

**STÖDINSATSER OCH KVINNORS ERFARENHETER AV STÖD EFTER
MISSFALL –
En forskningsöversikt.**

Examinationsdatum: 2011 06 21

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 hp

Grundnivå

Kurs: HT09

Författare:

Birgitta Dominius

Kristina Kinneholm

Handledare:

Agnes Botond

SAMMANFATTNING

Ett missfall väcker många olika känslor, dels för det drabbade paret och deras omgivning men även för vårdpersonal som möter denna patientgrupp. Många kvinnor bemöts med tystnad från omgivningen även om hon själv är öppen med sin sorg, även vårdpersonal kan finna det svårt att veta hur man ska förhålla sig vid missfall, det finns risk att vårdpersonalen förringar patientens sorg och ser situationen som ett rutinfall.

Oftast vårdas dessa kvinnor på gynekologisk akutmottagning eller slutenvård på gynekologiskvårdavdelning. Här har sjuksköterskan en nyckelroll i att stödja patienten och förebygga psykisk ohälsa.

Som metod valdes forskningsöversikt. Databassökning utfördes i databaserna Pubmed och Cinahl. Vetenskapliga artiklar som var publicerade mellan åren 2001-2011 inkluderades. Resultatet baseras på 16 vetenskapliga artiklar. Sökorden som användes var: miscarriage, grief, psychological support, nursing, care, experience och interventions.

Syftet var att belysa olika stödinsatser som erbjuds kvinnor som genomgått missfall samt kvinnors erfarenheter av bemötande inom vården.

Resultatet visade att stödinsatser som identifierades var protokoll, enskilda samtal och uppföljningsbesök, stödgrupper samt telefonkontakt och informationsbroschyr. Dessa visade sig ha en positiv påverkan på kvinnorna. Kvinnorna påtalade brister i det psykologiska omhändertagandet som sjukvården erbjöd efter missfallet, vidare uppgav de att de vill känna sig sedda och bekräftade i sin sorg. De ville även känna att vårdpersonalen förmedlade värme och empati tillbaka.

Slutsatsen var att om stödinsatser ges i rätt tid förhindras kvinnors psykiska lidande. Sjuksköterskan har en viktig roll i bedömning av vilket behov kvinnan har av psykologiskt stöd efter missfallet. Det är betydelsefullt att vårdpersonal får utbildning om olika stödinsatsers betydelse och få verktyg så att de kan ge dessa patienter adekvat vård

Nyckelord: missfall, sorg, psykologiskt stöd, sjuksköterska, kris

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Definition av missfall och utlösande orsaker till missfall	1
Känslor efter missfallet	2
Missfall som traumatisk kris	4
Krisbearbetning i samband med missfallet	4
Sjukvårdens omhändertagande	5
Sjukvårdens uppdrag	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	8
Datainsamling	8
Databearbetning	8
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Psykologiska stödinsatser	10
Kvinnors erfarenheter	12
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsats	19
REFERENSER	21
BILAGOR	
Bilaga I - Artikelmatris	

Inledning

Omkring 20 procent av de graviditeter som upptäcks slutar i missfall. Mycket tidiga missfall visar sig genom en kraftigare menstruationsblödning än vanligt. Inkluderas även biokemiska graviditeter (med vilket menas tidig graviditet som gett positiv graviditetstest) så visar beräkningar att hälften av dessa gå till missfall. Av alla missfall totalt inträffar 90 procent före graviditets vecka 13 (Jansson & Landgren, 2010).

Varje dag tar sjukvården hand om kvinnor som fått missfall, dessa kvinnor erbjuds olika typer av uppföljning för i första hand de fysiska besvär som uppkommit efter missfallet. Kvinnor reagerar olika på missfall, en del blir chockade när graviditeten tar slut medan andra tar det mindre hårt. Då alla reagerar olika, så är det viktigt att kunna erbjuda psykologiskt stöd för de kvinnor som behöver hjälp att bearbeta sin sorg. Då missfall är så vanligt förekommande, och kvinnan vårdas kort tid på sjukhuset, finner författarna av denna uppsats det viktigt att sammanställa forskning kring psykologiska stödinsatser.

BAKGRUND

Historik

Barnmorskan har sedan 1700-talet varit den som hjälpt kvinnan vid olika situationer som exempelvis förlossningar, spädbarnsvård, amning, missfall och allt som hör till barnsängstiden. Sjuksköterskeyrket har sitt ursprung i kyrkan- från klostren. Barnmorskeyrket däremot har sina rötter i den traditionella folkliga läkekonsten, det var kloka gummor som hade kunskap om örter och olika knep gällande havandeskap och förlossning (Höjeberg, 1991).

Från slutet av 1800-talet var barnmorskan skyldig att föra dagbok över sin verksamhet, och ur dessa anteckningar kan vi få en uppfattning om hur ofta de fick ta hand om kvinnor som fått missfall, Höjeberg (1991) beskriver en barnmorska från Halland som från sin anteckningsbok redovisar ett till sex missfall om året under åren 1912-1930.

Smart (2003) skriver i en retrospektiv studie om kvinnor som fick missfall under åren 1926-1955. Kvinnorna berättar att missfall var vanligt och att man inte gjorde någon stor sak av händelsen, omgivningen förväntade sig att kvinnan skulle vara stark och gå vidare med sitt liv. På den tiden blev man varnad att försöka bli gravid på nytt efter missfall, då detta kunde vara en fara för kvinnans hälsa. Trots detta blev de flesta kvinnor i studien gravida på nytt. För dessa kvinnor fanns inga stödåtgärder att tillgå och det var inte alltid så lätt att utåt vara stark (Smart, 2003).

Definition av missfall och utlösande orsaker till missfall

I Sverige definieras missfall som att ett foster dött före 22:a graviditetsveckan. De flesta missfallen inträffar under vecka nio till elva av graviditeten. Orsaken till dessa tidiga missfall är

okänd, men avvikande kromosomuppsättning hos fostret tros vara den vanligaste. Andra orsaker kan vara defekter i livmodern, metabola och endokrina störningar hos kvinnan, infektioner, tidigare missfall och kvinnans ålder är några (Kaplan, 2009). Uttalad emotionell stress kan också vara utlösande faktor till missfall (Berk, 2009).

Hotande missfall betyder att kvinnan blöder från cervix tidigt under graviditeten.

Tidigt missfall kännetecknas av småblödningar som ökar i volym efter några dagar. Hela graviditeten (fostret och dess hinnor och moderkakan) stöts ut.

Fördröjt missfall, avstannad graviditet eller missed abortion innebär att fostret dött i livmodern utan att blödning har ägt rum. Kvinnan känner att hon inte längre är gravid och bröstet slutar växa.

Sent missfall är ett missfall som sker efter graviditetsvecka 13. Risken för missfall ökar med stigande ålder hos kvinnan.

Upprepade missfall vid tre tillfällen eller fler, så kallade habituella aborter leder till fertilitetsutredning (Kaplan, 2009).

Känslor efter missfallet

Sorg, skuld och ångest

Många kvinnor som fått missfall känner skuld, tomhet och rannsakar sig själva om de gjort något fel som orsakat missfallet. Tiden efteråt genomsyras av en mängd känslor som sorg, förlust och ångest. Det är av yttersta vikt att dessa kvinnor får tid att sörja och bearbeta sin förlust, denna bearbetning är viktig i avseende att kunna glädjas åt kommande graviditeter, vilket framkom i en studie av Adolfsson, Larsson, Wijma och Berterö (2004).

Enligt Bergman och Normelli (2000) är betydelsen stor att få utrymme att leva ut sorgen efter missfallet. Ju mer sorgen bejakas och levs ut när man har den inpå sig, desto mindre utsträckt i tiden blir förloppet. Att hålla den smärtsamma upplevelsen ifrån sig är att göra sig själv en otjänst (Bergman & Normelli, 2000). Par som genomgått ett missfall har en speciell utmaning att gå igenom sin sorgprocess, en orsak är att de aldrig fick lära känna sitt förlorade barn och att de inte fick uppleva dess uppväxt. Mannen och kvinnan känner också oro över att deras ofödda barn ska glömmas bort då de inte fått möjlighet att se och lära känna personligheten alls. Skulden de känner utgår från hur de hanterat graviditeten och om de utsatt sig för något som orsakat missfallet (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tonåringar och missfall

Tonåringar som får missfall bemöts ofta med en attityd att missfallet är en lämplig lösning på en tonårsgraviditet och man förmedlar ”bättre lycka nästa gång”. För många unga kan detta säkert stämma väl överens medan andra mår sämre efter sin förlust och behöver tid och förståelse att sörja. Det är viktigt att vuxna inte talar om hur det ska kännas och bagatellisera de ungas sorg (Brady, Brown, Letherby, Bayley & Wallace, 2008).

Genusskillnad i sorg

Kvinnor och män sörjer sin förlust på olika sätt. Männen sörjer direkt efter missfallet och vill sedan gå vidare, de kan ha svårt att förstå sin frus fortsatta sorg som kan pågå under lång tid. Kvinnor vill upprepade gånger tala om det som hänt för att kunna bearbeta sin sorg och förstå varför. Om paret pratar med varandra om det som hänt och om mannen är närvarande vid undersökningen, kommer de närmare varandra. Om däremot mannen har svårt att tala om missfallet kan paret glida isär och de kan få problem i sin relation (Adolfsson et al., 2004).

