



EXAMENSARBETE

MARIA ÖHMAN

**”De orden glömmet jag aldrig”
Handledningens inverkan på
missfallspatientens lidande – en
litteraturstudie**

Maria Öhman

Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola
Vård

Helsingfors 2009

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård/Barnmorska
Identifikationsnummer:	5964
Författare:	Maria Öhman
Arbetets namn:	”De orden glömmar jag aldrig”Handledningens inverkan på missfallspatientens lidande – en litteraturstudie
Handledare:	Pirjo Väyrynen
Uppdragsgivare:	HNS - Kvinnosjukhus
<p>Sammandrag:</p> <p>Patienthandledningens roll har blivit allt viktigare inom vården. Eftersom vårdtiderna förkortas och patienten förväntas klara återhämtningstiden hemma, är handledningen central. I denna studie har jag undersökt på vilket sätt handledningens tidpunkt och sättet som vårdpersonalen handleder på påverkar missfallspatientens lidande. Då en kvinna får missfall orsakar det lidande och ur litteraturen stiger det fram hur vårdaren ofta bidrar till det genom oförsiktiga yttranden eller handledning under fel tidpunkt. Jag har undersökt vilken den optimala tidpunkten för handledningen vore utgående från utsagor av kvinnor som fått missfall. Som teoretisk referensram har jag använt Erikssons (1994) teori om lidande.</p> <p>Studien är en kvalitativ litteraturstudie där jag analyserat 74 berättelser från fyra olika böcker. Syftet för studien var att komma fram till vilken den optimala tidpunkten för handledningen är, samt på vilket sätt kvinna önskar handledas. Berättelserna är analyserade genom upprepad genomläsning och jag har sedan plockat ut meningsfulla utsagor och grupperat det i över- och underkategorier. Överkategorierna är uppdelade i ”Tiden före missfallet”, ”Tiden under missfallet” och ”Tiden efter missfallet”.</p> <p>Underkategorierna beskriver vilka aspekter av handledningen som påverkar kvinnans lidande under de olika tidpunkterna. Metoden som använts är en tillämpning av Patels & Davidsons (1994) och Eneroths (1984) kvalitativa analysmetoder.</p> <p>Resultatet visar att handledningen är viktig för kvinnan under missfallets alla skeden. Att välja den rätta tidpunkten för handledningen har betydelse för hur patienten uppfattar informationen vårdaren förmedlar och hur patienten upplever sig bli behandlad. Lidandet patienten känner lindras då vårdaren beaktar tiden för handledningen och kvaliteten av den. Resultatet innehåller en punktlista över den optimala tidpunkten att handleda en kvinna som fått missfall.</p>	
Nyckelord:	missfall, patienthandledning, lidande
Sidantal:	64
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing/Midwife
Identification number:	5964
Author:	Maria Öhman
Title:	“I will never forget those words” A literature study about how patient education influences the suffering of the patient with a miscarriage
Supervisor:	Pirjo Väyrynen
Commissioned by:	HNS - Kvinnosjukhus
<p>Abstract: Patient education has become increasingly important in today’s care. Because of shorter admission times at hospitals the patient is expected to care for herself at home at a much earlier stage. In this study I have researched in which way the time of the education given to the patient and the way it is given, affects the suffering of the patient that has had a miscarriage. A miscarriage in it self causes suffering to the woman and the literature verifies that the caregiver often worsens it by making thoughtless comments and giving information at the wrong time. I have studied which the optimal time of education for the patient is by reading stories written by women who have suffered a miscarriage. As my theoretical reference point I have used Katie Erikssons (1994) theory of suffering. This study is a qualitative literature study in which I have analyzed 74 stories from four books. The aim of the study was to reveal the optimal time for educating the patient and how to do it. The stories have been analyzed by repeatedly reading them trough and picking meaningful dictums and then arranging them into categories. The categories are divided into “The time before the miscarriage”, “The time during the miscarriage” and “The time after the miscarriage”. These three categories have subcategories that describe the aspects of the patient education which affect the women’s suffering during the different times of the miscarriage. The method I have used is a modification of Patel & Davidson’s (1994) and Eneroth’s (1984) qualitative methods for analysis. The result of the study shows that patient education is important for the woman during all phases of the miscarriage. Choosing the right time for giving the patient information is crucial to ensure that the patient understands all of the information and feels that she is being treated well. The suffering the patient feels is relived by the caregiver taking notice to the time of the education and the quality of it. The result includes a list that shows the optimal time for giving patient education to a woman that has had a miscarriage.</p>	
Keywords:	miscarriage, patient education, suffering
Number of pages:	64
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1.	INLEDNING.....	8
2.	BEGREPPSDEFINITIONER.....	9
3.	BAKGRUND.....	10
3.1	Vad är ett missfall?.....	10
3.2	Sorg och kris.....	11
3.3	Patienthandledning.....	12
4.	LITTERATURÖVERSIKT.....	14
4.1	Presentation av artiklarna.....	16
4.2	Sammanställning.....	23
4.2.1	Hur upplever kvinnan vården i samband med missfallet?.....	24
4.2.2	Hur skall man tala till patienten som fått missfall?.....	24
4.2.3	Patientens omsorgsbehov.....	25
4.2.4	Tidsaspekten inom handledningen.....	26
4.2.5	Uppföljning och eftervård.....	27
4.2.6	Ritualer i samband med sorgen efter ett missfall.....	28
5.	LIDANDET.....	29
5.1	Vad är att lida?.....	29
5.2	Vårdaren som medaktör i patientens lidande.....	30
5.3	Lidandets olika dimensioner.....	31
5.4	Att lindra lidandet.....	32
6.	SYFTE.....	32
7.	AVGRÄNSNINGAR.....	32
8.	CENTRAL FRÅGESTÄLLNING.....	33
9.	DESIGN.....	34
10.	METOD.....	35
10.1	Datainsamling.....	37

10.2 Databearbetning.....	38
11. FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER.....	39
12. RESULTAT.....	40
12.1Handledning innan missfallet bekräftats.....	40
12.1.1 Elektronisk information.....	41
12.1.2 Indirekt handledning.....	41
12.1.3 Direkt handledning.....	42
12.2Handledning under missfallet.....	43
12.2.1 Den chockade patienten.....	43
12.2.2 Patientens behov av tröst.....	45
12.2.3 Patientens behov av information.....	45
12.2.4 Patientens behov av att prata.....	46
12.2.5 Patientens behov av emotionellt stöd.....	47
12.2.6 Patientens behov av ritualer i samband med missfallet.....	47
12.2.7 Patientens behov av tid.....	48
12.3Handledning efter missfallet.....	49
12.3.1 Patientens behov av att tala och fråga.....	49
12.3.2 Patientens behov av eftervård.....	50
12.3.3 Patientens behov av stöd i sorgen.....	51
12.3.4 Patientens behov av stöd då hon blir gravid på nytt.....	51
12.4 Slutsatser.....	52
12.4.1 Den optimala tidpunkten för handledning innan missfallet bekräftats.....	53
12.4.2 Den optimala tidpunkten för handledning under missfallets gång.....	53
12.4.3 Den optimala tidpunkten för handledning efter missfallet.....	55
13. DISKUSSION.....	55
14. KRITISK GRANSKNING.....	60
KÄLLOR.....	62

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Pirjo Väyrynen för god handledning och Camilla Lindroos för språkgranskningen av mitt examensarbete. Ett mycket stort tack till mamma och Jens för all hjälp och allt stöd som jag fått under hela processen. Det hade inte lyckts utan Er!

”Jag är inte ful. Jag är till och med vacker.

Spegeln återger en kvinna utan defekter.

Sjuksystrarna ger mig tillbaka mina kläder, och en identitet.

De säger att det är vanligt att sådant händer.

Det är vanligt i mitt liv och i andras liv.

Jag är en av fem, på ett ungefär. Jag är inte ett hopplöst fall.

Jag är vacker som en statistisk kurva. Här är mitt läppstift.

Jag målar dit den gamla munnen,

den röda munnen jag lade åt sidan tillsammans med min identitet

för en dag sen, två dagar, tre dagar sen. Det var en fredag.

Jag behöver inte ens ta ledigt; jag kan gå till arbetet idag.

Jag kan älska min man som kommer att förstå.

Som kommer att älska mig genom dimridån av mina defekter,

som om jag förlorat ett öga, ett ben, en tunga.

Och det är så jag står, lite skumögd, det är så jag går ut,

på hjul istället för ben, det fungerar lika bra.

Och jag lär mig tala med fingrarna, inte med tungan.

Kroppen har stora resurser.

På en sjöstjärnas kropp växer nya armar,

och vattenödlor slösar med ben. Och kanske jag

är lika slösande i det som fattas mig.

Ur diktsviten ”Tre kvinnor” av Sylvia Plath, tolkad av Siv Arb (Sundgren 1992:40)

1. INLEDNING

En kvinnas längtan att få ett barn är inte bundet till kultur eller till tid, inte till samhällsform eller klass. En kvinna kan känna ett starkt fysiskt och emotionellt behov att bli gravid, bära sitt barn och föda fram det. (Järvi 2007:13) Redan i ett tidigt skede binder hon ett band till sitt ofödda barn och ställer sig in på förändringen som är på väg. Då kvinnan sedan får ett missfall trasas denna framtidsvision sönder och leder till ett stort lidande.

Missfall är mycket vanligt och sorgen efter det stort. Trots det är det ofta en personlig händelse som man inte delar med omgivningen. Det är svårt att prata om missfall och det leder till att man inte har det stöd som man skulle behöva.

Då man läser kvinnors berättelser om sina missfall, återkommer samma mönster då det gäller omgivningens reaktion på missfallet. Kommentarer som är avsedda som tröstande blir så fel: ”Det var nog något fel på barnet, bättre såhär”, ”Bra att det hände så tidigt”, ”Du är fortfarande ung, du kan få tio barn om du så vill!”. Kommentarer kommer både från anhöriga och vänner men också av vårdpersonalen. Det är som om det vore förbjudet att sörja ett missfall. Man skall samla sig kvickt och återgå till det normala. Dikten av Sylvia Plath beskriver bra hur man efter att den fysiska delen av missfallet är över antas gå vidare, trots att ens hjärta är brustet och själen trasig.

Då en kvinna upplever missfall upplever hon förlust på flera olika plan; hon mister sin graviditet, sitt moderskap, en familjemedlem och via sorgen kanske en bit av sig själv. Lidandet är oundvikligt. Kvinnor som genomgått missfall betonar vårdarna som centrala i processen (Grönroos 1996:32). Det bästa möjliga stödet vårdaren ger består till en stor del av att bara finnas där för kvinnan, men även att erbjuda kvinnan information är mycket viktigt. Att förstå vad som hänt ger möjlighet åt sorgprocessen att sätta igång. Därför vill jag undersöka hur handledningen vårdpersonalen ger påverkar patientens lidande, och mer specifikt: vilken är den optimala tidpunkten för att handleda en kvinna som fått missfall samt vilket är det optimala sättet att göra det på?

2. BEGREPPSDEFINITIONER

I texten används ord som ”*kvinn*” och ”*patient*” som synonymer. Ordet ”*missfallspatient*” förekommer också synonymt med kvinna och patient.

Begreppet *vårdare* innebär den *vårdpersonal* som missfallspatienten kommer i kontakt med under vårdtiden. Det kan vara barnmorskor, sjukskötare, hälsovårdare, läkare mm.

En människa kan hamna i *kris* efter en plötsligt omvälvande händelse som river upp hennes existerande tillvaro. Människan genomgår även så kallade livskriser i samband med olika åldrar. Dessa livskriser leder till mognad och en djupare och bredare syn på livet. (Bergman & Normelli 2000:173-174)

Sorg är ett känslomässigt tillstånd utlöst av starka emotionella nervimpulser, såsom t ex bortgång av en nära anhörig, plötsligt eller progressivt förlopp av en sjukdom eller genom psykisk sjukdom, etc. Sorg upplevs ofta som en negativ känsla som får en att känna sig nedstämd. Sorg kan uttryckas i tårar. Ett liknande tillstånd kan vara ledsamhet. (Wikipedia 2009)

Morbiditet betyder sjuktal, sjuklighet, och beskriver antalet sjukdomsfall eller skadefrekvens i en population. (Wikipedia 2009)

Då en graviditet avbryts spontant före graviditetsvecka 22 eller fostret väger under 500 g vid födseln talar man om ett *missfall* (*lat. abortus spontaneus*). (Äimälä 2007:385)

Fördröjt missfall (*eng. missed abortion, lat. abortus inhibitus*) betyder att ett foster som dött inte stöts ut utan blir kvar i livmodern. (Sundgren 1992:17)

Med *handledning* menas den information och det stöd vårdaren ger patienten för att hon skall kunna hitta sina egna resurser, ta ansvar för sin hälsa och vårda sig själv så bra som möjligt. Handledning är en interpersonell process och skall grunda sig på evidensbaserade fakta. (Kyngäs et al. 2007:5)

En annan definition för *handledning* är att ge tid, uppmärksamhet och respekt åt någon. (Onnismaa 2007:38)

Ett *begrepp* är en benämning eller en rad inbördes relaterade bestämningar som betecknar ett föremål, en grupp av föremål eller en företeelse. (Patel & Davidson 1994:17)

3. BAKGRUND

I följande del presenteras vad ett missfall är. Jag går också igenom vad som definierar sorgen och krisen som följer efter ett missfall samt vad patienthandledning är och varför det är viktigt.

3.1 Vad är ett missfall?

Enligt olika källor slutar till och med 36 % av alla graviditeter i missfall. Det är svårt att bedöma ett exakt antal, eftersom vissa graviditeter slutar i ett så tidigt skede att kvinnan inte är medveten om att hon är gravid. Största delen av missfallen sker före graviditetsvecka 12 och är ofta fosterbetingade. Andra orsaker till missfall är t.ex. strukturella avvikelser i kvinnans reproduktiva organ och infektioner. Om en kvinna haft fler än tre missfall är det skäl att göra en grundlig medicinsk utredning. En latent kronisk sjukdom, latent kromosomavvikelse eller hormonella orsaker kan ligga bakom missfallen. En kvinna har ökad risk för missfall om hon har hög ålder eller övervikt, om hon röker eller använder stora mängder alkohol. (Äimälä 2007:385-386)

Ett missfall börjar oftast med smärta eller en blödning eller båda (hotande missfall, *abortus imminens*). Om inte blödningen är mycket riklig krävs inte sjukhusvård. Inom några dagar bör man med ultraljud kontrollera om fostret lever eller inte. Om fostret är vid liv kan situationen lugna sig av sig själv. Om fostret är dött och livmodern inte töms spontant kan en skrapning eller medicinsk tömning behövas. Graviditetssymtomen försvinner ungefär om en vecka efter missfallet. Vid efterkontrollen, om en sådan görs, granskar man att livmodern är tom, att blödningarna upphört och att det inte finns

tecken på en infektion. Man informerar kvinnan om orsakerna som kan ha lett till missfallet. (Äimälä 2007:386)

Trots att missfall är mycket vanliga är det alltid en traumatisk händelse för kvinnan och en verklig förlust för henne. Sorgen kräver tid och rum. Kvinnan behöver stöd fastän hon inser att fostret inte var livsdugligt. Hon kan känna rädsla för att något hon gjort orsakat missfallet och kvinnan behöver rätt sorts information för att bli fri från tankarna. Paret som upplevt missfallet behöver också information om framtida graviditeter och hurudan prognosen är. Efter ett missfall är risken för att det skall ske även i nästa graviditet inte större och efter två missfall har man 80 % möjlighet till en normal graviditet. Ju fler missfall en kvinna upplevt, desto större är risken för det i kommande graviditeter. (Äimälä 2007:386)

En kvinna som upplevt missfall känner en stor osäkerhet och har ett behov både av information och av att känna att det finns en annan människa nära. (Grönroos 1996:28)
Vårdpersonalen spelar en central roll i att trygga att patienten får adekvat handledning och i att beakta den unika patientens behov.

