

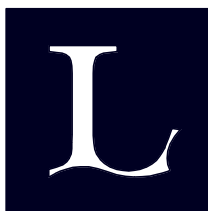
Kvinnors upplevelser av att genomgå missfall

Julia Halatchev
Anneli Sikström

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Kvinnors upplevelser av att genomgå missfall

Women's experience of going through miscarriage

Julia Halatchev

Anneli Sikström

Kurs: O0009H, Omvårdnad C

Höstterminen 2009, termin 6

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Handledare: Inger Lindberg

Kvinnors upplevelser av att genomgå missfall

Women's experience of going through miscarriage

Julia Halatchev

Anneli Sikström

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå Tekniska Universitet

Abstrakt

Ett missfall innebär en stor känslomässig påfrestning för kvinnan. Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors upplevelser av att genomgå ett missfall. Studien grundar sig på nio kvalitativa vetenskapliga artiklar, dessa analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i sex kategorier: Att känna kroppslig och känslomässig smärta, Att känna sig försummad och åsidosatt, Att förlora sitt barn och den planerade framtiden, Att känna skuld och vilja finna en orsak, Att bearbeta och finna mening i det som hänt och Att känna osäkerhet och oro inför en ny graviditet. Många av kvinnorna kände sig missnöjda med vården och bemötandet från sjuksköterskorna. De upplevde att fokus låg på det medicinska och de saknade känslomässigt stöd. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att förmedla det emotionella och kognitiva stödet. Utifrån vår studie anser vi att lämpliga åtgärder är uppföljning en tid efter utskrivning samt vägledning i omvårdnad till sjuksköterskor.

Nyckelord: Missfall, upplevelse, förlust, skuld, kvalitativ innehållsanalys, bemötande

Att vara gravid innebär en tid med fysiska förändringar och nya känslor. Kvinnan genomgår en process där identitet och kroppsuppfattning utvecklas och förändras (Schmeid & Lupton, 2001). Graviditeten är ofta en viktig händelse i en kvinnas liv och anknytningen till barnet startar redan i tidig graviditet (Thorstensen, 2000). Anknytningen mellan modern och det väntade barnet växer i och med att kvinnan fantiserar, drömmer och planerar för framtiden som en familj (Siddiqui & Hägglöf, 1999). Layne (2000) menar att redan i samma ögonblick som kvinnan lämnar ett positivt graviditetstest börjar hon anpassa sig till föräldrarollen. Hon kanske berättar om graviditeten för andra och det blir mer och mer verkligt att det växer ett litet barn i henne. I tanken börjar hon förbereda en plats för barnet i sitt liv, kanske börjar även planer på ny bostad eller föräldraledighet ta form. Abboud och Liamputtong (2003) menar att när graviditeten väl har startat, förväntar sig de flesta kvinnor att de ska genomgå en lyckad graviditet som kommer att resultera i ett barn. Ett missfall är en händelse som går emot dessa förväntningar.

Ett missfall definieras som ett oavsiktligt avbrytande av graviditeten, fostret stöts ut innan det kan överleva utanför moderns kropp. Missfall, även kallad spontan abort, är den vanligaste komplikationen vid graviditet (Paton, Wood, Bor & Nitsun, 1999). Ungefär 17-22 % av graviditeterna slutar i missfall. Den mest använda definitionen på missfall är Världshälsoorganisationens (WHO, 1977): ett avlidet foster som väger högst 500g. Orsaken till ett missfall blir inte alltid klarlagd men det finns vissa riskfaktorer som har betydelse, såsom användande av alkohol, droger och tobak, kvinnans ålder, infektioner, kromosomavvikelse, defekter i livmodern samt immunologiska störningar (García-Enguídanos, Calle, Valero, Luna & Domínguez-Rojas, 2002). Den vanligaste orsaken till missfall är dock ett defekt embryo (Thorstensen, 2000).

När ett missfall inträffar kommer kvinnan oftast till en akut- eller gynekologisk mottagning. För personalen på mottagningen är det rutin men för kvinnan är det en oväntad och skrämmande upplevelse. Därför är det särskilt viktigt att man som sjuksköterska är medveten om vad man säger, gör och på vilket sätt man bemöter henne (Thorstensen, 2000). Skrapning har tidigare varit den traditionella behandlingen vid missfall, vilket innebär att man under kirurgi utför en skrapning av livmodern. Dock innebär skrapning risk för blödning, infektion, skada på livmodertappen och/eller livmodern (Graziosi, Mol, Reuwer, Drogdrop & Bruinse, 2004; Griebel, Halvorsen, Goleman & Day, 2005). Idag är det betydligt vanligare att använda sig av medicinsk

behandling, där kvinnan får läkemedel som får livmodern att dra ihop sig och stöta ut det som återstår av graviditeten. Om det inte uppstår några komplikationer får kvinnan lämna sjukhuset redan efter några timmar (Harvey, Moyle & Creedy, 2001).

Flera studier (Thorstensen, 2000; Tsartsara & Johnson, 2002) visar att kvinnor är missnöjda med den vård de får, speciellt gällande personalens bemötande. Den korta vårdtiden och tidiga hemgången kan vara en stor bidragande faktor till att vårdpersonalen inte möter kvinnans känslomässiga behov (Harvey, Moyle & Creedy, 2001).

Vårdpersonalen har en viktig roll i omhändertagandet av kvinnor som genomgår ett missfall (Moulder, 1999). Washbourne och Cox (2002) menar att vårdpersonal ofta har svårt att förmedla den information som patienterna behöver i rätt skede. På grund av rädsla för att säga fel saker väljer vårdpersonalen att inte säga någonting alls, detta leder till att patienten upplever personalen som känslökall och avståndstagande.