Efterföljande graviditet

Majoriteten av kvinnorna som fått missfall blir gravida på nytt, studier visar att kvinnan känner stor oro över att något kan gå fel även vid denna graviditet (Coté-Arsenault & Marshall, 2000). För vårdpersonal som möter gravida kvinnor, kan tidigare missfall betraktas som en vardaglig händelse då det är så vanligt förekommande. Men för den drabbade kvinnan är det en traumatisk händelse som påverkar henne under hela livet (Hildingsson, 2003). Enligt Hildingsson (2003) önskar kvinnor med missfall i anamnesen flera besök hos barnmorska under efterföljande graviditet.

Coté-Arsenault och Marshall (2000) beskriver det som en metafor ”one foot in- one foot out” med detta menas att kvinnan är till fullo engagerad i sin graviditet angående sitt fysiska och psykiska välmående, samt hopp att allt ska gå bra denna gång. Å andra sidan finns den ständiga oron att ett missfall kan komma. Kvinnorna har periodvis svårt att vara avslappnade, de söker efter tecken på att något inte är bra, detta speciellt vid den vecka av graviditeten där missfallet inträffade. Erfarenheten kvinnan får efter missfallet är att livet måste gå vidare men att de aldrig glömmer förlusten av sitt ofödda barn. Det är viktigt att vårdpersonal visar förståelse och stöd för dessa kvinnor, samt att inte förutsätta vilket stödbehov som finns utan svara på hennes enskilda behov (Coté-Arsenault & Marshall, 2000).

Föräldraskap

Enligt Warland, O’Leary, McCutcheon och Williamson (2010) tar det längre tid för föräldrar som tidigare genomgått missfall att knyta an till sitt nyfödda barn under nyföddhetsperioden, detta på grund av rädsla av ännu en förlust. Dessa föräldrar är också mer oroliga, denna oro kan få konsekvenser för både föräldrarna och det efterföljande barnet längre fram i livet, särskilt om föräldrarna är överbeskyddande. Mödrar som genomgått förlust oroar sig ofta för sina barns hälsa. Det är oklart hur länge denna oro finns kvar men troligtvis påverkar detta föräldraskapet under en längre tid. Forskarna drar slutsatsen att föräldrar som genomgått missfall kan anamma ett onormalt sätt att ta hand om sina barn exempelvis att föräldrarna är särskilt överbeskyddande, vill ha ständig kontroll vad barnen gör samt att de har stora krav på att barnet mår bra emotionellt sett. Här behövs det ytterligare forskning för att synliggöra dessa barns känslomässiga utveckling (Warland et al., 2010).

Omgivningens stöd

Omgivningens stöd betyder mycket då påfrestande händelser inträffar. Människor som har nära relationer och får stöd från familj, vänner och informella nätverk upplever att de klarar svåra situationer lättare och mår bättre än människor som lever helt ensamma (Meyers, 2005).

Missfall som traumatisk kris

Kvinnor kan uppleva att ett missfall är ett misslyckande i samband med graviditet och barnafödande, att kvinnan inte lyckats med att ”hålla fast” barnet. Förlusten kan upplevas som ett trauma och kan utlösa en krisreaktion hos kvinnan (Cullberg, 2003). Den traumatiska krisen följer ett förlopp i fyra faser och dessa är:

Chockfasen

Chockfasen varar i ett kort ögonblick och upp till några dygn. Den drabbade kan uppleva det inträffade som överkligt eller som kaos.

Reaktionsfasen

Reaktionsfasen pågår i ca 4-6 veckor. Människans försvarsmekanismer mobiliseras. Exempel på försvarsmekanismer är undertryckande av känslor, isolering, projektion av skuld-känslor på omgivningen, rationalisering vilket innebär att använda argument som verkar förnuftiga för att bortförklara det som hänt, eller regression vilket innebär att den drabbade kan få ett barnsligt beteende.

Bearbetningsfasen

Då det akuta skedet lagt sig börjar bearbetningsfasen. Denna kan pågå under ett halvt till ett års tid efter traumat. Tiden ger en distans till det som hänt och händelsen accepteras. Beroende på vad som hänt är bearbetningsfasen olika svår.

Nyorienteringsfasen

En fas som inte har något egentligt slut är nyorienteringsfasen. Minnet av det som hänt kommer alltid att finnas kvar men utgör inget hinder för att fortsätta livet (Cullberg, 2003).

Krisbearbetning i samband med missfallet

Coping

Coping översatt från engelskan innebär bemästring. Med detta menas det sätt på vilket individen bemöter och försöker anpassa sig till såväl inre som yttre hot (Michel, Bergh-Johannesson, Lundin, Nilsson & Otto, 2010). Enligt Van och Meleis (2002) används olika copingstrategier för

att hantera tiden efter missfallet. Dessa kan vara att få prata om det som hänt och få omgivningens stöd, att hålla det som hänt ifrån sig, att be till Gud och att vara ensam med sina tankar. Övriga copingstrategier kan vara självstärkande aktiviteter som fysisk träning och viktnedgång, samtal med andra som också haft missfall, läsa om missfall, gråta, vara med familjen och ta semester med maken. Sämre fungerande copingstrategier kan vara att undvika att tala om missfallet, undvika att uttrycka känslor som väckts vid missfallet, överätande, spendera mycket pengar på tröstshopping och att använda alkohol och droger (Van & Meleis, 2002).

Självhjälpsgrupp som hjälp i krisbearbetningen

Självhjälpsgrupper innebär att människor som upplevt samma svårighet, sorg eller trauma träffas. Syftet med sammankomsterna är att deltagarna ska dela erfarenheter med varandra. Det ska även finnas utrymme för diskussion och argumentation inom ramen för gruppen, deltagarna både ger och tar emot hjälp på samma gång. Inom självhjälpsgruppen är alla välkomna och ses som en resurs för de andra deltagarna. Konceptet bygger på avgiftsfrihet och att det inte finns någon formell ledare för gruppen. Självhjälpsgruppen kan ses som ett komplement till familj och vänner. Skillnaden mellan självhjälpsgrupp och terapigrupp är att terapigruppen har en expert som leder gruppen och har som mål att lösa deltagarnas problem (Essen, 2003).

Psykoterapiformer som hjälp i krisbearbetningen

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en aktiv och strukturerad form av psykoterapi. KBT kan användas framgångsrikt vid en rad olika problem, bland annat vid depressions sjukdomar och relationsproblem. Grundtanken med denna terapi form är att ”hur vi mår beror på hur vi tänker och agerar”. Man arbetar utifrån tydliga mål och det krävs en målmedvetenhet för att en förbättring ska kunna ses. Forskning visar att jämfört med andra terapiformer anses KBT ge en avsevärd förbättring av patientens problem (Grossi, 2008).

Stödterapi är en annan form av psykoterapi. Målet med stödterapi är att terapeuten ska förmedla och vara till stöd för människor i akut kris. Prioriteten är att patienten ska bli symtomlindrad från sin ångest. Fokus för terapiformen ligger på händelser i nutid, om terapeuten efter samtal upptäcker att det finns upplevelser i förfluten tid som behöver bearbetas krävs en mer långsiktig planering (Gordan, 2004).

Sjukvårdens omhändertagande

Blödning i tidig graviditet kan vara en traumatisk upplevelse för kvinnor som väntar barn, att hantera den uppkomna situationen kan vara mycket svårt både för patienten men även för vårdpersonalen (Washbourne & Cox, 2003). Enligt Washbourne och Cox (2003) är akutmottagningar inte den mest lämpade platsen för kvinnor med blödning i tidig graviditet, där utrymme för vila och avskildhet är svårt att åstadkomma. Det omedelbara omhändertagandet av denna patientgrupp fokuserar på det fysiska omhändertagandet snarare än det psykologiska (Washbourne & Cox, 2003).

Specialistsjukvården i Sverige håller hög kvalitet med allt kortare vårdtider, vilket bland annat medför att öppenvården och anhöriga får ta ett allt större ansvar. Nya kunskaper krävs av sjuksköterskorna inom slutenvård såväl som öppenvård för att kunna arbeta dels hälsofrämjande, men även för att i sitt arbete kunna förebygga ohälsoproblem som till exempel psykisk ohälsa (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2008). Ur kompetensbeskrivningen för akutsjuksköterskor (2011) framgår att sjuksköterskan ska kunna ”erbjuda och tillämpa en vård baserad på respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värde utan åtskillnad av nationalitet, kulturell/etnisk tillhörighet, kön, ålder, språk, religion, politisk åskådning, sexuell läggning eller social ställning.” Vidare kan vi läsa i kompetensbeskrivning för akutsjuksköterskor (2011) att det är sjuksköterskans uppgift att ”identifiera och förebygga vårdlidande genom fördjupad kunskap om och handlingsberedskap inför akut sjuka eller skadade patienter och deras närståendes fysiska och psykiska sårbarhet” (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2011).

Sjukvårdens uppdrag

Hälso och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt (SOSFS, 2010:659).