3.2 Sorg och kris

Glädjen är utåtriktad, sorgen inåtvänd. Människan vill visa sina framgångar för hela världen, men besvikelser vill hon glömma. Sorg handlar alltid om att förlora något. Inom psykologin är sorg ett väl studerat, beskrivet och förklarat begrepp. Det är kanske det tydligaste exemplet på det som definieras som kriser, dvs. ”reaktioner på plötsligt omvälvande händelser”. (Bergman & Normelli 2000:173-174)

En kris har fyra faser: chock, reaktion, bearbetning och nyorientering. Chockfasen beskrivs som förnekelsefasen; personen som drabbats blir som förlamad och kan utåt verka tämligen oberörd. Det som har skett är så smärtsamt att man helt enkelt förnekar att det skett. Efter chocken kommer bearbetningen då känslorna lossnar. Förlamningen släpper och verkligheten träder fram. Känslorna slår med full kraft. Efter att den svåraste smärtan passerat vidtar den mödosamma läkningsprocessen, bearbetningen. Det

kallas även sorgarbete. Med detta ordval vill man visa att det dels är en ansträngande uppgift, dels att den inte går av sig själv utan kräver engagemang från den sörjande. Slutet på sorgförloppet innebär nyorientering; människan finner glädje i det hon har kvar och kan hitta nya intressen och livsmål. (Bergman & Normelli 2000:174-175)

Handledningen patienten får borde anpassas enligt de olika faserna. En människa som befinner sig i chockfasen kan omöjligen ta emot information på ett effektivt sätt. Man kan även se att sorg och kris är synonymt med lidande såsom det beskrivs av Katie Eriksson.

3.3 Patienthandledning

Handledningen inom vården spelar en allt starkare roll eftersom vårdtiderna förkortas och det förväntas att patienterna själva skall ta allt större ansvar för sin hälsa, att de klarar återhämtningstiden hemma och att de ändrar sina levnadsvanor på önskat sätt. (Kyngäs et al. 2007:5)

Emotionellt stöd	Att visa positiva känslor så som att bry sig om, att tycka om, att respektera mm.
Praktiskt stöd	Ekonomiskt stöd, material och olika former av service som patienten behöver.
Informativt stöd	Att ge den information som behövs.
Tolkande stöd	Att hjälpa patienten att förstå och utvärdera sig själv, sin situation eller andra människor.

Figur 1. Handledningens innehåll från det sociala stödets synvinkel

(Kyngäs et al. 2007:42)

Figuren ovan visar de olika dimensionerna av handledning som Kyngäs (2007) beskriver i sin bok "Ohjaaminen hoitotyössä". Ofta behöver patienten alla eller största delen av de olika stödformerna, och det är viktigt att som vårdare vara beredd på att erbjuda dem. Det är även viktigt för vårdaren att kunna se vilken form av stöd patienten behöver för stunden; alla de olika formerna kan kanske inte ges samtidigt. Då det gäller missfallspatienten är det emotionella och det informativa stödet det mest centrala i det akuta skedet och de två andra formerna kommer senare i processen.

Människan är en helhet av fem olika dimensioner: biofysiska, emotionella, intellektuella, andligt-existentiella och socio-kulturella. Genom att handleda patienten strävar man efter en förändring; man vill att patienten lär sig, får insikt och utökar sin kunskap och förmåga. Utökningen kräver att det sker en förändring i alla dimensioner. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996:152) Då man handleder skall man komma ihåg att beakta alla dimensioner. Om man beaktar bara det intellektuella kan handledningen aldrig bli fullständig. Speciellt den emotionella dimensionen är central i både den akuta fasen och även senare. Det är också en dimension som patienten ofta upplever att inte beaktas på det sätt hon skulle önska.

Det finns olika handledningsmetoder man kan använda. I missfallspatientens fall är det ofta individhandledning som används. Det innebär att man handleder muntligt eftersom den interpersonella processen är central. Man ger då patienten möjligheten att avbryta och ställa frågor, man kan korrigera missuppfattningar och stöda patienten. (Kyngäs et al. 2007:74) Eftersom en kvinna som upplevt missfall kan befinna sig i ett chocktillstånd, där hon inte kan ta emot information, är det viktigt att ge informationen upprepade gånger vid behov. Att ge informationen i olika former (muntligt, skriftligt mm.) är också bra. Studier har visat att patienter kommer ihåg 75 % av vad de ser men bara 10 % av vad de hör. Om man kombinerar dessa och handleder genom att stimulera båda sinnen, minns patienten 90 % av informationen. (Kyngäs et al. 2007:73) God handledning kräver tid och den unika individens behov skall alltid beaktas.

Dagens hälso- och sjukvård präglas av en alltid närvarande brådska. Då det är personalbrist finns det aldrig riktigt den tid för handledning som skulle behövas. Att visa denna brådska för patienten sänder budskapet att hon och hennes angelägenhet inte är viktiga. Tiden är en resurs och ett instrument för både vårdaren och patienten. Det väsentligaste är inte hur länge handledningssituationen tar utan hur man organiserar

tiden man har till förfogande på bästa sätt. Tidsbrist anses ofta som den största bristen då det gäller handledning. (Onnismaa 2007:39)

Eftersom kvinnan som fått missfall ofta inte är mottaglig för information är det viktigt att komma ihåg att bara berätta det väsentliga, det som har betydelse för den närmaste framtiden, de närmaste timmarna eller det som händer härnäst. Man skall även komma ihåg att använda ett enkelt språk som patienten förstår ändå utan att ”tala ned” till patienten. (Katz 1997:2)

Studier har visat att handledning av god kvalitet främjar patientens hälsa.

Handledningen påverkar bland annat patientens funktionsförmåga, livskvalitet, förbindelse till vården och självvård. Patienten kan klara sig hemma och självständigt fatta beslut i livet. Det har också märkts att handledningen har påverkat patientens sinnesstämning positivt genom att den reducerar depression och ångest och minskar känslan av ensamhet. (Kynngäs et al. 2007:145) Genom handledningen strävar man efter att patienten själv skall se sina resurser och kunna handskas med sina hälsohinder. Genom att lära sig, alltså via handledning, kan patienten hitta och ta i bruk latent resurser och se nya möjligheter i sin situation. Det viktigaste målet med handledningen – såsom med all vård – är att hjälpa patienten till ett så gott liv som möjligt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996:170-171)

4. LITTERATURÖVERSIKT

Då jag för denna undersökning studerat tidigare forskning och litteratur, har jag läst vårdvetenskaplig litteratur, medicinsk litteratur, böcker och artiklar som berör mitt temaområde missfall och patienthandledning. Jag har även använt mig av metodlitteratur och forskningsetisk litteratur.

Litteraturen kommer från Finland, Sverige, USA, Australien och Storbritannien och är publicerad åren 1992-2008. Litteraturen är sökt via databaser och via manuell sökning. Sökord på svenska, finska och engelska har använts.

Jag har valt min litteratur genom att läsa igenom titlar och abstrakt. Vissa verk har inte varit tillgängliga och har därför lämnats bort ur litteraturöversikten.

Databaser som använts för informationssökning är: OVID/Cinahl, Emerald, IEEE Xplore, PubMed, EBSCO Host och Google Scholar. Som sökord har använts "miscarriage", "spontaneous abortion", "patient education", "patient teaching", "counselling", "service", "intervention", "follow-up", "suffering" och kombinationer av dessa. På svenska har jag använt sökorden "missfall", "lidande" och "patienthandledning". På finska har motsvarande varit "keskenmeno", "potilaan ohjaus/opetus/neuvonta". Via databaserna fann jag tolv artiklar som var tillgängliga i fulltext och relevanta för studien. En del av källorna som jag hade velat använda var inte tillgängliga i fulltext. De sökningar som är gjorda 23.2.2009 och 2.3.2009 är begränsade genom att endast söka artiklar tillgängliga i fulltext och är publicerade mellan åren 2000-2009. (Se bilaga 1.)

Då jag sökt via bibliotekskataloger har jag använt Arken och HelMet. Som sökord har använts samma ord som vid sökning i databaserna samt på HelMet "ohjaaminen". På Arken fick jag 12 träffar varav jag använde 3 stycken. Jag hade velat använda en källa men den var inte tillgänglig. På HelMet fick jag med olika sökord 19 och 25 träffar av vilka jag använde 2 respektive 1 källa.

Med de sökord jag använt fick jag ett stort antal träffar av vilka jag genom att läsa titlar och abstrakt valde att ta med tolv stycken. Vissa artiklar som jag hade velat använda var inte tillgängliga i fulltext. Jag hittade inte en enda artikel som skulle ha behandlat exakt mitt tema, dvs. tidsaspekten inom handledningen av missfallspatienten. Dock hittade jag artiklar som behandlade lidande, missfall och patienthandledning. Det finns mycket forskning om alla de olika aspekterna jag intresserar mig för, men jag har inte hittat en enda forskning som skulle besvara min centrala frågeställning. Som resultat för litteratursökningen hittades tolv forskningsartiklar som inkluderades i studien.

4.1 Presentation av artiklarna

I följande stycken presenteras de tolv forskningsartiklar som inkluderades i studien kort och efter presentationen följer en sammanställning av innehållet i dem. Olika teman som kommer upp i artiklarna lyfts fram och begrundas.

Artikel 1

Hazen, Mary Ann. 2006. Silences

Forskaren har undersökt hur en kvinna som genomgått sent missfall eller att barnet dött i magen sent i graviditeten upplever omgivningens reaktion. Forskaren har kommit fram till att kvinnan ofta ”tystas ned” (eng. silence) eller tystar ned sig själv genom att inte tala om det som hänt. Det anses som tabu. Till exempel på arbetsplatsen kände många att det inte fanns utrymme att uttrycka sina känslor. Att ”tystas ned” kan leda till depression, krossade förhållanden, förstörda karriärer och förlorade chanser för utveckling.

Forskaren har djupintervjuat 13 kvinnor som förlorat sin graviditet. Kvinnorna är av olika ålder och har upplevt sin förlust åren 1965-1999. Forskaren har även undersökt hur sjukhuspersonalens handlande påverkat kvinnorna och kommit fram till att personalens handlande utvecklats och blivit bättre med tiden. Om kvinnan upplevt att hon blivit bra behandlad hade det även en lindrande inverkan på hela lidande- och sorgprocessen.

Artikel 2

Dickson et al. 2002. Health professionals' perceptions on breaking bad news.

Forskarna har undersökt vilket det bästa sättet att ge patienten dåliga nyheter (eng. breaking bad news") är, genom att låta 33 stycken medlemmar av sjukhuspersonalen svara på vad de anser om saken. Forskarna vill få fram vilka de centrala dimensionerna är då man på ett bra sätt berättar dåliga nyheter åt patienten. "Dåliga nyheter" beskrivs i artikeln som t.ex. att berätta för patienten att hon har en obotlig cancer eller för en gravid kvinna att fostret i magen dött.

Det som anses som det viktigaste är goda kunskaper i interpersonell kommunikation. I artikeln undersöks närmare vad det är och vilka faktorer som påverkar det.

Artikel 3

Fagerström et al. 1997. The patient's perceived caring needs as a message of suffering.

Forskarna har haft som syfte att få en djupare inblick i patientens behov av omvårdnad och omsorg, alltså problem, behov och önskan i samband med sjukdom. Genom att utföra en studie och intervjua patienter på två avdelningar på ett universitetssjukhus i Finland har skribenterna undersökt behovet av omvårdnad och dess inverkan på lidandet.

Studien utfördes så att de delade in patienterna i tre grupper enligt hur dessa svarat på frågeformulären: den nöjda patienten, den nöjda patienten som klagar och den onöjda patienten som klagar. Även vårdpersonalen delades in i tre grupper enligt hur de beskrevs av informanterna: yrkeskunnig och vänlig, yrkeskunnig och kontaktskapande samt yrkeskunnig och modig. Man gjorde sedan en korsreferens mellan dessa grupper.

Patientens behov för omvårdnad kan tolkas och förstås genom att undersöka hennes lidande men även genom att se på upplevelsen av välbehag och tröst. De mest framträdande behoven av omsorg var att kunna känna förtroende för vårdpersonalen, känna trygghet och tröst, få handledning, närhet och att ha en öppen dialog. Patienternas behov av omsorg kan innehålla möjligheter för växt och utveckling. (Fagerström et al.

1997) Genom att förstå patientens lidande som en del av hennes hälsa kan man få en djupare inblick i hennes behov av omsorg.

Artikel 4

Katz, Janet. 1997. Back to Basics - Providing Effective Patient Teaching.

Artikeln innehåller praktiska riktlinjer för hur man skall handleda en patient på det mest effektiva sättet, det vill säga så att patienten får den största möjliga nyttan av det.

Patienthandledningens syfte är att främja självständighet och egenvård och att reducera återintagningar på sjukhus.

De viktigaste punkterna som forskaren poängterar är hur man kan få och behålla patientens uppmärksamhet, hur göra det mesta av tiden man har, hur försäkra sig om att patienten förstår vad man vill säga och hur hålla sig till grunderna och inte göra saker för komplicerade. Skribenten tar även upp de vanligaste hindren för inläring och hur man kan komma över dem.

Artikel 5

Brier, Norman. 2008. Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the literature.

Artikeln behandlar olika studier som gjorts gällande sorg och missfall. Det är en sammanfattning av det som finns studerat på detta område. Undersökningen är gjord för att ge vårdpersonalen riktlinjer i hur den skall handla då den bemöter en patient som fått missfall.

Resultatet av undersökningen ger inga klara svar. Många av studierna motsäger varandra och det är uppenbart att ämnet behöver studeras mer. Man kan ändå säga att sorgen efter ett missfall är mycket liknande sorgen efter att ha mist något annat mycket betydelsefullt. Genom att uttrycka detta för patienten bekräftar man hennes förlust som

något verkligt och något viktigt. Samtidigt låter man patienten veta att sorgen efter ett missfall kan vara mycket stor.

Eftersom en kvinna ofta knyter starka band till sitt ofödda barn och sin graviditet är det viktigt för vårdaren att efter ett missfall hjälpa kvinnan att uttrycka sitt ”personliga arv av förlusten”. Det görs genom att t.ex. fråga när kvinnan började längta efter ett barn eller hurdana förväntningar och önskningar hon hade gällande framtiden. Genom att hjälpa patienten att ordna sina tankar och känslor till en helhet, kan hon få en större känsla av kontroll. En annan viktig aspekt att komma ihåg är att göra det förlorade barnet mer konkret genom att fråga om föräldrarna hade gett barnet ett namn och med tillstånd använda det då man diskuterar förlusten. Att ha någon sorts minnesgudstjänst kan också hjälpa genom att den markerar slutet av en fas och begynnelsen av en ny.

Artikel 6

Stratton, Katarina & Lloyd, Libby. 2008. Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative.

Syftet med denna artikel är att genom en litteraturstudie få fram evidensbaserade riktlinjer för sjukhusvård och eftervård av missfallspatienten. Resultatet visar att man behöver studera närmare på följande olika områden: utvärdering, information, uppföljning genom telefonsamtal, bedömning av risker och vård under påföljande graviditet.

Patientens upplevelse av vårdpersonalen har studerats i både Storbritannien och Australien för att man ville komma fram till vad kvinnan finner stödande och tröstande och vad inte. Flera olika studier har visat att upplevd sorg och smärta i samband med missfall kan förvärras av otillfredsställande vård. Information anses som en nyckelfaktor för upplevelsen av missfallet och kan underlätta förståelsen och erfarenheten och genom det främja återhämtningen.

Artikel 7

Bryant, Hannah. 2008. Maintaining Patient Dignity and offering support after Miscarriage.

Artikeln innehåller praktiska riktlinjer för hur man skall vårda en missfallspatient på en akutmottagning. Både den fysiska och psykiska aspekten tas i beaktande.

Enligt skribenten är den fysiska omgivningen viktig för kvinnan; avskildhet från andra patienter kan kännas bra. Det är också viktigt att se till att alla instrument som behövs vid inre undersökning finns tillhanda och utrymmet där undersökningen sker är privat och t.ex. dörren går att låsa. Man skall även se till att det finns hygienartiklar som bindor tillgängliga. Många kvinnor känner att det är generande att behöva be om dem.