Det behövs en bred kunskap hos sjuksköterskan om kvinnans psykiska, fysiska och känslomässiga behov för att kunna möta kvinnans behov på bästa sätt. Ett missfall innebär en stor påfrestning för den blivande mamman där reaktioner och behov är individuella. Antonovsky (2003, s. 39-41) beskriver begreppet KASAM som en känsla av sammanhang. KASAM består av komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Han menar att vi människor har olika förutsättningar att hantera det som händer oss. Begripligheten handlar om i vilken utsträckning en människa upplever de stimuli som denne möter som förutsägbara, sammanhängande och tydliga. Hanterbarhet beskriver hur man, med hjälp av de resurser som står till ens förfogande, kan möta de krav som stimuli innebär. Meningsfullhet handlar om vikten av att vara delaktig och att hitta en mening i det som händer.

När ett missfall uppstår påverkas naturligtvis båda föräldrarna, vi har dock valt att fokusera på kvinnan eftersom att vår uppfattning är att hennes sorg är mer komplex och unik då hon bär barnet i sin kropp. Brier (2008) menar att männen upplever en mindre intensiv sorg under kortare tid vilket kan bero på att kvinnan har ett större känslomässigt band och upplever därför förlusten mer intensivt.

Att förstå hur känslorna och förlusten påverkar kvinnan kan hjälpa sjuksköterskan att möta kvinnan eller parets behov under hela upplevelsen (Thorstensen, 2000). Eftersom

ökad kunskap om upplevelsen ger större förutsättningar för sjuksköterskan att möta kvinnans behov med rätt omvårdnadshandlingar så är syftet med denna studie att beskriva kvinnors upplevelser av att genomgå ett tidigt missfall.

Metod

Med kvalitativa studier vill forskarna utveckla en djup förståelse av ett fenomen såsom det upplevs i vardagen. Man vill ta del av individernas upplevelser i deras värld, i deras kontext (Polit & Beck , 2004, s. 247). Kvalitativ forskning bidrar till att utveckla en förståelse för människors upplevda erfarenheter. Genom detta perspektiv kan sjuksköterskor och forskare samla på sig kunskap och insikt om människor, vilket är viktigt för sjukvårdspersonal som fokuserar på omvårdnad (Holloway & Wheeler, 2002, s. 20).

Litteratursökning

Sökningen genomfördes via de databaser som var relevanta för vårt ämnesområde. En systematisk sökning utfördes i PubMed, Cinahl och PsycInfo. För att få fram rätt sökord användes Mesh-termer i den mån det gick. Sökorden som användes var: *Spontaneous abortion, miscarriage, experience, coping, narrative* samt kombinationer av dessa. Inklusionskriterierna var att artiklarna var kvalitativa studier samt att de var skrivna på engelska, peer-reviwed och högst tio år gamla. Exklusionskriterierna var missfall relaterade till sjukdomar. Exkluderade artiklar var litteraturöversikter.

Tabell 1 Översikt av litteratursökningen

Syftet med sökning: kvinnors upplevelser av att genomgå missfall				
PubMed 2009 09 10				
Sök nr	*)	Söktermer	Antal ref.	Urval
1	MSH	Spontaneous abortion	<u>25129</u>	0
2	FT	Experience* OR Coping* OR narrative*	<u>527564</u>	0
3	FT	1 AND 2	1223	0
4	FT	Limits: 1999-2009, english	<u>392</u>	0
5	FT	Limits: 1999-2009, english, nursing journals	<u>28</u>	5
CINHAL 2009 09 10				
1	TSH	Miscarriage	<u>687</u>	0
2	FT	Experience* OR coping* OR narrative*	<u>123407</u>	0
3	FT	1 AND 2	<u>160</u>	0
4	FT	Limits: 1999-2009, English, peer-reviewed, exclude MEDLINE records	<u>37</u>	3
PsycInfo 2009 09 10				
1	TSH	Spontaneous abortion	<u>835</u>	0
2	FT	Experience* OR coping* OR narrative	<u>550284</u>	0
3	FT	1 AND 2	<u>463</u>	0
4	FT	Limits: 1999-2009, English, peer-reviwed journals	<u>205</u>	1

*MSH – Mesh termer i databasen PubMed, TSH – thesarustermer i databasen CINAHL, FT – fritext sökning.

En första bedömning av titlarna i sökningarnas träfflistor visade vilka artiklar som motsvarade syftet. Därefter lästes de utvalda artiklarnas abstrakts för att få en tydligare bild av artikelns innehåll. För att kritiskt kunna värdera de insamlade studierna samt underlätta tolkning och sammanställning av bevis är det viktigt att gå systematiskt tillväga. Om granskningen utförs av minst två oberoende granskare som sammanför sina tolkningar, får granskningen större tyngd (Willman & Stoltz, 2002, s.79).

Kvalitetsgranskning av alla utvalda studier utfördes var för sig av författarna enligt ett modifierat protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, för att sedan jämföra och diskutera fram en gemensam bedömning (Willman & Stoltz, 2002, s.122).

Tabell 2 Översikt över artiklar ingående i analysen (n=9)

Författare /År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/analys	Huvud fynd	Kvalitet (Hög, Medium, Låg)
Abboud & Liamput-tong, 2003	Kvalitativ	6 kvinnor och 6 män	Ostrukturerade intervjuer/ tematisk analysmetod	Kvinnor och män upplever olika sorters känslor och reagerar olika före, under och efter missfallet.	Hög
Adolfsson et al., 2004	Kvalitativ	13 kvinnor	Strukturerade intervjuer/ fenomenologisk analysmetod	Kvinnornas känslor bestod av tomhet och skuld. De kom fram till fem kategorier: känna sig känslomässigt splittrad, den kroppsliga upplevelsen, förlust, sorg och övergivenhet.	Hög
Gerber-Epstein et al., 2009	Kvalitativ	19 kvinnor	Öppna semistrukturerade intervjuer/ tematisk analysmetod	Upplevelserna grundades i känslan av att vara hotad i sin roll som kvinna när man genomgått ett missfall.	Hög
Harvey et al. 2001	Kvalitativ	3 kvinnor	Öppna strukturerade intervjuer i hemmet / fenomenologisk analysmetod	Tre huvudkategorier: förlust av barnet, förlust av moderskap och förlust av hopp och drömmar.	Medium
Maker & Ogden, 2003	Kvalitativ	13 kvinnor	Semistrukturerade intervjuer / fenomenologisk analysmetod	Beskriver erfarenheten i tre stadier: tumultet (när missfallet är ett faktum), anpassning (söka meningen) och hur de gick vidare.	Hög
McCreight, 2008	Kvalitativ	23 kvinnor	Intervjuer och observationer / QSR NUD*IST analysprogram för kvalitativa studier.	Kvinnorna kände att de behövde känslomässig återhämtning. De sökte acceptans och förståelse för sin förlust.	Hög

