

Kvinnors upplevelse av graviditet efter missfall

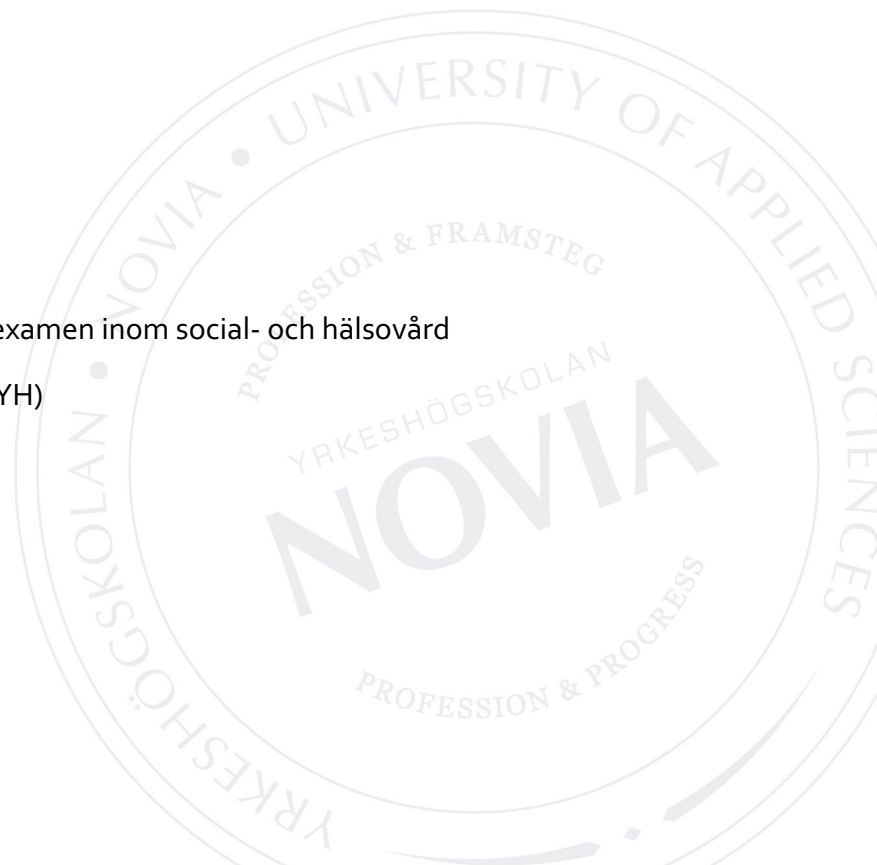
En kvalitativ studie om hur kvinnor upplever sitt psykiska mående under graviditet efter missfall samt hur de upplever stödet från vården

Sara Gripström

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Sara Gripström

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: Kvinnors upplevelse av graviditet efter missfall – En kvalitativ studie om hur kvinnor upplever sitt psykiska mående under graviditet efter missfall samt hur de upplever stödet från vården

Datum: Sidantal: 23 Bilagor: 2

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att undersöka hur kvinnor upplever sitt mående under graviditet efter att de tidigare har genomgått ett missfall och vilka stödbehov dessa kvinnor har. Mina frågeställningar var följande: "Hur upplever kvinnorna sitt psykiska mående under graviditeten efter tidigare genomgången missfall?" och "Hur upplever kvinnorna stödet utav vårdpersonalen under graviditet efter tidigare genomgången missfall?".

Detta examensarbete genomfördes som en kvalitativ undersökning och som datainsamlingsmetod har jag använt mig utav enkäter med öppna frågor som distribuerade i en Facebook grupp. För att analysera materialet som jag fick in använde jag mig av kvalitativ innehållsanalys och sedan tolkade jag svaren utgående ifrån mitt bakgrundsmaterial och min valda vårdteori. Teorin som användes var Kristen Swansons "Theory of caring".

I resultatet framkommer det att majoriteten av kvinnorna upplevde en stor oro under början av graviditeten, som var svår att dämpa. Det som lyckades lugna många var att få se fostret under ultraljud och det faktum att graviditeten framskred. Majoriteten upplevde stödet från vårdpersonalen som tillräckligt. Det som önskades av dem som upplevde stödet som otillräckligt var att från vårdens sida öppna upp för dialog och även erbjudanden om extra kontroller, som t.ex. tidigt ultraljud.

Språk: Svenska Nyckelord: Missfall, mående, graviditet efter missfall

BACHELOR'S THESIS

Author: Sara Gripström
Degree Programme: Midwife, Vasa

Supervisor: Terese Österberg

Title: Womens experience of pregnancy after miscarriage – A qualitative study of how women experience their mental health during pregnancy after miscarriage and how they experience the support from healthcare workers

Date: Number of pages: 23 Appendices: 2

Abstract

The aim of this thesis is to examine how women experience their wellbeing during pregnancy after miscarriage and also what their needs of support is. The research questions for this thesis was "How do the women experience their mental health during pregnancy after miscarriage?" And "How do the women experience the support they got from healthcare workers during pregnancy after miscarriage?".

This thesis was conducted as a qualitative study and as data collection method I used forms with open questions, that I distributed in a Facebook group. Qualitative content analysis was used for analyzing the material and then I compared my results with the background material and my chosen nursing theory.

A majority of the women felt very anxious in the beginning of their pregnancy, and the feeling was hard to manage. The thing that helped a lot of women to manage their anxiety was ultrasounds and the fact that the pregnancy was progressing. Majority of women felt that the support from healthcare workers was enough. Those who didn't feel that they got enough support wished for a more open dialog with healthcare workers and that they had been offered some extra checkups, like an early ultrasound.

Language: Swedish Key words: Miscarriage, wellbeing, pregnancy after miscarriage

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Teoretisk bakgrund	2
3.1	Definition av missfall.....	2
3.2	Tidigt missfall.....	3
3.3	Sent missfall	3
3.4	Fördröjt missfall.....	3
3.5	Upprepade missfall	4
3.6	Orsaker till missfall.....	4
3.7	Tidigare forskning.....	5
4	Teoretisk utgångspunkt.....	6
5	Metod.....	7
5.1	Narrativ metod	7
5.2	Datainsamling	8
5.3	Urval	9
5.4	Kvalitativ innehållsanalys.....	9
6	Etik.....	10
7	Resultat.....	11
7.1	Mående i början av graviditeten	11
7.1.1	Allmän oro och ångest	11
7.1.2	Oro för blödningar	12
7.1.3	Vågade ej känna glädje	12
7.1.4	Ångest inför rådgivningsbesök	12
7.1.5	Ultraljud vecka 12.....	13
7.1.6	Glädje.....	13
7.2	Mående under senare delen av graviditeten	13
7.2.1	Tidens gång.....	13
7.2.2	Trygghet med att känna fosterrörelser	14
7.2.3	Oro för att ej känna fosterrörelser	14
7.2.4	Fortsatt oro.....	14
7.3	Tillräckligt med stöd från vårdpersonalen.....	15
7.3.1	Oron togs på allvar	15
7.3.2	Tätare kontroller	15
7.3.3	Tidigt ultraljud	16
7.3.4	Psykologremiss.....	16
7.4	Otillräckligt med stöd från vårdpersonalen.....	16

7.4.1	Öppna upp för dialog.....	16
7.4.2	Erbjudande om extra kontroller.....	17
8	Metoddiskussion.....	2
9	Resultatdiskussion.....	4
10	Källförteckning.....	7
Bilagor		

1 Inledning

15% av alla graviditeter slutar med missfall. (Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H., 2012, 334). Detta faktum fick mig att reflektera över det stora antal kvinnor som faktiskt genom går ett eller flera missfall i sitt liv. 2018 publicerades artikeln *''Du har ett alldeles vanligt missfall och kan gå hem och vänta ut det''*- I era missfalls berättelser finns sorg och besvikelse över vårdpersonalens attityd, på svenska yles hemsida. I artikeln skildras ett flertal kvinnors upplevelser av att genom gå ett missfall och vårdpersonalens bemötande efteråt. I en stor del av berättelserna, som kvinnorna bidrog med, fram kom det att kvinnorna upplevde att de blev illa bemötta av vårdpersonalen efter att de genomgått ett missfall. Denna artikel väckte mitt intresse för ämnet missfall och den väckte även tankar och funderingar hos mig kring hur vi kunde hjälpa kvinnorna att ta sig igenom tiden efter ett missfall.

I samma artikel från Yle framkom en kvinnas berättelse om hur hon genomgott nio graviditeter, men endast tre stycken hade resulterat i barn. Kvinnan upplevde att hon inte hade fått något vidare stöd från den lokala rådgivningen. I mitt huvud spann jag vidare på tanken, *hur kan vi hjälpa alla dessa kvinnor*. Jag kom fram till att för att kunna hjälpa dessa kvinnor behöver man förstå hur de mår. I detta examensarbete vill jag främst fokusera mig på hur kvinnorna som genomgått missfall mår under sina kommande graviditeter, hur de känner att det tidigare missfallet eller missfallen har påverkat deras upplevelse av den efterföljande graviditeten och även hur vårdpersonalen kan stödja dem.

Med detta examensarbete vill jag kunna bidra till kunskap kring hur kvinnor som genomgått missfall mår under kommande graviditeter, för vårdpersonal. Jag vill att detta examensarbete ska kunna bidra till en större förståelse för kvinnornas mående och samtidigt till en större förståelse för hur vårdpersonalen bör bemöta dem på bästa vis. För att främja kvinnornas mående och samtidigt göra deras graviditet, efter ett tidigare missfall, till en trevligare och stressfri upplevelse, är det viktigt att vårdpersonalen de möter förstår dem, tar dem på allvar och inte uppvisar nonchalans. Missfall ses dagligen inom vården, men den enskilda kvinnan kanske bara upplever ett i hela sitt liv.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att undersöka hur ett tidigare missfall påverkar den gravida kvinnans psykiska mående under graviditet efter missfall, samt att undersöka hur de upplevde det stöd de fick utav vårdpersonalen under graviditeten. Målet med studien är att kunna sprida kunskap till vårdpersonal kring hur kvinnorna mår under en graviditet efter ett missfall, vad som inverkar på deras mående under graviditeten och hur man som vårdpersonal kan stötta dem under graviditeten.

Frågeställningar:

- Hur upplever kvinnorna sitt psykiska mående under graviditeten efter tidigare genomgången missfall?
- Hur upplever kvinnorna stödet utav vårdpersonal under graviditeten efter tidigare genomgången missfall?

3 Teoretisk bakgrund

I bakgrunden tas det upp vad ett missfall är, hur man kategoriserar missfall och eventuella orsaker till missfall, samt en presentation av tidigare forskning inom ämnet.