Patientens psykiska behov innefattar att vårdaren tillbringar tillräckligt med tid med patienten för att garantera möjligheten till diskussion och stöd, etablera förtroende, bekräfta patientens förlust, inte undvika att tala om ”det svåra”, vara beredd på att svara på frågor och förse patienten med relevant litteratur (t.ex. broschyr, häfte med information), ta hänsyn till patientens kulturella och religiösa behov, stöda kvinnans partner eller familj, kontakta en familjemedlem eller vän vid behov, garantera att adekvat eftervård ordnas vid behov och vara precis och lyhörd.

Det är viktigt att förse patienten med tillräcklig information och se till att hon förstår den så att hon kan fatta medvetna beslut gällande sin vård. Många kvinnor beskyller sig själva för sitt missfall och det är viktigt att förklara för dem att det inte är deras fel. Man skall bemöta en missfallspatient och hennes partner/familj med respekt och empati.

Artikel 8

Nikcevic et al. 2000. Distress after miscarriage: relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style.

Artikeln beskriver en studie som undersöker sambandet mellan att patienten har kännedom om orsaken till sitt missfall och ångesten, sorgen och smärtan som följer efter missfallet.

Studien är utförd genom att kvinnor som upplevt fördröjt missfall eller en druvbörd erbjöds ytterligare undersökningar om vad som orsakat missfallet. Undersökningarna inkluderade bl.a. ett 3D-ultraljud för att se om det fanns anomaliteter i livmodern och olika blodprover. Fem veckor efter missfallet hade kvinnorna ett uppföljningsbesök som tog en timme och hölls av en psykolog eller en obstetriker. Man diskuterade vad som uppkommit på undersökningarna och hur framtida graviditeter påverkas av resultatet.

Man kom fram till att kvinnor som varit på uppföljningsbesök hade lägre psykisk morbiditet vare sig man fått reda på orsaken för missfallet eller inte.Handledningen kvinnorna fått kan ha underlättat förståelsen för orsaken trots att man inte hittat ett medicinskt skäl till det. Uppföljningen har i vilket fall som helst en positiv inverkan på patientens välmående.

Artikel 9

Mansell, Alexandra. 2006. Early pregnancy loss.

Forskaren har studerat vad som är god vårdpraxis för missfallspatienten som vårdas på en akutavdelning. Som avslutning på studien var det meningen att vidareutbilda personalen som arbetar på akutavdelningen i vården av missfallspatienten, men på grund av yttre omständigheter lyckades detta inte. Den skriftliga informationen som inhämtats under forskningsprocessen gjordes dock tillgänglig för alla som arbetar på akutavdelningen.

Forskningens resultat visar att kvinnan som upplever missfall behöver information och förklaring till det som händer, stöd och även möjlighet att välja hur fostret tas om hand efter missfallet. Många är så chockade att de inte tänker på det förrän efteråt och kanske funderar en mycket lång tid vad som hände fostret. På akutavdelningen bör det finnas klara, skriftliga riktlinjer för hur man handlar då det gäller omhändertagandet av fostret efter missfallet. Man skall även alltid hjälpa kvinnan och hennes eventuella partner i att välja det bästa sättet för omhändertagande av deras foster.

Artikel 10

White, Hazel L. & Bouvier, Denise A. 2005. Caring for a patient having a miscarriage.

I artikeln diskuterar forskaren hur man skall vårda och stödja kvinnan med missfall. Forskaren definierar först vad som anses vara ett missfall och går sedan över till vården av patienten med missfall. Den fysiska delen av vården innehåller bland annat många olika laboratorieprover för att följa med hur kvinnan mår och hur missfallet framskrider. I vissa fall behöver kvinnans andning, puls och blodtryck monitoreras och man skall följa med mängden blod som kvinnan blöder. Detta är speciellt viktigt efter en skrapning för att undvika komplikationer. Man skall se till att kvinnan har tillräcklig smärtlindring tillgänglig.

Det är viktigt att ta sig tid att förklara för patienten vad som händer och tillåta henne att ställa frågor. Man kan stödja kvinnan och hennes familj genom att uppmuntra dem att verbalisera sina känslor, ge dem möjlighet till avskildhet och finnas till för att lyssna på deras bekymmer. Vid behov skall man remittera kvinnan till t.ex. en psykolog för att diskutera sorgen.

Artikel 11

Warsop, A. et al. 2004. Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting.

Forskarna har undersökt hur patienters förklaringar för orsaken till sitt missfall påverkar den psykiska morbiditeten. Med förklaring menas hur kvinnan förstår sin upplevelse av missfallet, dess natur, ursprung, följder och botemedel.

Psykiska följder efter ett missfall kan vara ångest, depression, post-traumatiskt stressyndrom och en sorgreaktion. Trots att man vet detta är vården inte vad den borde vara; många kvinnor är missnöjda med stödet och uppföljningen de får av vårdpersonalen efter ett missfall. I de flesta fall finns det inget rutinmässigt eftergranskningsbesök och de psykiska följderna tas om hand i primärvården.

Kvinnors förklaringar för sina missfall kan enligt forskarna vara antingen ”personliga” eller ”naturliga”. Med personliga förklaringar menas att kvinnan förenar missfallet med något hon själv gjort; alltså förklarar hon missfallet så att hon själv, antingen direkt eller indirekt, orsakat det. Med naturliga förklaringar menas att kvinnan ser missfallet som ”naturens gång” eller att ”det inte var meningen”; kvinnan skyller alltså inte på sig själv. Detta kan ha en skyddande effekt mot psykisk morbiditet och minska behovet av eftervård. Man kan alltså se att kvinnan som antar en personlig förklaringsmodell för sitt missfall behöver uppföljning och mycket stöd för att undvika psykisk morbiditet.

Artikel 12

Nikcevic, A.V. 2003. Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic.

Precis som i Finland existerar det ingen eftervård för kvinnor med missfall i Storbritannien, detta trots att man vet vilket klart samband det finns mellan missfall och psykisk stress och ångest. Artikeln beskriver utvecklingen och bedömningen av en eftergransningsklinik för patienter med missfall som grundades för att förse patienter med information, stöd och vård. Patienterna erbjöds en kombination av psykiskt stöd i form av diskussion och medicinsk vård och undersökningar för att få reda på orsaken till missfallet. Forskaren kom fram till att detta hade den överlägset bästa effekten på att minska kvinnors ångest och stress gällande missfallet jämfört med endast medicinsk vård.

4.2 Sammanställning

Följande är en sammanställning av de mest centrala teman som stiger fram ur de presenterade artiklarna.

4.2.1 Hur upplever kvinnan vården i samband med missfallet?

Vårdarens och vårdens inverkan på kvinnans sorgprocess och därmed lidande är obestridbar. Det är naturligt att de människorna patienten kommer i kontakt med under den omvälvande tid som missfallet innebär påverkar henne.

Det finns studier som visar hur man skall vårda en kvinna som genomgått ett missfall (Bryant 2008:26-29; Stratton & Lloyd 2008:9), ändå upplever en stor del av kvinnorna att de blivit illa behandlade av vårdpersonalen (Stratton & Lloyd 2008:5). Ur litteraturen stiger det starkt fram hur handledningen för missfallspatienten inte fungerar (Bergman & Normelli 2000:168; Järvi 2007:9; Sundgren 1992:123); kvinnan känner sällan att hon blivit rätt behandlad av hälso- och sjukvården (Järvi 2007:9). Kvinnorna upplever ofta att de inte fått den handledning de behövt. Samtidigt upplever vårdaren ofta att hon handlett patienten på ett adekvat sätt. Patienterna önskar mera information om spontana missfall: ofta vet de inte att missfall är vanliga (Grönroos 1996:36). Även det emotionella stödet anses mycket bristfälligt, och kvinnan känner sig ensam och utlämnad i sin situation.

Då patienten upplever illabefinnande i samband med vården eller på grund av vården leder det till lidande. Ett missfall i sig är redan en traumatisk händelse som orsakar lidande och därför är det mycket viktigt att vårdaren inte ökar på lidandet genom vården eller icke-vården hon ger.

4.2.2 Hur skall man tala till patienten som fått missfall?

Hazen (2006) skriver i sin artikel om språket som används i samband med barnafödelse; det är till en stor del ett medicinskt lexikon. Det samma gäller ord i samband med förlusten av ett barn: *spontan abort, fosteranomalitet, infertilitet*, osv. Dyliga ord skapar distans, eftersom de passar en professionell person, inte upplevelsen hos en mor. (Hazen 2006:7) Då man som professionell vårdare handleder en patient med missfall är det viktigt att tala samma språk som hon. Man skall använda vardagligt språk och termer som patienten redan känner till utan att ändå ”tala ned” till henne. Stressen patienten känner av sitt tillstånd är distraherande och man skall inte öka den genom att tala med ord hon inte förstår. (Katz 1997:2) Om den sörjande kvinnan de facto inte har ett eget

språk att uttrycka sig på leder det till att hon kanske inte talar om sitt missfall alls. Det i sin tur leder till att lidandet i samband med missfallet växer. (Hazen 2006:11)

Eftersom sjukvården blivit mer patientcentrerad framhävs behovet av kvalitet i kommunikationen. Förmågan till god interpersonell kommunikation anses mycket viktig. Trots det finns det brister i effektiviteten inom kommunikationen vilket tyder på att det behövs träning för vårdpersonalen på området. (Dickson et al. 2002:1-2) Man har ändrat fokus från sjukdom, problem och symtom till att ha tonvikten på människans hälsoresurser och möjligheter till växt och utveckling (Fagerström et al. 1998:2). Då en kvinna får veta att hon fått missfall förändras hennes syn på framtiden drastiskt. Situationen är ofta känslig och traumatisk. Det finns mycket forskning som visar att sättet som patienten informeras om det som skett påverkar hennes upplevelse av situationen. Vården patienten får vid missfall har en betydande effekt på upplevelsen och återhämtningen efteråt (Stratton & Lloyd 2008:9). Det gäller även att ta i beaktande mängden information man ger patienten; en lämplig mängd kan reducera risken av att utveckla affektiva störningar så som depression eller ångest. (Dickson et al. 2002:2) Det har rapporterats att det inte alltid har en positiv effekt att förse patienten med för omfattande information gällande sitt medicinska problem eller sin sjukdom. (Nikcevic et al. 2000:340) Att ge möjligheten till tillräcklig tid för patienten att diskutera, fråga och smälta informationen hon fått ses även som en fördel. (Dickson et al. 2002:11; Bryant 2008:28)

4.2.3 Patientens omsorgsbehov

Då man vill lindra en patients lidande är det centralt att beakta hennes omsorgsbehov (eng. *caring needs*). Det finns två olika sorters omsorgsbehov; de målinriktade behoven som man känner igen på basen av den medicinska vetenskapen och de specifika mänskliga behoven som kräver fullbordande för att människan skall känna välbefinnande. Omsorgsbehoven skall inte ses som separata fysiska, psykiska och andliga behov som kan tillfredsställas genom omsorg utan de antas uppstå från upplevelsen av lidande och sjukdom. (Fagerström et al. 1998:2-3) Bristfällig handledning som bara når patientens omsorgsbehov på nivån av problem kan bero på att

vårdarens handledning inte når patientens sanna behov som upplevelsen av oro och osäkerhet. Då stannar den på en allmän ytlig nivå. Vårdaren skall alltså våga möta patienten som en människa möter en människa och inte "gömma sig" bakom sin vårdarroll. Lidande patienter uttrycker sitt behov för en djupare mänsklig relation; de har ett begär av att bli sedda, bekräftade och förstådda (Fagerström et al. 1997:7).

4.2.4 Tidsaspekten inom handledningen

Tidsaspekten tas upp i flera av artiklarna. Katz (1997) beskriver de fysiska och psykiska barriärer som påverkar hur patienten tar emot information. Många patienter har svårt att ta emot information, eftersom de är smärtpåverkade eller har en förändrad medvetandenivå på grund av medicinering. Om patienten har för obekvämt kan hon inte koncentrera sig och vårdaren måste skjuta upp handledningen. (Katz 1993:3)

Alltigenom den tid som man vårdar patienten skall man se till att hon har tillräcklig smärtlindring tillgänglig (White & Bouvier 2005:18). Om det inte är möjligt att handleda vid en senare tidpunkt skall man hålla handledningstillfället kort och sätta fokus på det allra väsentligaste. Om patienten känner stor ångest kommer inget av det vårdaren informerar om att fastna i minnet. Det är viktigt att prata om patientens känslor och bekymmer; det kan hjälpa henne att arbeta sig igenom sin upplevelse och klara av den svåra situationen. Patienter med emotionella barriärer behöver frekvent debriefing och stöd innan man handleder henne. (Katz 1997:3) Detta betyder alltså att man skall se till att patienten är smärtfri och emotionellt engagerad då man börjar sin handledning.

Dickson et al. (2002) tar upp hur tidsbristen påverkar handledningen negativt. I sin artikel diskuterar de vilket det bästa sättet att berätta ett sorgebesked för patienten är. Då det är frågan att ge patienten ett tråkigt besked behöver man ta tid på sig för att förbereda kvinnan, berätta för henne att hon fått missfall, om möjligt ge henne en förklaring till det, ge henne tid att absorbera nyheten och fråga frågor, ta emot hennes reaktion och diskutera kommande handlingsförlopp, om hon är redo för det. (Dickson et al. 2002:15) Sällan är det dock möjligt att planera in tid för allt det här och det betyder att vårdpersonalen är tvungen att föra fram tråkiga besked även om kvalitetskriterierna

för de lämpligaste omständigheterna inte uppfylls.Handledningen blir på det sättet lidande.

4.2.5 Uppföljning och eftervård

Stratton & Lloyd (2008) tar också upp vikten av tiden för handledningen. Chock, sorg och smärta orsakade av missfall kan störa kvinnans förmåga att ta emot information. (Stratton & Lloyd 2008:7) I artikeln tar de även upp hur uppföljningen av missfallet påverkar kvinnans lidande. Uppföljningen av missfallspatienten är lite studerad och resultaten är spridda. Många kvinnor uttrycker en önskan om ett eftergranskningsbesök efter missfallet för att diskutera orsaken för det, risker för återuppkomst, aspekter av sin fysiska hälsa och den emotionella inverkan av förlusten. Resultaten av olika studier gällande uppföljning av missfall visar dock inte att det skulle ha en nämnvärd inverkan på lidandet efter missfallet. Som uppföljning klassas allt från ett besök hos en psykolog till ett telefonsamtal från en barnmorska. (Stratton & Lloyd 2008:8) Andra studier har dock bekräftat hur ett uppföljningsbesök lindrar lidandet som kvinnan erfar. Nikcevic (2003) beskriver i sin artikel grundandet och evalueringen av en eftergranskningsklinik för kvinnor som fått ett fördröjt missfall (eng. missed abortion). Kliniken förser patienterna med information, förklaring till varför missfallet skedde, råd och stöd. Genom denna form av eftervård kan man också fånga upp de kvinnor som har en onormal sorgprocess och behöver extra stöd. Forskningen visar även att trots att missfallspatienterna hade fått handledning om missfallets gång, möjlig orsak och inverkan på framtida graviditeter både muntligt och skriftligt, sökte en stor del av kvinnorna mer information och förklaring till sin förlust t.o.m. månader efter missfallet. Detta stöder behovet av eftervård. (Nikcevic 2003:208-209) Man kan alltså se att för att kvinnan skall få den maximala nyttan av handledningen vårdaren ger bör hon ha tillgång till god eftervård.