Författare /År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling/analys	Huvud fynd	Kvalitet (Hög, Medium, Låg)
Murphy & Merrell, 2009	Kvalitativ	8 kvinnor och 16 sjukvårdspersonal	Intervjuer och observationer / tematisk analys	Beskrev tre olika faser som genomgick vid missfall: första tecken, förlusten av barnet och efterföljden.	Hög
St. John et al., 2006	Kvalitativ	3 kvinnor	Ostrukturerade intervjuer/kvalitativ innehållsanalys	Resultatet visar på att kvinnorna upplevde sorg, skuld, ilska och övergivenhet.	Medium
Wojnar, 2007	Kvalitativ	20 kvinnor	Öppna ostrukturerade intervjuer / fenomenologisk analysmetod	Resultatet visar att upplevelsen av missfall förstärks på grund av lesbiska pars svårigheter att bli gravid.	Hög

Analys

Då syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av att genomgå missfall gjordes en kvalitativ manifest innehållsanalys. Enligt Cole (1988) är innehållsanalys en metod för att analysera skriftlig, verbal eller visuell information. Meningen är att få ta del av personers upplevelser, att utforska ett fenomen (Downe-Wamboldt, 1992). Enligt Cole (1998) lyfts det uppenbara fram med så lite egna tolkningar som möjligt. Graneheim och Lundman (2004) menar dock att en text kan ha olika betydelser och att en viss tolkning sker när man analyserar en text, även om detta inte är avsikten.

Genom innehållsanalys är det möjligt att kondensera textenheter som sedan delas in i kategorier. I kategorierna delar textenheterna samma mening. Syftet är att få en fördjupad beskrivning av fenomenet. Analysen resulterar i kategorier som beskriver fenomenet (Elo & Kyngäs, 2007).

De utvalda artiklarna lästes igenom för att få en djupare förståelse av innehållet. Sedan extraherades textenheter ut som motsvarade syftet. Genom kondenseringen och översättningen reducerades textenheterna utan att förlora kärnan. Varje textenhet fick en kod för att kunna spåras tillbaka till ursprungsartikeln. Efter det påbörjades första steget i

kategoriseringen där textenheterna som hade liknande innehåll fördes samman i kategorier. Kategoriseringen fortsatte stegvis tills dess att det inte gick att sammanföra fler kategorier utan att förlora innehåll. Detta resulterade i sex kategorier. Resultatet skrevs sedan ut som brödtext med verifierande citat (jfr Burnard, 1991).

Resultat

Dataanalysen resulterade i sex kategorier som presenteras nedan i en tabell, resultatet beskrivs sedan i löpande text med förstärkande citat.

Tabell 3 Översikt över kategorierna (n=6)

<i>Kategorier</i>
Att känna kroppslig och känslomässig smärta
Att känna sig försummad och åsidosatt
Att förlora sitt barn och den planerade framtiden
Att känna skuld och vilja finna en orsak
Att bearbeta och finna mening i det som hänt
Att känna osäkerhet och oro inför en ny graviditet

Att känna kroppslig och känslomässig smärta

Kvinnor var oförberedda på den kroppsliga påfrestningen som det innebar att genomgå ett missfall. Den kroppsliga upplevelsen var smärtsam och svår, de kände sig utmattade och svaga samtidigt som de hade en smärta och ömhet i kroppen (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004; Maker & Ogden, 2003).

The first 2 weeks, there is tenderness in the body and I got pain in the back from it. I felt exhausted, feeble. (Adolfsson et al., 2004, s. 552)

Vissa kvinnor kände på sig att något var fel redan innan läkaren gav beskedet (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003). Andra kvinnor beskriver att beskedet upplevdes som chockartat då det var helt oväntat för dem (Adolfsson et al., 2004;

Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009; Maker & Ogden, 2003). Missfallet var en traumatisk upplevelse som skapade en känslomässig smärta hos kvinnor, de beskrev att de förlorade fotfästet (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Harvey, Moyle & Creedy, 2001; Maker & Ogden, 2003). Kvinnor kände rädsla och panik när de inte förstod varför de förlorade sitt barn (Abboud & Liamputtong, 2003; Gerber-Epstein et al., 2009; Harvey et al., 2001; Maker & Ogden, 2003). De förnekade den hotande förlusten och hoppades mot alla odds att deras barn skulle överleva (Abboud & Liamputtong, 2003; Maker & Ogden, 2003; Wojnar, 2007). Omedelbart efter förlusten upplevde kvinnor en intensiv period med känslomässig smärta som kännetecknades av sorg och nedstämdhet. De upplevde extrem stress och emotionell oro (Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001). Att genomgå ett missfall innebar känslor av obehag och stor förtvivlan.

I felt like my heart had been ripped right out of my chest. I don't know how I got over that. (St John, Cooke & Goopy, 2006, s. 10)

Kvinnor beskrev att de kände rädsla över att förlora kontrollen över sig själv och sina känslor. Kvinnor hade även en känsla av att kroppen bedragit dem i och med att de förlorade kontrollen över sin kropp. De kände sig maktlösa över förlusten när de insåg att missfallet var utom mänsklig kontroll (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Harvey et al., 2001; Maker & Ogden, 2003; Wojnar, 2007). Kvinnors upplevelse av en betydande förlust resulterade i att de kände sig ensamma i sin stora sorg. Kvinnor beskrev sorg på varierande sätt och känslorna under sorgfasen pendlade mellan tårar, skratt och ilska (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; St John et al., 2006). En del kvinnor beskrev att de hade ett behov av att vara ensam med sina tankar och känslor för att reflektera över sin förlust (Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001). Vissa kvinnor beskrev att de visade upp ett starkt yttre, de gömde sina känslor och fortsatte med sitt liv som om ingenting hade hänt av rädsla för att bli avvisad av andra (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; St John et al., 2006).

