bortsåg även från missfall där patienten led av olika sjukdomar, samt medicinering och behandling kring ett missfall. Likaså exkluderades mäns och partners upplevelse då det finns ytterst lite studerat om detta. Exkluderades gjorde även kvinnor vars missfall skett i sen graviditet vilket innebär från och med vecka 22. En förlust av ett foster fram till och med vecka 22 räknas som missfall.

Urvalsgrupp

Undersökningsgruppen var kvinnor som genomgått missfall upp till och 21 fullbordade veckor och som var i fertil ålder.

Databearbetning

Artikelsökningen ägde rum mellan mars och april 2015 utifrån de två databaserna CINAHL Complete och PubMed. Författaren började sin sökning brett med från början valda sökord för att få en helhetsöversikt av problemområdet. För att begränsa de artiklar som återfanns vid sökningarna fick författaren genomgå omfattande sökningar och välja ut sökord som var relevanta för studien och kombinera dessa. Abstrakten lästes i de artiklar som överensstämde bäst med syftet och där titlarna fångade det valda områdets intresse. Enligt Friberg (2012) så ska abstracten läsas med kritik (Friberg, 2012). De abstrakt som inte var relevanta för studiens syfte sållades bort. Många av de artiklar författaren läst abstract på i sökningarna återkom och noteringar gjordes av dessa för att senare gå tillbaka och granska dem i sin helhet. Abstracten lästes på de nya artiklarna och de som passade in i studiens syfte lästes i fulltext och valdes ut.

Ett flertal vetenskapliga artiklar lästes och granskades. Granskningen av artiklarna gjordes utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (se bilaga A), och som är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Författaren sammanställde de valda artiklarna i avsedd matris (se bilaga B).

Datanalys

Författaren sökte vetenskapliga artiklar och läste de som var relevanta flera gånger för att bilda sig en uppfattning om dess vetenskapliga trovärdighet. För att få fram de mest relevanta vetenskapliga artiklarna utgick författaren från artiklarnas rubriker i sökning och därefter lästes abstrakten. De utvalda artiklarna lästes i fulltext flera gånger för att en helhetssyn skulle skapas. Efter detta så granskade författaren kritiskt de utvalda artiklarna för att kontrollera att de höll en så hög kvalitet som möjligt. Artiklarnas resultat översattes till svenska för att få en korrekt bild av innehållet i respektive artikel. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2013) jämförs innehållet mellan artiklarna och resultatet sammanställdes (SBU, 2013). Författaren läste igenom och granskade de 15 valda artiklarna utifrån granskningsmallen (Bilaga A). De valda artiklarna lästes flera gånger för att författaren skulle få en bra inblick i respektive artikel och för att förhindra att misstolkningar skulle göras. Nästa steg bestod i att översätta artiklarna till svenska för att därefter sammanfatta artikelns resultat. Författaren bearbetade de sammanfattade vetenskapliga artiklarna som ingick i resultatet utifrån de deltagande kvinnornas upplevelser samt att få en inblick i eventuella skillnader och likheter. Under sammanställningen av artiklarna markerades intressanta och för studien viktiga teman som kategoriserades. Dokumentationen gjordes noggrant och varje resultat skrevs ner för sig. Då alla artiklarna sammanfattats och delats in i olika teman sorterades de minst framhäande bort och sex teman som besvarade studiens syfte framgick. Dessa var: Information och möjligheten att ställa frågor, brist på uppföljning/ rådgivning, normalisering, att få dela utrymmen med gravida och nyblivna mödrar, ensam och övergiven, bemötande stöd och support.

De hjälpmedel som användes var översättningsverktygen Tyda.se och i viss mån även Google Translate. För att få en förståelse för olika engelska förkortningar och skalor som användes i vissa kvantitativa studier så söktes information på internet. Av de 15 utvalda artiklarna var 12 av dessa kvalitativa och tre var kvantitativa. Eftersom resultatet i en kvalitativ och en kvantitativ skiljer sig åt har författaren valt att redovisa svar från de kvantitativa artiklarna genom att ange hur stor procent av antalet deltagande kvinnor som tycker på ett visst sätt. På detta sätt urskiljs resultatet på ett lättförståeligt sätt. De artiklar

som inte nåddes från Sophiahemmets databas hittades på annan väg. Detta har gjort att tillförlitligheten har höjts i arbetet, då författaren försökt hitta alla relevanta artiklar ur det begränsade området.

Tillförlitlighet

Författaren sökte vetenskapliga artiklar och läste de som var relevanta flera gånger för att bilda sig en uppfattning om dess vetenskapliga trovärdighet. För att få fram de mest relevanta vetenskapliga artiklarna utgick författaren från texten och abstrakten i sökningen. Därefter lästes de utvalda artiklarna flera gånger för att en helhetssyn skulle skapas. Efter detta så granskade författaren kritiskt de utvalda artiklarna för att kontrollera att de höll en hög kvalitet. Artiklarnas resultat översattes till svenska för att få en korrekt bild av innehållet i artikeln. Tillförlitligheten i en vetenskaplig studie innebär sanningshalten i resultatet som presenteras och hur mycket av tolkningarna som är grundade i det material som har samlats in inom området och som inte bygger på egna förutfattade meningar. För att stärka tillförlitligheten i det vetenskapliga arbetet är det bra om flera personer synar och analyserar samma artiklar. Men det kan även stärkas genom att göra analysprocessen synlig för läsaren. Detta görs genom att noggrant dokumentera analysprocessen (Kristensson, 2014). I denna litteraturöversikt ingår endast en författare vilket ställer höga krav på kritiskt granskande och analyserande av varje enskild artikels innehåll och brister. Det är därför viktigt att analysprocessen blir väl dokumenterad och att verifierbarheten är hög.

Validitet

Validitet handlar om hur pålitlig och giltig en studie är. Den interna validiteten innebär hur bra tillförlitligheten är i resultatet i studien som gjorts. För att öka tillförlitligheten i en studie är det bra att genomföra ett slumpmässigt urval av deltagare. Därför anses randomiserade, slumpmässiga fördelningar av deltagarna vara bäst och av högre kvalitet (Forsberg & Wengström, 2013) Men den interna validiteten kan även påverkas av hur data samlades in och vilka mätinstrument som har använts i studien. Särskilt om samma test utförs med en tids mellanrum. Den interna validiteten ska prioriteras före den externa och med en hög validitet menas att de instrument som använts verkligen mäter det som mätas ska (Kristensson, 2014). Då författaren endast inkluderat studier som besvarar valda studiers syfte har validiteten i arbetet uppfyllts. I denna studie har 12 kvalitativa och 3 kvantitativa studier använts för att nå upp till studiens syfte. Deltagarna i valda studier hade vårdats på sjukhus för missfall. Majoriteten av intervjuerna utspelar sig i en miljö som är trygg för kvinnan. Detta för att miljön runt kvinnan ska bli så bekväm som möjligt och där huvudsyftet med intervjun varit att få en inblick i varje kvinnas unika upplevelse. Därför har i stort sett samma svar erhållits i alla utvalda intervjuer. Författaren till denna studie har valt att använda sig av artiklar med så hög kvalitet som möjligt. De kvantitativa studier som inkluderats har vänt sig till ett stort antal kvinnor varav en av dessa var en randomiserad studie. Enkäterna har varit omfattande och resultatet har svarat upp till syftet med studien.

Generaliserbarhet

Den externa validiteten innebär grad av generaliserbarhet i ett arbete. Detta innebär att studiens resultat skulle kunna göras någon annanstans, i samma miljö men med andra människor som deltagare. Därför är det viktigt att ta hänsyn till vart, och i vilken miljö som studien ägt rum samt vilka som utfört studien. Alla typer av validiteter är lika viktiga och är en faktor som måste ses i sitt sammanhang (Kristensson, 2014).

Reliabilitet

Reliabilitet handlar om hur mätsäkert något är och en strävan efter så hög mätsäkerhet som möjligt. Det bästa är om ett och samma mätinstrument visar samma resultat oavsett vem som gör bedömningen och när den görs (Kristensson, 2014). I denna studie har artiklar från år 2000 inkluderats. Oavsett vilket år studierna utförts och av vem som gjort studien så visas samma resultat.

Trovärdighet

Trovärdigheten i en litteraturoversikt handlar om hur väl författaren beskriver studiens innehåll. Genom hela studien är det viktigt att författaren noggrant förklarar och beskriver hur författaren gått tillväga för att hålla en hög grad av trovärdighet. Detta så att läsaren har möjlighet att själv bedöma arbetets kvalitet (Kristensson, 2014).