Nikcevic's (2003) forskning visar att den lämpligaste tiden för ett eftergranskningsbesök är fyra veckor efter missfallet och det bör beakta både den psykiska och fysiska hälsan. På den grundade uppföljningskliniken hade man ett tvådelat besök där den första delen var ett ca 20 minuter långt möte med en läkare följt av ett ca en timme långt möte med

en psykolog. Många kvinnor ansåg att uppföljningsbesöket var som en vändpunkt i sorgprocessen. (Nikcevic 2003:211-213)

Man skall dock komma ihåg att varje människas upplevelse är unik och man skall ta det i beaktande när man bedömer situationen och den aktuella patientens behov. I Stratton & Lloyds (2008) forskning tas upp det faktum att om kvinnan tidigare har haft problem med sin psykiska hälsa, finns det en större risk att sorgen vid missfallet blir patologisk. Vårdaren skall kunna bedöma situationen och handla enligt det. Om vårdaren bedömer att ett eftervårdsbesök behövs, skall det ordnas (White & Bouvier 2005:18). Det är dock oklart hurdan denna eftervård skall vara: ett besök till en professionell vårdare eller ett rutinmässigt telefonsamtal en tid efter förlusten. Det är uppenbart att det behövs fortsatta studier inom detta område. (Stratton & Lloyd 2008:10)

4.2.6 Ritualer i samband med sorgen efter ett missfall

För många kvinnor och deras partner är fostret en person redan i ett tidigt skede och missfallet är en verklig förlust av ett barn. Man kan därför se att ett missfall är som att mista en familjemedlem. (Bryant 2008:26) Trots det har paret inga direkta erfarenheter och tid tillsammans med barnet att minnas och uppskatta. Det finns inga etablerade ritualer som skulle ge struktur åt sörjandet, ingen konkret person att begrava. (Brier 2008:451) Det finns dock olika alternativ för hur fostret eller missfallsvävnaden kan tas om hand. Ofta kremerar sjukhus foster och föräldrarna bör vara informerade om när och var detta sker. Om de vill skall de ha en chans att ordna någon sorts ceremoni. Sjukhusprästen kan hjälpa med detta. Vårdaren skall alltså se till att föräldrarna är informerade om hur fostret kan tas om hand efter missfallet och hjälpa dem att välja rätt alternativ för dem. (Mansell 2006:26-27)

Det finns en del forskat på området om missfall och handledning. Forskningen är dock spridd och resultaten motsäger ofta varandra. Forskningarna har även gjorts med en mängd olika mätinstrument och skalor, vilket gör att det inte finns systematik i resultaten. Ofta berättar forskningen hur man skall handleda och vad handledningen skall ha för substans, men det som finns skrivet om den tidsmässiga delen av handledningen är motstridigt och något oklart. Samtidigt finns det relativt lite forskat

hur patienten önskar handledas och när hon önskar handledas. Man har inte heller forskat i hur handledningens tidpunkt inverkar på patientens lidande. I den litteratur jag läst finns det inget forskat om hur handledningen borde se ut för kvinnan som fått fler än ett missfall. Bör handledningen skilja sig från den man ger kvinnan som fått sitt första missfall, och i så fall hur?

5. LIDANDET

Som teoretisk referensram har jag valt Katie Erikssons teori om lidande och vill främst undersöka handledningens inverkan på missfallspatientens lidande.

5.1 Vad är att lida?

Att leva innebär bland annat att lida; lidandet utgör en del av allt mänskligt liv. Lidandet är något alltigenom ont och har i sig ingen mening, men människan kan genom att gå igenom sitt lidande tillskriva det en mening. (Eriksson 1994:11) Alla människor upplever någon sorts lidande. Kvinnan som mist sitt ofödda barn upplever lidande på flera nivåer och det kan vara svårt att se meningen med det. Varje människa som utsätts för lidande ställer sig i något skede frågan Varför? Ibland får man ett svar, men lika ofta uteblir det. I den stund människan upphör att ställa frågan Varför? har hon vunnit sin första kamp och hon är fri att ”genomlida” det oundvikliga. (Eriksson 1994:36) Meningen med detta är att man inte kan fly ifrån sitt lidande utan den enda vägen till andra sidan är att gå igenom det. Eftersom det är mycket smärtsamt försöker man kanske undvika det så länge som möjligt och blir då kvar och ”stampa på stället”. Man stannar kvar i det onda så länge man undviker att verkligen känna det med alla sina sinnen och genom det eliminera det.

Att lida definieras som bland annat ”att pinas” eller ”att våndas” eller ”att kämpa” och ”att utstå”. Men lida kan också betyda ”att försonas”. (Eriksson. 1994:21) I djupaste mening kan lidandet innebära att människan inte kan dansa till det hon är ämnad för, att

hon inte kan förverkliga sitt innersta väsen. (Eriksson. 1994:38) En kvinnas längtan att få ett barn är inte bundet till en kultur, en tidsepok, en samhällsform eller en samhällsklass. En kvinna kan känna ett starkt fysiskt och emotionellt behov att bli gravid, bära sitt barn och föda fram det. (Järvi. 2007:13) Det är biologiskt inbyggt i henne. Att misslyckas med sin främsta uppgift innebär ett stort lidande för kvinnan, det innebär en skam och en sorg. Det kan även föra med sig en känsla av skuld. Att gå igenom lidandet och till slut acceptera det som hänt betyder att man försonas men det som skett. Man kan inte ändra på det, alltså måste man acceptera det.

5.2 Vårdaren som medaktör i patientens lidande

Lidandet kränker människans värdighet, och att kränka människans värdighet är att åstadkomma lidande. Varje gång människan lider känner hon sig kränkt. Denna känsla av kränkning leder till att människan ofta skyggar för att tala om sitt lidande, speciellt just då hon befinner sig mitt i det. En lidande människa är djupt olycklig och dessutom känner hon även skam över att vara olycklig. Det finns ett samband mellan lidande och skuld. (Eriksson 1994:42-43)

En av vårdarens uppgifter är att försöka lindra lidandet om det bara är möjligt. Att försöka lindra en medmänniskas lidande innebär att våga vara medaktör i dramat (Eriksson 1994:53). Med detta menas att man måste våga se sin medmänniskas lidande och genom det kanske utsätta sig själv för smärta. Att vara medaktör i lidandets drama innebär att man bekräftar den andra. Att bekräfta en annan människas lidande innebär att förmedla till den andra ”jag ser”. Att en annan människa ser lidandet innebär en tröst, en tillförsikt att någon kan komma till mötes. Bekräftelsen kan ske på olika sätt, t.ex. med en blick, en beröring eller ett litet ord. (Eriksson 1994:54) Ifall man inte bekräftar en annan människas lidande ifrågasätter man hennes trovärdighet och gör henne till ett oskyldigt offer, som utöver det egentliga lidandet lider av att hennes trovärdighet blivit ifrågasatt. (Eriksson 1994:23) Genom adekvat handledning borde bekräftelsen infinna sig naturligt. Om vårdaren kränker patienten utsätts denna utöver sitt sjukdomslidande även för vårdlidande.

5.3 Lidandets olika dimensioner

Inom vården talas det om tre olika slag av lidande: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Med sjukdomslidande menas det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Vårdlidande är det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen och med livslidande menas det lidande som upplevs i relation till det egna unika livet – att leva och att inte leva. (Eriksson 1994:82-83)

Då man tänker på kvinnan som mist sitt ofödda barn och hennes olika lidanden kan man klart se sjukdomslidandet. Missfallet medför ofta smärta, ofta till och med hård smärta som är en vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom. Sjukdomslidandet innehåller även en annan aspekt, själsligt och andligt lidande (Eriksson 1994:84). Detta lidande orsakas av de upplevelser av förnedring, skam och/eller skuld som människan erfar i samband med sin sjukdom eller behandling. Dessa kan dels upplevas av patienten själv, dels uppstå på grund av en fördömande attityd från vårdpersonalen eller förorsakas av det sociala sammanhanget. Denna form av lidande ligger nära benämningen vårdlidande. (Eriksson 1994:84)

Det finns många olika former av vårdlidande, och varje människa som utsätts för ett lidande förorsakat av vård eller utebliven vård upplever det på sitt sätt. Man kan dock sammanfatta vårdlidandet i följande kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelser och straff, maktutövning och utebliven vård. (Eriksson 1994:87) Om en patient inte får den handledning hon är berättigad till kan man se det som utebliven vård. Handledning är en stor del av vården och ger patienten verktygen för att komma igenom lidandeprocessen. Verktygen består bland annat av information men även av bekräftelsen genom blicken, beröringen eller det lilla ordet. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet och är även ett sätt att utöva makt över en maktlös (Eriksson 1994:93).

5.4 Att lindra lidandet

Hur kan man lindra lidandet som patienten har? Förutsättningarna för att kunna lindra lidandet är att skapa en vårdkultur, där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad (Eriksson 1994:95) Patienten måste även känna sig älskad, bekräftad och förstådd. Hon bör mötas med värdighet och uppleva rätten till att vara patient, att få tid och rum att lida. Patienten bör också få den vård och behandling som sjukdomen och människan som unik, enskild person behöver. (Eriksson 1994:97)

6. SYFTE

Med denna studie vill jag komma fram till vilken den optimala tidpunkten är att handleda en kvinna som fått ett missfall. Jag vill också undersöka på vilket sätt kvinnan önskar bli handledd och vill även se om vårdaren genom att beakta tidpunkten och kvaliteten för handledningen kan inverka på patientens lidande. Genom att analysera utsagor av kvinnor som genomgått missfall och spegla dessa mot den teoretiska referensramen vill jag få svar på min centrala frågeställning. Jag vill genom denna studie ge vårdpersonalen större insikt i handledningen inverkan på patientens lidande. Syftet är att kunna lindra lidandet patienten har genom att ge vårdaren de rätta verktygen till att göra så.

7. AVGRÄNSNINGAR

Jag har valt att avgränsa mitt undersökningsområde till patientperspektivet. Genom att exkludera andra synvinklar försäkrar jag mig om att undersökningsområdet inte blir för stort och vidsträckt och jag får en god inblick i det jag studerar. För att förbättra vårdarens kunskap i ämnet är patientperspektivet nödvändigt.

Studien är en teoretiskt förankrad, kvalitativ studie i hur missfallspatienten upplever handledningen som vårdpersonalen ger och hur handledningen inverkar på lidandeprocessen. Med teoretisk förankring menas att ett arbete har sin utgångspunkt i teorier eller modeller (Patel & Davidson 1994:9). I denna studie utgör Erikssons (1994) teori om lidande och tolv forskningsartiklar gällande patienthandledning och missfall bakgrunden för arbetet.

Med kvalitativt inriktad forskning syftar man på det sätt informationen bearbetas och analyseras, alltså genom att använda verbala analysmetoder (Patel & Davidson 1994:12). Det som anses karakteristiskt för kvalitativ metod är att man försöker komma så nära forskningsobjektet som möjligt (Eriksson 1992:99). Man strävar efter att förstå människan utifrån hennes eget personliga perspektiv och referensram (Eriksson 1992:101). I denna studie strävar jag efter att tolka missfallspatientens upplevelse av handledningen mot den teoretiska referensramen som är lidandet. Jag använder mig av Erikssons (1994) teori om lidandet. Den kvalitativa metod jag använder är en tillämpning av Patel & Davidsons (1994) och Eneroths (1984) kvalitativa metoder.

En empirisk vetenskap kännetecknas av att kunskaperna grundas på observationer av verkligheten. Ordet empiri kan ungefär översättas med erfarenhet. Empiriskt baserad kunskap är alltså den kunskap man får genom att skaffa sig erfarenheter genom observationer av omvärlden, verkligheten. (Patel & Davidson 1994:16) I denna studie undersöker jag verkligheten genom att studera litteratur, alltså är undersökningen en kvalitativ litteraturstudie. Trots att studien grundar sig på litteratur är den empirisk, eftersom informanterna finns i litteraturen. Litteraturen som analyseras utgörs av fyra böcker varav 74 berättelser analyserats.

8. CENTRAL FRÅGESTÄLLNING

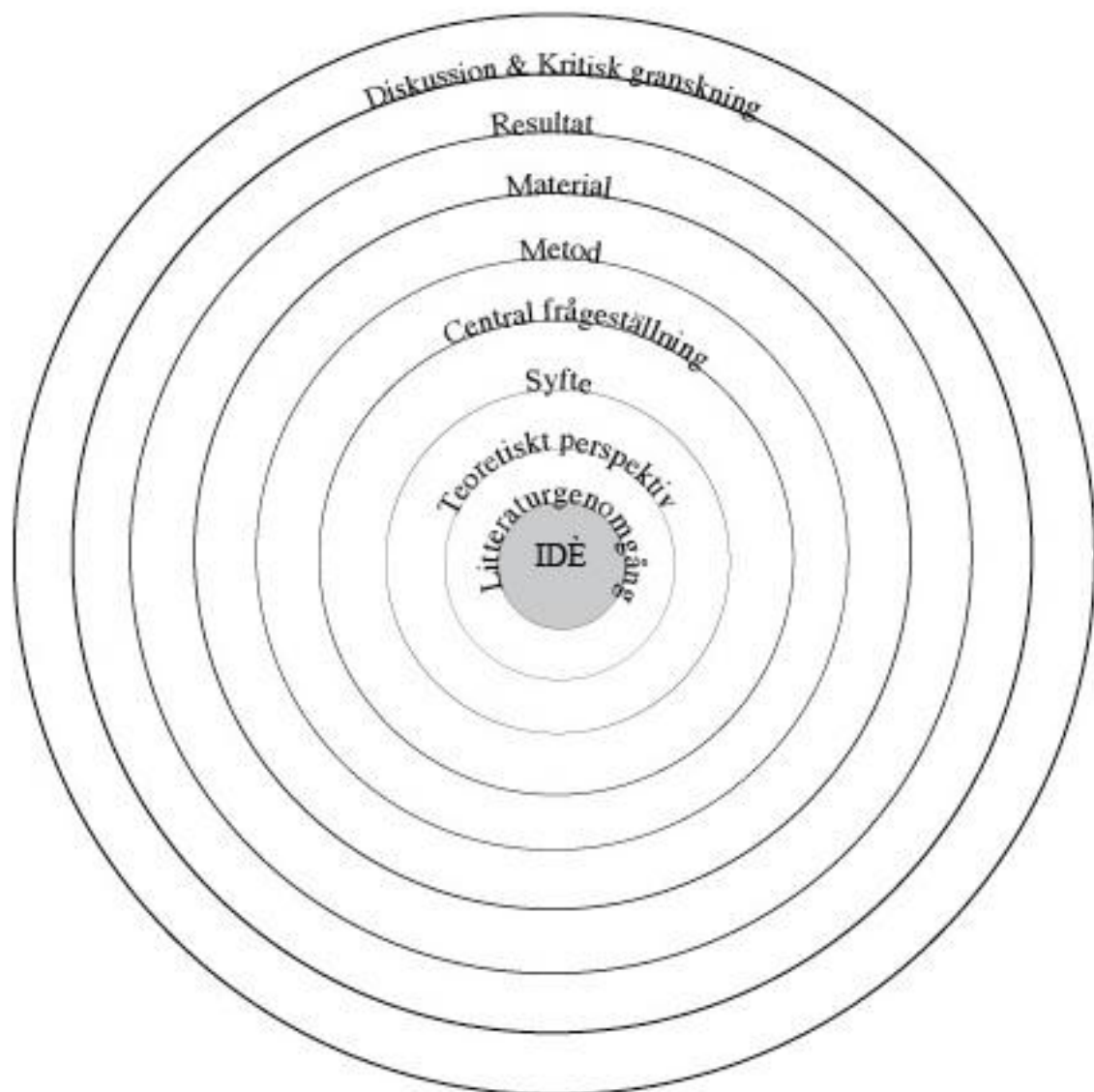
Den centrala frågeställningen är:

- På vilket sätt önskar patienten som fått missfall få handledning?
- Vilken är den optimala tidpunkten för handledningen av kvinnan som fått missfall?

- Hur påverkas kvinnans lidande av handledningens tidpunkt och sättet vårdaren handleder på?

9. DESIGN

Precis som alla studier, grundar sig även denna på en idé. Den grundläggande idén för studien uppkom ifrån ett större projekt, Kvinnohälsa, och har formats efter hand.



Figur 1. Undersökningsprocessen

Jag tycker att idén kan jämföras med en sten man kastar i vattnet; där den når vattenytan uppkommer krusningar. Varje steg av undersökningsprocessen är en ny krusning, som i sin tur leder till en ny.

Efter att ”stenen kastats i vattnet” har studien fortsatt genom att gå igenom tidigare forskning. Detta gjordes genom litteratursökningar på databaser och bibliotekskataloger. Efter det valdes den teoretiska referensramen som är Erikssons (1994) teori om lidande. Genom att spegla den tidigare forskningen mot den teoretiska referensramen formades syftet för studien. Syftet är att undersöka på vilket sätt handledningens tidpunkt och sättet vårdaren handleder på inverkar på missfallspatientens lidande. Den centrala frågeställningen är formad för att vara så heltäckande som möjligt med tanke på syftet för undersökningen.