Att känna sig försummad och åsidosatt

När kvinnor kom till sjukhuset och när de var tvungna att vänta kände de sig försummade och åsidosatta av vårdpersonalen. De upplevde att det var viktigt att bli väl omhändertagen och menade att det bidrog till en snabbare återhämtning (Adolfsson et al., 2004).

If they don't treat me well, it's no good, and I drop my foothold even more, which is unnecessary. (Adolfsson et al., 2004, s.554)

De ansåg att brist på adekvat information vid tidpunkten för missfallet hindrade deras återhämtning och de upplevde att personalen bara brydde sig om de fysiska aspekterna och inte brydde sig eller förstod vad de gick igenom. I en studie av Adolfsson et al. (2004) beskrev kvinnor att de inte ville höra och känna att det inte var viktigt, att det bara var ett missfall. Ytterligare stress uppstod när personalen höll sig på avstånd för att slippa konfrontera situationen (Harvey et al., 2001).

They believed that health professionals were only concerned about the physical aspects of their care and that they stayed distant from them so that they did not have to listen to or try to understand the women. (Harvey et al., 2001, s. 12)

Att förlora sitt barn och den planerade framtiden

Känslan av förlust var central för kvinnor i studierna. De kände sig besvikna och sårbara efter missfallet och upplevde den fruktansvärda känslan av förlust när allting plötsligt blev avbrutet (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Maker & Ogden, 2003). Kvinnor upplevde missfallet som en förlust av något fysiskt, även om det bara var ett litet foster så representerade förlusten ändå ett barn. De beskrev hur otroligt förkrossande det var att förlora barnet som de så gärna ville ha (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009; Wojnar, 2007). Kvinnor hade stora förväntningar på framtiden och sedan förlorade de plötsligt barnet som de aldrig hunnit lära känna, som var en dröm och förväntning (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2009).

It meant the loss of someone they never knew, who was still a story, a dream, an expectation or a fantasy. (Gerber-Epstein et al., 2009, s. 14)

Förlusten av barnet, föräldrarollen, drömmarna och hoppet inför framtiden upplevdes som orättvis och kvinnor menade att förlusten alltid kom att vila inom dem (Adolfsson et al., 2004). Kvinnor upplevde att förlusten av barnet bidrog till en förändrad förståelse av världen, en värld som inte längre såg dem som blivande mammor. Många kände sig övergivna i gränslandet mellan föräldraskap och icke-föräldraskap (Harvey et al., 2001; St John et al., 2006). Kvinnor sörjde över förlusten av möjligheten att bli en förälder, för dem var förlusten av moderskap betydelsefull och livet hade inte längre samma mening (Gerber-Epstein et al., 2009; Harvey et al., 2001; Wojnar, 2007). Kvinnor upplevde en konstig tomhet inombords när

barnet och den planerade framtiden togs ifrån dem (Adolfsson et al., 2004; Murphy & Merrell, 2009).

The loss of the pregnancy undermined the women's basic belief in their fertility and their ability to bear a child, hence their essence and role as women. (Gerber-Epstein et al., 2009, s. 16)

Alla kvinnor reagerade inte likadant, förlusten kunde ses som antingen negativ eller positiv. I en studie av Maker och Ogden (2003) beskrev kvinnor att de inte påverkades av missfallet eftersom de inte velat vara gravida. Någon tyckte att det var en välsignelse att inte behöva ta ett beslut om abort. Vid en oönskad graviditet upplevdes missfallet som en lättnad och befrielse.

Really for the miscarriage, um it didn't really bother me because I mean I didn't want to be pregnant really. (Maker & Ogden, 2003, s. 408)

Att känna skuld och vilja finna en orsak

Kvinnor beskrev att de led av envisa skuldkänslor som gjorde att de tvivlade på sig själv och sin förmåga att bära fram ett barn, missfallet sågs som ett personligt misslyckande och en förlägenhet. Kvinnor kände skuld över orsaken till missfallet, de var arga på sig själva för att de trodde att missfallet var en konsekvens av saker de gjort fel såsom rökning, alkoholintag, kost, för lite motion eller ett heltidsjobb som innebar tunga lyft (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Murphy & Merrell, 2009; St John et al., 2006). Skuldkänslorna resulterade i att en del kvinnor avskärmade sig från familjen och sitt vardagliga liv. De kände sig trötta och svaga, allt kändes tungt och de kom sig inte för att göra någonting (Adolfsson et al.; 2004, Harvey et al. 2001; McCreight, 2008).

I couldn't go out of the house. I just couldn't cope with it all. (McCreight, 2008, s. 7)

Kvinnor frågade sig själv varför och de hade ett behov av att finna orsaken till varför missfallet skedde. Osäkerheten över att inte veta om det var deras eget fel skapade ångest och skuldkänslor (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008). Kvinnor hade svårt att acceptera att det inte fanns

en orsak och de kände frustration över att vården inte gav dem en tillfredsställande förklaring (Abboud & Liamputtong, 2003; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008).

They say they can't find, there is no reason for it, it's just that the foetus hasn't developed, but they don't know why. (Maker & Ogden, 2003, s. 411)

Att bearbeta och finna mening i det som hänt

Kvinnor beskrev att de ville dela sina erfarenheter med andra och prata om det som hänt samt vad som orsakat missfallet upprepade gånger. De upplevde det som nyttigt eftersom det bidrog till att få fram det stöd från omgivningen som de var i behov av. Varje pratstund gav dem en ny dimension, att få tala om sin erfarenhet med andra var en viktig del i bearbetningsprocessen (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003). Kvinnor uttryckte även ett behov av att prata med kompetent personal. Att de fick möjligheten att prata med någon som förstod vad de gick igenom och som kunde svara på deras frågor (Adolfsson et al., 2004). I flera studier beskrev kvinnor att de fick en känsla av samhörighet när de kunde dela med sig och relatera till andra kvinnor med liknande erfarenheter. Några sökte detta stöd i stödgrupper (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; St John et al., 2006).