3.1 Definition av missfall

Ett missfall per definition är när graviditeten avbryts spontant innan den 22:a graviditetsveckan. Enligt WHO (1989) ska alla foster som föds efter graviditetsvecka 22, väger över 500g och är längre än 25cm anmälas som barn oavsett om de föds döda eller levande. Kännetecknande för spontana missfall är att de oftast börjar med blödningar. Först kan blödningarna var mörka och fyllda med koagulerat blod, sedan blir blodet klarare och ökar oftast i mängd. Kvinnan kan under ett pågående missfall uppleva smärtor som känns som molande menssmärtor och som växlar i intensitet. Det finns inget man kan göra åt ett pågående missfall. Vid ett komplett missfall stöts hela graviditeten bort. Vid ett inkomplett missfall stöts inte allt ut på en gång, utan det kan ta upp till 10-14 dagar. Då upplever kvinnan växlande smärtor och blodavgång. När inte hela graviditeten stöts ut på en gång ökar infektionsrisken för var dag som går. Efter att graviditeten stötts ut försvinner blödningarna och smärtorna. (Borgfeldt,, Sjöblom, Strevens & Wangel 2019, 172-173)

3.2 Tidigt missfall

Till tidiga missfall räknas de som förekommer från befruktningstillfället fram till vecka 11+6. Det misstänks att en väldigt hög procent att graviditeter leder till missfall inom de 10 första dagarna från befruktningen. Då vet kvinnan sällan av att hon ens varit gravid och hon upplever bara en eventuellt lite försenad och kraftigare menstruation. Vid missfall innan den sjunde graviditetsveckan behövs sällan någon vidare behandling. Missfall som inträffar mellan vecka 7+0 och 11+6 kräver oftast bara livmodersammandragande tabletter, för att hjälpa kroppen att stöta ut allt innehåll av graviditeten. Men kvinnan bör vara uppmärksam om hon får riktigt rikliga blödningar, detta kan vara ett tecken på att livmodern inte har tömts helt och hon kan då behöva genomgå en skrapning av livmodern. (Kjellström, 2013, 135)

3.3 Sent missfall

Till sent missfall räknas de som förekommer mellan vecka 12+0 och vecka 21+6. Orsaken till dessa är oftast okänd precis som vid tidiga missfall. Men uterusmissbildningar, myom, missbildningar hos barnet, infektion i fosterhinnorna eller cervixinsufficiens kan vara orsaker till sena missfall. Cervixinsufficiens betyder att cervix har öppnat sig utan värkar. Man kan under narkos sy en tråd kring cervix för att hindra öppnandet, men det är i princip omöjligt om öppnandet redan har skett och det tillämpas därför vid nästa graviditet. Om graviditeten framskridit längre är smärtorna mer och mer liknade till förlossningsvärkar. Fostret kommer då att födas fram. Om livmodern inte töms helt kan här också behövas en skrapning efteråt. (Kaplan et.al, 2009, 120-121)

3.4 Fördröjt missfall

Fördröjt missfall, även kallat missed abortion, är när fostret dör inne i livmodern men graviditeten fortsätter ändå. Vid fördröjt missfall förekommer inte blödningar och smärta från starten eftersom någon utstötning av fostret inte har satt igång. Att fostret dött inne i livmodern märks oftast vid ett ultraljud eller för att livmodern inte växer som den bör göra. När man konstaterat att fostret har dött är principen att man utför en tömning av livmodern med hjälp av läkemedel. Vid behov kan man också göra en kirurgisk tömning, då går man in via livmoderhalsen och skrapar ut eller suger ut innehållet med vakuumsug, detta görs oftast under narkos. (Borgfeldt et.al, 2019, 173) Misoprostol, ett läkemedel som säljs under bland annat namnet Cytotec, är det läkemedel som används vid ett inkomplett missfall för att livmodern ska dra sig samman och tömmas. Studier visar att Misoprostol kan användas

som första metod för att tömma livmodern eftersom det är effektivt upp till 99%. (Gemzell-Danielsson, Fiala & Weeks, 2007)

3.5 Upprepade missfall

Vid tre eller flera missfall i rad med samma partner räknas det som upprepade missfall, även kallad habituell abort. Upprepade missfall förekommer hos 1-2% av gravida kvinnor. Orsaken till upprepade missfall upptäcks sällan, men det kan bero på kromosomavvikelse hos fostret, autoimmuna sjukdomar, diabetes mellitus, tyreoidesjukdom eller anatomiska avvikelser i livmodern. Hög ålder och livsstilsvanor som rökning och hög kaffe konsumtion tros också bidra. Prognosen för att kunna genomgå en hel graviditet trots tidigare upprepade missfall är god, 55-75% av kvinnor som genomgått upprepade missfall lyckas senare bli gravida och få barn. (Borgfeldt et.al, 2019, 175-176)

3.6 Orsaker till missfall

Missfall kan orsakas av många olika orsaker. Största delen av orsakerna till missfall kan ej korrigeras eller medicineras bort. Den främsta orsaken till missfall beror på genetiska defekter hos fostret. Kromosomavvikelse som trisomi är den vanligaste orsaken. Risken för kromosomavvikelse hos fostret ökar från ca 35% för kvinnor under 35 års ålder till 60% för kvinnor över 40 års ålder. Hos kvinnor i fertil ålder förekommer avvikelser i livmoderns anatomi hos 0,5-2%, hos de kvinnor som upplever upprepade missfall har 7-12% anatomiska avvikelser i livmodern. Anatomiska avvikelser i livmodern kan vara anatomiska fel i livmoderväggen eller att kvinnan har en helt tvådelad livmoder. Eventuella skiljeväggar inne i livmodern kan opereras bort genom hysteroskopi, 70% av de opererade kvinnorna kan efter operationen genomgå en graviditet. Livmodern kan även ha anatomiska avvikelser som gör det svårt för graviditeten att få fäste, t.ex. myom under livmoderslemlinjan kan göra det svårt för äggcellen att fästa i livmoderväggen. Förutom genetiska defekter hos fostret eller anatomiska avvikelser i livmodern kan även hormonella defekter öka risken för missfall. Vissa studier tyder på att brist på gulkroppshormon kan öka risken för missfall, men enligt andra studier ser man ingen minskad risk för missfall under behandling med gulkroppshormon. Även infektioner som toxoplasmos, påssjuka eller klamydia kan öka risken för missfall. (Tapanainen et.al, 2012, 335-338)

3.7 Tidigare forskning

Här presenteras tidigare forskning som gjorts inom området kvinnors mående under graviditeten efter tidigare missfall.

De flesta kvinnorna upplevde glädje över den nya graviditeten. Av de kvinnor som upplevde stor oro vågade inte många av dem ge uttryck för sin glädje över graviditeten. De oroliga kvinnorna förväntar sig nästan att graviditeten kommer sluta med missfall, de tvivlar också på sin egen förmåga att känna igen sin kropps signaler och oroar sig därför mycket över ifall barnet i magen lever. Många av kvinnorna upplever att ingen i hennes närhet förstår hennes sorg. Det som lindrar oron för många av kvinnorna är tidiga ultraljud, tydliga graviditetssymtom och att graviditeten framskrider. De kvinnor som öppet och ärligt kan tala om sitt tidigare missfall och sin nuvarande graviditet uppvisar mindre oro, dessa kvinnor visar mera tillit till att deras kropp ska klara av den nuvarande graviditeten. (Rosebrink, Zekaj & Adolfsson, 2012)

I artikeln *How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study* publicerad i *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, framkommer det att kvinnor som genomgått missfall har upplevt stödet från vårdpersonalen som bristande. Vårdpersonalen har upplevts kall och oempatiska gentemot kvinnan när hon varit i en väldigt sårbar situation. Dessa kvinnor har känt ett starkt behov av att deras sorg och känslor ska tas på allvar, och detta behov har vårdpersonalen misslyckats att uppfylla. Många kvinnor upplever att de inte alls fått de stöd och förståelser för deras oro kring en graviditet efter ett missfall. Resultaten för studien analyserades med hjälp av den kvalitativa innehållsanalysen där det framkom fem huvudkategorier. Den första kategorien var kvinnor som kände ett starkt behov av att distansera sig från sin graviditet för att på detta sätt skydda sig mot besvikelsen ifall även denna graviditet skulle sluta med missfall. Den gravida kvinnan undvek ofta att berätta för omgivningen om sin graviditet och kunde t.o.m undvika att kontakta mödravården för att meddela om sin graviditet. Den andra kategorin var kvinnor som fokuserade på sina graviditets symtom, och på så vis fann en trygghet i att det faktiskt händer något i kroppen. Den tredje kategorin var att många kvinnor upplevde ett stort behov av ett tidigt ultraljud. Eftersom att den förra graviditeten sluta med ett ultraljud som bekräftat missfallet känns det nu mycket viktigt att få se ett ultraljud som bekräftar att det finns ett levande foster. Att få se ett hjärtslag på ultraljudet lungnade många och dämpade deras ångest. Den fjärde kategorin var att vissa kvinnor sökte

bekräftelse på varför den tidigare graviditeten slutat med missfall. De spekulerade kring om det var något de ätit eller gjort som kunde vara ansvarigt för missfallet. Därför sökte de under graviditeten efter missfallet mycket bekräftelse för att det framskred som det skulle. Den femte kategorin var de som vände sig till professionella för information i ett tidigt skede för att kunna försäkra sig om att allt framskred normalt.

Trots tidigare forskning blir denna studie relevant då den fokuserar på gravida kvinnors psykiska mående under graviditet efter missfall samt hur de har upplevt vårdpersonalens stöd. Denna studie kommer också fokusera på österbottniska kvinnors upplevelser av graviditet efter missfall och den kan därmed ge en bild av hur just de upplever detta. Studien vill också få fram hur de upplevde vårdpersonalens stöd och kunskap under graviditeten.

4 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten för studien är Kristen Swansons *Theory of caring*. Teorin utformades på 1990-talet. Teorins mål är att främja välmående och den framhåller olika kategorier för hur det kan möjliggöras. Studierna för teorin fokuserades på kvinnor som hade genomgått missfall. (Swanson, 1991)

Swanson definierade fem kategorier kring omvårdnad och hur de kan främja välmående. Kategorierna är följande fem. *Knowing* (att veta), vårdaren strävar till att få en förståelse för hur olika små och stora händelser påverkar patientens liv. Detta uppnås genom kommunikation och att inte som vårdare ha egna antaganden, att söka efter ledtrådar för att få en större förståelse för patienten, att fokusera vården på den individuella patienten och att uppmuntra patienten. *Being with* (att vara med), vårdaren ska vara emotionellt närvarande för patienten. Detta uppnås genom att vara närvarande, att ha en god förmedlingsförmåga, att dela med sig av sina känslor på ett sådant sätt att det inte belastar patienten. *Doing for* (att göra för) Vårdaren ska sträva till att göra för patienten det denne skulle göra för sig själv Detta uppnås genom att se till patientens behov, att trösta, att handla professionellt och att skydda patientens integritet. *Enabling* (att möjliggöra), vårdaren ska leda patienten genom olika situationer och händelser i livet. Detta uppnås genom att informera patienten, att stötta patienten, att fokusera, att tillåta känslor och att ge feedback. *Maintaining belief* (att upprätthålla tron), vårdaren ska upprätthålla patientens tro på sin egen förmåga. Detta uppnås genom att tro på patienten, att ha en positiv attityd och att ge patienten en realistisk optimism. (Swanson, 1991)

Swanson menar att dessa fem kategorier är grundstenarna för omvårdnad och tillsammans kan de främja välmående för patienten på ett meningsfullt sätt. Att omvården blir meningsfull är viktigt för både patienten och även vårdaren, eftersom det har visat sig minska på risken för negativa resultat i patientens mående. (Marriner-Tomey & Alligood, 2010, 743-744)

Just denna teori valdes för denna studie för att den på ett relevant sätt behandlar kvinnor som genomgått missfall. I teorin beskrivs hur man som vårdare kan stötta och bemöta kvinnor som genomgått missfall, detta tangerar bra syftet med denna studie.