För varje steg i studiens gång kommer man närmare resultatet; varje steg är en ny krusning. Efter att den centrala frågeställningen formats, har jag valt material och metod för undersökningen. Materialet och metoden är valda parallellt eftersom jag inte hittade en prövad metod att använda; jag formade alltså en metod samtidigt som jag gick igenom mitt material. Metoden är en kvalitativ litteraturstudie och finns beskriven senare i arbetet. Metoden innehåller aspekter av Patel & Davidsons (1994) samt Eneroths (1984) kvalitativa analysmetoder.

Materialet består i sin helhet av 12 forskningsartiklar som utgör den tidigare forskningen, samt fyra böcker ur vilka jag analyserat 74 berättelser. Resultatet ger svar på den centrala frågeställningen genom min tolkning av det analyserade materialet. Efter presentationen av resultatet följer diskussion och kritisk granskning av arbetet.

Efter den sista krusningen blir vattenytan åter blank och stilla. Det betyder att det igen finns utrymme för vidare forskning; det behövs bara en sten att kastas.

10. METOD

I följande stycken presenteras metoden för datainsamling och analys. Metoden som jag använt är en kvalitativ innehållsanalys och den är en tillämpning av Patel & Davidsons

(1994) och Eneroths (1984) metoder. För att klargöra vad en kvalitativ metod innebär, redogör jag även för det på ett allmänt plan.

En kvalitativ analysmetod är en metod som har som mål att beskriva en företeelses kvaliteter. (Eneroth 1984:47). En deskriptiv forskning är en forskning där man försöker upptäcka de egenskaper personer eller grupper har (Grönroos 1996:18). Att arbeta induktivt betyder att man kan studera forskningsobjektet utan att ha förankrat studien i en tidigare vedertagen teori, och utifrån den insamlade informationen, empirin, formulera en teori, (Patel & Davidson 1994:21) Syftet med den kvalitativa studien är att finna de kvaliteter som tillsammans karaktäriserar företeelsen ifråga, dvs. som gör att man kvalitativt kan skilja den undersökta företeelsen från andra slags företeelser (Eneroth 1984:47)

I denna studie vill jag finna de kvaliteter som genom analys bildar över- och underkategorier och utmynnar i resultatet av studien. I undersökningen försöker jag upptäcka egenskaper i handledningen som påverkar personerna via vilka fenomenet undersöks. Jag vill genom att upprepade gånger läsa igenom materialet se vilka kvaliteter stiger starkast fram och beskriver de aspekter av handledningen som jag undersöker (jfr. Eneroth). I studien använder jag som analysmetod en kvalitativ innehållsanalys. Jag analyserar 74 stycken självbiografiska berättelser, från fyra böcker, skrivna av kvinnor som upplevt missfall. Ämnet jag studerar är mycket känsligt och det kan vara svårt att tala om. Det är därför bra att samla data från redan existerande texter och analysera dem. Jag kunde även använda mig av enkät och göra en empirisk undersökning men den medför en del problem. Ett stort problem är validitetsproblemet, dvs. hur man kan säkerställa att alla som svarar på frågeformuläret verkligen förstår frågorna eller svarar på dem utgående ifrån sin egen åsikt. Bortfallet utgör ett annat stort problem. (Eriksson 1991:151)

Forskningsperspektivet är kliniskt eftersom det utgår ifrån patientens unika upplevelse och inte t.ex. vårdarens perspektiv. Valet av de personer som man vill undersöka är beroende av vad man vill undersöka och typ av forskning. Försökspersonerna skall så väl som möjligt representera den företeelse man vill undersöka. (Eriksson 1992:132) Genom att undersöka texter skrivna av kvinnor som fått missfall får jag en bra bild av deras upplevelse av handledningen de fått av vårdaren.

10.1 Datainsamling

Det finns flera olika sätt att samla information för att få sin frågeställning besvarad. I en litteraturstudie handlar det om att gå igenom dokument. Valet av dokument bör göras så att man får en så fullständig bild som möjligt, alltså så att det man undersöker blir belyst ur fler än en synvinkel (Patel & Davidson 1994:55). Materialet som insamlats tolkas sedan som empiriskt material. För att man skall kunna bedöma om fakta eller upplevelser är sannolika måste man förhålla sig kritiskt till dokumenten; man måste ta reda på när, var och varför dokumenten tillkommit (Patel & Davidson 1994:55).

I denna litteraturstudie samlar jag materialet för analysen genom att läsa igenom berättelserna i fyra olika böcker och sedan välja ut de som passar ramen för det jag undersöker. Studien grundar sig på böckerna ”Keskenmeno – yli 40 tositariinaa” sammanställd av Kerttu Lähteenmäki; ”Missfall – Kvinnors upplevelser, sjukvårdens roll och möjligheter” av Eva Sundgren, ”Syntymätön – tietoa ja kokemuksia keskenmenosta” av Ulla Järvi och ”Den lilla sorgen – en bok om missfall” av Olle Bergman och Anna Normelli. Böckerna har tillkommit som informativa källor för kvinnor som upplevt missfall. Kvinnan kan ofta känna att hon inte får tillräckligt information och stöd av sin omgivning och vänder sig därför till diskussionsforum på internet eller böcker. Många kvinnor finner tröst i att läsa andra kvinnors berättelser om sina missfall (Järvi 2007:53).

Berättelserna är skrivna under pseudonym, man kan alltså inte spåra identiteten av dem som skrivit berättelserna. Det är även lättare att uttrycka sina innersta, ärliga och smärtsamma känslor och händelser om man skriver anonymt (Lähteenmäki 2005: 7). Alla informanter har vissa gemensamma drag; alla är kvinnor i en barnfödande ålder som genomgått åtminstone ett missfall. Missfallen är både tidiga och sena. Vissa kvinnor har skrivit ner sina berättelser direkt efter att missfallet skett, andra har skrivit efter en varierande tid. Berättelserna har tillkommit för att kvinnorna velat dela med sig av sin erfarenhet och på så sätt hjälpa och stödja andra som genomgått missfall. Många upplever skrivandet även som renande och terapeutiskt, alltså har det fungerat som en del av sorgprocessen (Lähteenmäki 2005: 8).

Vissa av berättelserna har exkluderats från studien eftersom de inte passar inom den givna ramen för vad som undersöks i denna studie. Dessa är berättelser som handlar om

kvinnor vars graviditet överskridit 22 graviditetsveckor, alltså inte passar in på beskrivningen missfall. Även de berättelser som beskriver identifierbara personers missfall har exkluderats. Vissa av böckerna innehåller berättelser skrivna av pappor och även dessa har lämnats bort från samplet för undersökningen.

10.2 Databearbetning

En kvalitativ bearbetning kan göras på flera olika sätt, varianterna är många. Målsättningen är att hitta mönster, teman och kategorier i materialet. Det är ofta praktiskt att göra löpande analyser när man arbetar med en kvalitativ undersökning. Detta är en aspekt som skiljer kvalitativa undersökningar från kvantitativa där man vanligen väntar med analysen tills allt material är insamlat. Då man under analysen börjar se mönster, teman och kategorier är det nödvändigt att bearbeta och sortera ursprungstexten. Den insamlade datan är ofta osystematisk och det är bra att omarrangera den så att de teman man intresserar sig för framträder tydligare. På detta sätt kan man få en bättre överblick av de olika kategorier man arbetar med och vad som ingår i dem. (Patel & Davidson 1994:100-101) Den bearbetade datan bör sammanfattas på ett logiskt sätt. Det innebär att man bör gruppera datan under olika kvaliteter, dvs. dela in tydliggjorda data i olika grupper, vilka var och en gör en samling aspekter av en bestämd kvalitet. Denna sammanfattade data skall ge ett begrepp om den undersökta företeelsen. (Eneroth 1984:141)

Materialet bearbetas genom att jag läser igenom det upprepade gånger och ställer materialet den centrala frågeställningen. De analyserade berättelserna är 74 stycken och antalet analyserade sidor är 291 stycken. Vissa av berättelserna är inte hela berättelser utan författaren av boken har valt att ta med bara en del av kvinnans berättelse. Dessa delar har inkluderats i studien. Då jag analyserar materialet vill jag se vilka teman som stiger starkast fram. Jag plockar meningar, fraser och stycken som beskriver handledningen eller aspekter av den ut. Utsagor som har att göra med lidandet kvinnan upplever plockas också ut för analysen. Alla utsagor grupperas sedan enligt det tema de representerar och på detta sätt bildas tre stycken överkategorier och fjorton stycken underkategorier. (jfr. Patel & Davidson 1994)

Utsagorna valda ur de 74 analyserade berättelserna som jag plockat ut under datainsamlingen, grupperar jag enligt tiden de beskriver; handlar det om handledning före missfallet skett, under missfallet eller efter missfallet. De olika grupperna, eller överkategorierna, analyserar jag sedan en i taget genom att upprepade gånger läsa igenom utsagorna för att se hurdana kvaliteter som stiger fram ur dem (jfr Eneroth 1984). Kvaliteterna grupperas sedan under lämpliga rubriker och bildar underkategorier. Analysen av materialet sker parallellt med genomgången av det (jfr. Patel & Davidson 1994). Valda citat använder jag i texten för att klargöra det som stiger fram ur materialet. Alla utsagor och citat beaktas då materialet analyseras trots att de inte finns med i den löpande texten. Vissa av citaten är översatta från finska till svenska. Till slut gör jag en tolkning av materialet mot den teoretiska referensramen; detta utmynnar i resultatet av studien.

11. FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

Jag har i studien ämnat följa forskningsprincipen som bl.a. ställer krav på väsentlighet och kvalitet i studien. Ofta kompletteras de kraven av öppenhet och insyn. (Nilstun 1994: 28-29) Jag har metodiskt och systematiskt inhämtat litteratur som denna studie grundar sig på. Litteraturen och källorna till den presenteras grundligt. Jag har strävat efter att hålla mig objektiv genom hela undersökningsprocessen. Temat kan anses som mycket relevant, eftersom handledningen av patienten är central då vårdtiderna förkortas och det förväntas att patienterna själva skall ta allt större ansvar för sin hälsa. De skall klara återhämtningstiden hemma och ändra sina levnadsvanor på önskat sätt. (Kyngäs et al. 2007:5)

En forskare är skyldig att respektera undersökningsdeltagarnas och uppgiftslämnarnas rätt till anonymitet och konfidentialitet. (Nilstun 1994:56) Eftersom undersökningen är en litteraturstudie och berättelserna som analyseras finns samlade i böcker tillgängliga för allmänheten behöver man inte beakta säkringen av anonymitet. Berättelserna i böckerna är skrivna under pseudonym och informanterna kan alltså inte identifieras. De

berättelser som är skrivna av identifierbara personer har exkluderats från undersökningen.

Enligt nyttoprincipen finns en moralisk skyldighet att inte tillfoga någon lidande, att förebygga lidande och i någon mån att främja välbefinnande. Bland forskare anses den moraliska skyldigheten att inte skada undersökningsdeltagarna vara den som väger tyngst. (Nilstun 1994:70) Jag har ämnat handla på ett sätt som beaktar nyttoprincipen.

12. RESULTAT

I följande avsnitt presenteras resultatet av studien. Överkategorierna är indelade enligt tiden och underkategorierna beskriver det centrala som stigit fram ur utsagorna i de olika överkategorierna. Citaten som belyser det centrala i kategorin är skriven med kursiverad text.

Då jag tolkat de olika berättelserna har jag beaktat alla fyra former av handledning som beskrivs i ”Ohjaaminen hoitotyössä” (Kygäs 2007). Dessa former är emotionellt stöd, praktiskt stöd, informativt stöd och tolkande stöd. Jämförelsen och tolkningen finns i den löpande texten.

12.1 Handledning innan missfallet bekräftats

Då en kvinna under sin graviditet får en blödning är det inte alltid ett säkert tecken på missfall. Man skall beakta detta då man handleder en kvinna innan ett missfall blivit bekräftat. I följande underkategorier presenteras de vanligaste sätten en kvinna intar information gällande missfall innan det har konstaterats av en läkare (konstaterats medicinskt).

12.1.1 Elektronisk information

Internet är nu för tiden troligen den vanligaste källan att finna information om det mesta. De flesta människor har ett internetabonnemang i sitt hem vilket betyder att de har all världens information lätt tillgänglig.

Då den gravida kvinnan misstänker att hon håller på och får missfall är hon både rädd och olycklig. Hon söker efter något som skulle inge hopp i situationen. *”En kväll märkte jag en brunaktig blödning i byxan. Jag skyndade till internet för att leta efter information; det jag hittade tröstade inte mycket.”* (Lähteenmäki 2005:30 fri övers.)

Ofta vill man inte inse vad som håller på att hända, man vill intala sig att allt är som det skall vara (Grönroos 1996:58). Det är ett sätt att fördröja det som håller på att hända. Kvinnan vill undvika smärtan och lidandet så länge det går.

Ur berättelserna kommer fram att kvinnan har en hel del förhandskunskap redan innan hon kommer i kontakt med vården men vill ha den kunskapen bekräftad av en professionell vårdare. Samtidigt kan kunskapen hon har ge upphov till frågor hon behöver få besvarade. Vårdarens roll är stödjande och kunskapsgivande.

12.1.2 Indirekt handledning

Via de studerade berättelserna stiger fram att den första vårdkontakten en gravid kvinna med hotande missfall oftast har är en telefonkontakt till rådgivningen eller hälsovårdscentralen. Denna kontakt kallar jag indirekt handledning eftersom den saknar den personliga dimensionen som präglar handledningen; man ser inte varandra ansikte mot ansikte.

Då en kvinna ringer rådgivningen vill hon ha råd om vad hon skall göra, vad är att vänta sig och vart kan hon vända sig. Kvinnan befinner sig mitt i ett hav av omvälvande känslor av osäkerhet, rädsla och hopp om att allt skall ordna sig. Det är viktigt för vårdaren att inte beröva kvinnan detta hopp genom att gå händelserna i förväg och genast anta att det är slutet på graviditeten. *”Jag ringde jouten och de gav en tid till mig till nästa dag. Sköterskan konstaterade bara att det kommer bort om det kommer. Det tröstade inte mycket.”* (Lähteenmäki 2005:68 fri övers.)

”Jag ringde på morgonen runt till vårdcentral, sjukhus och sjukvårdsupplysning och alla gav olika besked. En läkare tyckte jag skulle åka in genast men på sjukhuset sa man att de inte hade plats att ta emot mig. Jag frågade om de trodde att det skulle bli missfall och fick svaret; ’Det märker du nog, du går på toaletten o så kommer det ut’. Hela dagen var jag livrädd att gå på toa. Jag var rädd för ögonblicket då ’klumpen’ skulle komma ut.” (Bergman & Normelli 2000:131) Vårdaren skall ge kvinnan klart besked om vart hon kan vända sig då hon behöver sjukvård. Samtidigt är det viktigt att vårdaren förser kvinnan med relevant information om missfall och hur ett missfall framskrider så att kvinnan kan söka sig till sjukhuset då det behövs.

Det är även extremt viktigt för vårdaren att välja sina ord rätt. Vårdaren bör förmedla att hon bryr sig om och inte förminska kvinnan genom att bagatellisera hennes känslor. Ur berättelserna stiger starkt fram att vårdpersonalen har svårt att se att kvinnan trots att graviditeten inte är långt gången ser fostret som ett barn. *”Jag ringde åter till kvinnokliniken och fick tala med en barnmorska om min ängslan. ’Det är inget att oroa sig för, det är ju så tidigt (vecka 6), det är knappt man kan kalla det liv’.” (Bergman & Normelli 2000:132)* Kvinnan känner redan stort lidande på grund av sin rädsla för sitt ofödda barn och genom att uttrycka sig oförsiktigt kan vårdaren öka detta lidande.