You could relate to somebody and I felt that I was relating something and also sharing and helping the person as well and so it was helping each other. (Maker & Ogden, 2003, s. 410)

När andra inte förstod och lät kvinnor tala om missfallet uppstod känslor av ensamhet och isolering. De hade ett behov att få sina känslor bekräftade, att någon såg dem som de var men även hur dåligt de mådde (Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001; Maker & Ogden, 2003). Kvinnor upplevde att när de inte fick förståelse blev missfallet till en erfarenhet som de var tvungna att hantera på egen hand (Harvey et al., 2001; St John et al., 2006). Bristen på stöd och förståelse i samhället ledde till en känsla av utanförskap (St John et al., 2006). En del kvinnor kände även att andra som inte själva fått missfall aldrig kunde förstå dem (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001).

Unless you go through it yourself, you don't realise how hard it is. (Abboud & Liamputtong, 2003, s. 45)

Efter den inledande upplevelsen av kaos kände kvinnor att de var tvungna att börja bearbeta det som hänt. Kvinnor beskrev olika föreställningar om sina känslor efter missfallet, en del fokuserade på dem som hade det värre för att öka sin tro på sig själv medan andra hade en tro på att de skulle hela med tiden. Gemensamt var att de levde i en känslomässig upp- och nedgång (Adolfsson et al., 2004; Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008; Murphy & Merrell, 2009).

I had to end it, I felt I can no longer continue. I have to leave it. Not just throw it away, but to do something good of it. I have to return to my everyday life.
(Adolfsson et al., 2004, s. 552)

Kvinnor beskrev att de negativa känslorna minskade med tiden men att det ändå tog tid att återhämta sig från den känslomässiga smärtan (Abboud & Liamputtong, 2003; Maker & Ogden, 2003). De blev tvungna att anpassa sig till en ny identitet, som en kvinna som genomgått ett missfall (Murphy & Merrell, 2009). Några kvinnor menade att det var skillnad på att få ett missfall om man hade barn sen tidigare än om man var förstagångsförälder (Maker & Ogden, 2003). Missfallet fick dem att försöka finna en mening i vad som hänt samt omvärdera framtiden och vad de skulle göra av sina liv (Maker & Ogden, 2003; McCreight, 2008). Några kvinnor kunde till slut se att trots att det varit smärtsamt hade det varit en lärarik erfarenhet eftersom det gett livet en ny mening. De menade att de hade lärt sig mer om sig själva och att de kände sig styrkta när de lärt sig hur de kunde behärska sin situation (Maker & Ogden, 2003).

I think I learnt quite a lot from it and it did have a positive side you know. . . . It was like a kick up the bum, you know it was like don't waste your life you know, don't mope around doing this, make the most of it and I'm sort of in some ways happier and stronger than I was before it happened. (Maker & Ogden, 2003, s. 412)

Att känna osäkerhet och oro inför en ny graviditet

Kvinnor beskrev att de kände stor osäkerhet och oro över att vara gravid på nytt, denna oro överskuggade glädjen över att vara gravid på grund av rädsla för att få missfall igen (Abboud & Liamputtong, 2003; Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001; Maker & Ogden, 2003; St John et al., 2006). Att tidigare ha gått igenom ett missfall ledde också till att en del kvinnor tappade förtroendet för sig själv och tvivlade på sin förmåga att bära fram ett barn (Harvey et

al., 2001). Ett fåtal kvinnor kände hopplöshet och trodde aldrig att de skulle kunna bli gravida igen och få ett barn (Adolfsson et al., 2004).

The woman who has had a miscarriage before is anxious how it will work out with this pregnancy. These anxieties overshadow her pleasure in being pregnant for fear of having another miscarriage. (Adolfsson et al., 2004, s. 550)

She would not be able to emotionally survive another miscarriage and as a result, she lost confidence in herself and her ability to 'manage' the world. (Harvey et al., 2001, s. 12)

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser av att genomgå ett missfall. Studien resulterade i sex kategorier: att känna kroppslig och känslomässig smärta, att känna sig försummad och åsidosatt, att förlora barnet och den planerade framtiden, att känna skuld och vilja finna en orsak, att bearbeta och finna mening i det som hänt och att känna osäkerhet och oro inför en ny graviditet.

I resultatet framkom det att kvinnor upplevde kroppslig och känslomässig smärta. De menade att de upplevde en känsla av att förlora fotfästet i samband med att de fick beskedet om att deras graviditet skulle sluta i ett missfall. Kvinnors reaktioner kan jämföras med dem som förlorat en anhörig i en plötslig död. I en studie av Edwards och Shaw (1998), som handlar om närstående som hastigt förlorat en nära anhörig i hjärtsjukdom, upplevde deltagarna att om döden kom plötsligt orsakade detta mer problem för den sörjande. Det tog längre tid för dem att acceptera och återgå till sitt vardagliga liv. Resultatet i vår studie visade att kvinnors betydande förlust resulterade i att de kände sig övergivna i sin stora sorg. Det kan jämföras med anhöriga till personer som plötsligt avlidit, de beskriver att de känner sig övergivna i sorgen eftersom att deras närstående hade svårt att möta deras sorg (Brysiewicz, 2008).

Något som kvinnor beskrev var rädslan att förlora kontrollen över sig själv och sina känslor. De kände att kroppen hade bedragit dem då de förlorade kontrollen över sin kropp och de kände även maktlöshet över förlusten när de insåg att missfallet var utom mänsklig kontroll. Thorstensen (2000) menar att man bör tillåta kvinnan att uttrycka sina känslor och att det är

betydelsefullt att göra henne delaktig i beslut eftersom att det låter henne ha en viss kontroll i en svår situation.

Kvinnor i vår studie kände sig försummade och åsidosatta av vårdpersonalen när de uppsökte sjukhus. De upplevde det som viktigt att få bli väl omhändertagen och menade att det bidrog till en snabbare återhämtning. I en studie av Säflund, Sjögren och Wredling (2004), som handlar om föräldrar till dödföda barn, beskriver föräldrarna att om de får stöd och bekräftelse från vårdpersonalen påverkar det hur de kan hantera sin förlust.