Forskningsetiska överväganden

Då författaren utgick ifrån intervjuer som redan gjorts behövde inte den enskilda människan skyddas eftersom inga personuppgifter tillhandahölls. Utgångspunkten var principen att alla människor är lika mycket värda och har samma rättigheter oavsett vilka de är och vilka dugligheter de har (Henricson, 2012). Alla använda artiklar redovisades och kvalitetsgranskades (Forsberg & Wengström, 2013). För granskning användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Dessutom kom utgångspunkten att vara patienternas upplevelser. Tanken var att bearbeta dessa data på ett sanningsenligt sätt utan att göra egna tolkningar om vad som framkommit. En grundläggande etisk utgångspunkt är att urvalet av deltagare ska vara rättvist samt att inte utesluta minoriteter av olika slag. Då hederlighet och ärlighet är viktiga i ett vetenskapligt arbete ska inte författaren förvränga arbetet eller utelämna eller utesluta motsägelsefulla resultat (Kjellström, 2012). Därför är det viktigt att inte utesluta artiklar som belyser andra synvinklar av frågeställningen utan även inkludera dessa (Forsberg & Wengström, 2013). Det är därför viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt till texterna såväl som vid läsning av artiklarna som vid granskning av detsamma (Friberg, 2006). De artiklar som författaren valde att ha med i sin studie skulle vara etiskt granskade av kommitté eller artiklar där etiska överväganden gjorts. Detta för försäkra sig om att hänsyn tagits för den enskilda individens integritet och personliga rättigheter och att privatlivet respekteras. Kjellström (2012) beskriver att litteraturoversikter som utförs på ett annat språk än det egna kan väcka etiska frågor. Bristen i det engelska språket kan göra att feltolkningar uppstår och att vissa grupper beskrivs nedlåtande. Likaså kan författarens metodologiska kunskaper vara begränsade för att korrekta bedömningar ska kunna göras (Kjellström, 2012). Författaren har valt att översätta de engelska texterna till svenska för att minimera feltolkningar.

RESULTAT

De 15 utvalda artiklarna i studien är av varierande kvalitet och ur dessa identifieras fem teman: Information och möjligheten att ställa frågor, uppföljning och rådgivning, normalisering, utanförskap, bemötande stöd och support. Dessa teman presenteras under fem rubriker och beskriver patientens upplevelse av bemötandet vid ett missfall. Av de valda artiklarna är en artikel från Holland, tre från Sverige, fem från England, fyra från Australien, en från Brasilien och en från Polen.

Information och möjligheten att ställa frågor

Flera studier visar på en brist i informationen till den drabbade kvinnan. Det finns en besvikelse i att inte ha fått tillräckligt med information om vad som kan hända vid ett missfall (Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012; Abboud & Liamputtong, 2005; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003; Warner, Saxton, Indig, Fahy & Horvat, 2012; McLean & Flynn, 2013). Flera fick en broschyr med allmän information att läsa, utan att få någon uppföljande diskussion (McLean & Flynn, 2013; Abboud & Liamputtong, 2005), och vissa letade själva upp adekvat information på internet eller från egna källor (Abboud & Liamputtong, 2005). Kvinnorna ville ha en tydlig, mer klagörande och tillgänglig information. Särskilt de som avslutade sitt missfall hemma (Simmons et al., 2006).

Att få utrymme att ställa frågor beskrivs i flera studier som mycket viktigt för kvinnorna (Iwanowicz-Palus, Rzonca, Bien, Wloszczak-Szuczka & Walczuk, 2013, Ancker et al., 2012; Musters et al., 2011), och skulle ge kvinnorna en möjlighet att påbörja sorgeprocessen (Musters et al., 2011). I en studie av Evans et al., (2002) upplevde 38 procent (n=42) av kvinnorna att det förekom brister i att få uttrycka sina känslor (Evans et al., 2002). En statistisk analys visade i en studie av Iwanowicz - Palus et al., (2013) med 303 deltagande kvinnor, att de som fritt kunnat uttrycka sina känslor under sjukhusvistelsen utvärderade de läkare och barnmorskor som gett dem vård betydligt högre än de som inte gavs något liknande tillfälle (Iwanowicz-Palus et al., 2013).

Men studier visar även på att kvinnor fått information om de känslor som kan uppstå efter ett missfall. I en stor undersökning av Evans et al., (2002) framkom att 40 procent (n=44) av de 109 kvinnorna hade fått information av personalen om att de kunde uppleva känslomässiga upplevelser efter ett missfall, att de kunde bli deprimerade. I denna studie framgick att 61 procent (n= 65) av kvinnorna ansåg att den information de fick vid utskrivningen var ordentligt förklarad för dem (Evans et al., 2002). I en annan studie framkommer att kvinnorna upplever att informationen var ganska lättförstående, eller tillräcklig för kvinnan (Iwanowicz-Palus et al., 2013). Flera studier pekar på att Hälso-och sjukvårdspersonalen ofta använder sig av medicinska termer när de uttalar sig till kvinnan, vilket inte uppskattades (Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Warner et al., 2012; McLean & Flynn, 2013). Det finns en efterfrågan och en önskan om rådgivning i livsstil och kost finns hos kvinnorna i flera studier Iwanowicz- Palus et al., 2013; Musters et al., 2011)

Kvinnor efterfrågar även ytterligare information och specifika svar på varför de fått missfall och eftersom detta inte alltid är så lätt att få svar på kan det vara en orsak till den starka ångest som kvinnorna upplever. Känslor av skuld är vanligt och kan ge kvinnan en känsla av misslyckande (Wong et al., 2003; Frost et al., 2007; Simmons et al., 2006).

Uppföljning och rådgivning

Det framkommer i flera studier en brist på uppföljning och en önskan om att få erbjudande om ett uppföljningssamtal (Wong et al., 2003; Ancker et al., 2012; Warner et al., 2012; Simmons et al., 2006; Iwanowicz-Palus et al., 2013; McLean & Flynn, 2013), eller ett telefonnummer till rådgivning eller kontakt med en stödgrupp (McLean & Flynn, 2013, Musters et al., 2011) och att detta borde vara av hög prioritet vid ett missfall (Wong et al., 2003). Studier visar även att de kvinnor som fått fullständig och tillräckligt med instruktioner från den medicinska personalen om uppföljning och stöd efter missfallet utvärderade både barnmorskan och läkaren mer positivt än de som hade fått otillräcklig information eller ingen information alls (Iwanowicz-Palus et al., 2013; Wong et al., 2003). I en studie av Evans et al. (2002) hade 57 procent (n= 62) av kvinnorna fått ett telefonnummer till en supportgrupp för missfall. De kvinnor som inte hade fått detta hade en önskan om att få någon form av rådgivning (Evans et al., 2002). I en studie av Warner et al. (2012) om vården på en akutavdelning i England framkommer att endast två av de 16 intervjuade kvinnorna hade erbjudits stödsamtal för att hantera den psykologiska förlusten (Warner et al., 2012). Det har även visat sig att kvinnor som får strukturerade uppföljningssamtal av en barnmorska där de fick utrymme att samtala om sina känslor, upplevde 30 procent mindre sorg än kvinnor som endast fått en rutinkontroll (Adolfson et al., 2006).

Normalisering

Flera studier visar på att kvinnor upplever en brist på medkänsla av personalen vid deras missfall (Wong, et al., 2003; Ancker et al., 2012).

Berättelser förekommer där läkaren och barnmorskan på sjukhuset förklarar att missfall händer hela tiden och att det är en del av livet och där personal bara ansågs göra sitt jobb (Wong et al., 2003). Eller att det var ödet som styrde (Simmons et al., 2006). I en studie av Ancker et al. (2012) framgick att kvinnorna upplevde det som att bara vara en i mängden av alla de kvinnor som fick missfall och att de var en nummerlapp som skulle behandlas så fort som möjligt (Ancker et al., 2012). Kvinnorna hade förlorat ett barn oavsett i vilken vecka de varit vid missfallet, men för sjukvårdspersonalen var det bara ett embryo eller en cellklump (Ancker et al., 2012). Likaså finns antaganden om att sjukvårdspersonalen i bästa fall var måttligt likgiltiga för missfall. Om detta berodde på något de fått berättat för sig eller något självupplevt framgår inte i resultatet av Wong et al. (2003).

Utanförskap

Många studier visar på att kvinnor som genomgått missfall får sitta i samma väntrum som övriga gravida kvinnor (Musters et al., 2011 Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002) och att de skulle vilja undvika detta (Musters et al., 2011).

I en studie av Tsartsara & Johnson (2002) visade det sig att kvinnorna var tvungna att göra sitt konstaterande med ultraljud och att de då fick sitta tillsammans med andra kvinnor vilket upplevdes öka sorgen (Tsartsara & Johnson, 2002). Kvinnor som väntade på kirurgisk behandling upplevde att de blev lämnade med gravida eller nyblivna mammor eller kvinnor som skulle steriliseras eller göra abort.