12.1.3 Direkt handledning

Handledning given av en vårdare till en patient ”ansikte mot ansikte” kallar jag direkt handledning. Den skiljer sig från indirekt handledning, eftersom vårdarens beteende via kroppsspråk, miner och fysiskt agerande inverkar starkt på handledningen.

”Då läkaren gjorde ultraljudet sade han inte ett ord om vad han såg i livmodern. Han gav mig en remiss till sjukhuset tills nästa dag. Den kvällen grät jag eftersom jag anade att barnet var dött eller att allt inte stod rätt till med det.” (Lähteenmäki 2005:112 fri övers.) Det är ytterst viktigt att alltid upplysa patienten till fullo om hennes tillstånd. Genom att inte berätta allt det väsentliga orsakar vårdaren lidande och utövar indirekt makt över patienten; att frånhålla väsentlig information förminskar kvinnan och kränker hennes värdighet. Hon blir utanför fastän hon egentligen borde stå i centrum. *”Jag öppnade remissen som läkaren skrivit och där stod att hon misstänkte druvbörd. Jag*

visste inte ens vad det är! Det harmade mig att hon inte sagt något till mig trots att hon annars varit empatisk.” (Lähteenmäki 2005:132 fri övers.) Det kan hända att vårdaren tror sig bespara kvinnan lidande genom att inte dela med sig en osäker diagnos, men hon orsakar i stället mer lidande. Då kvinnan inte vet vad som pågår kan hon inte heller förbereda sig för det. Man kan se att detta är en form av vårdlidande, eftersom vårdaren via sin maktutövning kränker patientens värdighet.

Ur materialet stiger fram att innan missfallet konstaterats skall vårdaren inge patienten hopp men samtidigt förbereda henne för vad som kan väntas hända. Det är mycket viktigt att välja sina ord rätt och ha respekt för kvinnan och hennes känslor. Vårdaren bör även visa kvinnan att hon blir tagen på allvar.

12.2 Handledning under missfallet

Då ett missfall konstateras är det antingen en situation då kvinnan är förberedd på att höra dåliga nyheter eller så kommer det som en total chock. Om kvinnan fått en blödning har hon redan en aning om vad som håller på att ske och trots att hon har hoppet kvar har förberedelsen inför sorgen påbörjats.

12.2.1 Den chockade patienten

Det är en helt annan situation då en kvinna får beskedet om missfall utan någon förvarning. Detta sker ofta då ett missfall konstateras i samband med ett rutinmässigt ultraljud. I berättelserna beskrivs chocken som förlamande.

”Läkaren berättade något efter ultraljudet men det gick mig helt förbi eftersom jag inte kunde förstå någonting alls efter ett besked som jag just fått. Jag nickade medan läkaren talade men hörde inget... Som tur var fick jag en lapp där det stod instruktioner för skrapningen som skulle vara nästa morgon.” (Lähteenmäki 2005:46 fri övers.)

”Efter ultraljudet fyllde vi i blanketten med förhandsinformation för anestesi och försökte diskutera missfallet. Detta är kanske den sämsta platsen att berätta mycket information för föräldrarna; allt går in genom ena örat och ut genom det andra. Som tur var fick vi också med oss information i skriftlig form. Vi var som i en annan värld, långt från sjukhuset.” (Lähteenmäki 2005:109 fri övers.)

I flera av berättelserna beskrivs chocken efter beskedet om missfall och hur man blir totalt oemottaglig för information. Ofta har missfallet konstaterats på en akutavdelning eller poliklinik där det är bråttom, och man informeras om den fortsatta vården samtidigt då man fått beskedet om missfallet. Skriftlig information beskrivs ofta som mycket bra och kvinnor som inte fått den har saknat den. Det är alltså viktigt att information finns tillgänglig i skriftlig form för patienten att ta med sig.

Ur berättelserna framgår att den optimala tiden för handledningen vore efter att kvinnan fått tid att smälta beskedet i lugn och ro. Man kunde t.ex. låta henne ha en lugn stund med sin partner i ett avskilt utrymme om denne är med då beskedet ges. Om kvinnan är ensam borde man hålla henne sällskap om hon så vill. Från berättelserna stiger starkt fram hur kvinnorna upplever lidande i samband med upplevelsen av att vara ensam i sin situation. *”På avdelningen fick jag inget stöd och ingen kom och pratade med mig fastän det kändes att jag gråter ögonen ur mig.” (Lähteenmäki 2005:55 fri övers.)*

Då man handleder en chockad patient är det viktigt att bara ge den allra väsentligaste informationen om vad som kommer att hända de närmaste timmarna. Det är även viktigt att förmedla emotionellt stöd genom att inge patienten tröst. Katz (1993) hävdar att genom att först förmedla emotionellt stöd gör man patienten mer mottaglig för informativt stöd. Det emotionella stödet har även en enorm inverkan på lidandet kvinnan erfar. Att bekräfta patientens smärta och sorg genom att förmedla att man verkligen ser hennes lidande innebär en tröst för patienten (Eriksson 1994:54). Eftersom patienten befinner sig i chock kan det vara nödvändigt att upprepa handledningen för att försäkra sig om att patienten förstått det man vill förmedla.

12.2.2 Patientens behov av tröst

”På väg ut vågade läkaren kasta ett par tröstens ord över axeln; ’Ni kan få tio barn om ni så vill!’ . Måste man låtsas trösta fast det egentligen är en fullständigt likgiltigt och man i alla fall glömt det när man stänger dörren efter sig. Skulle han ha sagt lika om det var min man jag mist? ’Ja, ni kan gott få tio nya män om ni så vill’.” (Sundgren 1992:171) Trösten innebär inte att säga ”tomma ord” till patienten utan att visa sann medkänsla genom bara en blick eller beröring. Trösten innebär också att inte förminska kvinnans förlust. Berättelserna vittnar om hur vårdpersonalen ofta har svårt att se missfallet som förlusten av ett barn. Att inte bli tagen på allvar förorsakar stort lidande för kvinnan och kränker hennes värdighet. Fysisk beröring beskrivs också som något kvinnan ofta saknar. Ett vänligt ord i samband med en klapp kan vara mycket värdefullt.

”... En barnmorska sade, lite förhastat, att tvillingarna var missbildade. Detta gjorde oss väldigt ledsna – tydligen kunde vi inte få några välskapta barn. Men obduktionen visade att allt var välbildat och det fanns ingen förklaring till det som hänt.” (Sundgren 1992:83-84) Förhastade utsagor kan skada oerhört. En vårdare skall inte yttra sig om saker som inte är säkra. Det är viktigt att hålla i minnet att det man säger om kvinnans barn kommer hon högst antagligen att komma ihåg resten av sitt liv. I flera av berättelserna skriver kvinnorna om hur något vårdaren sagt, både positivt och negativt, har etsats djupt i minnet. Det har alltså stor betydelse hur man uttrycker det man vill säga. Om syftet dessutom är att handleda och via det vårda är tyngden av ens ord ännu större.

12.2.3 Patientens behov av information

”Jag var rädd för att sammandragningarna skulle övergå till att ta ännu mer ont som sköterskan hade hotat. Jag var rädd för jag visste inte hur stor babyen skulle vara och hur den skulle se ut. Jag funderade om babyen skulle födas av sig själv eller om jag skulle vara tvungen att krysta fram den? Ingen hade berättat något och jag kunde inte fråga.” (Lähteenmäki 2005:96 fri övers.) Vårdaren måste handleda patienten gällande själva missfallets gång. Ofta undrar kvinnan om hon kommer att se fostret och hur det kommer att kännas. Rädslan är ofta större gentemot det okända och man kan lindra den

genom att förbereda kvinnan för vad som kommer att hända härfter. Det är viktigt att kontinuerligt förmedla emotionellt stöd och ge informationen i små bitar. För att försäkra sig om att man nått patienten kan man fråga henne om hon undrar över något och uppmuntra henne att fråga då det känns så. Ur berättelserna stiger fram hur kvinnan upplever det svårt att ställa frågor till vårdaren. Det uttrycks som att man inte har ork, att man inte vet vad man skall fråga och att man inte vågar fråga. *"Väntan på skrapningen blev lång. Under denna tid kände jag mig oerhört ensam. Jag förstod inte vad som skulle hända och ingen hade berättat vad en skrapning innebär... På kvällen hade fortfarande inget hänt och jag bröt ihop och grät tröslöst och ville bara hem. Först då kom en läkare in och förklarade att jag måste stanna kvar, att man måste få bort resterna ur livmodern. Först då förstod jag varför jag låg där, en fråga som jag inte ens orkat ställa."* (Bergman & Normelli 2000:46-47) Det som för vårdaren kan kännas som självklar information att ge kan för patienten vara precis det hon behöver höra. Vårdaren bör vara lyhörd för den enskilda kvinnans behov av handledning.

12.2.4 Patientens behov av att prata

"Vid tolvtiden for vi till sjukhuset. Detta missfall var rent fruktansvärt. Ingen att tala med. Inget att äta. Bara dricka isvatten ifall de skulle skrapa. Långt fram på kvällen gjordes första undersökningen. Jo man skulle nog skrapa, men inte förrän nästa dag. Fortfarande ingen mat. Ingen att prata med. Alla sa: 'Jo men sånt händer'. Ungefär som det inte var något. För oss var det en katastrof!" (Sundgren 1992:79) Att handleda patienten betyder inte bara att förse henne med information utan att förmedla både emotionellt och tolkande stöd genom att lyssna. Ur det analyserade materialet stiger fram hur patienten känner sig nonchalerad genom att inte ha någon att prata med. Att få uttrycka sina känslor för någon som har tid och vilja att lyssna upplevs som mycket värdefullt. Då vårdaren förminskar förlusten genom att säga fraser som: "Sådant händer", "Det är ju så vanligt" osv. berövar hon samtidigt patienten chansen att uttrycka sin sorg genom att prata. Detta orsakar vårdlidande för patienten och kan leda till att sorgprocessen förlängs eller störs. *"Jag vill säga åt all vårdpersonal; för oss patienter är missfallet en av livets stora tragedier, för er är det vardag. Fast vi skulle gråta hur*

mycket som helst så håll oss i handen en liten stund där på avdelningen. Det behövde jag mest i sorgens stund, en annan människa.” (Lähteenmäki 2005:57 fri övers.)

12.2.5 Patientens behov av emotionellt stöd

De flesta av utsagorna som är negativa uttrycker en brist på emotionellt stöd under missfallets gång. Största delen upplever sig ha fått mycket bra vård fysiskt men bristfällig eller ingen vård för den psykiska biten. *”Jag hade inte kunnat gråta alls på sjukhuset och ingen där hade frågat om hur jag mår psykiskt. Jag fick bra vård för det fysiska men i den psykiska aspekten tog ingen tag i.” (Lähteenmäki 2005:12 fri övers.)* Trots att vårdaren i dagens läge inte har mycket tid för handledningen skall man komma ihåg vilken betydelse den har för patienten. Handledningen har en enorm betydelse för hur sorgprocessen kommer igång och hur lidandet patienten har utvecklats. *”... Psykiskt kom jag över missfallet snabbt. Kanske på grund av sjukhusets underbara personal. Jag tror att man behöver stöd från början vid ett missfall så kanske man kan slippa många av funderingarna efteråt.” (Sundgren 1992:96)*

12.2.6 Patientens behov av ritualer i samband med missfallet

Många kvinnor som fått missfall på sjukhuset börjar först efteråt fundera på vad som hände med fostret. På många sjukhus i Finland kremeras alla små foster tillsammans och askan sprids i en minneslund. För kvinnan och hennes partner kan det vara viktigt att veta att deras barn fått ett värdigt slut. *”Nästa dag, när landskapet täcktes av ett tätt snöfall, välsignades vår lille av sjukhusprästen. Vi fick veta var babyn blir begravnen efter obduktionen och den gemensamma kremeringen. Vi fick på något konstigt sätt tröst i den största sorgen av att veta detta, vi; två ateister.” (Lähteenmäki 2005:22 fri övers.)* För vårdaren är det viktigt att berätta för föräldrarna om vad som händer med fostret efter missfallet. Det kan vara något som kvinnan inte just för stunden tänker på, men något som hon kan fundera över senare. Det är också viktigt att berätta om möjligheten för föräldrarna att själva ordna en minnesstund eller begrava fostret.

”Senare, för sent för oss, fick vi höra att föräldrarna kan om de vill hämta sin baby efter att de patologiska undersökningarna är klara, och själva begrava honom eller henne. Någon bara glömde att berätta det för oss.” (Lähteenmäki 2005:111 fri övers.)

Att ha ett konkret ställe för att sörja och minnas den lille som aldrig föddes kan hjälpa kvinnan och hennes partner i sorgen. Att veta att det ofödda barnet fått ett värdigt slut lindrar också lidandet kvinnan känner. Sorgen över det ofödda barnet ter sig på samma sätt som sorgen efter en familjemedlem som levtt och kvinnan behöver därför samma sorts verktyg för att handskas med den som efter ett ”vanligt” dödsfall. En minnesstund och ett ställe att sörja den bortgångna på fungerar som verktyg.

12.2.7 Patientens behov av tid

Trots att tiden för handledningen i dess alla former är knapp är det viktigt att inte visa det för patienten. Den stund man har med kvinnan bör användas till fullo. Tidsbristen som präglar vården nämns i många av berättelserna och anses som mycket negativt.

”Mitt under undersökningen piper läkarens personsökare samtidigt som dörren öppnas och någon berättar att de behöver fler läkare till en annan avdelning. ... Ideligen öppnas dörren och olika människor talar om att läkaren behövs på andra ställen.”

(Bergman & Normelli 2000:191-192) Trots att tiden man har för var patient är kort skall vårdaren se till att den tiden används helt och hållet just för den patienten. Genom att agera som i citatet ovan förminskar man kvinnan och hennes aktuella problem; man visar genom sin handling att hon inte är viktig. Det ökar lidandet kvinnan redan känner och leder till att handledningen blir bristfällig. Genom att koncentrera sig på kvinnan och hennes behov garanterar man handledningens kvalitet. Patienten man handleder för stunden skall känna sig som medelpunkten i situationen. Det centrala är inte hur mycket tid man har utan hur den används på ett bra sätt. *”Läkaren skrev ut på löpande band. Jag kände pressen av de andra som satt och väntade utanför. Man borde få prata med någon som ser mer till själva missfallet och kan ge sig tid att svara på de frågor man har. Antingen skulle man få träffa någon på sjukhuset t.ex. en kurator eller så kunde de fråga; ’Vill du komma tillbaka?’” (Sundgren 1992:50)*

12.3 Handledning efter missfallet

”Det var ingen som pratade om den psykiska smärtan som kom som en baksmälla efter ett par veckor när det fysiska lagt sig. Inget råd om vart man skulle vända sig eller vad man kunde förvänta sig att skulle hända.” (Bergman & Normelli 2000:77) Största delen av kvinnorna som beskriver sitt missfall i berättelserna anser att de behövt eftervård i samband med missfallet. De som fått det tycker att det hjälpt dem mycket och de som inte fått det har saknat det. *”Eftergranskningen var en månad efter missfallet och först efter att läkaren där sade att allt är i sin ordning kunde den egentliga läkningen börja.” (Lähteenmäki 2005:48 fri övers.)*

12.3.1 Patientens behov av att tala och fråga

Som tidigare sagt är tiden personalen har för handledning på sjukhuset knapp. Ibland behöver kvinnan dessutom ingen sjukhusvård alls utan får handledningen på polikliniken och får sedan åka hem. Behovet av att prata finns ändå där samt behovet av att veta vad som hände. Efter att chocken lagt sig kommer frågorna upp till ytan. *”Det tog flera dagar innan jag fattade att jag inte längre var gravid. Och sen kom frågorna. Varför, och vad var det som var fel?” (Sundgren 1992:69)* Om inte kvinnan får sina frågor besvarade och utlopp för känslorna hon har, leder det till lidande. Om kvinnan dessutom haft andra psykiska problem i bakgrunden kan missfallet leda till att de kommer upp till ytan igen. Om kvinnan inte får adekvat hjälp för att gå igenom sorgprocessen kan konsekvenserna vara dåliga. *”Efter missfallet var jag jätteledsen i veckor och fick väl lite stöd av arbetskamrater, men inget professionellt stöd. ... Nästa sommar sökte jag hjälp på psykmottagningen då nervösa problem från tonåren blev akuta igen.” (Sundgren 1992:151)* Ett uppföljningsbesök vore det optimala tillfället att sälla fram de kvinnor som behöver extra stöd utöver eftergranskningsbesöket. På sjukhuset kunde kvinnan få information om vart hon kan vända sig en tid efter missfallet. Eftergranskningen kunde vara på sjukhuset eller till exempel på mödrarådgivningen och man bör ordna tillräcklig tid för det.