Resultatet visade även att kvinnor upplevde att bristen på information hindrade deras återhämtning och att personalen enbart brydde sig om den kroppsliga biten samt att de inte förstod eller brydde sig om vad de gick igenom. Thorstensen (2000) menar att kvinnor uppskattar ett omtänksamt och varsamt bemötande från personalen och att de föredrar ärlig och fullständig information, även om den visar sig vara negativ, eftersom den förbereder dem på vad de kan förvänta sig. I en studie av Säflund et al. (2004) beskrev föräldrarna som fått ett dödfött barn, att de kände sig försummade av personalen när de inte erbjöd stöd och hjälp i den svåra situationen som de befann sig i.

Kvinnor i vår studie upplevde att personalen höll sig på distans för att slippa konfrontera situationen. Att personalen håller sig på avstånd kan enligt Roehrs, Masterson, Alles, Witt och Rutt (2008) bero på att de känner sig obekväma i situationen eftersom att de inte vet vad de ska säga och vad de ska göra för att underlätta för kvinnan. Sjuksköterskor menar att de kan ge en bra omvårdnad när de själva är förberedda och har fått mer erfarenhet av likande situationer. En del sjuksköterskor var medvetna om att de höll sig på avstånd men de menade att de annars blev för känslomässigt engagerade.

Vårt resultat visade på brister i personalens bemötande, detta tycks bero på rädsla för att göra fel, brist på erfarenhet och kunskap. Sjuksköterskor i studien av Roehrs et al. (2008) ville ha mer utbildning och därmed specialinriktad kunskap i ämnen som handlar om sorg och förlust med tips på vad man ska säga samt hur man ska bemöta paret. För att öka sjuksköterskors kompetens att möta paret på ett empatiskt och tillfredsställande sätt föreslår vi att sjuksköterskor regelbundet får möjligheten att delta i vägledning i omvårdnad.

Vägledning i omvårdnad är en metod där man träffas regelbundet för att i grupp diskutera situationer från det dagliga arbetet med patienterna. En av sjuksköterskornas berättelse får stå i fokus och genom att de andra ställer frågor får sjuksköterskan en möjlighet att reflektera och vidga sin förståelse både kognitivt och känslomässigt. Genom att reflektera över sambandet mellan känslor, tankar och handlingar är målet att man ska utvecklas i sin yrkesroll. Denna typ av vägledning anses ha en positiv inverkan på sjuksköterskans personliga utveckling genom att den ökar medvetenheten och självkänslan samtidigt som man skapar en bra och tillåtande lärandemiljö. Det har konstaterats att denna metod minskar stressen i arbetet och leder till en högre kvalitet i omvårdnaden av patienten (Lindgren, Brulin, Holmlund & Athlin, 2005).

Kvinnor beskrev hur otroligt förkrossande det var att förlora barnet och den planerade framtiden som de så gärna ville ha. Thorstensen (2000) beskriver att även vid ett tidigt missfall kan sorgen vara lika intensiv och komplex som vid förlust av en närstående. Det som skiljer vid förlusten av ett ofött barn tycks vara att sorgen vilar på förlusten av hopp och drömmar om den kommande framtiden istället för minnen (Brier, 2008). I en studie av Barrera, O'Connor, D'Agostino, Spencer, Nicholas, Jovcevska, Tallet och Schneiderman (2009) som handlar om föräldrar till barn som dött i cancer, kan man se en liknande reaktion på förlusten. Föräldrarna sörjde att deras barn aldrig skulle få uppleva framtiden och uppnå de stora milstolparna i livet som studenten, äktenskap och föräldraskap.

Resultatet i vår litteraturstudie visade att kvinnor kände skuld över orsaken till missfallet. De kände osäkerhet och var arg på sig själv för att de trodde att missfallet var en konsekvens av saker som de kan ha gjort fel såsom rökning, alkoholintag och kost. Detta kan jämföras med deltagarna i en studie av Krueger (2005) där föräldrarna till barn som dött en plötslig spädbarnsdöd kände skuld-känslor över påverkbara riskfaktorer såsom rökning, rumstemperatur och bäddning.

Kvinnor hade ett behov av att finna orsaken till varför missfallet skedde. Osäkerheten av att inte veta om det var deras fel skapade envisa skuld-känslor. Om paret får information om orsaken kan det hjälpa till att lindra känslor av skuld samt minska rädslan av att man själv skulle ha bidragit till missfallet (Nikcevic, Tunkel, Kuczmierczyk & Nicolaidis, 1999; Thorstensen, 2000). Regan och Rai (2000) menar dock att det är svårt att ge en medicinsk förklaring eftersom att orsaken, trots utredning, förblir okänd i hälften av fallen.

I vår studie framkom det att kvinnor hade ett stort behov av att prata med andra som varit med om samma sak. Behovet av att prata med andra som varit med om liknande upplevelser tycks vara gemensamt även i andra livsomvälvande situationer. En deltagare i Brysiewicz (2008) studie om personer som förlorat en närstående i ett plötsligt dödsfall, beskrev att man enbart kunde förstå om man upplevt samma sak själv. I vår studie beskrev kvinnor att de kände samhörighet när de fick dela med sig och relatera till andra kvinnor med liknande erfarenheter. Några deltog i en mer organiserad form av stödgrupper, där de gavs möjlighet att uttrycka sina känslor. Enligt Abboud och Liampputong (2005) erbjuder stödgrupper ett stöd för föräldrarna genom processen. Genom att prata med andra som varit med om liknande upplevelser, fick de tips och råd om vad de kunde förvänta sig och hur de kunde hantera sin förlust.