För att garantera patienten en kvalitetsstandard på vården regleras hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter i lag. Här beskrivs att vården som ges ska vara förenad med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare ska patienten få en vård av sakkunnig personal som arbetar efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Så långt det är möjligt ska vårdpersonalen samråda om beslut som rör patientens vård. Omtanke och respekt ska visas patienten (SOSFS, 2010:659).

Önskemål om utbildningsinnehåll

En studie har genomförts i Irland, där alla 125 barnmorskestudenter intervjuats om deras erfarenheter av att vårda kvinnor som haft dödfött barn, missfall eller då barnet dött i samband med förlossningen (Begley, 2003). Studenterna berättar att det var svåra situationer som de befann sig i och att de ofta inte visste vad de skulle säga till kvinnan. Det huvudsakliga fyndet av studien är att barnmorskestudenterna anger att de lider av starka känslor av sorg och smärta då de vårdar kvinnan som fått sin graviditet avbruten. Författaren som sammanställt intervjuerna med barnmorskestudenterna föreslår med stöd av sin studies resultat att kursinnehållet i utbildningsprogrammet för blivande barnmorskor granskas och förstärks inom området omhändertagande av kvinna som haft missfall/förlorat barn. Syftet med den föreslagna förändringen i barnmorskeutbildningen är att de blivande barnmorskorna utrustas

kunskapsmässigt för att bättre hantera sina kommande arbetsuppgifter i mötet med kvinna som haft missfall/förlorat barn. Artikelförfattaren menar att blivande barnmorskor bör få mer klinisk erfarenhet av vård av kvinnor som förlorat barn under handledning för att utveckla sitt yrkeskunnande inom området. I studien föreslås att barnmorskestudenterna bör uppmuntras till att delta i vården av kvinnan /paret under deras vistelse på sjukhuset för att barnmorskestudenten ska beredas möjlighet till avslut. Vidare menar artikelförfattaren att då barnmorskor och sjuksköterskor inte tar hand om sina egna känslor av stress som kan uppstå vid obearbetad sorg, kan detta leda till en försämrad vårdkvalitet i arbetet med patienterna (Begley, 2003).

Problemformulering

Kvinnor som genomgår missfall är en stor grupp. Vård effektiviseras och utvecklingen går mot kortare vårdtider. Sjuksköterskan är en av de personalgrupper som patienten möter vid akutmottagning. Missfallet kan utlösa sorgereaktioner hos kvinnan, som obearbetade kan orsaka problem längre fram. Kvinnor kan känna tomhet och skuld efter missfallet och detta kan leda till en negativ tilltro till livet. Vid efterföljande graviditet kan anknytningen mellan mor och barn försvåras (Adolfsson et al., 2004). Det är viktigt att sammanställa forskning kring olika sätt att ge stöd till kvinnor som haft missfall.

Frågeställningar

- Vilka metoder och tillvägagångssätt finns beskrivna ifråga om psykologiskt stöd till kvinnor som genomgått missfall?
- Vilka erfarenheter har kvinnor av stöd efter missfall?

METOD

För att besvara syfte och frågeställningar har författarna valt forskningsöversikt som metod. Metodvalet möjliggjordes då det fanns tidigare dokumenterad forskning inom ämnesområdet.

SYFTE

Syftet var att belysa stödinsatser som erbjuds kvinnor som genomgått missfall.

Urval

Ett urval av vetenskapliga artiklar har gjorts för att besvara arbetets syfte. De artiklar som använts bedömdes efter kvalitetsklass där nivå I bedöms som högsta kvalitet, II medel nivå och kvalitetsklass III bedöms vara låg kvalitet. Detta utifrån ett modifierat bedömningsinstrument framarbetat av Forsberg och Wengström (2008). Artiklar som bedömdes vara av kvalitetsklass III exkluderades i denna forskningsöversikt. Under december månad 2010 till och med mars månad 2011, genomfördes sökning av vetenskapliga artiklar som har abstract, är skrivna på engelska och som är publicerade de senaste tio åren med ett undantag.

Datainsamling

Sökning av artiklar gjordes i databasen PubMed och Chinal. Flertalet artiklar förekom i båda databaserna, därför redovisas enbart sökningar från databasen PubMed i tabell 1.

De valda sökorden var: miscarriage, grief, psychological support, nursing, care, experience och interventions. Miscarriage har använts i kombination med OR spontaneous abortion, OR perinatal loss. Under artikelsökningen har olika konstellationer av sökorden använts.

Först gjordes en bedömning av artikelns titel, därefter granskades abstract och här valdes artiklar ut som svarade på syftet i forskningsöversikten. Tabell 1 redovisar antal träffar för de olika sökordskombinationerna.

Tabell 1 Databas sökning i PubMed

Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstracts	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar
PubMed	Miscarriage OR Spontaneous abortion OR perinatal loss AND grief AND psychological support AND nursing care	26	15	4	3
PubMed	Miscarriage OR Spontaneous abortion OR perinatal loss	24	11	3	1

	AND interventions AND nursing care				
PubMed	Miscarriage AND grief AND support	51	14	5	2
PubMed	Miscarriage AND experience AND support	116	52	10	6

Manuell sökning

Vid den första sökningen av användbart material såg författarna för studiens syfte relevanta artiklar i olika referenslistor. Genom manuell sökning hittades 4 artiklar.

Databearbetning

Artiklarna bearbetas utifrån studiens syfte och dess frågeställning. Artiklarna har lästs igenom noggrant av båda författarna och delats in i olika rubriker som belyser olika former av stöd. Dessa rubriker redovisas som teman med rubriker som talar om vald datainsamlingsmetod (Friberg, 2006). Det är viktigt att det tydligt framkommer vilket bevisvärde som finns och om man litar på det som skrivits i de olika artiklarna (Forsberg & Wengström, 2008).

Enligt Forsberg och Wengström (2003) kan artiklar graderas att ha hög I, medel II eller låg III kvalitet. Artiklar med låg kvalitet bör inte ingå i studien. Utifrån detta underlag sammanfattades artiklarna i en matris (se bilaga I).

Forskningsetiska överväganden

Detta arbete följer Forsberg och Wengströms vägvisning (2008) och tar konsekvent hänsyn till etiska överväganden i studiens alla steg, detta innebär att inte förvränga eller fabricera fakta. Helsingforsdeklarationens bestämmelser om hur medicinsk forskning och även omvårdnadsforskning (Nilsson, 2002) ska bedrivas var vägledande för denna studies författare, framförallt i avseende till respekt för alla människor samt skyddande av deras hälsa och rättigheter.

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras under huvudrubrikerna psykologiska stödinsatser samt kvinnors erfarenheter. Underrubrikerna följer de studier som undersökt enskilt samtalsstöd, samtalsstöd i grupp samt stöd genom telefonkontakt och informationsbroschyr. Därefter följer studier som tagit upp kvinnors erfarenheter av stöd med strukturerat protokoll och intervjustudier av kvinnors erfarenheter av stöd efter missfall.

Psykologiska stödinsatser

Enskilt samtalsstöd

I en randomiserad studie av Adolfsson, Berterö och Larsson (2006) , undersöktes om ett strukturerat uppföljningsbesök hos barnmorska kunde minska kvinnors sorg. Studiedeltagarna delades upp i två grupper, där grupp ett fick ett strukturerat uppföljningsbesök hos barnmorska 21-28 dagar efter missfallet. Besöket pågick i en timme och fokus låg på kvinnans egna erfarenheter av missfallet, vilka känslor som följde efteråt och hur kvinnorna hanterade sina känslor vid en ny graviditet. Grupp två fick en halvtimmes uppföljning hos barnmorska där man i allmänhet tog upp hur kvinnan mådde efter missfallet. Adolfsson et al. såg i resultatet att de kvinnor som fått strukturerat uppföljningsbesök hos barnmorska efter missfallet hade var tredje kvinna minskad sorg i jämförelse med de kvinnor som fick sedvanlig uppföljning. Nikcevic, Kuzmierzyk och Nicolaiodes (2007) undersökte om det finns en nytta för patienten med medicinsk och psykologisk rådgivning efter missfall. Kvinnorna delades upp i två grupper varav en fick psykologiskt stöd och den andra fick sedvanlig uppföljning. Det psykologiska stödet baserades på kognitiv beteendeterapi och kvinnorna erbjöds en session om 50 minuter efter genomgången uppföljningsbesök med gynekolog. Nikcevic et al. fann att av de kvinnor som fick psykologiskt stöd var två av tre nöjda med detta. Forskarna såg att kvinnorna hade minskad sorg efter 4 månader jämfört med de kvinnor som inte fick stöd. Gruppen kvinnor som fick stöd hade även lägre grad av oro över tid. Liknande resultat visade Séjourné, Callahan och Chabol (2009) i sin studie där kognitiv beteendeterapi undersöktes som metod att hjälpa kvinnor hantera sorgen efter missfall. De kvinnor som deltog i studien skulle alla genomgå dilatation eller vacuum aspiration efter missfallet. På dagen för ingreppet fick de sin session med stödjande samtal, denna session delades in i tre faser: Först den lyssnande fasen där ett förtroende byggs upp mellan patient och terapeut, den andra fasen inriktar sig på att hjälpa kvinnan förstå vad som är en normal sorgereaktion och den tredje fasen där man applicerar kognitivbeteende terapi för att hjälpa kvinnan hantera sina känslor av skuld och ansvar. Resultatet visade att de kvinnor som fick psykologiskt stöd efter missfallet var fyra av fem nöjda och tyckte att de kände sig hjälpta, några kvinnor ansåg att stödet var otillräckligt och önskade ytterligare stöd. Vid jämförelse av de båda grupperna i studien framkom att de kvinnor som fick sedvanligt bemötande visade högre siffror

på oro och depression efter missfallet. Nikcevic (2003), såg i sin studie att nivåerna för sorg, skuld och oro för kommande graviditeter minskade för de patienter som fick psykologiskt stöd på en speciell uppföljningsklinik för kvinnor som fått missfall. Studien påvisade fördelar med enskilt samtal som komplement till den medicinska uppföljningen.