5 Metod

I detta kapitel presenteras val av metod och tillvägagångsätt för denna studie. Jag har valt att göra en kvalitativ studie med hjälp av anonyma webbaserade enkäter, med öppna frågor.

Valet föll på den kvalitativa designen eftersom det passar med syftet med studien. Jag vill analysera de gravida kvinnornas personliga berättelser kring sina upplevelser för att sedan kunna sprida kunskap kring ämnet till vårdpersonal. Jag söker inte efter några absoluta svar, utan vill analysera kvinnornas svar för att komma fram till ett resultat.

Den kvalitativa designen studerar personers upplevelser och erfarenheter av olika fenomen. Då man använder sig av den kvalitativa designen finns det ingen absolut sanning, eftersom det är människors personliga upplevelser som studeras finns det inget rätt eller fel. Syftet med den kvalitativa designen är att man lär sig av resultatet man kommer fram till. När man använder sig av den kvalitativa designen krävs det att forskaren ser över sin egen kunskap och erfarenhet kring ämnet. Forskaren bör reflektera över detta för att ha förståelse för hur forskarens erfarenheter indirekt kan påverka resultatet. Vid användning av den kvalitativa designen använder ofta forskaren sig själv som forskningsinstrument, t.ex. att forskaren deltar vid intervjuerna. (Henricson 2012, 130-133)

5.1 Narrativ metod

Den narrativa forskningen analyserar människors berättelser för att få svar på en fråga eller för att få kunskap om ett ämne. Då man ställer frågor till informanter utgående från den narrativa metoden börjar man ofta frågan med "Berätta om...". Att be informanten berätta

om sin upplevelse breddar hennes historia och samtidigt som frågan styr in på rätt ämne får informanten berätta sin historia ur sin synvinkel på ett mera fritt sett. (Henricson 2012, 239)

Jag har valt att även använda sig av den narrativa metoden för att på bästa sätt fånga informanternas berättelser. Metoden är passande eftersom att frågor som riktar in informanten på rätt väg kan ställas, men samtidigt får informanten friheten att berätta sin egen historia på ett ärligt sätt utan att bli tyglad.

5.2 Datainsamling

Kvalitativdata kan samlas in med t.ex. interjuver, berättelser, enkäter eller observationer. (Henricson 2012, 133) Jag har valt att samla in data genom att göra en enkätstudie med öppna frågor som skickades ut via sociala medier. I enkäterna fick informanterna vara anonyma, detta med hopp om att informanterna ska våga svara öppet och ärligt på frågorna som ställs då de vet att ingen kan härleda resultatet till dem som enskild individ. Nackdelen med webbaserade frågeformulär är att det inte är möjligt att ställa följdfrågor, och därför väldigt viktigt att frågeställningarna blir så bra formulerade som möjligt för att leda den som svarar i rätt riktning. En till nackdel är att det inte kan granskas att de som svarar på frågorna svarar helt sanningsenligt, eftersom detta görs anonymt.

Första steget med webbaserade frågeformulär är att designa dem och bestämma sig för vilka frågor som är relevanta i studien. Det andra steget är sedan att bestämma sig för var frågorna ska distribueras, och sedan distribuera dem där till målgruppen. Det slutliga steget är sedan datainsamlingen. Svaren från alla ifyllda och inskickade frågeformulär överförs automatiskt till en datafil där de sedan finns lagrade för att analyseras. Sociala medier som insamlingspunkt för data erbjuder många intressanta möjligheter. På sociala medier t.ex. Facebook, finns det grupper där användare är kopplade i ett stort kommunikationsnätverk med gemensamma punkter och intressen. Grupper på Facebook ger potentiellt möjligheten att nå ut till en stor grupp människor med gemensamma intressen och erfarenheter på en och samma gång. Kritiken som kan riktas mot undersökningar på sociala medier är att de grupper som finns där inte är ett tvärsnitt av populationen, följderna av detta är att fynden från undersökningarna nödvändigtvis inte kan anpassas till den bredare populationen. Undersökningar på sociala medier lämpar sig därför bäst när information söks från specifika individer med specifika erfarenheter. (Denscombe, Larson & Larson, 2016, 37- 44).

Frågeformuläret till denna studie skickades ut på Facebookgruppen *Mammor & Gravida i Österbotten*. Det är en väldigt aktiv grupp med ca 3000 medlemmar med den gemensamma

punkten att de allra flesta i gruppen är mammor eller gravida. Nackdelen med valet av denna specifika grupp är att alla som inte är medlemmar där exkluderas direkt.

5.3 Urval

I den kvalitativa studien väljs deltagarna inte slumpmässigt ut. Urvalet av deltagarna anpassas så att de uppfyller kriterierna för studien. Det kvalitativa urvalet skiljer sig från det kvantitativa. Vid det kvantitativa urvalet är oftast antalet informanter stort, medans vid det kvalitativa urvalet är det ett mindre antal informanter. Med det kvalitativa urvalet vill man få en djupare inblick i de färre informanternas berättelser. (Henricson 2012, 134) Kriterierna som informanterna bör uppfylla för denna studie är att de är kvinnor som tidigare har genomgått ett missfall och efter missfallet genomgått en graviditet som slutat med förlossning. För att uppfylla inkluderingskraven ska det tidigare missfallet ska ha inträffat innan utgången av den 22a graviditetsveckan, eftersom det uppfyller kriterierna för den teoretiska beskrivningen för vad ett missfall är. Kriterierna gör det möjligt för kvinnorna att beskriva sitt mående under hela graviditeten fram till förlossningen. I denna studie fokuseras det inte på kvinnornas upplevelse efter förlossningen, detta för att kunna lägga full fokus på deras psykiska mående under graviditeten.

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Med den kvalitativa innehållsanalysen kan man fokusera på tolkning av texter, den används ofta inom vårdvetenskapen. Med den kvalitativa innehållsanalysen kan man angripa materialet induktivt eller deduktivt. I denna studie används den induktiva ansatsen. Detta innebär att söka mönster i materialet som samlats in, i detta fall människors berättelser. Man kan då få fram en mer generell och teoretisk förståelse utifrån informanternas konkreta berättelser. (Augustinsson, Höglund-Nielsen & Granskär, 2017, 219-221).

För att göra en kvalitativ innehållsanalys ska man börja med att välja det textavsnitt som ska analyseras, sedan ska texten brytas ned i mindre enheter. Enheterna kan vara ord, meningar, hela stycken eller rubriker. Det måste framgå tydligt vilka kategorier, frågor och idéer som intresserar forskaren. Här kan det vara bra att använda sig av nyckelord för att kategorisera. Enheterna som plockats ut ska sedan stämma överens med de bestämda kategorierna. Förekomsten av de olika enheterna ska sedan räknas. Slutligen ska enheternas frekvens och förhållande till andra enheter analyseras. Den kvalitativa innehållsanalysen kan uppenbara

dolda sidor av det som återfinns i materialet. Materialet kan innehålla ledtrådar till djupare och icke direkta budskap som kommuniceras i det. (Denscombe, Larson & Larson, 2016, 392-393).

När jag fått in svar på alla 17 enkäter började jag med att läsa igenom materialet flera gånger för att få en bra helhetsbild över materialet. Jag sammanställde materialet i ett word dokument och började leta efter sådant som svarade på mina frågeställningar. Ur materialet framkom det fyra kategorier. Kategorierna var mående i början av graviditet, mående under senare delen av graviditeten, tillräckligt med stöd från vårdpersonalen och otillräckligt med stöd från vårdpersonalen. Underkategorierna togs fram genom att jag färgkodade dem i materialet. Sedan gjorde jag upp en tabell för att göra det hela mer överskådligt. Jag plockade även ut direkta citat ur materialet som stöd till mina underkategorier.

6 Etik

När man skriver ett examensarbete är det en etisk utmaning att undvika att människor utnyttjas, såras eller far illa. Lagarna *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003) och *Personuppgiftslagen* (1998:204) beskriver att forskning måste utföras med respekt för människovärdet för att accepteras. Forskningen behöver också visa hänsyn till mänskliga rättigheter, grundläggande friheter och personlig integritet. Kränkningar mot den personliga integriteten beskrivs i *Personuppgiftslagen* (1998:204) enligt följande; om intrång sker i en människas privata sfär eller om det sprids uppgifter om den enskilda människans uppfattningar och handlingar som kan uppfattas som känsliga, kränker man den människans integritet. Enligt Göra-gott-principen, som tas upp i *Belmontrapporten* (1978), har forskarna en skyldighet att göra en riskanalys av sin studie för att se om studiens eventuella positiva slutsatser väger upp för de eventuella riskerna för informanterna. (Henricson 2012, 71-72)

För att skydda informanternas integritet i denna studie har jag valt att göra enkäterna anonyma. Informanterna kommer frivilligt få fylla i enkäterna och kommer kunna avbryta sin medverkan i enkäten utan orsak, när som helst under tiden. I enkäterna gav jag även ut mina kontaktuppgifter för att de som nåddes av enkäten kunde ställa eventuella frågor. De uppgifter som jag eventuellt kan få om den enskilda informanten på denna väg kommer att behandlas konfidentiellt. Eftersom ämnet för studien kan vara väldigt känsligt för informanterna lägger jag stor vikt på frivilligheten i studien och anonymiteten. Jag har

analyserat kring om studien gör mer nytta än skada och kommit fram till att eftersom informanterna själva får välja att dela med sig av sina upplevelser, även om de kan vara väldigt känsliga, övervinner de eventuellt positiva resultaten, som att kunna sprida kunskap kring informanternas upplevelser, de negativa, som att det kan kännas väldigt utlämnande för informanterna att dela med sig av känslig information.

7 Resultat

I det här kapitlet presenteras resultaten från de enkäter som skickades ut. Totalt skickades 17 enkäter ut och 17 enkäter besvarades och presenteras här i materialet. Fyra kategorier framkom ur materialet. Kategorierna är mående i början av graviditet, mående under senare delen av graviditeten, tillräckligt med stöd från vårdpersonalen och otillräckligt med stöd från vårdpersonalen. Varje kategori har underkategorier. Till underkategorierna hör direkta citat från materialet, citaten är skrivna i kursiv stil. I slutet av kapitlet finns en sammanfattning av kategorierna i framställt i en tabell, för att göra det mera överskådligt.

7.1 Mående i början av graviditeten

Utgående ifrån frågeställningarna som fanns i enkäten (Bilaga 2) framkom två kategorier som berättade om mående under graviditeten. Mående i början av graviditeten presenteras här.

7.1.1 Allmän oro och ångest

Majoriteten av kvinnorna som svarade på enkäten uttryckte att under den första delen graviditeten efter missfallet fanns en konstant oro och ångest. Orsaken till många av kvinnornas oro var att de oroade sig för att även denna graviditet skulle sluta med missfall. De svarande beskrev känslorna som väldigt starka och konstant förekommande. I början av graviditeten var det i princip inget som gjorde känslorna lättare, utan ångesten över att denna även graviditet skulle misslyckas var väldigt påtaglig.