Upplevelsen av att genomgå ett missfall är individuell men gemensamt tycks vara att alla behöver stöd på ett eller annat sätt. Vi anser att man bör erbjuda de kvinnor som är intresserade möjligheten att delta i en stödgrupp. Enligt Nikcevic et al. (2007) kan de kvinnor som deltar i stödgrupper få hjälp med att bearbeta sin upplevelse och de kommer tillbaka till sitt vardagliga liv tidigare än de kvinnor som saknar det stödet. Säflund et al. (2004) menar dock att deltagande i stödgrupp är en form som inte passar alla, men att alla bör få information om möjligheten att delta i en stödgrupp ifall att de ångrar sig senare. De flesta föräldrar är nämligen inte redo att delta i en stödgrupp förrän flera veckor efter förlusten

Kvinnor i vår studie uttryckte även ett behov av att prata med kompetent personal som kunde svara på deras frågor. I en studie (Säflund et al., 2004) som handlade om upplevelsen av att få ett dödfött barn fanns liknande behov. Föräldrarna betonade vikten av att få prata med personalen om det som hänt samt att få möjlighet att ställa frågor. De menade att det var betydelsefullt för att komma vidare i sorgeprocessen. Detta kan jämföras med Brysiewicz (2008) studie där de närstående hade ett stort behov av att få svar på sina frågor om vad som hänt och varför.

Wong, Crawford, Gask och Grinyer (2003) menar att kvinnor ofta var förvirrade och hade svårt att ta in information under den korta sjukhusvistelsen. Därför anser vi att en lämplig omvårdnadsintervention är att erbjuda kvinnor en uppföljning några veckor efter missfallet där de får tillfälle att få svar på sina frågor och prata om hur missfallet påverkat dem samt hur

de kunnat hantera detta. Detta bekräftas i flera studier (Stratton & Lloyd, 2008; Thorstensen, 2000; Wong et al., 2003) där kvinnorna uttryckte ett behov av en rutinuppföljning för att få en möjlighet att få mer information och ett tillfälle att prata om sin känslomässiga och fysiska upplevelse. Tsartsara och Johnson (2002) menar att kvinnor inte själva tar initiativet att kontakta vården eftersom att de inte vill vara till besvär. De menar även att kvinnan känner sig betydelsefull och tagen på allvar när hon blir uppringd av en sjuksköterska och att möjligheten att få prata om sin upplevelse leder till att kvinnornas skuld känslor minskar. Vi anser att det vore lämpligt om samma sjuksköterska, som hade omvårdnadsansvaret under vårdtiden, är den person som gör uppföljningen eftersom att hon redan har skapat en relation till kvinnan.

I en studie av Davies (1997) som handlar om personer som mist en närstående, beskrivs det att många människor aldrig glömmet sin förlust men att de så småningom, när de kommit igenom processen till slut når en punkt där de känner att de kan hantera sin situation och återvända till vardagen. Detta kan jämföras med kvinnor i vår studie, de beskrev att det tog tid att återhämta sig men att när de gått igenom bearbetningsprocessen hade de lärt sig mer om sig själva och de kände sig styrkta när de hade lärt sig att behärska sin situation.

Missfallet tvingade kvinnor att anpassa sig till en ny identitet, de försökte finna en mening i det som hänt och de omvärderade sin framtid. Vissa kvinnor kunde till slut se att trots att det varit smärtsamt hade det varit en lärorik erfarenhet eftersom att det gett livet en ny mening. Detta kan förstås enligt Kralik, Visentin och van Loons (2006) beskrivning av transition som en process där man omdefinierar sig själv för att kunna anpassa sig till förändringar i sitt liv. Transition sker när en persons verklighet blir störd och orsakar en förändring som resulterar i behovet att skapa en ny verklighet och identitet. Antonovsky (2003, s.39-41) menar att meningsfullhet handlar om betydelsen av att vara delaktig och processen i att hitta en mening i det som händer, detta ger en känsla av sammanhang (KASAM). Han menar även att alla människor har olika förutsättningar för att hantera påfrestande situationer, beroende på om de har ett högt eller svagt KASAM. För att kunna hantera en negativ situation såsom ett missfall, krävs det att man har tillgång till de resurser man behöver för att göra situationen begriplig. För att öka begripligheten och därmed få personen att förstå sin situation bättre kan sjuksköterskor bidra med tydliggörande information. Detta kan jämföras med resultatet i vår studie och man kan förstå varför en del kvinnor kunde fortsätta sitt vardagliga liv och hitta en ny mening medan det för andra tog längre tid.

Kvinnor kände en stor osäkerhet och oro när de blev gravida igen. Oron berodde på rädsla för att få ett nytt missfall. Enligt Fertl, Bergner, Beyer, Klapp och Rauchfuss (2009) upplever kvinnor som tidigare genomgått ett missfall mer ångest och oro under en ny graviditet. Ångestnivån tycks minska när kvinnan passerat tidpunkten för det tidigare missfallet. De har konstaterat att det finns ett samband mellan ångest under ny graviditet och risken för missfall samt att risken för tidig förlossning ökar. De menar dock att det inte finns så mycket forskning inom detta ämne.

Metoddiskussion

Enligt Holloway och Wheeler (2002, s.254) består en kvalitativ studies tillförlitlighet av fyra komponenter: pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet.

Pålitligheten i en studie ökar om resultatet är exakt och noggrant återgivet (Holloway & Wheeler, 2002, s. 254-255; Polit & Beck, 2004, s.434). Holloway och Wheeler (2002, s.255) menar att kontexten måste beskrivas i detalj för att studien ska kunna upprepas. I vår studie finns tydliga beskrivningar över vårt tillvägagångssätt gällande litteratursökning, urval och kritisk granskning. Vi har dessutom, genom att hålla oss textnära, återgett ett så exakt resultat som möjligt.