Samtalsstöd i grupp

I studien av Cacciatore (2005) undersöktes effekten av samtal i stödgrupper till kvinnor vilka haft posttraumatisk stress efter missfall/dödfött barn. Kvinnorna kontaktades per brev om de ville delta i studien. Totalt 47 personer deltog i studien. Fler än hälften av kvinnorna uppgav att de förskrivits och tagit antidepressiva läkemedel sedan deras barn fötts dött. Omkring var femte deltagare i studien uppgav att de självmedicinerat sig med alkohol och droger. 29 av 47 deltagare i studien deltog i lokala stödgrupper. Kvinnorna besvarade frågan om vad för erfarenheter de vill dela med sig till forskningen. Kvinnorna vilka deltog i samtalsstödgrupper efter det att deras barn fötts död uppvisade en signifikant skillnad i färre symtom av traumatisk stress i jämförelse med kvinnor vilka inte deltagit i stödgrupper.

Tre olika typer av stöd i gruppform till par vilka drabbats av missfall har med randomiseringsurval genomförts av forskargruppen Swanson, Chen, Graham, Wojnar och Petras (2009). De behandlingsalternativ som erbjöds var: gruppsammanskomster ledda av sjuksköterska med totalt tre träffar, egenvård med stöd av videofilm samt en bok med hemuppgifter, en tredje grupp fick ta del av båda ovanstående behandlingarna samt en fjärde kontrollgrupp som var passiv och inte fick någon vård alls. Den sjuksköterskeledda gruppen hade överlägset de bästa resultaten för både män och kvinnor i att minska sorgen och depression. Männerna uppvisade ökning av sorgereaktionerna av att delta i kombinationsbehandlingen. För en del kvinnor var egenvård med bok med hemuppgifter och videofilm relativt verkningsfullt i att få kvinnorna att snabbare bearbeta sin sorg.

DiMarco, Menke och McNamara (2001) presenterar en retrospektiv studie med två grupper. Forskarna ville se skillnaden i sorgereaktion mellan par som fått stöd i en stödgrupp och de som inte fått något stöd. Stödgruppen på 8-12 personer träffades en gång i månaden och varje träff varade i ca två timmar. Tiden som gått efter missfallet varierade från en månad till tretton år. Temat på träffarna handlade mycket om hur gruppdeltagarna handskades med sin sorg och omgivningens reaktioner på situationen. Det fanns även utrymme för önskemål om tema från gruppen. I resultatet såg man ingen skillnad i parens sorgereaktion mellan de båda grupperna. Det som deltagarna värderade som det bästa stödet var att någon var närvarande, lyssnade och delade sorgen med paret

Telefonkontakt och informationsbroschyr

Jacobs och Harvey (1999) fann att den korta vårdtiden för patienter som haft missfall, vilken vanligtvis är en dag eller ett vårddygn, medförde att vårdpersonalen fått utveckla sina metoder för

uppföljning och stöd till patientgruppen. Vid utskrivning fick kvinnan en utförlig informationsbroschyr innehållande uppgifter om stödförening för andra som drabbats av ofrivilligt avbruten graviditet, information om missfall och dess fysiska orsaker, kontaktuppgifter till socialarbetare och präst, en moders bön, information om minnesceremoni, intyg, information om minnesbok samt ett erbjudande om telefonuppföljning. Uppföljningen med telefonsamtal med patienterna med strukturerade frågor som togs upp erbjöd ett begränsat men uppskattat stöd och fyllde sin funktion. Vårdpersonalen uppmärksammade och synliggjorde patientgruppen kvinnor som haft missfall som en konsekvens av studien, och påbörjade ett utvecklingsarbete vilket skulle leda till förbättrad service till kvinnor som haft missfall.

I studien utförd av Neugebauer, et al. (2006) undersökte författarna om telefon administrerat stöd var bättre än sedvanligt bemötande. Telefonrådgivningen följde ett speciellt protokoll och ramen för studien var 4 veckor. Första sessionen varade i cirka en timme och följande sessioner pågick i 30 minuter. Vid det första kontakt tillfället kartlades eventuella symtom på depression hos kvinnan. Terapeuten gick igenom kvinnans upplevelse av missfallet och byggde upp en förtrolig relation. Vid varje efterföljande session gick terapeuten igenom om det förelåg depressiva symtom. Patienten fick information om hur depressiva symtom yttrar sig. Det framkom att när kvinnorna fyllde i en skala för grad av depression hade de kvinnor som fick telefonrådgivning lägre tal än de som fick sedvanligt bemötande.

Kvinnors erfarenheter

Strukturerat protokoll

Johnson och Langfjord (2010) gjorde ett protokoll som vårdpersonal ska utgå ifrån vid omhändertagande av kvinna som fått missfall före 20:e graviditetsveckan. Protokollet är designat för att på ett individuellt sätt kunna göra en bedömning av kvinnans behov efter missfallet. Detta kan till exempel vara att göra en minneslåda som kan innehålla hand och fotavtryck, nalle, filt, kläder och kondoleanskort. Man kunde använda kamera för att ta en bild av fostret. Tyngden i protokollet var att vara närvarande, sitta med patienten utan stress och lyssna samt svara på frågor. Mötet följdes upp med ett telefonsamtal en vecka efter missfallet. Utvärderingen av protokollet visar att det hjälper kvinnorna att uttrycka sin sorg samt att de kände sig omhändertagna och sedda i sin sorg.

Kvinnors upplevelser av stöd efter missfall

I studien som genomförts av Modiba och Nolte (2007) berättade kvinnor som förlorat barn under graviditet om sina erfarenheter av den vård de fått av läkare och barnmorskor under sjukhusvistelsen. Kvinnorna i studien hade haft missfall, ektopisk graviditet eller dödfött barn. Två frågor ställdes till kvinnorna, och dessa var: Hur upplevde kvinnan förlusten av ett barn under pågående graviditet? Hur upplevde kvinnan vården som gavs till henne av barnmorskor och läkare under vårdtiden i anslutning till förlusten av barnet? Svaren delades in i temagrupper. Flera kvinnor kände skuld och trodde att de förorsakat att barnet föddes dött och hade rädsla att

bli gravid igen. Kvinnorna förnekade att barnet var dött, kände sig misslyckade som kvinna och mor. Frustration orsakad av förlusten av barnet. Kvinnorna uppgav att brister i kommunikationen mellan läkare och barnmorskor ledde till att de fick otillräcklig information.

Kvinnorna önskade att läkare och barnmorskor hade haft en lyssnande inställning och att de hade fått tillfälle att tala om sin förlust. Kvinnorna menade också att de saknade emotionellt stöd från vårdpersonalen. Kvinnorna menade att barnmorskor och läkare handskades med okänslighet med deras döda barn, även om det möjligen kunde motiveras med hygienföreskrifter eller annat.

Kvinnor berättar att de fått sämre vård än övriga medpatienter och att läkare undvikit att prata med dem om missfallet. Kvinnorna önskade att vårdpersonalen skulle bekräfta deras förlust, vara omtänksamma, känsliga och erbjuda känslomässigt stöd och tid att lyssna.

Rowlands och Lee (2010) har intervjuat nio kvinnor vilka haft missfall de senaste två åren. Avsikten var att utforska sammanhang som sociala och hälsovårdande insatser gjorts, och i vilken mån dessa utgjort hjälp eller hinder för kvinnorna efter deras missfall. Forskarna använde sig av grounded theory. Forskarna menade att de flesta studier om kvinnors upplevelse efter missfall utförts i Storbritannien, och de har studerat kvinnors upplevelse av stöd efter missfall i Australien. Kvinnorna angav att det som hjälpte var att bara få tala om sin upplevelse och att människor ville lyssna gav dem stöd. En del kvinnor berättade att en del personer inte kunde hantera att möta deras sorg, och att de kände sig främmande för människors oförmåga att ge det stöd de behövde. En kvinna uttryckte att tystnaden var öronbedövande, då alla i hennes omgivning visste vad som hänt, och att hon själv öppet talat om att hon haft missfall. Kvinnan hade förväntat sig en annan respons av sin omgivning. Kvinnorna ville känna att omgivningen bekräftade dem i deras sorg och förlust och gav dem stöd. Många kvinnor angav att de blev arga över okänsliga kommentarer från vårdpersonal, och upplevde då att sorgen över missfallet förnekades och förringades. Kvinnorna berättade att informationen de fick från sjukvårdspersonal kunde vara avsevärt bättre, och att de kände brist på empati från vårdpersonal då de vistades på sjukhuset.