Andra blev lämnades ensamma i dagrum, gråtandes och ledsna. (Simmons et al., 2006). Att få ha det lugnt och tyst omkring sig och ha rätt till privatliv i den svåra stunden upplevdes av kvinnor i flera studier som viktigt (Murphy & Merrell, 2008; Warner et al., 2012, Iwanowicz-Palus et al., 2013). Men flera studier visar även på att kvinnor som upplever

missfall känner sig övergivna och lämnade ensamma. Särskilt de som får vänta länge på att få hjälp (McLean & Flynn, 2013; Ancker et al., 2012; Murphy & Merell, 2008). Kvinnor med missfall har även ofta en lägre prioritet än andra mer allvarliga tillstånd på akuten (Murphy & Merell, 2008). Men också de som är hemma när missfallet äger rum (Ancker et al., 2012; Murphy & Merell, 2008).

Stöd och support

Flera studier visar på en önskan om att vården skulle finnas där, och lyssna på deras behov (Ancker et al., 2012; Musters et al., 2011; Domingos et al., 2011; Warner et al., 2012; Simmons et al., 2006; Evans et al., 2002). Det var även viktigt att personalen visade respekt, värdighet och medkänsla (Warner et al., 2012; McLean & Flynn, 2013). Flera kände även att stödet varit bristande (Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002) och att de bemöttes med kyla (Warner et al., 2012). Kvinnorna yttrade en besvikelse över att deras oro (Ancker et al., 2012) eller deras egen upplevelse av missfallet bortsågs av personal (McLean & Flynn, 2013).

Men en kvantitativ studie av Iwanowicz-Palus et al. (2013) där 303 kvinnor medverkade, visar även att 57,43 procent (n=174) av kvinnorna ansåg att barnmorskorna visade på tillräckligt med färdigheter. I samma studie framgick att 52,81 procent (n= 160 av kvinnorna ansåg att de fick det informativa stöd som de behövde (Iwanowicz-Palus et al., 2013). I de fall där kvinnan hade upplevt en känsla av medmänsklighet och empati av personal så visade studier på att de uppfattade vården som mer tillfredsställande (Andersson et al., 2012; Warner et al., 2012; McLean & Flynn, 2013) och de hade även en mycket bättre upplevelse av missfallet (Warner et al., 2012). Personal som hade tid att erkänna missfallet betydde stor skillnad för deltagarna (Warner et al., 2012).

De som ansåg att de upplevde missfallet som mycket svårt psykiskt kände att de hade bättre stöd från barnmorskor och läkare jämfört med de kvinnor som utvärderade sin status till måttlig eller svag (Iwanowicz-Palus et al., 2013). I en studie av Musters et al. (2011) framgick att kvinnorna ville att deras läkare skulle fråga dem om deras känslomässiga behov och hur de mårde. De ville att läkaren skulle ge dem en känsla av att de blev lyssnade på och förstådda. Det var även viktigt att läkaren hade kunskap om stressen som kunde uppstå vid upprepade missfall, och om de olika sorgenivåerna patienterna gick igenom (Musters et al., 2011).

I en studie av Domingos et al. (2011) upplevde de flesta av kvinnorna som sökte vård att de togs emot på ett bra sätt, eftersom de kände sig välkomnade av teamet (Domingos et al., 2011). Likaså beskrevs eftervården i en studie av Tsartsara & Johnson (2002) som mycket positiv av en av kvinnorna och hon bemöttes med känslighet, förståelse och empati.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa patientens upplevelse av bemötandet samt omvårdnadens betydelse vid ett missfall. Av valda artiklar har 12 haft en kvalitativ ansats och tre en kvalitativ ansats. Av de valda artiklar har 14 utförts i länder som liknar det Svenska synsättet och en artikel härstammade från Brasilien (Domingus et al., 2013).

Information och möjligheten att ställa frågor

Ett av huvud fynden visar att kvinnorna upplever brister i den information som ges och att detta ses som en besvikelse, vilket framkommer i sju av de 15 utvalda artiklarna (Ancker et al., 2012; Abboud & Liamputtong; 2005; Wong, et al., 2003; Warner et al., 2012; McLean & Flynn, 2013; Frost et al., 2007). Detta kan kopplas till det som beskrivs i bakgrunden av Sejourne et al (2010b), där det framkommer att det finns brister i informationen kring den psykologiska aspekten av missfallet och som även framkommer i resultatet (Frost et al., 2007; McLean & Flynn, 2013) Likaså är det viktigt att kvinnan bemöts av personalen med sympati, empati och med medkänsla vilket beskrivs i bakgrunden av Adolfsson, et al. (2003). I en sådan utsatt situation som kvinnan befinner sig i anser författaren att det är otroligt viktigt att ge all den information som behövs. Dessutom ska den ges anpassat och utifrån patientens egna förutsättningar vilket även finns fastställt i Svensk lag genom Patientlagen (SFS: 2014:821). Flera kvinnor uppger i olika studier i resultatet att de bara fick en broschyr och sedan själva fick leta upp information på nätet eller ur egna källor (McLean & Flynn, 2013; Abboud & Liamputtong, 2005). Men tanken är att personalen ska förvissa sig om att informationen som ges har förståtts enligt Fossum (2013). Ännu tydligare bör informationen och stödet bli för de kvinnor som väljer att stanna hemma under tiden för missfallet (Simmons et al., 2006). Ofta finns det klara riktlinjer för hur missfall behandlas medicinskt, men det finns relativt lite information om hur den psykologiska och sociala aspekten ska handskas med. Kvinnorna lämnas ofta ensamma att kämpa med detta (Frost et al., 2007; McLean & Flynn, 2013). Likaså hade en stor majoritet av kvinnorna i flera studier väldigt liten kunskap om processen kring ett missfall (Frost et al., 2007; Ancker et al., 2012), och framförallt visste de inte hur vanligt det egentligen var (Frost et al., 2007).

I resultatet framkommer en brist i att ställa frågor till personalen (Iwanowicz-Palus et al., 2013, Ancker et al., 2012; Musters et al., 2011). Detta kan kopplas till bakgrunden där Adolfsson et al. (2003) beskriver behovet av att få ställa frågor till personal som förstår vad de går igenom. Fossum (2013) beskriver dessutom i bakgrunden hur viktigt det är att patienten verkligen har förstått det som sagts och är delaktig, samt att informationen ska anpassas efter varje unik individ. En patient som känner delaktighet och trygghet är dessutom oftast en mer nöjd patient (Fossum, 2013). Detta framkommer även i resultatet, att om kvinnorna fått möjligheten att ställa frågor och visa sina känslor öppet värderar de läkare och barnmorskor som gett dem vård betydligt högre än de som inte gavs något liknande tillfälle (Iwanowicz-Palus et al., 2013).

Tidpunkten som informationen ges vid är också viktig eftersom patienterna inte alltid kan komma ihåg det som sagt då kvinnor ofta upplever en förvirring och en oförmåga att kunna ta till sig den information som ges (Wong et al., 2003).

Men resultatet visar även två studier där kvinnorna ansåg att informationen som getts var tillräcklig eller tillfredsställande (Evans et al., 2002; Iwanowicz-Palus et al., 2013). Båda dessa studier var av kvantitativ ansats och syftet var att ta reda på vilket stöd kvinnorna efterfrågade. I en kvantitativ studie är det dessutom frågornas utformning som styr svaren och utgör därmed även resultatet. Även fast två av de utvalda artiklarna visar tendenser till motstridiga resultat så är inte alla kvinnor i de två studierna nöjda med informationen de fått. I bakgrunden beskriver Swanson (2000) att det finns vissa faktorer som kan påverka om kvinnan utvecklar en depression eller inte. Likaså beskriver Sejourne et al (2010a) i bakgrunden hur otroligt viktigt det är för kvinnor som genomgått ett missfall att få psykologiskt stöd, eftersom detta är en stor psykisk påfrestning (Sejourne et al., 2010a).

För att kommunikationen mellan patient och personal ska bli så bra som möjligt krävs att de förstår varandra. I resultatet framkommer i fyra av de 15 artiklarna att personalen använder sig av ett medicinskt språk som kvinnorna inte uppskattar (Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002; Warner et al., 2012; McLean & Flynn, 2013). Om patienten inte kan förstå vad Hälso- och sjukvården försöker förmedla så uppstår det en kommunikationsbrist. Detta i sin tur leder till ett missnöje hos patienten liksom en brist i förståelsen av information. Därför är det av stor vikt att personalen använder sig av ett språk som patienten förstår. Detta framkommer även i bakgrunden i denna studie där Fossum (2013) förklarar att kommunikationen har en avgörande och livsnödvändig betydelse inom vården.