12.3.2 Patientens behov av eftervård

Ur berättelserna kommer fram hur det i Finland inte finns enhetliga riktlinjer om hur eftervården av missfallspatienten skall se ut. Vårdpraxisen varierar i olika städer och kommuner. I de allra flesta fallen erbjuds inget rutinmässigt efterbesök. Det finns alltså ingen uppföljning för kvinnan som fått missfall. Detta kan bero på att ett missfall är fysiskt ofarligt; ofta återställer sig kroppen själv utan behov av medicinsk vård. Det psykiska välbefinnandet förbises och missfall anses som något man repar sig fort efter. Så är dock inte fallet; sorgen kan vara överrumplande och eftersom missfall fortfarande är ett ämne som inte diskuteras, vet många kvinnor inget om det.

”Det är svårt att förstå att allt beror på slumpen. För den kommande eftergranskningen finns en lång lista med frågor för läkaren. ... Man måste få fråga alla sina frågor för att kunna gå vidare.” (Lähteenmäki 2005:165 fri övers.) Efter missfallet undrar kvinnan ofta varför det skedde. Var det något hon gjorde fel eller fanns det något hon kunnat göra för att undvika det? Kvinnan har skuld känslor och känner sig misslyckad. För vårdaren är det mycket viktigt att få kvinnan att förstå att missfallet inte var hennes fel. Det är bra att ge kvinnan den tid hon behöver för att fråga färdigt och via det få djupare insikt i situationen. Man kan se det som tolkande stöd.

Kvinnornas berättelser visar att den optimala tiden för en eftergranskning vore några veckor efter missfallet. De flesta vill tala med en läkare och en del skulle vilja att en undersökning gjordes för att se att allt står rätt till. På uppföljningsbesöket vore det viktigt att gå igenom missfallet och känslorna det väckt samt handleda i hur sorgprocessen utvecklas. För många kvinnor kan det komma som en överraskning hur stor sorgen efter missfallet är och det kan vara svårt att handskas med den. Många kvinnor vill också veta hur missfallet påverkar framtida graviditeter.

Det finns också de kvinnor som upplever att de inte behövt tala med en vårdare efter missfallet. *”Vi upplevde det inte nödvändigt att gå tala med någon efter missfallet. Vi diskuterade saken med varandra och talade även öppet om det i vår bekantskapskrets.”* (Lähteenmäki 2005:49 fri övers.) Man kan anta att dessa kvinnor fått adekvat handledning då de haft en kontakt till vården under missfallets gång. Från berättelserna stiger fram hur kvinnor som upplevt lidande i samband med vården de erhållit, upplever ett större behov av eftervård än kvinnor som fått bra handledning. Centralt är att

kvinnan behöver få uttrycka sina tankar och känslor till någon. Det kan vara en professionell vårdare eller en familjemedlem.

12.3.3 Patientens behov av stöd i sorgen

Precis som i fallet innan ett missfall är konstaterat söker sig många efter missfallet till internet för att få kamratstöd. Det kan vara svårt att prata om missfallet med sina vänner och bekanta, speciellt om man ännu inte hunnit berätta om graviditeten för dem.

Diskussionsforum på internet erbjuder diskussion och stöd anonymt. *”En dag efter skrapningen hittade jag ett diskussionsforum för kvinnor som upplevt missfall. Det kändes bra att diskutera saken med andra som varit med om samma sak, från andra fick man höra så dumma kommentarer.”* (Lähteenmäki 2005:122 fri övers.) Kvinnan får ofta information gällande missfall och framtida graviditeter från internet. Informationen kan vara mångskiftande och till och med felaktig. Ett eftergranskningsbesök vore det optimala stället att förse kvinnan med den information hon behöver med tanke på framtiden.

För vårdaren är det centrala då hon stöder kvinnan i sorgen att förmedla att hon förstår vikten av förlusten och låter kvinnan uttrycka sina känslor. Den s.k. containing-funktionen är viktig; vårdaren tar emot kvinnans känslor och sorg och håller dem kvar. På så sätt inger man en känsla av trygghet. *”Att få tala med en varm och intelligent människa i den situationen var viktigt för att jag klarade mig överhuvudtaget. Jag minns inga enskilda ord, bara den enorma känslan av trygghet som hans närvaro ingav och det faktum att jag fick uttrycka mina känslor.”* (Järvi 2007:31 fri övers.)

12.3.4 Patientens behov av stöd då hon blir gravid på nytt

Man bör ta i beaktande att kvinnan haft tidigare missfall, då hon blir gravid på nytt. Missfallet kan påverka kvinnan trots att det skett för flera år sedan genom att skapa en skuggande rädsla över den nya graviditeten. Vårdarens förmåga till empati är här

central. Vårdaren kan stöda kvinnan genom att till exempel ordna extra besök på mödravården för att lyssna på hjärtljud eller bara för att prata. ”*Allt var ju normalt men jag var orolig. Kunde jag påverka så att det gick bra? Tänk om det blir missfall igen? Hjälp, vad skulle jag ta mig till? En mycket psykologisk gynekolog skickade mig på ultraljud i vecka 11. Då fick jag se hjärtverksamheten och vågade tro på graviditeten.*” (Sundgren 1992:65)

Många kvinnor upplever att de inte själva orkar eller kan söka eftervård trots att de känner att de behöver den. Att ordna ett eftergranskningsbesök där kvinnan kunde få prata ut och få information om det hon undrar över vore optimalt. På ett sådant besök skulle man även fånga de kvinnor med en patologisk sorgprocess som behöver extra stöd.

För de flesta kvinnor vore det tillräckligt med ett uppföljningsbesök hos en vårdare. De flesta vill ha svar på sina frågor och prata ut om missfallets gång med någon som förstår. Vid behov kunde man ordna fortsatt vård eller andra stödformer för kvinnan.

12.4 Slutsatser

I följande presenteras slutsatserna av studien. En sammanställning av över- och underkategorierna beskriver den optimala tidpunkten för handledningen.

Handledning för patienten är viktig under missfallets alla skeden. Vårdaren bör komma ihåg sin inverkan på patientens upplevelse av missfallet och lidandet hon har. Att välja den rätta tidpunkten för handledningen har betydelse för hur patienten uppfattar informationen vårdaren förmedlar och också hur patienten upplever sig bli behandlad. Lidandet patienten erfar lindras då vårdaren beaktar tiden för handledningen och kvaliteten av den. Följande punkter visar den optimala tidpunkten för handledning så som jag uppfattar den via det analyserade materialet.

Inom alla de olika kategorierna är det viktigt att kvinnan får känna sig som medelpunkten i handledningssituationen; det är henne man lyssnar på och hennes angelägenhet som behandlas. Det är också viktigt att vårdaren under hela processen förmedlar en känsla av öppenhet. Det skall kännas naturligt för kvinnan att ställa frågor

till vårdaren och söka tröst vid behov. För vårdaren är det även ytterst viktigt att vara uppriktig emot kvinnan hela tiden. Kvinnan skall vara informerad om sitt tillstånd och om vården hon får. Vårdaren skall även kunna ge kvinnan möjlighet att själv göra val gällande vården hon får.

12.4.1 Den optimala tidpunkten för handledning innan missfallet bekräftats

- Vårdaren bör handleda patienten enligt behov, t.ex. då kvinnan ringer mödravården eller besöker hälsovårdcentralen. Vårdaren bör
 - ta kvinnans rädsla och oro på allvar
 - besvara frågor som kvinnan ställer
 - berätta för kvinnan vad hon kan vänta sig, beskriva hur ett missfall framskrider
 - ge praktiska råd om vart kvinnan kan vända sig då hon behöver medicinsk vård
 - komma ihåg att välja sina ord så att hon inte sårar kvinnan och orsakar henne mera lidande

12.4.2 Den optimala tidpunkten för handledning under missfallets gång

Handledningen bör ske kontinuerligt under vårdens gång och enligt den enskilda patientens behov.

- Det centrala för vårdaren att tänka på, då man berättar beskedet om missfallet för kvinnan (under t.ex. en inre undersökning eller ultraljud), är att
 - förbereda patienten för vad man skall säga
 - ge beskedet finkänsligt; välja sina ord
 - beklaga det som skett, visa att man förstår förlustens betydelse
 - ge tid för kvinnan att ta in beskedet, och ordna möjlighet för en lugn stund avskilt från andra patienter

- Skriftlig information kan ges i vilket skede som helst av vårdprocessen. Det är viktigt att kvinnan har informationen med sig då hon lämnar sjukhuset. Informationen
 - skall innehålla fakta om missfallets gång och sorgprocessen efteråt
 - bör finnas tillgänglig och delas ut till alla patienter med missfall
 - bör innehålla kontaktuppgifter till en psykolog eller kurator, samt t.ex. sjukhusprästen
 - skall innehålla uppgifter om omhändertagandet av fostret och om var minneslunden finns dit askan sprids mm.

- Patienten bör handledas då det fattas beslut gällande t.ex. fortsatt vård, olika ingrepp, läkemedel eller förflyttning till en annan avdelning.
 - patienten bör få information om varför man handlar på det sätt man gör, t.ex. om varför en skrapning måste göras och vad en skapning är
 - vårdaren skall försäkra sig om att patienten förstår vad det är frågan om genom att själv ställa frågor till henne
 - skriftlig information kan användas som stöd

- Patienten bör informeras om själva missfallets gång då det är aktuellt för den enskilda kvinnan (på polikliniken innan hon åker hem, på avdelningen osv.)
 - Hurdan är smärtan?
 - Hur ser fostret ut?
 - Hur länge räcker processen?
 - Vad händer efteråt? osv.

- Efter att fostret fötts bör kvinnan informeras om möjligheterna för omhändertagande av det:
 - information om samkremering
 - information om möjlighet till egen begravning eller minnesgudstjänst
 - information om gemensam minneslund

- Det emotionella stödet skall förmedlas åt patienten kontinuerligt på följande sätt:
 - Vårdaren skall inte lämna patienten ensam länge; se till henne ofta på avdelningen, fråga hur hon mår osv.

- Vårdaren får inte trösta med ”tomma ord”; förmedla att man förstår kvinnans sorg och förlust och visa medlidande
- Vårdaren bör ge kvinnan möjlighet att prata om det skedda om hon vill
- Vårdaren skall inte vara rädd för fysisk beröring; bra att t.ex. hålla patienten i handen då hon gråter

12.4.3 Den optimala tidpunkten för handledning efter missfallet

- Den optimala tidpunkten för ett eftergranskningsbesök vore ett par veckor efter missfallet
 - Kroppen har hunnit återhämta sig efter missfallet
 - Sorgprocessen har kommit igång och kvinnan har hunnit bearbeta sina känslor
 - Eventuella frågor har formats under tiden som gått
- Ett eftergranskningsbesök är bra för att gå igenom
 - orsaker till missfallet, eventuella svar från patologen har hunnit bli färdiga och kvinnan kan få svar på sina frågor om dem
 - framtida graviditeter och missfallets inverkan på dem
 - den fysiska återhämtningen efter missfallet
 - den psykiska återhämtningen efter missfallet
- Handledning bör även ske vid behov
 - då kvinnan själv söker vård efter ett missfall

13. DISKUSSION

Då man hör ordet patienthandledning tänker man automatiskt på att delge patienten information. Man kanske inte tänker på att handledningen omfattar mer än bara den informativa delen; det handlar också om att stödja patienten och visa henne

medmänsklighet.Handledningen är också ett sätt att hjälpa patienten upptäcka sina egna resurser och visa henne hur hon kan använda dem.

Resultatet för studien visar vilken den bästa tidpunkten för handledning är då en kvinna som fått missfall vårdas. Det analyserade materialet gav inga direkta svar utan jag har genom att tolka de olika kvinnornas utsagor gällande handledningen kommit fram till resultatet. Resultatet visar också på vilket sätt kvinnorna önskar handledas, alltså vilka av handledningens fyra dimensioner kvinnan anser som mest centrala. Dimensionerna är emotionellt stöd, informativt stöd, tolkande stöd och praktiskt stöd. Av dimensionerna steg det emotionella stödet fram som mest centralt.

Ur berättelserna kommer fram att kvinnor som fått missfall ofta känner att det får god vård då det gäller den fysiska aspekten men saknar vården för det psykiska. Detta överensstämmer med tidigare forskning (Bergman & Normelli 2000; Järvi 2007; Sundgren 1992). Man kan se det emotionella stödet som Kyngäs (2007) talar om, liksom de specifika mänskliga omsorgsbehoven som Fagerström et al. (1998) beskriver i sin artikel. Genom att vårdaren fokuserar på den fysiska vården beaktar hon de målinriktade omsorgsbehoven men åsidosätter de specifika mänskliga omsorgsbehoven. Detta orsakar lidande för kvinnan på flera olika nivåer. Hon känner sjukdomslidande i samband med missfallet då det orsakar smärta och är en fysiskt våldsamt händelse. Sjukdomslidandet har också aspekten av andligt och själsligt lidande som är mycket nära vårdlidandet. Vårdlidandet uppkommer i samband med vårdssituationen, eller i detta fall handledningssituationen, då kvinnan känner sig kränkt av vårdaren. Då vårdaren förminskar kvinnans förlust och vägrar se hennes lidande, orsakar hon kvinnan vårdlidande. Lidande patienter uttrycker ett behov för en djupare mänsklig relation; de har ett begär av att bli sedda, bekräftade och förstådda (Fagerström et al. 1997:7). Kvinnan vill att vårdaren både verbalt och ickeverbalt uttrycker medlidande.

De kvinnor som beskrivit handledningen de fått i en positiv bemärkelse, har alla fått tillräckligt emotionellt stöd. Det är svårt att bestämma en mängd stöd som passar alla eftersom behovet varierar mellan enskilda patienter. Vissa kvinnor vill ha mer stöd än andra och behovet varierar under hela missfallets gång. Vårdaren bör vara lyhörd för den enskilda kvinnans behov och inte vara rädd att fråga kvinnan om hennes behov.

Ur det analyserade materialet stiger det fram hur tidpunkten för handledningen inverkar på patientens lidande; om vårdaren handleder patienten då hon inte är mottaglig för

information orsakar detta lidande för patienten. Patienten tar inte in den information vårdaren försöker delge henne; då patienten inte förstår det som händer och inte har känslan av att vara medelpunkten i situationen känner hon sig utlämnad och ensam. Det är viktigt för vårdaren att beakta det att kvinnan befinner sig i chocktillstånd. För att kunna förmedla det informativa stödet bör vårdaren även förmedla det emotionella stödet. Vårdaren bör kunna handskas med sina egna negativa känslor som uppkommer i situationen för att kunna fungera som container för patienten. Att våga möta patienten och hennes lidande innebär att vårdaren är medaktör i patientens lidande och på så sätt lindrar det. Genom att vara medaktör i lidandet visar vårdaren kvinnan att hon inte behöver vara ensam.

Patienten behöver handledning kontinuerligt under kontakten med vården, men speciellt då det sker en förändring i hennes tillstånd eller i situationen. Kvinnan vill veta vad som sker och varför det sker. Att hålla henne ajour gällande det som händer lindrar lidandet genom att det minskar känslan av att inte ha kontroll. Genom att låta kvinnan ta del i beslut gällande vården hon får och ta hennes åsikt i beaktande, visar vårdaren henne att hon blir respekterad. För att vårdaren skall kunna lindra lidandet kvinnan har bör hon möta kvinnan med värdighet och ge kvinnan upplevelsen av att få vara patient, att få tid och rum att lida.