”Det var en väldigt tuff första tid men mycket oro.”

”Har aldrig kunnat njuta av graviditeterna, haft en ständig oro.”

7.1.2 Oro för blödningar

Det framkom att en del av kvinnorna oroade sig specifikt för att få blödningar. Detta eftersom att det tidigare missfallet hade startats med just blödningar. Oron för blödningar gjorde att toalettbesöken blev väldigt ångestfyllda. Trots att det för kvinnorna var väldigt ångestframkallande att gå på toaletten upplevde de ett starkt behov av att ofta besöka toaletten, nästan tvångsmässigt, för att igen kontrollera att inga blödningar hade förekommit och att graviditeten fortfarande var ett faktum.

''Var orolig konstant, gick hela graviditeten och kollade om jag blödde.''

''Hade ångest varje gång jag skulle gå på wc.''

7.1.3 Vågade ej känna glädje

Att ej våga känna glädje över den nya graviditeten är något som hör ihop med den konstanta oron och ångesten, men ändå något som i enkäterna uttrycktes separat. Att ej våga känna glädje över den nya graviditeten gjorde att en del av kvinnorna hade väldigt svårt att faktiskt ta in att de faktiskt var gravida igen. Flera uttryckte att de inte ville reflektera särskilt mycket kring graviditeten, eftersom de inte vågade ta graviditeten till sig. Detta tog sig i uttryck av att de inte vågade tänka på eventuella namn till det kommande barnet eller att de inte vågade införskaffa några saker till det kommande barnet. Under den tidigare graviditeten som hade resulterat i missfall hade det varit ett glädjemoment att fantisera kring det kommande barnet och införskaffa små saker till det, men så var inte fallet under den efterföljande graviditeten.

''Jag vågade inte glädjas för mycket, vågade inte hoppas för tidigt, ville inte gå igenom den sorgen och se framtidsplaner krossas igen.''

7.1.4 Ångest inför rådgivningsbesök

Den specifika ångesten inför att göra besök på mödrarådgivningen var också något som uttrycktes separat. Orsaken till denna ångest var oftast rädslan för att inte skulle finna fostrets hjärtljud. En del upplevde att det skulle kännas förkrossande att igen en gång besöka rådgivningen för att få bekräftat att det inte längre fanns något levande foster, och således inte längre någon graviditet.

”Jag hade ångest inför varje rådgivningsbesök, eftersom jag trodde att hjärtljuden inte skulle höras mer.”

7.1.5 Ultraljud vecka 12

Det första ultraljudet som inträffar i ca vecka 12 var något som en hel del hade som första mål och den dagen som de strävade till. Att ta sig så långt som till ultraljudet och då få se sitt barn var något som kändes som en dröm som skulle gå i uppfyllelse för en del. Samtidigt som skräcken inför att få eventuella dåliga nyheter under ultraljudet var påtaglig fanns där ändå en förväntansfullhet och ett hopp om att få se ett levande och välmående foster på skärmen. Största delen upplevde också att ångesten lättade en hel del efter det första ultraljudet, eftersom det är en sån konkret upplevelse att få se sitt barn på skärmen.

”Vändpunkten skulle jag nog säga att var det första ultraljudet. Efter det lät jag mig glädjas och börja hoppas och tro att det nog kanske kunde gå vägen denna gång.”

7.1.6 Glädje

En del av informanterna uttryckte att de faktiskt kunde känna glädje över den nya graviditeten. De hade hopp redan från början om att denna gång skulle det bli annorlunda. De var glada för att de över huvud taget hade kunnat bli gravida igen och kände därmed tilltro till sin kropp. För en del sporrades glädjen av att känna typiska graviditets symtom som t.ex. illamående och trötthet, eftersom det var känslor som inte förekommit under den tidigare graviditeten som hade resulterat i missfall, och på så sätt en bekräftelse för att denna gång skulle det bli annorlunda.

”Jag blev väldigt glad över graviditeten och mådde bra. Jag hoppades att denna gång var meningen att jag skulle bli gravid.”

7.2 Mående under senare delen av graviditeten

Jag ville undersöka om måendet förändras under graviditetens gång. Här presenteras upplevelserna av måendet under den senare delen av graviditeten.

7.2.1 Tidens gång

Framträdande i enkäterna var hur tidens gång påverkade informanternas mående. De allra flesta kände en allt större lättnad desto längre graviditeten fortskred. Redan att komma sig

förbi den vecka som den tidigare graviditeten hade avslutats i var något som gav upphov till en stor lättnad. Det upplevdes lättare att skapa en distans till den föregående graviditeten då man denna gång lyckats passera den graviditetsvecka som förra gången blev den sista. Att nå fram till de veckor då barnet skulle ha en stor chans att överleva utanför magen var en stor milstolpe för många och något som verkligen lyckades lindra ångesten.

''Ju längre tiden gick desto lättare blev det. Speciellt då jag kommit till milstolpen att baby'n sku kunna anses klara sig utanför magen minns jag att jag var lättad.''

7.2.2 Trygghet med att känna fosterrörelser

Att för första gången känna sitt barn röra sig inuti magen var något som skapade stor glädje, lycka och trygghet hos den gravida. Att känna fosterrörelser regelbundet är ett väldigt konkret sätt att bekräfta för sig själv att det faktiskt är ett levande foster man bär på. Att känna rörelser var något som gjorde det lättare att knyta an till det kommande barnet, medans det fortfarande låg i magen.

''Oron lättade då jag började känna fostrets rörelser. Att dagligen känna rörelser lugnade mig''.

7.2.3 Oro för att ej känna fosterrörelser

För en del så gav fosterrörelserna, eller främst avsaknaden av dem, upphov till en stor ångest. Trots att de kände en väldigt stor glädje då fostret rörde på sig så blev det väldigt ångestframkallande då fostret inte rörde på sig hela tiden. För en del stördes nattsömmen ordentlig av flertalet uppvak för att känna efter så att fostret fortfarande levde, de kunde inte somna om innan de fått respons i form av sparkar från fostret. Att tvångsmässigt följa med att fostret nog rörde sig under dagen och bekräfta för sig själv att fostret fortfarande levde blev för dem väldigt ångestladdat.

''Jag kunde ligga vaken på nätterna och ligga och vänta på att barnet skulle röra på sig innan jag kunde sova vidare''.

7.2.4 Fortsatt oro

Även om att få se fostret under ultraljudet och att känna fostrets rörelser var väldigt lugnande för en del och bidrog till att ångesten lättade och de kunde glädjas över graviditeten, uttryckte en del att den ångest de kände redan från början av graviditeten aldrig avtog. Den ständiga

ångesten gjorde att de inte vågade känna någon riktig glädje under graviditeten, utan det kom först efter att barnet var fött då de förstod att graviditeten hade lyckats.

''Mitt mående fortsatte under hela graviditeten. När man började känna rörelser trodde jag att barnet dött i magen om jag inte fick respons när jag tryckte till magen. En ständig oro.''

7.3 Tillräckligt med stöd från vårdpersonalen.

Största delen av informanterna upplevde att det stöd de fick utav vårdpersonalen de kom i kontakt med var tillräckligt. Nedan kommer en redogörelse av det stöd de fick.

7.3.1 Oron togs på allvar

Av de som kände att de fick det stöd de behövde var känslan av att deras oro verkligen togs på allvar väldigt framträdande. Att känna sig sedda och hörda skapade en känsla av trygghet hos den gravida och gav dem ett förtroende till att de skulle få all hjälp och stöd de kunde behöva under graviditeten. Att känna sig sedda och hörda gjorde också tröskeln till att kontakta rådgivningen, då det var något man ville diskutera, mycket lägre. Slutligen utgjorde känslan av att sig sedda och hörda ett genomgående mönster hos de kvinnor som upplevde att stödet de fick utav vårdpersonalen var tillräckligt.

''Hälsovårdaren bekräftade min oro och sa att den troligtvis kommer finnas med under hela graviditeten''

7.3.2 Tätare kontroller

Att få gå på tätare kontroller till mödrarrådgivningen var något som uppskattades stort under graviditeten. Att de under rådgivningsbesöken fick lyssna på fostrets hjärtljud var väldigt ångestdämpande, speciellt under den tidiga delen av graviditeten då kvinnorna själva inte kände av fostret i magen. Att tröskeln för att ringa in till rådgivningen, och be om ett extra besök för att få komma in och lyssna på fostrets hjärtljud, var väldigt låg kändes som en stor trygghet för den gravida.

''Jag fick jätte bra stöd från rådgivningen och fick gå på extra kontroller och extra ultraljud för att jag skulle få lite mera ro i sinnet.''

7.3.3 Tidigt ultraljud

För en del var det väldigt viktigt att få gå på ett extra insatt ultraljud kring graviditetsvecka 7-8. Efter att tidigare ha genomgått ett missfall hade de väldigt svårt att tro att det faktiskt kunde bära på ett levande foster. För en del var det även väldigt viktigt att ultraljudet inträffade före inskrivningsbesöket på mödrarådgivningen, eftersom att det skulle kännas väldigt psykiskt påfrestande att gå på ett inskrivningsbesök och inte veta om det fanns något levande foster.

''Jag fick gå på tidigare ultraljud redan i v.7 och inskrivningen efter det först. Annars jobbigt att sitta på en till inskrivning och inte veta om det är någon vits med det.''

7.3.4 Psykologremiss

För en del var mentala välmåendet på kraftigt nedsatt att de hade ett behov för att få diskutera med en psykolog. Personalen på rådgivningen hade sett detta behov och snabbt erbjudit en remiss för att få prata med en psykolog. Även här syns det genomgående temat med att känna sig sedda och hörda, de behövde inte själva uttrycka att de kände ett behov utav att tala med en psykolog, utan initiativet kom från rådgivningen.

''Rådgivningen tog det på allvar, så jag fick remiss till psykolog när det behövdes i slutet av graviditeten.''

7.4 Otillräckligt med stöd från vårdpersonalen

En del av informanterna uttryckte att de inte upplevde att stödet de fått utav vårdpersonalen var tillräcklig. Nedan presenteras deras tankar kring deras stödbehov.

7.4.1 Öppna upp för dialog

Hos dem som upplevde stödet från vårdpersonalen som otillräckligt framkom det att de från rådgivningens sida inte hade öppnat upp för någon dialog kring det tidigare missfallet. En del av de kvinnor som svarade hade bara fått frågan om de hade genomgått något missfall tidigare, och när de svarade jakande tog dialogen sedan slut. Här borde personalen på rådgivningen åtminstone ha ställt följdfrågor om det var något som de ville ta upp till diskussion, men för en del av kvinnorna kändes det som att de bara fick ett okej till svar och sedan sopades det under mattan.

''Skulle ha varit bra om någon alls frågade om saken, och öppnat upp en dialog.''

”Jag fick frågan om jag varit med om missfall och när jag svarade jakande lämnade det så bara.”