Simmons, Singh, Macanochie, Doyle och Green (2006) har sammanställt intervjuer av tillfrågade kvinnor om deras erfarenheter av missfall. Många kvinnor angav att missfallet var en traumatisk upplevelse. Få kvinnor var tillfredsställda med fatalistiska förklaringar till orsaken att det blev missfall. Kvinnorna berättade att de fått bristande emotionellt stöd. Vårdpersonalens beteende hade en avgörande betydelse för kvinnan. Vårdpersonalen har här tillfälle att med sitt agerande hjälpa kvinnan att reducera stressen efter missfallet. Det är en tydlig skillnad mellan vårdpersonalens och kvinnans prioritering efter ett missfall. Kvinnorna saknade emotionellt stöd. Kvinnor såg inte missfallet som en rutinkomplikation. Studien visade att då kvinnorna erbjöds samtalsstöd avböjde de flesta erbjudandet.

Tsartsara och Johnson (2002) har med fenomenologisk intervjumetod undersökt sex kvinnors erfarenheter av vården de fick efter att ha haft missfall. Deltagarna angav att de värdesatte högst

det humanistiska stöd de fått av vårdpersonal under vårdtiden på sjukhuset, och att detta betytt mycket för dem. Kvinnorna hade en stark önskan att få svar på frågan om varför de fått missfall. Studien visade att kvinnorna önskade förbättrad information kring fakta om missfall.

Smith, Frost, Levitas, Bradley och Garcia (2006) har genom gruppintervjuer i fokusgrupper och nedskrivna utvärderingar tagit reda på kvinnornas erfarenheter av olika former av stödinsatser som finns att tillgå efter missfall. Kvinnorna efterfrågade bättre patientinformation om olika valmöjligheter som exempelvis göra en skrapning eller vänta och se. Kvinnorna berättade att de kände sig som ett rutinfall och fick ett bemötande utan känsla och engagemang. Kvinnorna ville ha ökad tillgänglighet till patientinformation. De flesta kvinnorna angav att de ville ha ett avslut eller en känsla av slut i sitt lidande. Forskargruppen föreslog att kvinnor som haft missfall tillhandahålls utförlig information vilken är uppdaterad och begriplig för en lekman inom området.

I en studie som genomförts av Wong, Crawford, Gask och Grinyer (2003) har kvinnors psykiska hälsa undersökts efter missfall genom att i tre steg, vilka är: frågeformulär, semistrukturerade intervjuer med patienter och slutligen intervju med vårdpersonal från öppen hälso och sjukvård. I frågeformuläret ställdes frågor för att finna de kvinnor som uppfyllde kriterierna för depression och var i behov av vård. De kvinnor som befanns vara i behov av psykiatrisk vård, erbjöds semistrukturerade samtal vårdpersonal och forskare. En grupp kvinnor tog del av gruppsamtal som genomfördes i tre steg: En första presentation och sammanfattning av avsikten med studien, en diskussion om patienters och vårdpersonals syn på missfall och hur uppföljningen går till efter utskrivning från sjukhuset samt insamlande av patienternas kommentarer om frågeformuläret. Ensamstående kvinnor uppvisade ökning av psykiatriska symtom efter att ha haft missfall. Svaren delades in i sju temaområden. Forskarna menade att brist på kommunikation orsakade dessa patienters onödiga lidande, och att det saknas en rutinmässig uppföljning av kvinnor efter missfall inom öppenvården.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I enlighet med Forsberg & Wengström, 2008 har forskningsöversikt valts som metod för att studera och jämföra aktuell forskning inom ämnesområdet. Om istället kvalitativ studie valts som metod hade författarna möjligen kunnat få en djupare förståelse för hur kvinnan och paret påverkas av ett missfall, då upplevelsen tycks vara varierande. och individuell De urvalskriterier som använts är att artiklarna skall vara för högst tio år gamla, då strävan har varit att använda oss

av så aktuell forskning som möjligt. En artikel var skriven 1999 och användes trots begränsningen om tio år, då den hade ett annorlunda fokus. Detta var studien av Jacobs och Harvey, (1999) som sammanställt effekten och nyttan av telefonuppföljning samt en informationsbroschyr vilken var tänkt att användas som självhjälp. Med ett snävare tidsspann hade inte alla de av studien inkluderade artiklar hittats. Författarna valde att inte begränsa för hur lång tid som förflutit efter missfallet då detta ytterligare skulle försvåra att finna artiklar. Ett annat urvalskriterie var att artiklarna skulle vara utgivna på engelska. Sökning på svenska artiklar var fruktlös. I sökning av databaserna valde författarna att skriva OR spontaneous abortion och OR perinatal loss i kombination med miscarriage. Detta för att inte missa intressanta artiklar för studien då olika länder har varierande syn och lagstiftning om vad som klassas som missfall.

De artiklar som svarar mot studiens syfte och frågeställningar kommer från flera olika världsdelar, där vårdsystemen kan se annorlunda ut. Exempelvis kan kvinnorna ha olika kulturell, etnisk, socioekonomisk och demografisk bakgrund. Malterud, (2009) använder begreppet överförbarhet med vilket menas att en studie har gränser i hur dess fynd kan göras gällande utanför det sammanhang där studien genomförts. Ett exempel på detta är studien av Modiba och Nolte (2007) där alla studiedeltagare var kvinnor ur samma socioekonomiska grupp, antalet studiedeltagare var lågt och studien genomfördes under en månad. Skillnader i vårdresursernas fördelning kan dels vara en försvagande effekt, men kan även ses som en förstärkande effekt av studiens resultat. Med detta menar författarna att den förstärkande effekten är att studien av Modiba och Nolte (2007) synliggjorde förhållanden där socioekonomiska förhållanden för studiedeltagarna anges som en orsak som påverkar studiedeltagarnas möjlighet såtillvida att de har begränsningar i valmöjligheter av fortsatta stödinsatser och psykoterapi. Försvagande effekter kan vara lågt deltagarantal samt en förhållandevis kort tid för studiens genomförande.

Valda artiklar sammanställdes i en matris (bilaga II) som redovisade artiklarnas innehåll och gav information om artiklarna. Inkluderade artiklar bedömdes efter kvalitetsklass där nivå I bedöms som högsta kvalitet, II medel nivå och kvalitetsklass III bedöms vara låg kvalitet. Detta utifrån ett modifierat bedömningsinstrument framarbetat av Forsberg och Wengström (2008) (bilaga I). Artiklar som bedömdes som kvalitetsklass III exkluderades i denna forskningsöversikt. Författarna är oerfarna i uppgiften att utföra gradering och klassificering av artiklar varvid risk för feltolkningar finns.

De artiklar som använts i denna studie var skrivna på engelska. Författarna har arbetat med lexikon för att översätta materialet.

Resultatdiskussion

Sammanfattning

Patienterna som deltagit i studierna blev hjälpta av att ta del i information om allt som de berörs av och vill kunna välja själva bland vårdalternativ. En del studiedeltagare blev sämre av alltför intensiv samtalsbehandling, då ökade sorgreaktioner uppvisades. Ungdomar som genomgått missfall eller abort har samma behov av stöd och bekräftelse i sin sorg som vuxna. Vi har inte funnit några studier om samkönade par och deras sorg efter missfall. Barnmorskestuderande anger att de önskar förstärkning i sin utbildning inom området bemötande och stöd av kvinna som fått missfall eller förlorat barn i tidig graviditet för att kunna utföra ett bra arbete och vara ett stöd för kvinnan. Omgivningens stöd och bekräftelse är av stor betydelse för kvinnan och paret som drabbats av missfall.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Denna forskningsöversikt visar att sjuksköterskan har en nyckelroll i vården av kvinnan tiden direkt efter missfallet. Missfall uppfattas olika, för vissa kan det gå obemärkt förbi och vara en lättnad medan andra upplever missfallet som en traumatisk kris.

I Johnson och Langfjord (2010) studie beskriver kvinnor att de kände sig trygga i att ha en sjuksköterska i närheten och tillhands. Sjuksköterskans närvaro, förmedlade omtanke och stöd till kvinnan som kände att hon hade någon att dela sin förlust med. Det som utmärker Johnson och Langfjords studie är ett strukturerat protokoll vilket kan användas som ett stöd i sjuksköterskans arbete.

Modiba och Nolte (2007) menar i sin studie att riktlinjer behövs för patientomhändertagande angående kvinnor som genomgått missfall. Kvinnorna önskade att omgivningen skulle bekräfta deras förlust, vara lyssnade och ge emotionellt stöd.

Swanson et al. (2009) har jämfört olika typer av gruppstöd, Vid utvärdering efter ett år fann forskarna att det bästa resultatet fanns i gruppen som hade tre sammankomster med sjuksköterska. Ett av gruppstöden som innehöll videofilm, bok samt gruppsamtal försämrade de manliga gruppdeltagarna, så att de uppvisade ökning i sorg och depression jämfört med tre övriga grupper i studien. Passivgruppen hade bättre resultat än gruppen med kombinationsbehandling med videofilm, bok och gruppsamtal.