Kvinnorna som skrivit de analyserade berättelserna nämner det emotionella stödet som mest centralt då missfallet precis skett och känslorna är på ytan. Då krisen och sorgen övergått i bearbetningsfasen blir det informativa och tolkande stödet mer centralt; dock finns behovet av det emotionella stödet hela tiden i bakgrunden. De flesta kvinnor uttryckte ett behov av eftervård. Trots att kvinnorna erhållit handledning i det akuta skedet av missfallet förblev frågan Varför? ofta kvar. Att veta orsaken till missfallet, eller att veta att man själv inte orsakat det hjälper många kvinnor i sorgprocessen. Enligt Eriksson (1994) ställer varje människa som lider sig frågan Varför? Då människan accepterar sitt lidande och upphör att ställa frågan är hon fri att gå igenom lidandet och på det sättet reducera det. Man kan se att då kvinnan som fått missfall upphör att ställa frågan om varför hon fick missfall kan hon gå vidare i sorgprocessen. Vårdaren kan stödja kvinnan i detta genom att handleda och diskutera med henne om olika orsaker som möjligtvis kan ha lett till missfallet. Då kan sorgprocessen framskrida och kvinnan kommer in i nyorienteringsfasen.

Tidigare forskning (Stratton & Lloyd 2008; Nikcevic 2003; White & Bouvier 2005) visar den positiva effekten som uppföljningen av kvinnan har; kvinnor upplever att ett eftergranskningsbesök markerar en vändpunkt i sorgprocessen. Lidandet som obesvarade frågor orsakar kan anses vara ett livslidande, eftersom det kan ta månader och t.o.m. år för kvinnan att upphöra att fundera på dem. Med eftervård eliminerar man denna aspekt av lidandet, eftersom man ger kvinnan en chans att få sina frågor besvarade och man kan ge henne det stöd hon behöver för att komma vidare.

Då vårdaren handleder kvinnan som fått missfall skall hon också vara lyhörd för de signaler kvinnan omedvetet skickar henne. På eftervården vore det även viktigt att fånga upp de kvinnor som behöver extra stöd i sin sorg. Ett missfall kan utlösa latent psykiska problem eller väcka sådana som funnits tidigare. Att lida av olika psykiska problem är vanligt i dagens läge, och som tidigare konstaterats är missfall också vanligt. Om man ser på denna ekvation är det evident att en stor del av patienter som får missfall behöver någon form av eftervård. Detta tas också upp i Stratton & Lloyds (2008) forskning.

Mansell (2006) tar upp handledningen gällande hur fostret tas om hand efter missfallet. Kvinnan och hennes partner bör vara väl informerade om omhändertagandet av fostret och möjligheten till minnesstund m.m. Vårdaren minskar kvinnans lidande genom att förmedla vikten av förlusten; kvinnan har mist sitt barn och barnet förtjänar ett värdigt slut. Föräldrarnas lidande lättar också då de vet att det finns ett konkret ställe att sörja och minnas barnet på. Handledningen gällande fostrets omhändertagande bör helst ske redan innan fostret fötts. Då har föräldrarna tid att fundera över de olika alternativen och välja det som passar dem bäst. Om man inte hinner handleda föräldrarna om detta innan missfallet har skett, skall man senast göra det innan de lämnar sjukhuset. Ifall föräldrarna inte får informationen kan det leda till oerhört stort lidande senare.

I Hazens (2006) artikel tas språkets betydelse för handledningen av patienten upp. Ofta är språket som används komplicerat och det skapar distans mellan vårdare och patient. Det är alltså viktigt för vårdaren att tala "samma språk" som kvinnan hon handleder. Man kan se att detta också gäller språket som används då vårdaren tröstar patienten; genom att förminska förlusten och trösta genom det som jag kallar "tomma ord", hindrar vårdaren kvinnan från att uttrycka sin sorg. Detta orsakar lidande då kvinnan inte kommer framåt i sin sorgprocess utan blir kvar i lidandet.

Patientens lidande lindras alltså av att vårdaren beaktar tidpunkten för handledningen samt sättet hon handleder på. Jag tycker att man borde utbilda vårdpersonalen i hur man skall vårda och bemöta kvinnan som fått missfall. Det är uppenbart både då man ser på resultatet i denna studie och i tidigare forskning att vårdaren genom sitt agerande har en inverkan på patientens lidande. Det vore synnerligen viktigt att vårdaren kunde bemöta kvinnan som fått missfall som någon som mist sitt barn. För trots att fostret bara varit stort som ett knappålshuvud har det tagit stor plats i föräldrarnas hjärta. Den andra aspekten vore att utbilda vårdaren i att tala till patienten. Det talas om kvalitet i kommunikationen, men det verkar inte fungera gällande missfallspatienten. Stratton & Lloyd (2008) tar upp hur vården patienten får vid missfall har en betydande effekt på upplevelsen och återhämtningen efteråt. Med tanke på detta borde man definitivt se över riktlinjerna för vården av patienten som fått missfall. Jag tycker också att man redan i utbildningen av blivande vårdpersonal, främst barnmorskor och hälsovårdare, kunde gå igenom missfall och bemötande av patienten med missfall. Eftersom missfall är så vanligt är det högst antagligt att vårdstuderande redan under sin studietid möter dessa patienter. Det vore värdefullt att kunna ge adekvat handledning och känna sig trygg i sin vårdarroll då man möter patienten som fått missfall.

Enligt min åsikt är det också evident att någon form av eftervård behövs för patienten med missfall. Både kvinnornas utsagor och tidigare forskning bevisar den positiva effekt eftervården har. Man borde dock forska vidare i vilken form denna eftervård bör ha; t.ex. Stratton & Lloyd (2008) reflekterar över allt från ett besök hos en psykolog till ett telefonsamtal från en barnmorska efter missfallet. Man kunde också forska vidare i hur utbildningen av vårdpersonalen gällande bemötandet av kvinnan som fått missfall inverkar på patientens upplevelse av vården.

Jag tycker att det vore viktigt att nå ut med resultatet till andra vårdstuderande och skapa diskussion gällande handledningen av missfallspatienten. Enligt min åsikt skulle det vara värdefullt för blivande vårdare att redan under studietiden diskutera handledningen och dess betydelse för patientens välbefinnande. Jag hoppas att denna undersökning bidrar med sitt resultat till att skapa större kunskap om handledningen av kvinnan som mist sitt ofödda barn och kvinnans lidande.

14. KRITISK GRANSKNING

Jag har genom denna undersökning velat få fram den optimala tidpunkten för handledningen av patienten som fått missfall, samt på vilket sätt hon önskar handledas. Genom att spegla detta mot Erikssons (1994) teori om lidande vill jag se hur kvinnans lidande påverkas av handledningen given av vårdaren. Studiens syfte är att öka vårdpersonalens förståelse för ämnet.

Resultatet av denna studie innehåller aspekter av ny information men samtidigt också en hel del sådant som det redan finns forskat om. Det finns en del forskat i på vilket sätt patienten önskar handledas, andra undersökningsmetoder har dock använts. Inverkan av tidpunkten för handledningen är mindre utforskad och de olika forskningarna som finns motsäger varandra. Denna studie bekräftar behovet av vidare undersökning i ämnet. Speciellt tidpunkten för handledningen bör undersökas noggrannare; man kunde göra t.ex. en enkätundersökning där kvinnorna själva svarar på frågor. Resultatet kunde på detta sätt bli noggrannare. Patienthandledning blir hela tiden en viktigare del av vården och det borde poängteras starkare.

Jag hittade inte, trots försök, en analysmetod som skulle ha passat studien vilket ledde till att jag tillämpade Patel & Davidsons (1994) samt Eneroths (1984) teorier. Metoden jag använt har jag försökt beskriva så utförligt som möjligt. Jag är medveten om att de facto att jag använt en tillämpad metod kan ha påverkat resultatet negativt.

Materialet som undersöktes kan anses vara delvis föråldrat; Sundgrens bok från 1992 kan ses spegla en annan samtid än den man lever i idag. Det var en tid innan internet blivit en del av vår vardag och information är lätt tillgänglig för vem som helst. Berättelserna beskriver dock mycket bra hur avsaknad av information, eller handledning, påverkat kvinnorna och deras lidande. Kvinnornas berättelser beskriver också den emotionella aspekten av missfall på ett bra sätt; upplevelsen är den samma trots att tiden är en annan. Boken har därför inkluderats i undersökningen trots att den är gammal.

Två av böckerna är från Sverige och kvinnornas berättelser skildrar vården i ett annat land. Man kan dock anse att vårdpraxisen i Sverige och Finland är mycket lika varandra och trots att vissa skillnader i praxisen kan finnas kan man anta att resultatet inte påverkas av dessa.

Eftersom resultatet är en tolkning jag gjort av det analyserade materialet kan min förståelse ha färgat resultatet. Jag har försökt hålla mig objektiv genom hela processen. Om en annan person skulle studera samma material skulle hon kanske ta upp andra aspekter av det än vad jag har gjort. Detta innebär att studien färgats av mitt eget perspektiv. Utsagorna som är plockade för analysen kan även ha flera olika innebörder men bara en beaktas då de är ordnade i kategorier.

Det analyserade materialet finns tillgängligt för allmänheten och detta ökar trovärdigheten för studien. Utförandet av studien har dragit ut på tiden vilket kan ha influerat resultatet. Om det varit möjligt att arbeta med studien mer koncentrerat hade kvaliteten antagligen varit bättre.

KÄLLOR

- Bergman, Olle & Normelli, Anna. 2000. Den lilla sorgen – En bok om missfall. Wahlström & Widstrand. 208 s. ISBN 91-46-17675-6
- Brier, Norman. 2008. Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the literature. I: Journal of Women's Health. Volym 17. Nummer 5. s. 451-464.
- Bryant, Hannah. 2008. Maintaining Patient Dignity and offering support after Miscarriage. I: Emergency Nurse. Volym 15. Nummer 9. s. 26-29.
- Dickson, David; Hargie, Owen; Brunger, Karen & Stapleton, Karyn. 2002. Health professionals' perceptions on breaking bad news. I: International Journal of Health Care Quality Assurance. Volym 15. Nummer 7. s. 324-336. ISSN 0952-6862
- Eneroth, Bo. 1984. Hur man mäter "vackert"? – Grundbok i kvalitativ metod. Akademilitteratur. 179 s. ISBN 91-2701869-5
- Eriksson, Katie. 1992. Broar – Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Vasa. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. 331 s. ISBN 951-650-185-0
- Eriksson, Katie. 1994. Den lidande människan. Liber utbildning. 115 s. ISBN 91-634-0862-7
- Fagerström, Lisbeth; Eriksson, Katie & Engberg, Ingegerd Bergbom. 1997. The patient's perceived caring needs as a message of suffering. I: Journal of Advanced Nursing. Volym 28. Nummer 5. s. 978-987. ISSN 0309-2402
- Grönroos, Mona. 1996. Det blev inte som vi väntat – en deskriptiv-explorativ studie om kvinnors upplevelser och erfarenheter i samband med spontant missfall. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. 67 s. ISBN 952-9703-09-0
- Hazen, Mary Ann. 2006. Silences. I: Journal of Organizational Management. Volym 19. Nummer 2. s. 237-249. ISSN 0953-4841
- Järvi, Ulla. 2007. Syntymätön – Tietoa ja kokemuksia keskenmenosta. Helsinki. Kirjapaja. 124 s. ISBN 978-951-607-447-7
- Katz, Janet. 1997. Back to Basics - Providing Effective Patient Teaching. I: American Journal of Nursing. Volym 97. Nummer 5. s. 33-36. ISSN 0002-936X

Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy. 160 s. ISBN 978-951-0-31357-2

Lähteenmäki, Kerttu. 2005. Keskenmeno – yli 40 tositarinaa. Loviisa. Tositarinat Kustannus. s. 172. ISBN 952-91-8166-3

Mansell, Alexandra. 2006. Early pregnancy loss. I: Emergency Nurse. Volym 14. Nummer 8. s. 26-28.

Nikcevic, A.V. 2003. Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic. I: Journal of reproductive and infant psychology. Volym 21. Nummer 3. s. 207-217. ISSN 0264-6838/print/ ISSN 1469-672X/online/

Nikcevic, A.V.; Kuczmierczyk, A.R.; Tunkel, S.A. & Nicolaidis, K.H. 2000. Distress after miscarriage: relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style. I: Journal of Reproductive and Infant Psychology. Volym 18. Nummer 4. s. 339-343. ISSN 0264-6838/print/ ISSN 1469-672X/online/

Nilstun, Tore. 1994. Forskningsetik i vård och medicin. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur. 144 s. ISBN 91-44-33482-6

Onnismaa, Jussi. 2007. Ohjaus ja neuvontatyö – Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Toinen painos. Gaudeamus Oy Yliopistokustannus . 207 s. ISBN 978-951-662-977-6

Patel, Runa & Davidson, Bo. 1994. Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Andra upplagan. Lund. Studentlitteratur. 127 s. ISBN 91-44-30952-X

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY/Oppimateriaalit. 264 s. ISBN 951-0-21534-1

Stratton, Katarina & Lloyd, Libby. 2008. Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. I: Australian and New Zealand journal of Obstetrics and Gynecology. Nummer 48. s. 5-11.

Sundgren, Eva. 1992. Missfall – Kvinnors upplevelser, Sjukvårdens roll och möjligheter. Bokförlaget Natur och Kultur. 179 s. ISBN 91-27-03061-X

Warsop, A.; Ismail, K. & Iliffe, S. 2004. Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting. I: *Psychology, Health & Medicine*. Volym 9. Nummer 3. s. 306-314. ISSN 1354-8506/print/ ISSN 1465-3966/online/

White, Hazel L. & Bouvier, Denise A. 2005. Caring for a patient having a miscarriage. I: *Nursing2005: Health matters*. Volym 35. Nummer 7. s. 18-19.

Wikipedia. 2009. Ordförklaring: Morbiditet. [www] Hämtat 25.3.2009. Sidan senast ändrad 18.3.2009. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Morbiditet>

Wikipedia. 2009. Ordförklaring: Sorg. [www] Hämtat 4.4.2009. Sidan senast ändrad 1.4.2009. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Sorg>

Äimälä, Anna-Mari. 2007. "Raskaus muuttuu riskiraskaudeksi". I: *Kätilötyö*. PAINOS 1.-2. Helsinki. Edita Prima. s. 385-387. ISBN 978-951-37-5097-8

FORSKNINGSÖVERSIKT

Bilaga 1

DATABAS + DATUM FÖR SÖKNING	SÖKORD + ANTAL TRÄFFAR	FÖRFATTARE	ARTIKEL
EBSCO 23.2.2009	miscarriage, 58	Brier, Norman	Grief following Miscarriage: A Comprehensive Review of the literature.
EBSCO 23.2.2009	miscarriage, 58	Bryant, Hannah	Maintaining Patient Dignity and offering support after Miscarriage.
EMERALD 3.12.2007	miscarriage, 43	Dickson D.; Hargie O.; Brunger K. & Stapelton K.	Health professionals' perceptions on breaking bad news
OVID 22.5.2008	suffering, 97	Fagerström L.; Eriksson K. & Engberg I. B.	The patient's perceived caring needs as a message of suffering.
EMERALD 3.12.2007	miscarriage, 43	Hazen, Mary Ann	Silences
Google Scholar 21.5.2008	patient teaching, 1 220 000	Katz, Janet	Back to Basics - Providing Effective Patient Teaching
CINAHL 2.3.2009	miscarriage + education, 6	Mansell, Alexandra	Early pregnancy loss
CINAHL 2.3.2008	miscarriage + follow up, 6	Nikcevic, A.V.	Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic.
CINAHL 2.3.2008	miscarriage + education, 6	Nikcevic, A.V.; Kuczmierczyk, A.R.; Tunkel, S.A. & Nicolaides, K.H.	Distress after miscarriage: relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style.
EBSCO 23.2.2009	miscarriage, 58	Stratton, Katarina & Lloyd, Libby	Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative.

EBSCO 2.3.2008	spontaneous abortion, 18	Warsop, A.; Ismail, K. & Iliffe, S.	Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting.
EBSCO 23.2.2008	miscarriage + patient education, 1	White, Hazel L. & Bouvier, Denise A.	Caring for a patient having a miscarriage.