7.4.2 Erbjudande om extra kontroller

Sammanhängande med att ingen egentlig dialog fanns upplevde kvinnorna också att tröskeln till att be om ett extra ultraljud eller en extra insatt kontroll på rådgivningen blev väldigt hög. De vågade inte be om det, även om de själva upplevde att de skulle ha behövt det. Det samma gällde dem som i efterhand ansåg att de nog skulle haft ett stort behov av att prata med en psykolog under graviditeten, men inte själva hade vågat uttrycka det. De upplevde att om frågan hade kommit hade det varit lättare att öppna upp sig kring de behov de kände.

”Tröskeln för att få göra extra ultraljud borde vara lägre, 2 stycken ultraljud under 40 veckor är rätt lite och det är lång tid emellan för någon som oroar sig konstant.”

”Skulle ha behövt få gå igenom det med psykolog tror jag, men jag själv är av sådan natur, att jag inte tar kontakt med vården förutom om det är akut.”

Mående i början av graviditeten	Allmän oro och ångest
	Oro för blödningar
	Vågade ej känna glädje
	Ångest inför rådgivningsbesök
	Ultraljud vecka 12
	Glädje
Mående under senare delen av graviditeten	Tidens gång
	Trygghet med att känna fosterrörelser
	Oro för att ej känna fosterrörelser

	Fortsatt oro
Tillräckligt med stöd från vårdpersonalen	Tätare kontroller
	Oron togs på allvar
	Tidigt ultraljud
	Psykologremiss
Ottillräckligt med stöd från vårdpersonalen	Öppna upp för dialog
	Erbjudande om extra kontroller

8 Metoddiskussion

Syftet med en metoddiskussion är att uppvisa hur kvaliteten har säkerställts i examensarbetet. I en metoddiskussion bör både styrkor, svagheter och eventuella begränsningar hos examensarbetet diskuteras. Det är viktigt att man kritiskt granskar sitt examensarbete, precis som när man granskar annat material som ingått. Det kan även nämnas att detta är första gången jag skrivit ett examensarbete, men jag har lärt mig en hel del under processen och fått insikter i vad jag kunde ha gjort annorlunda. När det kommer till kvalitativa metoder bör även begreppen validitet, reliabilitet och överförbarhet diskuteras. Man bör diskutera om de frågeställningar man haft har besvarats, om metoden som användes var lämplig och om man kunde komma fram till samma slutsatser igen. När det kommer till enkäter bör man även diskutera hur enkäten framställts, svarsfrekvensen och hur den kunnat påverka resultatet. (Henricson, 2012, s 472-474)

Syftet med denna studie var att undersöka hur kvinnor upplever sitt mående under graviditet efter missfall, samt hur de upplevde stödet från vården. Eftersom jag ville fokusera på individers personliga upplevelser blev den kvalitativa metoden ett uppenbart val. Jag valde sedan att göra min studie som en enkätstudie med öppna frågor som distribuerats via en Facebook grupp. Fördelen med att använda sig av en enkät är att det är ett enkelt sätt att få

svar på sina frågor och det kräver inte mycket av informanterna. Det blir också lättare med den etiska aspekten eftersom deltagarna helt frivilligt väljer att fylla i enkäten, de får göra det anonymt och de kan även avbryta sitt deltagande när som helst utan att uppge någon orsak.

Att jag valde att göra enkäten med öppna frågor, där informanterna fritt fick berätta om sina upplevelser resulterade i att jag fick in längre svar, som jag även hade hoppats på, och att det blev lite mer intervjulikt. I slutet av enkäten fanns det möjlighet för informanterna att lämna sin e-mailadress ifall de ville att jag skulle ha möjlighet att kontakta dem med följdfrågor, detta var helt frivilligt om inget krav för att få delta i studien. En del valde att lämna sin e-mail, men i slutändan utnyttjade jag inte möjligheten att kontakta dem i efterhand, eftersom det kändes svårare att ställa de eventuella frågorna i efterhand istället för direkt i stunden. Nu i efterhand har jag insett att det kunde ha varit en bättre metod att göra ett mindre antal intervjuer istället för online enkäter, eftersom det är lättare i stunden att ställa följdfrågor kring vad den man intervjuar menar och slippa mer på djupet i intervjun. När man intervjuar kan man även läsa av de non verbala kommunikationerna och det ger en extra dimension till intervjun. En enkät är även en mindre personlig upplevelse än en intervju och nu i efterhand upplever jag att det kunde ha varit fördelaktigt att få en djupare kontakt med informanterna. Om jag hade utfört studien med intervjuer istället för enkäter hade jag också lättare kunnat försäkra mig om att jag förstått det som de berättade korrekt, detta skulle även ha höjt reliabiliteten i min studie.

Jag baserade frågorna i min enkät på mitt syfte och mina frågeställningar för examensarbetet. Jag konstruerade enkäten med hjälp av min handledare, men innan jag skickade ut den valde jag att visa den för några bekanta från klassen för att försäkra mig om att den var förståelig. När enkäten var färdig publicerade jag ett inlägg i Facebook gruppen *Mammor och gravida i Österbotten* där jag efterlyste kvinnor som ville svara på min enkät. Det var 17 stycken som anmälde sitt intresse till mig, och alla 17 besvarade senare enkäten, min svarsfrekvens för studien blev alltså väldigt bra. Jag upplever att de som svarade på enkäten gjorde det väl och jag fick svar på de frågor jag ställde, jag upplevde svaren som personliga och genuina. Eftersom alla 17 svarade på enkäten hade jag också ett tillräckligt material för att utföra min analys.

Enligt Henricson (2012) bör man när man använder sig av en kvalitativ metod reflektera över hur förståelsen och hur man hanterade förståelsen. Detta kan göras genom att fundera kring vilka förväntningar och erfarenheter man hade innan och hur dessa har kunnat påverka

resultatet. Innan jag utförde studien hade jag en del tankar och gissningar kring vad den skulle resultera i, men när jag har analyserat har jag satt dessa åt sidan och försökt på ett objektivt sätt tolka svaren jag fått in. Ett sätt som kunde ha höjt reliabiliteten i studien är om jag gjort den tillsammans med någon annan, då hade man kunnat jämföra sina tolkningar och se om man kommit fram till samma slutsatser.

Mina frågeställningar var; hur upplever kvinnorna sitt mående under graviditet efter tidigare genomgången missfall och hur upplever de stödet från vårdpersonalen. Jag upplever att jag med denna studie har fått en insikt i hur kvinnornas mående under graviditet har påverkats av att de tidigare genomgått ett missfall och deras personliga upplevelser av stödet från vårdpersonalen. En sak som jag i efterhand konstaterat är att jag i bakgrundsmaterialet kunde ha fokuserat mera på just mående under graviditet, eftersom det är det genomgående temat för examensarbetet. Att skriva detta examensarbete har varit väldigt givande och jag hoppas att detta även kan ge andra en liten inblick i hur ett missfall kan påverka kvinnas psykiska mående under graviditet efter missfall och vilka stödbehov den gravida har.

9 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer resultaten från enkäterna att tolkas utgående ifrån den valda teorin för examensarbetet samt tidigare forskning. Teorin, som tidigare finns beskriven, är *Theory of Caring* av Kristen Swanson.

Tidigare forskning har uppvisat att kvinnor som blivit gravida igen efter ett missfall kände en glädje över graviditeten, men de berättade också en väldigt stor oroskänsla över att även denna graviditet skulle sluta på samma sätt. Många uppgav också att de hade svårt att över huvud taget känna någon glädje över den nya graviditeten och de oroade sig ofta för huruvida barnet i magen ännu levde. Kvinnorna i den studien uppgav att det som bäst lindrade deras ångest var tidiga ultraljud och att graviditeten framskred. (Rosebrink, Zekaj & Adolfsson, 2012) Liknande resultat förekommer i min studie. En majoritet av kvinnorna som svarade på enkäten beskrev en konstant oro och ångest som var väldigt svår att dämpa. I enkäterna framkom också att på grund av all oro och ångest hade kvinnorna också ofta svårt att känna glädje över den nya graviditeten, de vågade inte hoppas eftersom rädslan för att det skulle sluta med missfall var för stor. Liksom i den tidigare studien uppgav kvinnor nu också att det som bäst lindrade ångesten var möjlighet till tidigt ultraljud, men även andra extra insatta ultraljud och kontroller, samt att graviditeten framskred. Att graviditeten framskred och

barnet kunde anses klara sig utanför magen var något som lugnade de flesta och det framhölls i enkäterna.

I artikeln *How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study* publicerad i *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, berättades det om hur många kvinnor hade upplevt bemötandet från vårdpersonalen som väldigt osympatiskt och hur många kvinnor kände ett behov till att distansera sig från sin graviditet, ibland så pass mycket att de inte ville kontakta mödravården, samt vilken trygghet graviditets symtom och ultraljud kan ge den gravida. Den största delen av mina informanter upplevde att de hade fått ett bra stöd från vårdpersonalen, men de som inte gjorde det upplevde att de inte blev sedda och hörda, precis som i artikeln. Även behovet av att distansera sig från graviditeten framkom i hos mina informanter. För en del var det väldigt jobbigt att kontakta mödravården, speciellt för ett inskrivningsbesök, då känslan av ovisshet, kring huruvida denna graviditet skulle gå vägen eller ej, var väldigt påtaglig. Och även i denna tidigare studie framkom hur betryggande ultraljud och graviditetssymtom kan vara för den gravida, detta påstående stöds starkt även i min studie.

Enligt Swanson (1991) är det viktigt att vårdaren strävar till en förståelse för hur olika händelser påverkat patientens liv. Detta görs genom en öppen dialog med patienten, att vårdaren aktivt söker efter ledtrådar för att få en större förståelse för patientens mående, samt att vårdaren inte ska ha egna antaganden. De kvinnor i enkäten som uttryckte att de hade fått ett tillräckligt stöd från vården betonade vikten av att kunna ha en dialog med vårdpersonalen, och de kvinnor som upplevde stödet som otillräckligt framhöll avsaknaden av en dialog. Slutsatsen jag drar kring detta är att kommunikationens betydelse är något som verkligen inte får underskattas i vårdsammanhang, det kan bli avgörande för hur patienten uppfattar vårdsituationen. Som Swanson nämner är det även viktigt att som vårdare söka efter ledtrådar kring hur patienten mår, man bör fokusera sig på mer än endast det verbala som kommuniceras. En del av kvinnorna som upplevde vården som otillräcklig berättade att de i efterhand insett att de hade behövt psykologhjälp. Denna känsla är något som eventuellt kunde förhindras ifall vårdaren varit mera uppmärksam på vad det var som patienten kommunicerade, eller åtminstone genom att fråga öppet om det var något som patienten kunde tänkas vara i behov av.