Nikecevic, (2003) menar att rutinmässig psykologisk uppföljning till alla kvinnor som haft missfall inte är motiverat. Även Adolfsson et al. (2006) kommer till samma slutsats i sin studie att alla kvinnor inte har nytta av en psykologisk stödsats. Författarna till föreliggande arbete menar att det är nödvändigt att identifiera de kvinnor och även deras män som är i behov av hjälp och stöd efter missfallet. Detta för att förhindra att kvinnan ska komma att behöva söka psykiatrisk vård längre fram på grund av uteblivet stöd

Kvinnors erfarenheter av gruppstöd

Det framkom i studie av Cacciatore (2007) att kvinnor som efter det att deras barn fötts dött deltagit i stödgrupp visade färre symtom på traumatisk stress än kvinnor som inte deltagit i gruppstöd. Även en studie av Nikcevic et al. (2007) visade att psykologiskt ledd grupp ger en minskning av stressreaktionerna hos kvinnan. Dessa studier står i kontrast till resultatet från studien av Di Marco et al. (2001), där forskarna inte funnit någon skillnad i parets sorgreaktion hos dem som fått gruppstöd i jämförelse med de som inte fått gruppstöd.

Författarna till föreliggande arbete anser att en möjlig förklaring till att forskning visar motsägelsefullt resultat kan vara att gruppstödet kunde sammanställas olika. Det finns skillnad mellan självhjälpgrupper och stödterapi grupper. Den viktigaste skillnaden är att stödterapi grupper har en utbildad ledare. Eftersom självhjälpgrupper kan bildas då vården inte erbjuder stöd och de drabbade hittar andra vägar för samhörighet och erfarenhetsutbyte, kan en möjlig tolkning av resultatet från studie av Di Marco et. al. (2001) vara att de som deltar i självhjälpgrupper möjligen är något mer motiverade att ta till hjälp än de som deltar i andra typer av gruppstöd. En annan infallsvinkel är att ovanstående studier inte redovisat orsak till avbrytande från de deltagande som aktivt avslutade sitt deltagande i gruppen under pågående studie, vilket äventyrar något av dessa studiers trovärdighet.

Patientinformation

Nikcevic (2007) har i studiens interventionsgrupp erbjudit alla 66 kvinnor att utredas för att finna orsaken till missfallet, endast en kvinna ångrade sin medverkan i utredningen. Uppföljning efter 16 veckor visar att kvinnornas upplevelse av ångest och skuld är mätbart lägre i den grupp som fick orsaken utredd i jämförelse med de som inte utreddes. Liknande slutsats drar Simmons et al. (2006) i sin studie om nyttan av orsaksutredning av missfallet, forskarna menar att detta minskar kvinnans känsla av skuld och ger en förklaring.

I Jacobs och Harveys studie (1999) fann forskarna att nedskrivna information riktad till kvinnor som haft missfall visade sig vara särskilt uppskattad. Fördelen med broschyren är att kvinnan kan själv ta initiativ till kontakt med stödgrupp, patientförening eller liknande då hon själv är redo.

I studie av Smith et al. (2006) framkom att patienterna vill ha adekvat och saklig information om tänkbara vårdalternativ då de drabbats av missfall i första trimestern. Kvinnorna vill så långt det är möjligt kunna välja själva bland vårdalternativ. I samma studie beskriver kvinnorna att de vill ha förbättrad och mer tillgänglig patientinformation.

Bemötande

Patienten och vårdgivare såg ofta olika på vad som är viktigt i vården efter ett missfall. Kvinnor angav att det fanns förbättringsutrymme för känslomässigt stöd enligt Simmons et al. (2006).

Liknande resultat visar Modiba (2007) och skriver att kvinnorna vill bli bekräftade av vårdpersonalen i sin förlust av sin graviditet. Brady et al (2008) tog upp unga kvinnors

erfarenheter av sjukvårdens bemötande efter missfall. De unga kvinnorna upplevde att vuxna negligerade och förringade deras sorg och talade om vilka känslor som var accepterade. Respondenterna i studien påtalade att vuxna i omgivningen betraktade kvinnans missfall som en lättnad och en lösning på en oplanerad graviditet. De unga kvinnorna ville bli bemötta med respekt i sin förlust. Samma önskemål återfinns hos vuxna kvinnor i studie av Washbourne och Cox (2003) där kvinnorna påtalar vikten med ett empatiskt och holistiskt bemötande från vårdpersonalen. Ett förslag som framkom i studie av Tsartsara och Johnsson (2002) är att inrätta en sjuksköterskeledd missfallsenhet för att svara upp till patienternas förväntningar om uppföljning, stöd och vård.

Stöd och avsaknad av stöd i krisen

Enligt Cullberg (2003) indelas den traumatiska krisen i fyra faser. Vi finner ingen studie som beskriver i vilken fas som stödåtgärder sätts in, trots att denna bedömning borde sannolikt ha stor betydelse på utfallet av stödinsatsens resultat.

Författarna undrar om det skulle kunna vara till nytta för patienten och omvårdnaden att sjuksköterskorna får tillgång till ett bedömningsinstrument att använda i det patientnära arbetet. Detta för att kunna identifiera de kvinnor som är i behov av mer stöd, och för att kunna erbjuda samtalsstöd till patienter som är i behov av detta.

Rowland och Lee (2010) bekräftade från sin studie att kvinnans samspel med sin omgivning är avgörande i hur hon tar sig igenom tiden efter missfallet. Den viktigaste copingstrategin är att kunna prata igenom sin förlust med sin närmsta familj och därmed få bekräftelse i sin sorg.

Adolfsson et. al (2004) drar liknande slutsats och nämner att kvinnor som led i sin sorgebearbetning, gärna talade om sin förlust med vänner och arbetskamrater för att få bekräftelse att inte vara ensam om att genomgå missfall. Att kognitiv beteendeterapi kunde vara en bra metod att bearbeta sin sorg redovisade Séjourné et al (2009) i sin studie, man betonade vikten att bygga upp ett förtroende och metoden byggde på att kvinnan är aktiv i sin terapi. Många terapiformer avsedda att ge stöd i en akut kris, men man måste ta hänsyn till att missfallet kunde utlösa reaktioner på negativa händelser som hänt tidigare i livet.

Stöd vid efterföljande graviditet

Resultat från Nikcevic et al (2007) har bekräftat tidigare forskning av Cote-Arsenault och Marshall (2000) angående vikten av stöd för de kvinnor som blir gravida på nytt efter missfall. Vanligtvis gjorde de flesta kvinnor försök att bli gravida på nytt tre till fyra månader efter missfallet. Många kvinnor kände en stor oro att något kunde gå fel igen och de kvinnor som fått stöd efter missfallet hade minskad oro och sorg inför kommande graviditet Nikcevic et al. (2007). Cote-Arsenault och Marshall (2000) berättade från sin studie att kvinnorna förväntade sig det värsta vid en ny graviditet, detta för att skydda sig själva om de skulle få ytterligare ett missfall. På grund av denna ständiga oro främst i början av graviditeten önskade kvinnorna tätare besök hos barnmorska. Detta för att höra fostrets hjärtljud och därmed få graviditeten bekräftad. Kvinnorna påtalade att omgivningens stöd var av största vikt för att kunna hantera den

känslomässiga berg och dalbana som en ny graviditet innebar (Coté -Arsenault & Marshall, 2000). Även Hildingssons studie (2003) bekräftade att kvinnor som genomgått missfall önskar tätare besök hos barnmorska vid efterföljande graviditet.

Genusskillnader i sorg och utformning av stöd

Adolfsson et al (2004) visade i sin studie att männen tenderade att sörja tiden direkt efter missfallet, de valde att gå vidare i livet snabbare än sin partner och ville inte prata vid upprepade tillfällen om missfallet. Denna ovilja till samtal kunde orsaka slitningar i förhållandet då kvinnans bästa copingstrategi för att bearbeta missfallet var att upprepat prata med sina nära om sin förlust. Forskargruppen Swanson et al (2009) bekräftar denna skillnad i sorgreaktion. De fann att männen fick ökade sorgreaktioner i sin utvärdering av gruppstöd riktad till par. Då män och kvinnor utåt visar sorg på olika sätt och därigenom blir hjälpta av olika stödinsatser, är det viktigt att denna skillnad och dessa behov tillgodoses innan stödåtgärder planeras och sätts in.

Möjlighet till avslut förr och nu

Kvinnor som fick missfall mellan 1926-1955 har studerats av Smart, (2003). Vid tiden för missfallen fanns inte tillgång till orsaksutredning eller behandling av ofrivillig barnlöshet. Många av dessa kvinnor har stannat kvar i sin sorg trots att åren har gått. Nikcevic forskargrupp (2007) har frågat kvinnor som haft tidiga missfall under 2000 talet om orsaksutredningen har varit till nytta. De kvinnor som fick en förklaring till varför de fått missfall hade lägre förekomst av ångest och skuld känslor tre månader efter missfallet än de som inte fick samma utredning. Visst förekommer mer stöd idag än för 50-85 år sedan, men än idag delar många kvinnor öde med de kvinnor som levde då. Idag finns det kunskap om (Van & Meleis, 2002) att de kvinnor som bearbetar sin sorg med välfungerande copingstrategier anpassar sig snabbare och väljer att inte hamna i en nedåtgående spiral med destruktiva handlingar som följd.