Trovärdighet innebär att deltagarnas uppfattningar överensstämmer med resultatet och att detta kan styrkas med hjälp av citat (Holloway & Wheeler, 2002, s.255). Resultatet i vår analys har styrkts med citat från ursprungsartiklarna, som bekräftar studiedeltagarnas upplevelser, för att öka trovärdigheten. Downe-Wamboldt (1992) menar att det är viktigt att återgå till ursprungstexterna flera gånger under analysprocessen då personliga tolkningar, trötthet och andra mänskliga faktorer annars kan påverka resultatet. Enligt Granheim och Lundman (2004) är detta viktigt även för att kontrollera innebörden och säkerställa att den hamnat i rätt kategori. Denna uppsats har granskats av både handledare och kursdeltagare vid ett flertal seminarietillfällen under processens gång. Vid seminarierna har dessa fått inblick under hela processen mot en färdig rapport och de har haft möjlighet att ge tips och kommentarer som vi tacksamt tagit till oss

Begreppet överförbarhet används istället för generaliserbarhet i kvalitativa studier (Holloway & Wheeler, 2002, s.255). Överförbarhet innebär att resultatet går att överföra till andra situationer med liknande kontext (Holloway & Wheeler, 2002, s.255; Polit &

Beck, 2004, s.435-436). Våra studier kom från länderna: Australien, Irland, Sverige, Storbritannien och Israel. Detta innebär att resultatet är överförbart till länder med västerländsk kultur.

Enligt Holloway och Wheeler (2002, s.255) visar bekräftelsebarhet att resultatet inte ska representera forskarnas egna tolkningar och förutfattade meningar utan istället visa studiedeltagarnas uppfattningar. Graneheim och Lundman (2004) menar dock att en text kan ha olika betydelser och att en viss tolkning sker när man analyserar en text, även om detta inte är avsikten. För att undvika egna tolkningar har vi under hela analysprocessen återgått till originaltexterna för att bibehålla den ursprungliga betydelsen. Då engelska inte är vårt modersmål kan man se en svaghet när det kommer till översättningen av textenheterna från engelska till svenska.

Slutsatser

Många av kvinnorna som genomgick ett missfall kände sig missnöjda med vården och det bemötande de fick från sjuksköterskorna. De upplevde det som att all fokus låg på den kroppsliga och rent medicinska delen och de saknade det känslomässiga stöd som de hade behov av. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att förmedla det emotionella och kognitiva stödet. Kunskapen inom forskningsområdet skulle kunna berikas av fler studier om hur mannen upplever missfallet samt mer fokus på hur paret tillsammans hanterar sin gemensamma förlust. Fler studier behövs om vilket stöd sjuksköterskan behöver för att orka vara empatiskt närvarande och ge en optimal omvårdnad som uppfyller kvinnans behov.

Referenser

(Referenser markerade med * ingår i analysen)

Antonovsky, A. (2003). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Abboud, L.N., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, (1), 3-18.

* Abboud, L.N., & Liamputtong, P. (2003). Pregnancy loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Social Work in Health Care*, 36, (3), 37-62.

* 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.

Barrera, M., O'Connor, K., D'Agostion, N.M., Spencer, L., Nicolas, D., Jovcevska, V., Tallet, S., & Schneiderman, G. (2009). Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death. *Death Studies*, 33, 497-520.

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Woman's Health*, 17, (3), 451-464.

Brysiewicz, P. (2008). The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 17, (2), 224-231.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Cole, F.L. (1988). Content analysis: process and application. *Clinical Nurse Specialist*, 2, (1), 53-57.

Davies, J. (1997). Grieving after a sudden death: the impact of the initial intervention. *Accident and Emergency Nursing*, 5, 181 – 184.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Edwards, L., & Shaw, D.G. (1998). Care of the suddenly bereaved in cardiac care units: a review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 144-152.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, (1), 107-115.

Fertl, K.I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142, 23-29.

García-Enguídanos, A., Calle, M.E., Valero, J., Luna, S., & Domínguez-Rojas, V. (2002). Risk factors in miscarriage: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 102, 111-119.

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

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Graziosi, G.C.M., Mol, B.W.J., Reuwer, P.J.H., Drogdrop, A., & Bruinse, H.W. (2004). Miso-prostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: a randomized trial. *Human Reproduction*, 19, (8), 1894-1899.

Griebel, C.P., Halvorsen, J., Goleman, T.B., & Day, A.A. (2005). Management of spontaneous abortion. *American Family Physician*, 72, (7), 1243-1250.

* Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19, (1), 8-14.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, (3), 320-329.

Krueger, G. (2005). Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome. *Nursing Inquiry*, 13, 163-171.

Layne, L.L. (2000). "He was a real baby with baby things" - A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss. *Journal of Material Culture*, 5, (3), 321-345.

Lindgren, B., Brulin, C., Holmlund, K., & Athline, E. (2005). Nursing students' perception of group supervision during clinical training. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 822-829.

* Maker, C., & Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity?. *Psychology and Health*, 18, (3), 403-415.

* McCreight, B. (2008). Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland. *Omega*, 57, (1), 1-19.

Moulder, C. (1999). Miscarriage: preparing SHOs for their role in hospital care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19, (1), 54-55.

Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591.

Nikcevic, A., Tunkel, S., Kuczmierczyk, A., & Nicolaides, K. (1999). Investigation of the Cause of Miscarriage and Its Influence on Women's Psychological Distress. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106, (8), 808-813.

Paton, F., Wood, R., Bor, R., & Nitsun, M. (1999). Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *Journal of reproductive and infant psychology, 17*, (3), 301-315.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 37*, 631-639.

Regan, L., & Rai, R. (2000). Epidemiology and the Medical Causes of Miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol . 14*, (5), 839-854.

Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after stillbirth: views and experiences of parents. *Birth, 31*, 132-137.

Schmeid, V., & Lupton, D. (2001). The externality of the inside: body images of pregnancy. *Nursing Inquiry, 8*, 32-40.

Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17*, (4), 369-380.

* St John, A., Cooke, M., & Goopy, S. (2006). Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. *Australian Journal of Advanced Nursing, 23*, (3), 8-12.

Stratton, K., & Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*, 5-11.

Thorstensen, K.A. (2000). Midwifery management of first trimester bleeding and early pregnancy loss. *Journal of Midwifery and Women's Health, 45*, (6), 481-497.

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

Washbourne, C., & Cox, C. (2002). Per vagina bleeding in early pregnancy. *Emergency Nurse*, 10, (8), 21-25.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur:Lund.

* Wojnar, D. (2007). Miscarriage experiences of lesbian couples. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52, 479-485.

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.

Världshälsoorganisationen. (1977). WHO recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 56, 247-253.