Swanson (1991) nämner också om vikten av att leda patienten genom olika situationer och händelser livet, detta genom att informera patienten, stötta patienten, att tillåta känslor och

ge feedback. I svaren från min enkät framkommer det att kvinnor som tidigare genomgått ett missfall allt som oftast behöver ett stort stöd under graviditeten. Det är viktigt att man tillåter kvinnans känslor, lyssnar på dem och tar dem på allvar. Utgående från de svar jag fick i mina enkäter upplever jag att det är viktigt att man från vårdens sida kontinuerligt informerar kvinnorna om vilka stödmöjligheter de kan ta del av, t.ex. att de enkelt kan komma in på ett kort extra besök för att lyssna på babys hjärtljud eller att de kan få remitteras vidare till psykolog om de upplever att behovet av att diskutera mera kring det tidigare missfallet är stort. Slutligen tar Swanson upp vikten av att vårdaren ska upprätthålla patientens tro på sin egen förmåga, Swanson menar att detta uppnås genom att tro på patienten, att ha en positiv attityd och genom att ge patienten en realistisk optimism. Det är alltså viktigt att man från vårdens sida visar upp för kvinnorna att man har tilltro för att denna graviditet ska gå bra, genom att göra detta kan man kanske även stärka kvinnans tilltro på sig själv och sin graviditet.

10 Källförteckning

Andelin C. (2018, 15 december) ”Du har genomgått ett alldeles vanligt missfall och kan gå hem och vänta ut det” - i era missfallsberättelser finns sorg och besvikelse över vårdpersonalens attityd. *Svenska Yle*

Tillgänglig: <https://svenska.yle.fi/artikel/2018/12/15/du-har-ett-alldeles-vanligt-missfall-och-kan-ga-hem-och-vanta-ut-det-i-era>

Andersson, I-M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. (2012) How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 262-270

Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Upplaga 3:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H. & Wangel, A. (2019). *Obstetrik och gynekologi: För sjuksköterskor* (Upplaga 5:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Denscombe, M., Larson, P. & Larson, P. (2016). *Forskningshandboken: För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (Upplaga 3:1.). Lund: Studentlitteratur.

Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Weeks A. (2007). Misoprostol: first-line therapy for incomplete miscarriage in the developing world, *BJOG*, 114(11), 1-3

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor* (3., omarb. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, B. (2013). *När det inte blev som du tänkt dig: Om missfall, sorg och att våga igen*. Älvsjö: Effektum.

Marriner-Tomey, A. & Alligood, M. R. (2010). *Nursing theorists and their work* (7. ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.

Rosebrink M., Zekaj M. Adolfsson A. (2012) Kvinnors upplevelser av tidig graviditet, efter att ha upplevt ett eller flera missfall tidigare i livet *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(2), 4-8

Swanson, KM. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.

Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkilallio, K., Aaltonen, R. & Schmidt, H. (2019). *Naistentaudit ja synnytykset* (6., uudistettu painos.). Helsinki: Duodecim.

BILAGA 1

Inlägget i facebookgruppen *Mammor och gravida i Österbotten*:

Hej! Jag är tredje årets barnmorskestuderande vid yrkeshögskolan Novia. Jag skriver just nu mitt examensarbete om kvinnors upplevelser av graviditet efter tidigare genomgången missfall.

Till min studie söker jag kvinnor som har genomgått ett eller flera missfall innan utgången av graviditetsvecka 22 och som efter det har genomgått en ny graviditet som slutat med förlossning.

Alla svar som kommer in kommer att behandlas konfidentiellt. Dina svar kommer inte att kunna återkopplas till dig. Det är helt frivilligt att delta och du kan avbryta ditt deltagande när som helst. Ingen annan kommer att ta del av svaren och resultaten av studien publiceras senare i mitt examensarbete.

Om du känner att du har erfarenheter som du vill berätta om och du vill delta i studien, skicka ett pm eller mail åt mig, jag kommer därefter skicka enkäten med frågor till dig.

Kontakta mig gärna om du har några frågor.

Kontakt:

Sara Gripström

sara.gripstrom@edu.novia.fi

+358449783173

Handledande lärare:

Terese Österberg

terese.osterberg@novia.fi

+358504064449

Med vänlig hälsning Sara Gripström

BILAGA 2

Upplevelse av graviditet efter missfall

Den här undersökningen är en del av mitt examensarbete. Jag vill undersöka hur ett tidigare missfall påverkar kvinnans psykiska mående under graviditet och hur kvinnor upplever stödet från vården med tanke på det tidigare missfallet. Besvara gärna frågorna så utförligt som möjligt.

Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt. Dina svar kommer inte att kunna återkopplas till dig, om du inte vill lämna din e-post i slutet av enkäten. Att lämna sin e-post är helt frivilligt och inte ett krav för att delta i studien. Det är helt frivilligt att delta och du får avbryta ditt deltagande när som helst.

Materialet som kommer in kommer att analyseras och resultaten kommer att publiceras i mitt examensarbete.

Kontakt:

Sara Gripström
sara.gripstrom@edu.novia.fi
+358449783173

Handledande lärare:

Terese Österberg
terese.osterberg@novia.fi
+358504064449

Tack för ditt deltagande!

Har du genomgått ett eller flera missfall? *

Kort svarstext

I vilken vecka förekom missfallet/missfallen? *

Kort svarstext

Berätta om ditt psykiska mående och dina känslor när du fick veta om graviditeten och i början av graviditeten. *

Lång svarstext



Berätta om ditt psykiska mående och dina känslor under senare delen av graviditeten, upplevde du någon förändring under graviditetens gång? *

Lång svarstext

Hurudant stöd fick du utav vårdpersonal under graviditeten med tanke på ditt tidigare missfall? *

Lång svarstext

Hade du önskat något annat stöd utöver det du fick utav vårdpersonalen? Om ja, hurudant? *

Lång svarstext

Om du vill att jag ska kunna kontakta dig med eventuella följdfrågor kan du lämna din e-post här. Det är inget måste utan helt frivilligt och allt behandlas konfidentiellt.

Kort svarstext

Vården vid missfall

En kartläggning av informationen kring missfall som finns tillgänglig på välfärdsområdenas webbsidor

Sara Gripström

Utvecklingsarbete inom social och hälsovård

Utbildning: Barnmorska

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Sara Gripström

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: Vården vid missfall - En kartläggning av informationen kring missfall som finns tillgänglig på välfärdsområdenas webbsidor

Datum: 24.5.2023 Sidantal: 12

Bilagor: 1

Abstrakt

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på examensarbetet *Kvinnors upplevelse av graviditet efter missfall – En kvalitativ studie om hur kvinnor upplever sitt psykiska mående under graviditet efter missfall samt hur de upplever stödet från vården* (Gripström, 2021). Examensarbetet genomfördes som en kvalitativ enkätstudie och där framkom det även ett missnöje med vården vid själva missfallet. Efter det väcktes tanken på att undersöka vilken vård som erbjuds vid missfall i Finland.

Syftet med detta utvecklingsarbete är att skapa en helhetsbild över vilken information kring vården vid missfall som finns på välfärdsområdenas webbsidor. Detta har utförts genom att göra en kartläggning av den information som finns på webbsidorna. I resultatet finns även information från universitetssjukhusens webbsidor presenterad.

I resultatet framkom det att det var få välfärdsområden som hade någon information kring missfall alls på sina webbsidor. Hos en del av dem som erbjöd information kring vården vid missfall var informationen ofullständig, speciellt gällande återhämtningen efter missfall. Informationen kring vården vid missfall kunde breddas på välfärdsområdenas webbsidor.

Språk: Svenska

Nyckelord: missfall, vård, kartläggning, välfärdsområde, webbsida

DEVELOPMENT PROJECT

Author: Sara Gripström

Degree Programme: Midwife

Supervisor: Terese Österberg

Title: Care During Miscarriage - an Assessment of the Information About Miscarriage Found on the Websites of the Wellbeing Services Counties

Date 24.5.2023 Number of pages 12 Appendices 1

Abstract

This development project is a continuation of the bachelor's thesis *Womens experience of pregnancy after miscarriage – A qualitative study of how women experience their mental health during pregnancy after miscarriage and how they experience the support from healthcare workers* (Gripström, 2021). The thesis was conducted as a qualitative questionnaire, and it also revealed dissatisfaction with the care during the miscarriage itself. After that, the idea of investigating the care offered for miscarriages in Finland arose.

The purpose of this development project is to create an overall picture of what information miscarriage care is available on the websites of the wellbeing services counties. This has been done by mapping the information that is available on the websites. The results also include information from the websites of university hospitals.

The results showed that only a few wellbeing service counties had any information about miscarriage at all on their websites. For some of those who offered information on miscarriage care, the information was incomplete, especially regarding recovery after a miscarriage. Information on miscarriage care could be expanded on the websites of the wellbeing services counties.

Language: Swedish

Key words: miscarriage, care, assessment, wellbeing service county, website

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte.....	1
3	Bakgrund.....	2
3.1	Definition.....	2
3.2	Typer av missfall.....	2
3.3	Orsaker till missfall.....	3
3.4	Undersökningar.....	3
3.5	Behandling.....	4
3.6	Fysisk återhämtning.....	5
3.7	Psykisk återhämtning.....	5
4	Teoretisk utgångspunkt.....	6
5	Metod och datainsamling.....	7
6	Resultat.....	7
7	Diskussion	9
8	Slutsatser.....	11
9	Referenser	13

11 Inledning

I mitt examensarbete *Kvinnors upplevelse av graviditet efter missfall – En kvalitativ studie om hur kvinnor upplever sitt psykiska mående under graviditet efter missfall samt hur de upplever stödet från vården* (2021) framkom det att en del missnöje med vården vid själva missfallet samt vården efteråt. En del hade upplevt det som besvärligt att endast få en tid till medicinsk abort efter missfallet och efter det bara lämna ett blodprov några veckor senare. De hade önskat att det skulle ha erbjudits någon form av efterkontroll, t.ex. i form av ett besök till mödrarådgivningen de redan haft kontakt med, för att få ett slags avslut på det hela. Av detta väcktes mitt intresse för att göra en kartläggning av vilken vård som erbjuds vid missfall i Finland, specifikt genom att ta reda på vilken information som välfärdsområdena ger ut på sina webbsidor, detta eftersom det kan vara där kvinnorna som genomgår missfall söker efter information.

12 Syfte

Syftet med detta utvecklingsarbete är att göra en kartläggning över den information kring missfall som finns tillgänglig på välfärdsområdenas webbsidor. Mitt examensarbete skrevs om graviditet efter missfall och där framkom det även att det fanns ett missnöje med vården vid själva missfallet. Tanken är att skapa en helhetsbild av den information som finns kring vården vid missfall på välfärdsområdenas webbsidor.

Min frågeställning är:

- Vilken information om missfall erbjuds på välfärdsområdenas webbsidor?

13 Bakgrund

I bakgrunden presentera fakta kring missfall, behandling vid missfall och återhämtningen efter missfall.