Slutsats

Stöd efter missfall kan utformas på olika sätt, kvinnor har olika behov och förutsättningar att bearbeta sin sorg. Vården erbjuder olika former av stöd beroende på resurser. Några av resultaten pekar på att samtalsstöd inte enbart är av godo utan kan hos vissa försvåra sorgbearbetningen. Någon universallösning finns inte utan bedömning av behov av stöd måste ses individuellt. Kvinnorna beskriver att vårdpersonalens attityd är viktigt för sorgprocessen, de vill känna sig sedda och bekräftade i sin sorg. För många räcker det att familj och vänner lyssnar och visar empati. Även självstöds grupper och informella nätverk har visat sig ge fungerande stöd.

Ur ekonomisk synvinkel kan psykologiska stödinsatser ses som en kostnad kortsiktigt, men om stödinsats ges i rätt tid till rätt patient förhindras vårdlidande. Vinsten för patienten blir långsiktigt att undvika psykiskt lidande med ökade kostnader som följd. Sjuksköterskan har en viktig roll i bedömning av vilket behov kvinnan har av psykologiskt stöd efter missfallet. Det är

betydelsefullt att vårdpersonal får utbildning och verktyg så att de kan ge dessa patienter adekvat vård.

Fortsatta studier

Genom det material vi tagit del av har vi observerat att det finns brister i omhändertagandet av patienten efter missfall. Resultat av genomförda studier påtalar bristerna avseende psykologiskt stöd men beskriver även vilket stöd kvinnorna efterfrågar. Denna kunskap har inte implementerats i sjukvården trots en stor patientgrupp. Nya studier som ska genomföras inom området borde leda till metodutveckling där evidensbaserade vårdprogram utvecklas. För att fånga upp kvinnor som är i behov av stöd föreslås ett protokoll utarbetas. Detta protokoll ska vara till hjälp för sjuksköterskan i bedömningen av patientens känslomässiga behov. Det finns även behov av utökad patientinformation inom området till berörda patienter.

Referenser

- Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage. *Health care for women international*, 25, 543-560.
- 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 obstetrician et gynecologica*, 85, 330-335.
- Berk, L. E. (2009). *Development Through the Lifespan*. Boston: Pearson Education inc.
- Begley, C. (2003). I cried...I had to...: student midwives experience of stillbirth, miscarriage and neonatal death. *Royal College of Midwives-Evidence-Based Midwifery*, 1, 1479-4489.
- Bergman, O., & Normelli, A. (2000). *Den lilla sorgen- en bok om missfall*. Fälth & Hässler, Smedjebacken.
- Brady, G., Brown, G., Letherby, G., Bayley, J., & Wallace, L. M. (2008). Young women's experience of termination and miscarriage: A qualitative study. *Human fertility*, 11(3), 186-190.
- Coté-Arsenault, D., & Marshall, R. (2000). One foot in- One foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in nursing & health*, 23, 473-485.
- Cacciatore, J. (2007). Effects of support groups on post-traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *Omega*, Vol.55,(1) , 71-90.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- DiMarco, M. A., Menke, E. M., & McNamara, T. (2001). Evaluating a Support Group for Perinatal Loss. *American journal of maternal child nursing*, 26(3), 135-140.
- Essen, C. (2003). *Samtal i självhjälsgrupp: få kraft och stöd av andra I samma situation*. Falun: ScandBook AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F.(2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gordan, K. (2004). *Professionella möten*. Falköping: Elanders Gummessons.
- Grossi, G. (2008). *Hantera din stress med kognitiv beteendeterapi*. Finland: WS Bookwell.

- Hildingsson, I. (2003). *Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning* (Doktorsavhandling, Karolinska institutet, institutionen för omvårdnad).
- Höjeberg, P. (1991). *Jordemor: Barnmorskor och barnsängskvinnor i Sverige*. Malmö: Carlsson bokförlag.
- Jacobs, J., & Harvey, J. (1999). Evaluation of an Australian miscarriage programme. *British Journal of Nursing*, 9, (1), 22-26.
- Janson, P., & Landgren, B. (2010). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Johnson, O., & Langford, R. W. (2010). Proof of life: A protocol for pregnant women who experience pre-20-week perinatal loss. *Critical care nursing quarterly*, 33(3), 204-211.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Meyers, D. (2005). *Social Psychology*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Michael, P.O., Bergh-Johannesson, K.B., Lundin, T., Nilsson, D., & Otto, U. (2010). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Modiba, L., & Nolte, A.G.W. (2007). The experiences of mothers who lost a baby during pregnancy. *Health sa gesundheit*, 12(2), 3-13.
- Neugebauer, R., Kleine, J., Markowitz, J.C., Bleiberg, K.L., Baxi, L., Rosing, M.A., Levin, B., & Keith, M.A. (2006). Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Journal of clinical psychiatry*, 67(8), 1299-1304.
- Nikcevic, A.V. (2003). Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic. *Journal of reproductive and infant psychology*, 21(3), 207-217.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., & Nicolaidis, K. H. (2007). The influence of medical and psychological interventions on womens distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 283-290.
- Nilsson, T. (2002). Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration: Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, 99(11), 1214-1216.

Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). "The silence was deafening": social and health service support after miscarriage. *Journal of reproductive and infant psychology*, 28(3), 274-286

Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2009). The utility of psychological interventions for coping with spontaneous abortion. *Journal of reproductive and infant psychology*, 28(3), 287-296.

Simmons, R.K., Singh, G., Maconichie, N. Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Womens Health Study. *Social Science & medicine* 63 (2006).1934-1946.

Smart, L.S. (2003). Old losses: A retrospective study of miscarriage and infant death 1926-1955. *Journal of women & aging*, 15(1), 71-91.

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

SOSFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. <http://www.swenurse.se/Svensksjukskoterskeforening/Verksamhet/Halsoframjande-arbete/Strategi-for-sjukskoterskans-halsoframjande-arbete/> . Hämtad 2011-02-08.

Svensk Sjuksköterskeförening.(2011). <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Ny-kompetensbeskrivning-LEGITIMERAD-SJUKSKOTERSKA-MED-SPECIALISERING-INOM-AKUTSJUKVARD/> Hämtad 2011-04-10.

Swanson, K.M., Chen, H-T., Graham, J.C., Wojnar, D.M. & Petras, A. (2009). Resolution of Depression and Grief during the First Year after Miscarriage: A randomized Controlled Clinical Trial of Couples-Focused Interventions. *Journal of womens health*,18(8),1245-1257.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). *Helping bereaved parents*. East Sussex: Taylor & Francis book, inc.

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

Van, P., & Meleis, A .I. (2002). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African American Women. *Journal of Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(1), 28-39.

Warland, J., O'Leary, J., McCutcheon, H., & Williamson, V. (2010). Parenting paradox: Parenting after infant loss. *Midwifery*, 10.

Washbourne, C., Cox, C. (2003). Per vagina (PV) bleeding in early pregnancy. *Emergency nurse*, 10(8), 21-25.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wong, M. K. Y., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British journal of general practice*, 53, 697-702.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Adolfsson, Berterö, Larsson (2006)	Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: A randomized study	Mäta om ett strukturerat uppföljningsbesök hos barnmorska 21-28 dagar efter missfallet kan reducera kvinnans sorg.	Öppen randomiserad studie. Grupp 1 fick ett strukturerat besök hos barnmorska 60min. Grupp2 fick standard bemötande	n=146 (62)	Studien visar att effekten av det strukturerade uppföljningsbesöket inte var statistiskt signifikant bättre än standardbemötande. På grund av stort bortfall i svarsfrekvensen går resultatet inte att statistiskt bevisa. Man såg att i grupp 1 hade kvinnorna minskad sorg och svårigheter med coping, kvinnorna upplevde stödet de fick som mycket positivt.	I RCT
Cacciatore,J. (2007)	Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth	Studien syfte är att undersöka och utvärdera effekten av stödgrupper där kvinnor deltagit vilka har post traumatisk stress efter intrauterin fosterdöd.	Kvalitativ metod med kvantitativ resultatredovisning. Kvinnor som deltar i studien erbjuds stöd genom samtalsgrupper samt jämförs med en kontrollgrupp som inte deltar i stödgrupp.	n=47	Studien visar att de kvinnor som haft samtalsstöd i grupp har minskning av psykologisk stress jämfört med kontrollgruppen som inte hade stödsamtal i grupp.	I RCT
DiMarco, M.A, Menke, E.M, McNamara, T (2001)	Evaluating a support group for perinatal loss.	Bedöma om medverkan i stödgrupp efter missfall ger minskad sorgereaktion	Medverkande delades in i två grupper, grupp 1 fick psykologiskt stöd i grupp. Grupp 2 fick inget stöd.	n=128 (7)	Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna angående minskad sorgereaktion. Båda grupperna angav att den närmsta familjen gav det bästa stödet och läkarens stöd värderades minst.	II CCT