Resultatet visar att kvinnor ibland saknar kunskaper kring ett missfall och att de dessutom anklagar sig själva för förlusten. Att det är de själva som på något sätt har orsakat missfallet genom att äta fel, motionerat för lite eller för mycket eller gjort något annat som resulterat i missfallet. Detta relateras även till bakgrunden där Adolfsson & Kjellström (2014) beskriver om skulden. Därför efterfrågar många kvinnor en önskan om att få rådgivning i livsstil och kost samt en efterfrågan att få veta vad det var som hände. Varför just deras barn inte överlevde. Samtidigt krävs det att informationen ges vid rätt tillfälle och i rätt tidpunkt eftersom situationen är så pass smärtsam att kvinnan kan få svårt att ta till sig den information som ges. Därför måste informationen ges då kvinnan är mottaglig att ta emot den och på ett högst individuellt sätt eftersom kvinnan upplever en förlust av ett barn. Men detta är inte alltid en lätt fråga att besvara och ovissheten om varför det gick fel kan skapa en stark ångest hos kvinnan visar resultatet och även Corbet- Owen & Kruger (2001) i bakgrunden.

Författaren anser att det är en tolkningsfråga om bristen beror på om personalen inte har informerat kvinnorna ordentligt eller om det har varit så att kvinnorna inte uppfattat det hälso- och sjukvårdspersonalen har sagt. I sådana fall kan det bero på att informationen getts vid helt fel tillfälle vilket även framkommer i resultatet. Det kan även handla om att kontakten mellan sändare och mottagare inte varit helt problemfri. Med det menar författaren att det krävs en öppenhet och en vilja att samarbeta. Det gäller inom detta område precis som inom alla andra områden då det gäller kommunikation. Visar då personalen en stressad attityd med en antydning till nonchalans så skapar detta hinder i kommunikationen eftersom patienten då inte öppnar sig på samma sätt, och blir då inte lika mottaglig till den information som ges. Frågan kan även ställas om det sjukhus där kvinnan vårdats arbetar utifrån en värdegrund som utgår från en personcentrerad vård och att det finns tydliga riktlinjer och en inarbetad struktur för informationsgivningen.

Uppföljning och rådgivning

Resultatet visar i sex av de 15 inkluderade artiklarna att det finns brister i uppföljning och rådgivning (Wong et al., 2003; Ancker et al., 2012; Warner et al., 2012; Simmons et al., 2006; Iwanowicz- Palus et al., 2013; McLean & Flynn, 2013). Detta framkommer även i bakgrunden i en studie av Modiba (2008) baserat på hälso- och sjukvårdens tankar om bemötandet efter ett missfall att det finns brister kring den rådgivande utbildningen och att de inte visste hur de skulle bemöta kvinnan i sin sorg och att de genom utbildning skulle öka förutsättningarna för att ta hand om kvinnan på ett bra sätt (Modiba, 2008). Det kan även relateras till det Adolfsson & Kjellström (2014) beskriver i bakgrunden där kvinnorna efterfrågar rådgivning och en förklaring till missfallet.

Det framkommer i resultatet att de kvinnor som blivit erbjudna strukturerade uppföljningssamtal av en barnmorska visade upp till 30 procent mindre sorg än kvinnor som endast blivit erbjudna en formell uppföljning (Adolfsson et al., 2006). Detta kan relateras till hur viktigt det är med kommunikation och information och vikten av att fånga upp kvinnan efter hennes missfall i hennes sorg vilket finns beskrivet i bakgrunden av Sejourne et al. (2010b). Kvinnor som blivit erbjudna uppföljning och stöd utvärderade också sjukvården bättre än de som inte fått något sådant erbjudande (Iwanowicz- Palus et al., 2013; Wong et al., 2003).

Det är viktigt för att fånga upp de kvinnor som riskerar att utveckla depression och djup sorg vilket även presenteras i bakgrunden av Adolfsson et al., 2003 & Sejourne et al., 2010a. Eftersom utvalda studier till resultatet har utspelat sig både på vanliga akutavdelningar och vårdavdelningar specialiserade för kvinnor, så kan detta ha påverkat kvinnornas upplevelser i sin situation. Likaså finns det eventuellt skillnader i uppföljningen kring dessa kvinnor.

Normalisering

I resultatet framgår att kvinnor kan uppleva en nonchalans av vårdande hälso- och sjukvårdspersonal och att det finns en brist på medkänsla (Wong, et al., 2003; Ancker et al., 2012). Att missfall är något som sker hela tiden, att det är en del av livet eller att det är ödet som styr (Wong et al., 2003; Crawford, Gask & Grinyer, 2003; Simmons et al., 2006). Enligt Travelbee (Kirkevold, 2000), så framkommer att upplevelsen av en förlust eller sorg är högst personlig och unik för just den individen. Att bemötandet av en patient ska ske med empati och med inlevelse i patientens upplevelse. Därför menar Travelbee är det viktigt att säga rätt saker vid rätt tillfälle eftersom en kommunikation både kan lindra men också förstärka lidandet hos patienten (Kirkevold, 2000). När det gäller detta fenomen så kan orsakerna vara en stressad miljö som Modiba (2008) nämner i bakgrunden. Där förklaras stressen av att ta hand om förlossningspatienter och samtidigt vård av kvinnor som har förlorat sitt barn genom missfall (Modiba, 2008). Författaren till detta arbete har egna arbetslivserfarenheter inom området och eftersom detta är en akutvårdsavdelning så får den kvinna som är i störst behov hjälp först. Om en förlossningspatient är redo att föda barn så kan kvinnan som genomgår ett missfall bli tvungen att vänta. Även fast målet på de sjukhus som författaren själv arbetat har varit att ha kontinuitet mellan patienter och personal, så är detta inte alltid en möjlighet men en strävan. Detta för att skapa en bra relation mellan patient och personal och på detta sätt skapa ett förtroende och en tillit för att kvinnan ska känna sig trygg, sedd och hörd och våga visa sina känslor öppet. Men det visar även att det finns brister i utbildning av personal kring hanteringen dessa kvinnor och

den sorg som uppstår, som Modiba, (2008) nämner i bakgrunden. Därför har EKO-modellen tagits fram i Sverige. För att personal ska kunna bemöta den utsatta kvinnan på bästa sätt. Att bemöta en kvinna som just förlorat sitt blivande barn med empati, sympati och förståelse är oerhört viktigt.

Men det kan vara orsaken till att dessa kvinnor inte söker upp eventuell eftervård eller söker samtal med någon professionell efter missfallet (Wong, et al., 2003). Variabiliteten i kvaliteten på eftervården tyder på att det är en hög grad av inkonsekvens i sättet på vilket det fysiska och känslomässiga behovet hos dessa patienter ska behandlas efter utskrivning från sjukhus (Wong, et al., 2003).

Utanförskap

Resultatet berättar om att kvinnor som precis fått reda på att hon fått missfall får sitta i samma väntrum som andra gravida kvinnor (Musters et al., 2011 Simmons et al., 2006; Tsartsara & Johnson, 2002), eller de som själva valt att avbryta en graviditet. Författaren till denna litteraturöversikt har mött kvinnor, som efter ett missfall fått ligga på uppvaket efteråt tillsammans med kvinnor som gjort abort eller nyblivna mammor som gjort kejsarsnitt, vilket även resultatet visar (Simmons et al., 2006). Att vakna upp bredvid en nybliven mamma uppfattas ofta som ännu mera plågsamt. Att få sitta i samma väntrum som andra kvinnor upplevs ofta som frustrerande och obehagligt. Som nämnts i tidigare studie av Adolfsson et al. (2003) så upplever kvinnor som genomgått missfall en förlorad rättighet att bli mor. Att de upplever en tomhet efter barnet som de aldrig fick (Adolfsson, et al., 2003). Genom att låta kvinnan i sin sorg uppleva detta finns risken att förvärra kvinnans sorg. Ett missfall är en psykisk påfrestning och kvinnan riskerar att drabbas av psykisk utmattnings vilket även framkommer i tidigare studier av Sejourne et al. (2010a). Därför anser författaren att det är av stor vikt att minimera risken för ökat lidande hos kvinnan och ge en så god omvårdnad som möjligt.