13.1 Definition

Missfall är per definition då en graviditet avbryts spontant innan graviditetsvecka 22 och fostrets vikt är under 500 gram. Största delen av missfallen inträffar innan graviditetsvecka 12. Av konstaterade graviditeter slutar ca 10-15% med missfall, vilket gör det väldigt vanligt förekommande. Troligtvis är andelen missfall ännu högre eftersom en del inträffar innan kvinnan ens vet om att hon är gravid. Ett pågående missfall kan ej hindras, varken genom användning av mediciner eller genom kirurgiska ingrepp. (Duodecim, 2023)

13.2 Typer av missfall

Inledningsvis finns det så kallade *Hotande missfall* (abortus imminens), symtomen är blödning och sammandragnings liknande smärta, men ingen påverkan på cervix. Är det frågan om ett hotande missfall ses ett levande foster vid ultraljudsundersökning och blödningen samt smärtorna borde då avta av sig själv. Vid *pågående missfall* (abortus incipiens) ses en påverkan på cervix, smärtorna är ihållande samt att blödningen ökar. (Harvala, U. et. al., 2015)

Missfall kategoriseras ofta i *fullständiga missfall* (abortus completus) och *ofullständiga missfall* (abortus incompletus). Vid ett fullständigt missfall har livmodern spontant tömts helt på resterna av graviditeten. Vid ofullständiga missfall finns rester av graviditeten kvar i livmodern, detta tillstånd kräver behandling. Vid ett *fördröjt missfall* (abortus inhibitus), även kallat *missad abortion*, har fostret dött inne i livmodern men ingen blödning eller symtom förekommer, utan graviditeten fortsätter. Detta upptäcks oftast vid ultraljudsundersökningar. (Harvala, U. et. al., 2015)

Ovum abortivum är även ett tillstånd som leder till missfall. Då ses en fostersäck i livmodern, men fostret har slutat utvecklas väldigt tidigt i graviditeten och kan ej ses vid en ultraljudsundersökning. Då placentan hunnit utvecklas kan den fortsättningsvis orsaka graviditets symtom, fastän det inte finns något växande foster. (Serdinsek T., Reljic M. & Kovax V., 2019)

Det finns även så kallade biokemiska graviditeter. I dessa fall har en befruktad äggcell fäst sig i livmoderväggen och sedan hunnit bilda så pass många placentaceller så att det ger ett väldigt tidigt positivt graviditetstest. Men istället för att fortsätta utvecklas till en graviditet blir det ett väldigt tidigt missfall och kvinnans mens är ofta några dagar försenad samt att blödningen är rikligare. Efter mensen får kvinnan negativa graviditetstest igen. Det är i dessa fall som många kvinnor ej varit medvetna om att de ens har varit gravida. (Musik T., et.Al., 2021)

Med *upprepade missfall* (abortus habitualis) menas tre, eller flera, på varandra följande missfall. Har man haft upprepade missfall har man rätt att få hjälp via infertilitets kliniker. Där görs då en utförlig genomgång av parets anamnes och hälsotillstånd samt en gynekologisk undersökning med vaginalt ultraljud. Sedan tas även olika blodprover. (Harvala, U. et. al., 2015)

13.3 Orsaker till missfall

I många fall förblir orsaken till missfallet okänd. I undersökningar har det dock framkommit att upp till 50% av missfallen beror på kromosomavvikelse hos fostret. Risken för kromosomavvikelse ökar ju äldre kvinnan är. Avvikelse i strukturen av livmoder kan även vara en orsak till missfall. Rökning och stor övervikt ger en ökad risk för missfall. Hormonella störningar och kroniska sjukdomar som är i obalans, som t.ex. diabetes, njursjukdomar, sköldkörtelfunktionsstörningar och celiaki, tros öka risken för missfall. (Duodecim, 2023) Missfall kan även orsakas av infektioner så som malaria eller syfilis. (WHO, 2023)

13.4 Undersökningar

Inledningsvis vill man ha graviditeten bekräftad med ett graviditetstest, det räcker med ett urinprov. Vid misstanke om missfall görs en gynekologisk undersökning. Under den gynekologiska undersökningen kontrollerar man blödningen och status på cervix. Sedan görs också en ultraljudsundersökning, man kontrollerar då om graviditeten finns i livmodern eller om det är frågan om en extrauterin graviditet, man kollar också om det finns något foster och ifall det är frågan om ett levande eller avlidet foster. För att ultraljudsundersökningen ska vara pålitlig bör den utföras efter den sjätte graviditetsveckan, innan detta är synligheten för dålig. Andra undersökningar som vid behov utförs är blodprover där man kontrollerar CRP om kvinnan har tecken på infektion, så som feber eller

illaluktande blödning. Om kvinnan blöder rikligt kontrolleras ett Hb samt blodtryck och puls. Ett urinprov kan tas vid behov för att utesluta urinvägsinfektion. (Duodecim, 2023)

13.5 Behandling

Tidiga missfall är oftast fullständiga, alltså det lämnar inga rester av graviditeten kvar i livmodern, desto tidigare missfallet inträffar desto större är sannolikheten för att det är fullständigt. Ett fullständigt missfall kräver ingen vidare vård. Ifall missfallet är ofullständigt krävs det åtgärder, antingen med medicin eller med ett kirurgiskt ingrepp. (Duodecim, 2023)

Vid medicinsk behandling ges kvinnan läkemedel, oftast Misoprostol men ibland en kombination av Misoprostol och Mifepriston. Effekten av dessa läkemedel är att de framkallar sammandragningar i livmodern som gör att livmodern töms på resterna från graviditeten. Hur snabbt läkemedlen verkar är individuellt, för vissa går det snabbt men andra kan få vänta flera dagar. Den medicinska behandlingen kan utföras hemma eller på avdelning, beroende på graviditetsveckor och mående. (Duodecim, 2023) Medicinsk behandling används av ca 96% av alla abortbehandlingar (frivilliga aborter inkluderade) fram tills graviditeten varat 63 dagar, efter detta är det ännu ca 85% av aborterna under första trimestern som utförs medicinskt. Har graviditeten varat över 12 graviditetsveckor är medicinsk abort det enda primära behandlingsalternativet. (Lindgren H. et. Al., 2022)

Ifall det behövs ett kirurgiskt ingrepp gör man det genom skrapning eller sugning. Skrapningen är ett litet ingrepp som görs under en kort narkos eller lokalbedövning, ingreppet görs dagkirurgiskt. Då avlägsnas alla rester av graviditeten manuellt ur livmodern. (Duodecim, 2023) Vid kirurgisk abort vidgas cervixkanalen mekaniskt, sedan avlägsnas resterna av graviditeten med hjälp av vakuumaspiration. Kirurgisk abort kan göras redan vid den sjätte graviditetsveckan men då är risken för en ofullständig abort mycket hög. Därför görs kirurgisk abort nästan exklusivt mellan 7-12 graviditetsveckor. (Lindgren H. et. Al., 2022)

Vid missfall hos kvinnor som är Rh negativa ges anti-D-immunoglobulin till alla om graviditeten varat i över åtta, veckor för att förhindra att det bildas antikroppar som kan ge upphov till problem under nästa graviditet. (Duodecim, 2023)

Om den medicinska behandlingen vid ett missfall görs hemma rekommenderas ibuprofen 600-800mg och paracetamol 1g som smärtlindring. Utöver det kan man även pröva att ta en varm dusch, sätta en varm vetepåse på magen eller ryggen samt att försöka röra på sig. Är

dessa metoder ej tillräckliga och smärtan är ihållande eller tilltar bör man kontakta sjukhuset. (Hälsobyn, 2019)

13.6 Fysisk återhämtning

Efter ett fullständigt missfall fortsätter blödningen vanligen i ca 2-4 veckor. Efter en medicinsk behandling kan blödningen vara från några dagar upp till en månad. Ifall en skrapning utförts är blödningstiden oftast kortare, ca 3-10 dagar. Efter ca 3-4 veckor ska kvinnan göra ett vanligt graviditetstest hemma, är resultatet negativt borde allt vara ok. Rutinmässiga eftergranskningar är inget som rekommenderas. När efterblödningen slutat kan man genast försöka bli gravid igen. Att ha genomgått ett missfall är nödvändigt vis inget som påverkar kvinnans möjlighet att bli gravid igen, det är hög sannolikhet för att man sedan får en normal graviditet. (Duodecim, 2023)

Efter ett missfall ska kvinnan undvika att bada eller använda tampong/menskopp på grund av infektionsrisken. Kvinnan kan dock duscha och gå i bastun som vanligt. (TAYS, 2022) Om kvinnan drabbas av illaluktande blödningar, feber eller igen får svåra buksmärter efter missfallet kan detta vara tecken på en infektion, i dessa fall bör man uppsöka vård. Om kvinnan drabbas av problem efter missfallet beror detta oftast på att rester av graviditeten finns kvar i livmoder, det kan då behövas göras en skrapning och antibiotikabehandling. (Torres-Miranda et. al., 2022)

13.7 Psykisk återhämtning

Trots att ett pågående missfall är något som ej går att stoppa är det en stor del av dem som genomgått ett missfall som lägger skulden på sig själva. De kan ofta grubbla över om det är något som de gjort för att få missfall eller något som de kanske skulle ha kunnat göra för att hindra missfallet. Sorgen som drabbar kvinnan efter ett missfall kan vara väldigt intensiv, de kan även uppleva depression, svår ångest, ilska över varför just de har blivit drabbade och tankar på självska debeteenden. Upp till 5% kan till och med drabbas av post traumatiskt stressyndrom efter ett missfall. Sorgen efter ett missfall är även något som kan följa med kvinnan i många år, om inte resten av livet. (Alqassim M., et al, 2022)

Stöd är oändligt viktigt efter ett missfall. Kvinnor som upplevt sig få tillräckligt med stöd, av både vårdpersonal och sin nära omgivning, har visat sig ha mindre risk för att lida av psykisk ohälsa efteråt. Det är önskvärt att kvinnan har ett bra stödnätverk kring sig där vårdpersonal men även partner, vänner och familj ingår. Kvinnor har uppgett att det

viktigaste för dem efter ett missfall har varit att få sörja det som hänt för att sedan kunna acceptera det och försöka gå vidare. För att uppnå acceptansen pratar de flesta med sin familj och sina nära vänner, när de umgås med familj och vänner kan de även distrahera sig själva och få tänka på annat för stunden, distraktionen är även den viktig i sorgprocessen. Även vårdpersonalen spelar en viktig roll för att kvinnan ska få förståelse för att det som hänt var oundvikligt och inte hennes fel. Kvinnor sätter också störst tillit till vårdpersonalen när det kommer till information kring missfallet, därför är det viktigt att vårdpersonalen utöver det emotionella stödet erbjuder evidensbaserad kunskap kring ämnet. En del finner även ett stort stöd i att få diskutera med andra som genomgått samma sak, till exempel i grupper på sociala medier. (Alqassim M., et al, 2022)

I examensarbetet (Gripström, 2021) betonade många vikten av det emotionella stödet från vårdpersonalen på mödrarådgivningen. Många upplevde att de hade fått bra stöd under den graviditet som följde missfallet i form av extra kontroller, men i enkäterna framkom det även en del missnöje med stödet vid själva missfallet som stannat hos dem. En del hade upplevt det som att eftersom missfall är så vanligt så får de helt enkelt klara sig själva. De berättade och att det kändes tungt att inte få något riktigt avslut på graviditeten som ledde till missfall, de fick bara gå till sjukhuset för att utföra aborten och sedan var den enda efterkontrollen ett blod- eller urinprov. De hade önskat att de skulle ha fått samtala med någon från t.ex. mödrarådgivningen efter själva missfallet också för att få ett mer konkret avslut på den graviditeten och för att få gå igenom sina tankar och känslor för att sedan kunna gå vidare.