Jacobs,J.& Harveey,J.19 (1999)	Evaluation of an Australian miscarriage support programme	Studiens syfte är att ta reda på om ett sammansatt stödprogram med telefonuppföljning, minnesföremål samt informationsbroschyr till kvinnor vilka genomgått missfall kan vara till nytta för patienterna.	Telefonuppföljning med strukturerade frågor till de kvinnor som efter ett missfall samtyckt till att ta del av uppföljning. Delgivning av broschyr med patientinformation till patient som drabbats av missfall	n=85 (42,4%)	Kvinnorna som ingått i studien angav att informationsbroschyren om missfall gav god hjälp och att de använt olika strategier för att klara den första tiden efter missfallet.	II CCT
Johnson, Langford, (2010)	Proof of life A protocol for pregnant women who experience pre-20 week perinatal loss	Beskriva och formulera utprovnigen av ett evidensbaserat protokoll, designat för att bemöta de känslomässiga behov som kvinnan har efter ett missfall som inträffar innan 20:e graviditetsveckan	Ett nytt evidensbaserat protokoll användes för att utvärdera känslomässigt stöd efter missfall. Hälften av deltagarna fick använda det nya protokollet och hälften fick standard omhändertagande.	n=40 (0)	Det fanns ingen signifikant skillnad i graden av Sorg i båda grupperna, den avsevärda skillnaden fanns i graden av förtvivlan, de kvinnor som fick det nya protokollet visade lägre grad av förtvivlan vid utvärdering 2 veckor efter missfallet. Efteråt visade kvinnorna som ingått i det nya protokollet tacksamhet för att de fått dela sin erfarenhet, de kände sig omhändertagna.	II CCT
Modiba,L. & Nolte,AGW. (2007)	The experiences of mothers who lost a baby during pregnancy.	Studiens syfte är att beskriva erfarenheter hos mödrar vilka förlorat barn under graviditet, och får vård för detta av läkare och sjuksköterskor.	Ostrukturerade djupintervjuer genomfördes. Bandupptagning av intervjuerna genomfördes. Resultat redovisas under teman såsom exempelvis förvirring, frustration förnekande .	n=10	Kvinnorna uttryckte att de hjälptes av ett erkännande från omgivningen av deras förlust, omtanke och känslighet från sina närmaste medmänniskor ,ett lyssnande öra och emotionellt stöd.	I K

Neugebauer, R, Kleine, J, Markowitz, J. C, Bleiberg, K.L, Baxi, L, Rosing, M.A, Levin, B, Keith, J (2006)	Pilot Randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage.	Att undersöka om telefonrådgivning i 6 veckor, är bättre än standard bemötande i fråga att minska risk för depression efter missfall	Deltagarna randomiserades till två grupper. Grupp1 fick uppföljning via telefon av utbildad personal. Grupp2 fick standard bemötande.	n=19 (4)	Trots det begränsade antalet inkluderade i Studien kan författarna berätta följande resultat Forskarna bedömer att telefonuppföljning är en godtagbar behandling för att förebygga depression efter missfall. Forskarna såg på mätinstrumentet som deltagarna fick fylla i att deltagarna som fick stöd hade mindre depressiva symtom än de deltagare som fick standard bemötande.	I RCT
Nikcević, A.V. (2003)	Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic.	Studiens syfte var att utveckla och förbättra uppföljningen av kvinnor som fått missfall, genom att inrätta en speciell uppföljningsklinik.	Rprocessen delades in i tre steg. I det första steget ville man kartlägga vilket stödbehov som förelåg. Vid det andra steget hade en klinik inrättats och erbjöd kvinnor både fysisk och psykologisk uppföljning för att utvärdera och identifiera vilka stödåtgärder som uppskattades av kvinnorna. I det tredje steget delade man på den psykologiska och fysiska uppföljningen för att ta reda på vad som minskar kvinnans sorg.	Steg 1 n=204 Steg 2 n=283 steg 3 n=33	Studien visar att ett enkelt uppföljningsbesök utan utredning av orsak till missfallet, där fokus ligger på information, råd och uppmuntran minskar kvinnans smärta och sorg. Vissa kvinnor upplevde erbjudande om orsaksutredning som negativt som förvärrade deras oro och ångest.	II P

Nikcevic,A., Kuzmierzyk, A.& Nicolaiodes, K. (2007)	The influence of medical and psychological interventions on womens distress after miscarriage.	Studiens syfte är att undersöka effekten av medicinska och psykologiska ingripanden (samtal) i avsikt att lindra kvinnors sorg efter tidigt missfall.	66 kvinnor med konstaterat missfall delas upp i två grupper, där grupp (MPC) med 33 deltagare får psykologiskt stöd, medan den andra gruppen (MP)inte får psykologiskt stöd.	n=80 (14)	Gruppen som fick psykologiskt stöd hade en mätbar minskning i nivåerna av upplevd sorg, självanklagelse och oro över tid samt i jämförelse med gruppen som inte erhöll psykologiskt stöd och även en signifikant minskning av sorg och oro.	I RCT
Rowlands,I.J . & Lee,C. (2010)	“The silence was deafening”: social and health service support after miscarriage.	Studien undersöker om de dokumenterade resultat som studier i Storbritannien redovisar är tillämpbara i Australien,då ländernas allmänna sjukvårdssystem är olika uppbyggda.	Semistrukturerade intervjuer med nio kvinnor vilka haft missfall de senaste två åren. Resultat redovisas i teman.	n=9	Faktorer som hjälpte kvinnorna var engagemang från personer i den närmaste omgivningen , bekräftelse och stöd av familjen,kurator och stöd från samhället.	I CCT
Séjourné,N, Callahan,S, Chabrol,H (2009)	The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion	Att undersöka hur effektivt psykologiskt stöd är utifrån tre huvudteman: empatiskt lyssnande, psykoanalys och kognitiv beteendeterapi är för kvinnor som fått missfall.	Grupp1 Får psykologiskt stöd utifrån de tre huvud teman. Grupp2 får sedvanligt stöd efter missfall. Båda grupperna fick hemskickat frågeformulär 3 och 10 veckor samt 6 månader efter missfallet.	n=134 (26)	Trots stort bortfall bedömer författarna att svarsfrekvensen är acceptabel. Kvinnor som just fått ett missfall är i stort behov av psykologiskt stöd, det är viktigt med en tidig insats för att kunna identifiera de kvinnor som löper risk att få psykologiska besvär efteråt.	II CCT

Simmons,R., Singh,G., Maconochie, N., Doyle,P. & Green,J. (2006)	Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the Nationel Womens Health Study.	Studiens syfte är att undersöka hur missfall drabbar kvinnan långsiktigt.	Kvantitativ studie.	n=172	Studien visar bland annat att vissa kvinnor behöver mer stöd och mer information, då kvinnan söker svar på frågan varför det blev missfall.	II CCT
Smith,L.,Frost,F., Levitas,R. & Bradley,H. Garcia, J (2006)	Womens experience of three early miscarriage management options a qualitative study.	Syfte med denna studie är att undersöka kvinnors erfarenheter av olika metoder av stödinsatser som erbjuds till kvinnor som haft missfall.	Djupintervjuer, fokusgrupper, samt nedskrivna utvärdering av kvinnor.	n=47 (uppgift om bortfall framgår inte)	Multisvar. De flesta av kvinnorna angav att de önskade att missfallet skulle ske naturligt utan att göra skrapning . Information önskades om valmöjligheter om vilka vårdalternativ som finns att tillgå. Förbättrad och mer tillgänglig patientinformation efterfrågades.	I K
Swanson,K., Chen, H., Graham,J.C., Wojnar,D. & Petras,A. (2009)	Resolution of Depression and Grief during the First Year after Miscarriage: A randomized Controlled Clinical Trial of Coules-Focused Interventions.	Syftet med studien var att utvärdera effekten av tre olika typer av stödjande åtgärder till par som haft missfall. Randomiserad studie.	De alternativ som erbjöds var: tre sammankomster ledda av sjuksköterska, egenvård med stöd av videofilm och bok med uppgifter, kombinationsbehandling med båda ovanstående alternativen samt en fjärde kontrollgrupp som var helt passiv.	n=341 (48)	Bästa resultatet återfanns i gruppen som hade tre sammankomster med sjuksköterska. I gruppen med egenvård uppvisades ökning av sorgreaktionerna för kvinnorna. En ökning av sorgreaktioner återfanns bland de män som deltagit i kombinationsbehandlingen.	I RCT

Tsartsara, E. & Johnson,MP. (2002)	Women experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretitive phenomenological study	Studiens syfte är att sammanställa sex kvinnors erfarenheter av vården de fått efter att ha genomgått missfall.	Fenomenologisk studie där intervjuer genomförts med semi-strukturerade frågor inom fem huvudområden med kvinnor som haft missfall och fått vård.	n=6 (0)	Studiens resultatdel redovisas under de fem huvudområden som forskarna ställt frågor om till respondenterna. Citat av patienterna vilka aidentifierats återges. Både kortsiktiga men även långsiktiga positiva effekter framgår. Flera av kvinnorna angav att de fått det bästa stödet av specialistsjuksköterskorna de mött på vårdavdelningen vid missfallet.	I K
Wong, M.K. Y, Crawford, T.J, Gask, L, Grinyer, A (2003)	A qualitative investigation into women´s experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team.	Att undersöka kvinnors psykiska hälsa efter missfall, efter uppföljning i primärvård.	Studien gjordes i 3 steg, först identifierades patienterna med en oro/depressions skala, där efter fick patienterna fylla i ett frågeformulär och även semi-strukturerade intervjuer hölls med vårdpersonal. Därefter delades fokusgrupper in av deltagarna. 7 tema träffar hölls.	n=100 (7)	Att det finns stora brister i omhändertagandet att upptäcka psykisk ohälsa efter missfall.	II CCT