Det är viktigt att det finns en balans mellan att få ha lugn och ro omkring sig som framkommer i resultatet av Murphy & Merell, (2008), Warner et al. (2012) och Iwanowicz-Palus et al. (2013), och att som personal visa sig hos kvinnan i sin sorg. Ibland kan denna balans vara svår och kvinnan kan känna sig övergiven och ensam som McLean & Flynn (2013), Ancker et al. (2012) och Murphy & Merell (2008) beskriver. Resultaten som framkommer tyder på att den balans som råder mellan att vilja vara ifred och att bli lämnad ensam kräver en lyhörd hälso- och sjukvårdspersonal. Författaren anser att det är en högst personlig upplevelse och att personalen ska visa medmänsklighet och vara lyhörd varje kvinnas behov. Detta är även vad Fossum (2013) menar tillhör ett gott bemötande och en god omvårdnad vilket även belyses i tidigare studier av Adolfsson et al. (2003). Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen visar sig hos patienten med jämna mellanrum så den drabbade kvinnan inte känner sig bortglömd samt utifrån de individuella behov som finns. För de kvinnor som väljer att vara hemma under missfallet är det viktigt att få mycket stöd av personalen eftersom det är en väldigt utsatt situation att vara ensam i sitt missfall vilket framkommer i resultatet av Ancker et al. (2012) och Murphy & Merell, (2008).

Stöd och support

Alla valda artiklar betonar på ett eller annat sätt vikten av ett bra bemötande. I sex av de utvalda artiklarna fanns en önskan om att bli tagen på allvar och att bli lyssnad på. Här framkom även vikten av att få stöd och att personalen skulle bemöta kvinnor som upplevt missfall med empati (Ancker et al., 2012; Musters et al., 2011; Domingos et al., 2011; Warner et al., 2012; Simmons et al., 2006; Evans et al., 2002). I situationen som kvinnan upplever finns ett stort behov av att bli bra bemött och att deras oro tas på allvar. Detta är ett viktigt inslag i den vård som ges, att visa kvinnan en värdighet och en medkänsla vilket även framkommer i resultatet i studier av Simmons et al (2006) och Tsartsara & Johnson (2002). Vikten av ett bra bemötande, stöd och support återfinns i Travelbees omvårdnadsteori. Enligt Travelbee krävs det att sjuksköterskan liksom all övrig personal för en stund kliver utanför sig själv och ser den drabbade (Kirkevold, 2000).

Att medmänsklighet och empati är viktigt återspeglas även i studier av Andersson et al. (2012), Warner et al. (2012) samt McLean och Flynn (2013) där kvinnorna upplevde att omvårdnadspersonalen visat detta. Personalens bemötande gjorde att kvinnorna upplevde vården mer tillfredsställande och att erkännandet av deras missfall betytt stor skillnad. Detta visar på att effekten av ett gott bemötande även resulterar i en nöjd patient som kan bearbeta händelsen på ett mer tillfredsställande sätt. I en tidigare studie av Adolfsson et al. (2003) betonas även vikten av att kvinnorna behandlas med sympati, empati och medmänsklighet. I en stor enkätstudie av Iwanowicz –Palus (2013) visar även på att kvinnorna var nöjda med det stöd som de fått. Av de medverkande 303 kvinnorna var 45 procent nöjda med vården de fått. De upplevde även att barnmorskan hade goda kunskaper vilket upplevdes positivt (Iwanowicz – Palus et al 2013) Liknande resultat kan utläsas från studien av Domingos et al. (2011) där kvinnorna upplevde sig ha blivit välkomnade och väl omhändertagna. Författaren anser att alla människor är unika såväl patienter som omvårdnadspersonal. Alla människor har olika typer av livserfarenheter som kan spela en betydelse för hur patienten upplever sig bli bemött, men även hur omvårdnadspersonalen bemöter en patient. De erfarenheter vi har sedan innan formar oss. Vad som kan skilja de kvinnor som är nöjda med sin omvårdnad och de som inte är det kan bero på de olika erfarenheterna. Dessutom har sociala normer, attityder och ekonomi en inverkan i varje människas liv vilket även framkommer i tidigare studie av Swanson (2000). Likaså kan de olika sjukhusens organisation se olika ut och likaså hur mycket sjukhuset arbetar med att fortbilda personalen. Ett sjukhus som arbetar med patientcentrerad omvårdnad kan få ett större antal nöjda patienter. Likaså kan personaltätheten på respektive sjukhus ha betydelse. Men viktigt att notera är även att kvinnor är olika och att därför varierar deras olika behov då det gäller eftervård (Tsartsara & Johnson, 2002).

De 15 utvalda artiklarna har tillsammans uppfyllt syftet med denna litteraturoversikt. De har alla belyst patientens upplevelse av bemötandet samt omvårdnadens betydelse vid ett missfall oavsett vart ifrån de har kommit. Den utvalda Brasilianska artikeln av Domingos et al. (2013) byggde på fenomenologiska intervjuer för att fånga varje kvinnas upplevelse och speglar således samma fenomen som de övriga artiklarna. Därför valdes den att ingå i studiens resultat. Varje utvald artikel berörde syftets frågeställningar och utgjorde tillsammans i sammanställd text en helhet. De upplevelser som var mest förekommande i de enskilda artiklarna sammanställdes till en helhet. Detta utgjorde resultatet i detta arbete och därmed besvarat syfte. I Sverige har EKO- modellen tagits fram just för att ta reda på vilka brister som finns inom området och vilka som behöver åtgärdas (Adolfsson & Kjellström, 2014). Genom att belysa bemötandet och upplevelsen av omvårdnaden kring ett missfall ges en inblick i ett problemområde som är vanligt förekommande.

Det behövs en förändring kring hur kvinnorna behandlas runt ett missfall. Adekvat information ska ges utifrån den unika individens egna förutsättningar och vid rätt tillfälle. Kvinnan ska inte behöva sitta i samma väntrum, ligga i samma sal eller vakna upp på efter ett kirurgiskt ingrepp bredvid en nyförlöst kvinna. Detta utgör brister i omvårdnaden. Det krävs en lyhörd personal som finns där och stödjer kvinnan på hennes villkor och inte normaliserar händelsen. För kvinnan har precis förlorat sitt barn. Kvinnan ska uppleva ett bra bemötande och det krävs en större kunskap inom den svenska sjukvården. Det har inte gjorts mycket forskning inom det valda området. Artiklarna som söktes hade som inklusionskriterie att de skulle vara skrivna från år 2000. Dock visade det sig att alla artiklar beskrev i stort sett samma problem oavsett när studien var gjord. Detta tolkar författaren som om detta är ett problem som är väldigt viktigt att lyfta fram.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av bemötandet samt omvårdnadens betydelse vid ett missfall. Därför föll valet naturligt på en litteraturöversikt som metod för att besvara syftet. Detta för att få reda på patientens upplevelse, då sjuksköterskestudenter enligt högskolans riktlinjer inte får utföra patientbaserade intervjuer. Enligt SBU (2013) är det en fördel om författaren hittar och undersöker alla relevanta artiklar inom valda ämne vilket inte har varit en möjlighet under den begränsade tid som funnits till denna litteraturöversikt (SBU, 2013). Allmänna litteraturöversikter har fått en del kritik eftersom författaren begränsar sig och risken finns att författaren gör ett selektivt urval. Exempel på detta är att författaren väljer ut de artiklar som passar (Friberg, 2006). Författaren till detta arbete har inte haft för avsikt att förvränga eller selektivt välja ut passande artiklar. Dessutom har sökningarna efter all relevant data varit omfattande. Fördelen med att göra en litteraturöversikt är att en sammanställning kan göras av de funna studierna som svarar upp till syftet (Kristensson, 2014). Fördelen med den valda metoden var alltså att författaren fått en bred kunskap om relevanta ämne och systematiskt valt ut de mest relevanta artiklarna i sina sökningar. Detta för att få en så omfattande bild av problemet som möjligt. De artiklar som återfunnits i databassökningarna och som svarat upp till studiens syfte har inkluderats i resultatet eller bakgrund. För att god kvalitet och vetenskapligt värde ska uppfyllas är det enligt Kjellström (2012) viktigt att ett adekvat urval görs samt att rimliga analyser utförs (Kjellström, 2012). Sökningen efter artiklar med fokus på bemötande är svår att genomföra då det saknas en engelsk motsvarighet för det svenska ordet bemötande (Fossum, 2013). Därför blev sökningen efter artiklar omfattande och stundtals svår. Därför krävdes det många sökningar för att urskilja de sökord som var bäst lämpade. Detta ser författaren som en nackdel med vald metod. Därför var författaren tvungen att begränsa sökningen och hitta rätt sökord. Författaren tog även hjälp av en bibliotekarie med sökningen av artiklar. En svaghet i arbetet kan vara att författaren utfört studien ensam och ingen annan än författaren själv analyserat de inhämtade artiklarna.

För att få ut de bästa träffarna för valda studie är det viktigt att tydliga inklusions och exklusionskriterier görs vilket beskrivs av Kristensson (2014). De artiklar som återfanns och som var mest relevanta för studien var studier om kvinnors upplevelse av ett missfall på ett sjukhus. För att få ut de bästa sökträffarna fick bortfall göras. Detta visade sig vara en fördel då varje sökning genererade i ett mindre antal träffar. Nackdelen med att göra dessa begränsningar kan författaren se är att eventuell viktiga artiklar har missats. Därför var det viktigt för författaren att noga gå igenom förändringen av artiklar i alla sökningar på ett systematiskt sätt. Vissa av artiklarna valdes från början att ha med i bakgrunden. Men då omfattande sökningar utförts användes 15 artiklar i resultatet som tillsammans

uppfyllde syftet med litteraturöversikten. Samtidigt som det fanns svårigheter med att söka artiklar återfanns även en styrka i detta. Det innebär att de mest relevanta studierna som gjorts granskades. Då det inte finns så många vetenskapliga studier gjorda på just patientens upplevelse av bemötande fick författaren besvara syftet genom att söka artiklar som berörde kvinnors upplevelse av missfall. Utifrån det inhämtades information till resultatet. Nackdelen med detta var att det var tidskrävande men i vissa studier även berörde partners och personals upplevelser. Författaren var då tvungen att noggrant analysera varje mening för att endast plocka ut kvinnans upplevelse vilket sågs som en nackdel. Fördelen å andra sidan anser författaren var att de 15 utvalda artiklarna för resultatdelen kom från olika länder. Resultaten visade på samma resultat oavsett land eller världsdel vilket styrker studiens generaliserbarhet och överförbarhet.

För att höja trovärdigheten i ett arbete ska författaren noggrant beskriva tillvägagångssättet i studien (Kristensson, 2014). Eftersom det är första gången som författaren skriver denna typ av arbete så kan datainsamlingen, granskningen och analysarbetet ha påverkats av detta vilket även Henricson (2012) beskriver (Henricson, 2012). Detta ser författaren som en nackdel. Det författaren ser som en fördel då det gäller trovärdigheten i arbetet är att en omfattad sökning av artiklar har gjorts för att få fram de bästa studierna som gjorts inom valda ämne. Dessa har använts till studiens bakgrund respektive resultat. Att dessutom många av valda studier återfinns i andra vetenskapligt granskade studier ser författaren vara en fördel. Ett sätt att stärka tillförlitligheten i ett arbete enligt Kristensson (2014) är genom att få ett djupt och innehållsrikt material (Kristensson, 2014). För att göra litteraturöversikten så trovärdig som möjligt har sökvägar noga beskrivits för läsaren. Författaren hade som mål att hitta de bästa artiklarna för valda syfte. Två av de från början utvalda artiklarna kunde inte hittas trots att författaren gjorde goda försök. En utav dessa fanns endast på internet i en samling av sammanfattningar av olika artiklar och gick inte att få ut i fulltext trots professionell hjälp utifrån. Den andra artikeln återfanns i en tidning på ett universitet. Denna tidning var dock tyvärr borta och tiden räckte inte till för att vidare söka efter den artikeln.

Författaren valde att först läsa alla artiklar flera gånger innan en översättning gjordes. När alla artiklarna hade översatts till svenska kategoriserades det som framgick i alla artiklar i sex olika huvudrubriker. Nästa steg i analysen var att sortera ut det mest framhäande under varje tema och till slut sammanfatta ett resultat. Dessa alla steg var mycket tidskrävande och skulle studien göras om skulle författaren redan vid översättningen sortera den relevanta informationen. Varje utvald artikel översattes med hjälp av översättningsverktyg samt egen kunskap samt lästes ett flertal gånger för att översättningen skulle bli så bra som möjligt. Alla typer av svar som svarade upp till studiens syfte presenterades i resultatet och inga egna förutfattade meningar togs med vilket även framkommer i Kristensson (2014). Detta för att höja studiens tillförlitlighet (Kristensson, 2014). De 15 utvalda artiklarna svarade upp till syftet med denna studie. Nackdelen med att utgå från redan gjorda vetenskapliga studier kan vara att de studier som gjorts eventuellt inte är så sanningsenliga som de utsäger sig vara. Detta eftersom alla forskare kan göra fel utan avsikt. Därför gäller det att vid granskning av en artikel ha detta i åtanke. Det hade varit intressant att intervjua kvinnor som själva upplevt ett missfall och resultatet hade sannolikt blivit detsamma. Detta eftersom syftet berör omvårdnaden och bemötandet inom sjukvården vilket alltid kommer vara ett stort och väldigt viktigt ämne att belysa och att författaren till detta arbete kunnat bearbeta de intervjuades svar på ett sanningsenligt sätt. Genomförandet av detta arbete har genererat i nya kunskaper och erfarenheter till författaren vilka kommer bäras med inför en eventuell framtida forskning. Denna

litteraturoversikts svagheter kan tänkas vara att det är första gången som författaren skriver en c- uppsats och kunskaper och lärdomar har följt författaren som en röd tråd längst med hela processen. Därför kan det brista i kunskaper kring det engelska språket, i tolkningen av artiklarna samt att författaren skrivit detta arbete själv. Styrkorna i detta arbete anser författaren vara att omfattande sökningar efter relevanta artiklar har gjorts. Att artiklarna valts med omsorg till bakgrund och resultat och att noggranna översättningar har gjorts. Analysen av artiklarna har skett omsorgsfullt och noga där varje mening har analyserats i artiklarna som återfinns i resultatet och att inga egna antaganden och förutfattade meningar har berört resultatet i denna litteraturoversikt.

Slutsats

Författarens slutsats efter granskat material var att det behövs en förståelse för kvinnans situation vid ett missfall. Studien ger en inblick i ett ämne som förblivit oförändrat över tid. Genom denna studie kan sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med kvinnor under ett missfall inhämta kunskap och förståelse för hur patienterna upplever bemötandet och omvårdnaden. Detta för att ge ett så personcentrerat bemötande som möjligt och hjälpa kvinnan i hennes sorgebearbetning. Kunskaper som denna studie ger bör kunna användas i förbättringssyfte och utgöra en grund för kunskapsutvecklingen inom sjuksköterskans arbetsfält. Med detta kan författaren dra en slutsats att det behövs en strukturerad uppföljning där det finns tid och utrymme att få berätta om sina känslor och om sina upplevelser.

Fortsatta studier

Fortsatta studier skulle göras genom intervjuer med fenomenologisk ansats med kvinnor på ett litet och ett stort sjukhus för att undersöka om det eventuellt är någon skillnad i upplevelsen. Det skulle även vara av vikt att belysa partnerns upplevelse av ett missfall för att få en förståelse i deras upplevelse och för att ett helhetsperspektiv ska kunna utläsas.

Vidare forskning inom ämnet

Vidare forskning behövs inom valda ämne då en stor majoritet av kvinnorna upplever att ett gott bemötande är viktigt inslag vid ett missfall.

Klinisk relevans

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av bemötandet samt omvårdnadens betydelse vid ett missfall. Det är av vikt att belysa detta ämne för att på så sätt ge sjuksköterskan och övrig personal en inblick i hur patienter upplever sig bli bemötta och vad som eventuellt saknas. Detta är viktigt därför att sjuksköterskan i sin profession ska bemöta patienterna ur ett holistiskt synsätt. Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) så ska sjuksköterskan "ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt".

REFERENSER

- Abboud, L. & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: Coping strategies, support network and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Feb 2005, Vol. 23 Issue 1, p3-18. 16p DOI: 10.1080/02646830512331330974
- Adolfsson, A., Kjellström, B. (2014). *EKO-modellen : en personalhandbok om förlorad graviditet*. Älvsjö: Effektum.
- Adolfsson, A., Berterö, C & Larsson, P, G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85 (3):330-5 PMID: 16553182
- Adolfsson, A., Larsson, P, G., Wijma, B., Bertero, C. (2003). Guilt and emptiness: Women´s experience of miscarriage. *Health Care for Women International (HEALTH CARE WOMEN INT)*, 2004 Jun-Jul; 25 (6): 543-60. (46 ref) PMID: 15354621
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Early bereavement: women´s experiences of miscarriage [Swedish]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 32(1), 32–36.
- Andersson, I-M., Nilsson, S, & Adolfsson, (2012). A How women who have experienced **one or more miscarriages** manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Jun2012, Vol. 26 Issue 2, p262-270. 9p. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00927.x
- Andersson, U-B., Anderberg, A., Borgfeldt, C., & Åberg, A. (2010). *Obstetrik och Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB
- Berg, A., Dencker, K. &, Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Corbet-Owen, C., Kruger, L. (2001). The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 2001 Winter; 19 (4): 411-27. (43 ref) ISSN: 1091-7527
- Domingos, Selisvane Ribeiro da Fonseca, Merighi, Miriam Aparecida Barbosa, de Jesus, Maria Cristina Pinto. (2011)Experience and care for spontaneous abortion: phenomenological study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2011 May; 10 (2): 1 ISSN: 1676-4285 Database: CINAHL
- Evans, L., Llyod, D., Considine, R., & Hancock, L. (2002). Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: A hospital based study *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(2), 115–150 PMID: 12069141 Database: MEDLINE

- Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)* 26, (42), 35-41. PMID: 22908762
- Friberg, F., (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur: Stockholm
- Frost, J. Bradley, H. Levitas, R. Smith, L. & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: Scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 2007 Nov; 29 (7): 1003-22. (61 ref). MEDLINE Info:PMID: 18092980
- Fossum, B., (2013). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gergett, B., & Gillen, P. (2014). Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals. *Evidence Based Midwifery*, 12(1), 29–34.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- ICN:s, International Council of Nurses. (2014). ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening Hämtad från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik/publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf den 16 apr 2015
- Iwanowicz- Palus, G., Rzonca, E., Bien, A., Wloszczak- Szubzda, A. & Walczuk, E. (2013). High evaluation of medical staff by women after miscarriage during hospitalization. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine*. 2014; Vol. 232 (3), pp. 155-62. PMID: 24598139
- Jakobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift 2007; 84(6)541-8* ISBN/ISSN 0037-833x
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur AB
- Kjellström, S & Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur: Stockholm
- Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S., & Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage - results from a UK-population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2007 Feb; 114 (2): 170-86. (55 ref). ISSN: 1470-0328
- McCabe. C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal Of Clinical Nursing [J Clin Nurs]* 2004 Jan; Vol. 13 (1), pp. 41-9

McLean, A; Flynn; C. (2013) 'It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage. *Qualitative Social Work*, 2013 Nov; 12 (6): 782-98 ISSN: 1473-3250

Modiba LM. (2008). Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in a Gauteng hospital. *Health SA Gesondheid*, 2008 Dec; 13 (4): 29-40. (40 ref) ISSN: 1025-9848

Murphy, F. & Merrell, J. (2008). Negotiating the transition: Caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing* 2009 Jun; Vol. 18 (11), pp. 1583-91. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x

Musters, A, M., Koot, Y, E., Van den Boogaard, N, M, Kaaijk, E., Macklon, N, S., van der Veen, F., Nieuwkerk, P, T., Goddijn, M. (2011). Supportive care for women with recurrent miscarriage: a survey to quantify women's preferences. *Hum Reprod*, 2013 Feb; 28(2):398-405. Doi: 10.1093/humrep/des374. Epub 2012 Dec 4

Neugebauer, R. & Ritsher, J. (2005). Depression and grief following early pregnancy loss *International Journal of Childbirth Education*, 2005 Sep; 20 (3): 21-4. (17 ref)

Ockhuijsen, HD., van den Hoogen. A., Boivin. J., Macklon NS. & de Boer F. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Research In Nursing & Health[Res Nurs Health]* 2014 Aug; Vol. 37 (4), pp. 267-75. DOI:10.1002/nur.21610

Rowlans, I, J. & Lee, C. (2010). The silence was deafening!: social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive & infant Psychology*, 28 (3), 274-86.

Sejourne, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010a). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 287-296. doi: 10.1080/02646830903487334

Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol H. (2010b). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 2010 Nov; 28 (4): 403-11. (33 .doi./10.1080/02646830903487375

Simmons, K, R., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P. & Green, .J. (2006). Experience of, miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medicine*, 2006 Oct; 63 (7): 1934-46. (36 ref) Database: CINAHL

SBU. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Version 2013-05-16 Stockholm: SBU. Hämtad från: <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf> den 28 november 2014

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet: Stockholm

Smith, L.F., Frost .J., Levitas, R., Bradley. H & Garcia. J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options: a qualitative study. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners [Br J Gen Pract]* 2006 Mar; Vol. 56 (524), pp. 198-205

Socialstyrelsen: *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* Artikelnr: 2005-1051 Hämtad från www.socialstyrelsen.se den 30 November 2014

Socialstyrelsen: *Nationella riktlinjer för god vård* Artikelnr: 2009-11-5 Hämtad från www.socialstyrelsen.se den 8 Mars 2015

Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12) Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård Artikelnummer: Artikelnr 2005-10-12 Hämtad från http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf den 10 Mars 2015

Svenska FN-förbundet (2012). FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Stockholm. Hämtad från <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna-/den-16-april-2015>

Swanson, K. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(2), 191–206.

Tsartsara, E. & Johnson, M, P. (2002). Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2002 Jun; 6 (2): 55-65. (52 ref)

Warner, A., Saxton, A., Indig, D., Fahy, K. & Horvat, L. (2012). Women's experience of early pregnancy care in the emergency department: *A qualitative study Australasian Emergency Nursing Journal*, 2012 May; 15 (2): 86-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2012.02.002>

Wijesinghe P.S., Herath R.P. & Abeysundara I. D. (2012). A qualitative study on patients' perceptions of expectant management of first trimester incomplete miscarriage. *Ceylon Medical Journal (CEYLON MED J)*, 2012 Dec; 57 (4): 145-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4038/cmj.v57i4.5078>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Wong, M, K, Y, Crawford, T. J, Grask, L. & Grinyer, A. (2003) A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners* 2003 Sep; Vol. 53 (494), pp. 697-702. PMID: 15103877

Bilaga A

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 patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/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 patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/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 patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/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 patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/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	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.		
---	---	--	--

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

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

Referenser

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Bilaga B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Abboud. L & Liamputton g, P (2005)	“When pregnancy fails: Coping strategies, support network and experiences with health care of ethnic women and their partners”	Undersöka upplevelsen av ett missfall. Copingstrategier, socialt stöd och tillfredsställelse med vården	Intervjubaserad med fördjupad intervjuteknik	6 (N=0)	Kvinnorna använder sig av ett antal copingstrategier bearbeta förlusten. Kvinnliga familjemedlemmar och partners var viktiga i bearbetningen av missfallet. Det råder delade meningar om mötet med hälso- sjukvården. Vården skulle kunna förbättras om man får mer information och möts med mer empati.	K I
Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson., P-G (2006)	Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: A randomized study	Syftet med studien var att mäta om ett strukturerat uppföljningsbesök till en barnmorska vid 21/28 dagar efter ett tidigt missfall kunde minska kvinnornas sorg. Denna grupp jämfördes med en grupp kvinnor som endast fått ett vanligt uppföljningsbesök hos en barnmorska.	Kvantitativ enkätstudie som jämför två grupper av kvinnor som fått olika stöd efter missfall.	146 88 N = 58	Resultatet visar att kvinnorna i den grupp som fått ett strukturerat uppföljningssamtal upplever 30 % mindre sorg fyra månader efter missfallet jämfört med de kvinnor som endast fått ett vanligt uppföljningsbesök hos en barnmorska. Resultatet visar även på att de kvinnor som drabbats av missed abortion upplevde en större sorg.	RCT I

Ancker.. T, Gebhardt, A, Andreassen . S & Botond, A (2012)	“Early Bereavement. Women´s Experiences of Miscarriage”	Syftet var att beskriva den sörjande kvinnans upplevelse av tidiga missfall	Kvalitativ studie	6 (N=0)	Resultatet visar att kvinnor med upprepade missfall kände en ilska och sorg i att inte få det efterlängtade barnet. De sökte efter förklaringar till varför det hände och efterfrågade mycket information och förklaringar till det inträffade. De hade även en tendens att anklaga sig själva. De uttalade ett behov av stöd och empati och upplevde sig som en blivande moder oavsett i vilken vecka hon var.	K I
Andersson, I, M, Nilsson, S & Adolfsson, A (2012)	How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study	Syftet med studien var att ta reda på hur kvinnor upplevde en ny graviditet efter att ha haft ett eller flera missfall.	Kvalitativ	16 N=3	I resultatet framkommer att graviditetssymtom har en lugnande effekt men att en ny graviditet skapade ångest och en rädsla av att ha gjort något fel innan de fick graviditeten bekräftad. De upplevde ett starkt behov av att samtala med någon men visste inte vart de skulle vända sig. om de upplevde brister i hälso-och sjukvården så var det skönt att vända sig till sin familj och sina vänner	K II

Domingos, Selisvane Ribeiro da Fonseca, Merighi, Miriam Aparecida Barbosa, de Jesus, Maria Cristina Pinto (2011)	Experience and care for spontaneous abortion: phenomenological study.	Syftet var att få en förståelse av kvinnornas erfarenheter vid en spontan abort och stödet inom den offentliga och privata vården samt sjuksköterskornas erfarenheter om vården	Kvalitativ	13 + 7	Kvinnorna uttrycker en önskan om att få stöd, vård och information anser att vården är tillfredsställande men att det skiljer sig åt mellan privat och offentlig vård. Sjuksköterskorna vill få information om förluster, hälsotillstånd och behov av vård och därefter ge vägledning och stöd till kvinnorna så att de kan övervinna detta ögonblick.	K II
Evans, L., Llyod, D., Considine, R., & Hancock, L. (2002)	Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: A hospital based study	Syftet var att ta reda på kvinnornas Psykosociala behov som följer ett missfall samt vilka förändringar som behövs göras för att förbättra sjukvården.	Kvantitativ En enkätstudie som vände sig både till patienter och sjukvårdspersonal.	109 INTE RELEVANT (N=10) VILLE INTE DELTA (N=31) KUNDE INTE KONTAKT AS (N=22) 43 PERSONAL (N=0)	I resultatet framkommer att 75 % av kvinnorna anser att deras sjukhusupplevelse skulle kunna förbättras. Det framgick även att majoriteten av kvinnorna tenderar till depression och sorg efter förlusten. Behovet av uppföljning efter missfallet framkommer tydligt. ca 40 % av kvinnorna fick information om vad de kunde vända sig och av de kvinnor som inte fick sådan information uppger att de skulle velat ha det.	P I

<p>Frost, J. Bradley, H. Levitas, R. Smith, L. & Garcia, J. (2007)</p>	<p>The loss of possibility: Scientisation of death and the special case of early miscarriage</p>	<p>Syftet var att ta reda på hur kvinnorna upplevde ett tidigt missfall, faktorer som kunde hjälpa dem att bemästra sorgen mer tillfredsställande samt få information om hur sjukvårdspersonalen skulle kunna ge en mer professionell vård.</p>	<p>Kvalitativa semistrukturerade intervjuer som gjorts i deltagarnas hem och varade mellan 45 min-2, 5 timme. Denna studie följer på en stor kvantitativ medicinsk randomiserad kontrollerad (RCT) studie av samma författare. Kvinnorna rekryterades från sydvästra England.</p>	<p>111+ 35 AV DE 111 AVBÖJDE 48 (N=48) AV DE 35 AVBÖJDE 19 16 ÅTERSTOD (N=19) 79 TOTALT</p>	<p>Resultatet visar att kvinnorna hade mycket lite kunskap om processen kring ett missfall och tyckte att man borde tala mer öppet om det och inte tabubelägga en sådan händelse. De upplevde att det fanns relativt lite information om hur man hanterar den psykologiska och sociala aspekten samt att man lämnas ensam med dessa frågor. Det fanns även kvinnor som anklagade sig själva för det som inträffat</p>	<p>K II</p>
<p>Iwanowicz - Palus, Rzonca, Bien, Wloszczak - Szubzda & Walczuk (2013)</p>	<p>High Evaluation of Medical Staff by Women after Miscarriage during Hospitalization</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilken hjälp och stöd som kvinnor behövde från hälso- och sjukvårdspersonalen under sjukhusvistelsen på ett sjukhus i Polen.</p>	<p>Kvantitativ enkäter</p>	<p>303 (N=0)</p>	<p>Majoriteten av kvinnorna som deltog i studien upplevde sig ha fått en relativt förstående information. En fjärdedel av kvinnorna uppgav att de inte fått någon psykologhjälp efter missfallet. Resultatet visar på att de kvinnor som fått adekvat information och tillfälle att uttrycka sina känslor i vården värderade sina barnmorskor och läkare högre än de kvinnor som inte fått detta stöd</p>	<p>P II</p>

McLean, A & Flynn, C (2013)	It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage	Studien syftar till att skapa kunskap om kvinnors upplevelser av sjukhusvård efter missfall.	Kvalitativ	12 Inte relevanta för studien (<i>n=6</i>)	Ressultatet visar på att kvinnorna fått bristfällig och otillräcklig information från sjukvårdspersonalen. Likaså upplevde de en brist på information om vad som kunde hända fysiskt runt ett missfall samt vilka känslor som kunde uppstå. Personalen använde sig även av ett medicinskt språk som de inte förstod när de skulle förklara för kvinnorna. Bara tre av de sex intervjuade kvinnorna fick skriftlig information eller broschyrer. De kände att de fått för lite information när de åkte hem och visst alltså inte vad som komma skulle vid ett eventuellt missfall i hemmet.	K I
Murphy, F & Merrell, J (2008)	Negotiating the transition: Caring for women through the experience of early miscarriage	Syftet var att beskriva kvinnans upplevelse av att ha ett tidigt missfall på en gynekologisk avdelning på sjukhuset	Kvalitativ Studie De intervjuade består av 8 sjuksköterskor och 16 patienter	8 kvinnor (N= 0) + 16 personal/ 10 SSK 3 ultrasonografister 3 läkare (N=0)	Att sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal ger känslomässig och engagerad omsorg för att möta de fysiska och känslomässiga behoven är ett viktigt inslag i den tidiga fasen	K I

<p>Musters, A. M., Taminiau-Bloem, E. F., van den Boogaard, E., van der Veen, F., and Goddijn, M. (2011)</p>	<p>Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives</p>	<p>Syftet var att ta reda på vad kvinnor med upprepade missfall ville ha för stöd vid nästa graviditet.</p>	<p>Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>15 kvinnor (n=0)</p>	<p>I resultatet framkom fem huvudkategorier. Att upprätta en plan med sin gynekolog under de första 12 veckorna, bHCG övervakning före ultraljud, medicinering under graviditeten, eftervården och att vistas i väntrummet med andra synbart gravida kvinnor. Kvinnorna ville ha råd om kost och livsstil och endast ha en gynekolog och att dessa skulle förstå vad de gick igenom och lyssna på dem. Dessutom skulle kvinnorna vilja undvika att sitta i samma rum som andra gravida.</p>	<p>K II</p>
<p>Simmons K R, Gita Singh, G Maconochie, N, Doyle, P & Green, J (2006)</p>	<p>Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study</p>	<p>Syftet var att ta reda på kvinnornas personliga erfarenheter av missfall och som kunde bidra till planering av lämpliga uppföljningar och behandlingar för kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ enkäter med narrative berättelser</p>	<p>60.000 enkäter skickades ut till kvinnor. 26.050 svarade i steg 1 (n=33,950.7702 svarade på steg 2 (n=18348).701 svarade på steg 3 (n=7001) 280 gick</p>	<p>Resultatet visar att många av kvinnorna sökte efter mening. De ansåg att sjukvården försökte normalisera händelsen och att de fick sitta i samma väntrum som andra gravida kvinnor. De kände sig ensamma och utsatta men upplevde brist i support, medkänsla och sympati av sjukvården. Det användes ett medicinskt språk och kvinnorna ville ha tydlig, klagörande och tillgänglig information, uppföljning och emotionell support.</p>	<p>KI</p>

				<p>vidare till steg 4 då de ombetts berätta något om missfallet ($n=421$). 172 kvinnor inkluderades till slut i studien då de uppfyllde kriterierna</p>	
<p>Tsartsara., E & Johnson MP (2002)</p>	<p>Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study</p>	<p>Syftet var att utvärdera kvinnornas perspektiv av sjukvården på en specialistavdelning för tidiga missfall i England.</p>	<p>Kvalitativa semistrukturerade intervjuer</p>	<p>6 Intervjuade kvinnor ($N=0$)</p>	<p>Resultatet beskriver hur kvinnorna med missfall är tvungna att sitta i samma väntrum med gravida för att få konstaterat med ultraljud att missfall ägt rum. Detta upplevdes öka sorgen. Kvinnorna upplevde vården på specialistavdelningen som positiv men önskade få en förklaring till missfallet.</p>

Warner, Saxton, Indig, Fahy & Horvat (2012)	Women's experience of early pregnancy care in the emergency department: A qualitative study	Syftet med studien var att beskriva upplevelsen av vården i tidig graviditet på en akutavdelning, ur ett kvinnligt perspektiv.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer,	200 brev skickades ut och 16 svarade att de ville medverka	Resultatet visar att de flesta kvinnor ansåg att de hade blivit väl bemötta även om de kände av stressen. De ville även ha mer information och erbjudas rådgivning. De som mötts med empati och förstående personal hade en bättre upplevelse av missfallet.	K I
Wong MKY, Crawford TJ, Gask, L & Grinyer, A (2003)	“A qualitative investigation into women`s experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team”	Att undersöka kvinnors upplevelser av vården vid missfall som kan påverka förmågan hos primärvården att upptäcka psykiatrisk sjuklighet efter ett missfall.	Kvalitativ studie	100 Deltagare som inte skrev komplett enkät(<i>n=18</i>) Som inte svarade inte på uppföljningen (<i>n=7</i>) Som hoppade av efter första frågeformuläret (<i>n=11</i>)	Sju teman framkom under studien utifrån patienternas upplevelse och personalens uppfattningar. Det fanns ett behov och en önskan om standardiserade uppföljningsplaner. Upplevelser av informationsbrist och dålig återkoppling och ett behov av att få svar. En upplevelse av att sjukvården normaliserade händelsen.	K I