14 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten i detta utvecklingsarbete är den samma som i examensarbetet (Gripström, 2021), därav beskrivs teorin kortfattat. Den valda teorin är Kristen Swansons *Theory of caring*. Swansons teori består av fem kategorier kring omvårdnad och främjandet av välmående, dessa är Knowing (att veta), Being with (att vara med), Doing for (att göra för), Enabling (att möjliggöra) och Maintaining belief (att upprätthålla tron). Enligt Swanson kan man genom att beakta dessa grundstenar inom omvårdnad meningsfullt främja välmående hos patienten. (Swanson, 1991)

15 Metod och datainsamling

I Finland finns 22 välfärdsområden. Syftet med detta utvecklingsarbete är att skapa en överblick av vilken info kring missfall som finns på deras webbsidor genom att göra en kartläggning. Utöver välfärdsområdenas egna webbsidor har även universitetssjukhusens webbsidor inkluderats, eftersom det vid insamlingen av datamaterialet framkom att det verkar vara där de välfärdsområden som har ett universitetssjukhus valt att kommunicera den delen av sin information. Undantaget är Kuopio universitetssjukhus som inte har någon egen webbsida, där har all information samlats på Norra Savolax välfärdsområdes webbsida och detta har inkluderats i det här utvecklingsarbetet. Kartläggningen är gjord genom att gå in på välfärdsområdenas och universitetssjukhusens webbsidor och där göra en sökning på "Missfall" och/eller "Keskenmeno". Alla träffar som gett information om missfall har tagits med i datamaterialet. Av alla webbsidor som hade information kring missfall gjordes en sammanfattning av varje individuella sida. Sammanfattningarna lästes igenom flertalet gånger för att få fram kategorier. Kategorierna är utplockade genom att färgkoda dem i respektive sammanfattning för att se likheter och olikheter i vad som togs upp på webbsidorna. Kategorierna har sedan gjorts mera överskådliga genom att ha sammanställts i en tabell som finns tillgänglig i Bilaga 1

16 Resultat

Av Finlands 22 välfärdsområden är det endast sex av dem som har någon information om missfall på sina webbsidor, Egentliga Tavastland, Kajanaland, Kymmenedalen, Norra Karelen, Norra Savolax och Södra Österbotten. På Egentliga Tavastland och Kymmenedalens välfärdsområdens webbsidor finns det dock endast information om att patienter som fått missfall vårdas på gynekologiska avdelningen. Utöver välfärdsområdenas webbsidor är även universitetssjukhusen inkluderade i detta utvecklingsarbete. På Helsingfors universitetssjukhus (Helsingfors välfärdsområde), Tammerfors universitetssjukhus (Birkalands välfärdsområde), Uleåborgs universitetssjukhus (Norra Österbottens välfärdsområde) och Åbo universitetscentralsjukhus (Egentliga Finlands välfärdsområde) finns information om missfall. De välfärdsområden som alltså inte har någon information om missfall är Lapplands, Mellersta Finlands, Mellersta Österbottens, Mellersta Nylands, Päijänne-Tavastlands, Satakundas, Södra Karelens, Södra Savolaxs, Vanda och Kervos, Västra Nylands, Österbottens och Östra Nylands välfärdsområde. På Österbottens välfärdsområdes webbsida fanns det en länk till en sida var det skrevs att man kunde läsa om bl.a. missfall, men den länken fungerade ej och således fanns det ingen

information om missfall. Det är således information från Helsingfors universitetssjukhus (HUS), Tammerfors universitetssjukhus (TAYS), Uleåborgs universitetssjukhus (OYS) och Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS), Kajanalands, Norra Karelen, Norra Savolax och Södra Österbottens välfärdsområden som presenteras.

Definitionen på vad ett missfall är nämns i inledningen på de flesta webbsidor utom på Kajanalands, Norra Karelens och Södra Österbottens välfärdsområdes webbsida. TAYS, Kajanalands och Norra Savolax välfärdsområden presenterar även information om i vilka veckor det är vanligast att missfall inträffar och om hur stor procent av kvinnor det är som drabbas av missfall. På HUS, Kajanalands- och Norra Savolax välfärdsområdens webbsidor finns information om skillnaderna mellan ett fullständigt och ett ofullständigt missfall. På OYS och ÅUCS finns det utöver detta även information om att man kan få olika typer av missfall och att de kan te sig lite annorlunda.

Alla utom OYS och Norra Savolax välfärdsområde tar upp vart man kan vända sig ifall man misstänker missfall, även Egentliga Finlands välfärdsområde nämner detta. Symtom på missfall nämns av alla utom Norra Savolax välfärdsområde. Norra Karelens välfärdsområde är den enda som nämner att en liten blödning i början av graviditeten kan vara ofarlig. Endast TAYS, OYS och ÅUCS ger information om vad som kan vara orsakerna till ett missfall.

Alla utom Norra Karelen och Norra Savolax välfärdsområde ger information om hur det går till vid konstaterade av missfall. På de andras webbsidor finns information om att detta görs via en ultraljudsundersökning. Alla utom Norra Karelens välfärdsområde nämner att det kan behövas behandling med läkemedel i samband med ett missfall. Av dem så nämner bara HUS, Norra Savolax välfärdsområde, TAYS och ÅUCS att det även kan finnas behov av att göra en skrapning vid ett ofullständigt missfall. Endast HUS, TAYS och ÅUCS nämner att skrapning är ett ingrepp som oftast görs under narkos.

Efter tre på varandra följande missfall har man rätt att få hjälp, detta nämns endast på TAYS, Norra Savolax välfärdsområdes och OYS webbsidor. Blödningen efter ett missfall nämns endast på TAYS och ÅUCS webbsidor. Det är heller ingen annan än TAYS och ÅUCS som nämner infektionsrisker efter ett missfall, av dem har TAYS även uttryckligen skrivit ut att bastubad inte ger någon ökad infektionsrisk efter ett missfall. Det är även bara TAYS och ÅUCS som ger någon information om när man kan vänta sig att mensen börjar igen efter ett missfall, och av dem två är det bara TAYS som nämner att man faktiskt kan bli gravid igen direkt efter ett missfall. Möjlighet till sjukledighet vid behandling av missfall nämns endast på TAYS och Södra Österbottens välfärdsområdes webbsidor.

Hälften, TAYS, Norra Savolax välfärdsområde, Södra Österbottens välfärdsområde och ÅUCS, nämner den sorg ett missfall kan orsaka. Av dessa fyra är det bara TAYS, Södra Österbottens välfärdsområde och ÅUCS som också ger konkreta tips på vart man kan vända sig för att få stöd i sin sorg. På Kajanalands välfärdsområdes och ÅUCS webbsidor finns det även information om att man efter missfall kan få träffa en sexualterapeut. Att man ca 4-5 veckor efter ett missfall ska ta ett graviditetstest hemma för att kontrollera att det är negativt är något som endast nämns på Kajanalands välfärdsområdes och TAYS webbsidor. Endast på ÅUCS webbsida nämns det att det ej krävs någon rutinmässig uppföljning efter ett missfall.

17 Diskussion

Syftet med utvecklingsarbetet var att göra en kartläggning över den information kring missfall som finns på välfärdsområdenas webbsidor. Eftersom det endast var sex stycken välfärdsområden som hade någon information om missfall på sina webbsidor fick inkluderingskriterierna utökas till universitetssjukhusen när det vid insamlingen av datamaterialet visade sig att det var där Birkalands, Egentliga Finlands, Helsingfors och Norra Österbottens välfärdsområde hade förmedlat sin information kring missfall. Nackdelen med att informationen endast finns på universitetssjukhusen hemsidor är att det kan bli besvärligare att hitta informationen om man ej vet att det är dit man ska vända sig. Ett alternativ hade även varit att utöka inkluderingskriterierna för att inkludera även centralsjukhusens webbsidor för att se om där finns någon information kring missfall, men det valdes att ej utföras inom ramarna för detta utvecklingsarbete.

Efter att datamaterialet samlats in och det visade sig att endast sex av de 22 välfärdsområden samt de fyra universitetssjukhusen hade någon information över huvud taget kring missfall, kan det konstateras att informationsutbudet är något bristfälligt. Två av de sex välfärdsområden utgav även endast information om att kvinnor som fått missfall vårdas på gynekologiska avdelningar. Det är synd att det var en så stor del av välfärdsområdena som inte hade någon information kring missfall alls på sina webbsidor, eftersom att det kunde vara bra för dem som genomgår ett missfall att få evidensbaserad information från det ställe som kommer att vårda dem, istället för att själva bara söka efter information på olika webbsidor och nätforum där all information kanske inte är evidensbaserad.

De allra flesta nämnde vart man kan vända sig ifall man misstänker ett missfall, detta är bra och viktigt eftersom man genom att ta kontakt sedan kan få mera information. Även symtomen, dvs. nedre buksmärtor och blödning (Duodecim, 2023), på missfall nämndes av de flesta, symtomen är säkerligen något som intresserar dem som söker information. Även hur konstaterandet av ett missfall går till, dvs. genom ultraljud, nämns av de flesta. Detta är bra eftersom det kan vara betryggande att veta vad man har att vänta sig när man kommer till sjukhuset.

Alla utom ett välfärdsområde nämnde den medicinska behandlingen som utförs vid behov efter missfall, men konstigt nog var det bara hälften som nämnde att det ibland finns behov av kirurgisk behandling. Visserligen är den kirurgiska behandlingen ovanligare än den medicinska, som används i 85% av aborter i första trimestern (Lindgren H. et. Al., 2022), men man kan ändå undra över varför en del valt att ej ta med detta på sina webbsidor. Den kirurgiska behandlingen är ändå relevant och det känns ofullständigt att endast nämna den medicinska. Av de fyra som nämnde den kirurgiska behandlingen var det tre som även nämnde att det görs under narkos (Duodecim, 2023). Orden kirurgisk behandling eller skrapning kan kanske upplevas som skrämmande för en del och därför tänker jag att det är relevant att också nämna att det är ett ingrepp som görs under narkos.

Information kring återhämtningen, både den fysiska och psykiska, var väldigt sparsam. Hälften nämnde att det är vanligt att känna en stor sorg efter ett missfall, av de fyra var det tre som hänvisade vidare till vart man kan ta kontakt om man upplever en stor sorg och behöver få stöd och hjälp med den. I mitt examensarbete (Gripström, 2021) framkom det att en del upplevt att de efter missfallet fått klara sig själva. De hade önskat få mera emotionellt stöd efter själva missfallet i form av ett efterbesök för att få hjälp med att bearbeta sina känslor. En del uppgav också att de nog hade haft nytta av att få samtala med en psykolog efter missfallet. Att få ordentligt med emotionellt stöd efter ett missfall har bland annat i Alqassim M., et als studie från år 2022 visat sig minska på risken för att lämna med ett stort trauma och psykisk ohälsa efteråt. Det vore därför bra om fler hänvisade till vart man kan vända sig för att få hjälp med sin sorg. Möjlighet till sexualrådgivning efter missfall nämndes på två webbsidor, detta verkar vara något som beror på vilket välfärdsområde man tillhör och inte något som hör till rutinerna, men desto mera uppföljning och stöd som erbjuds desto bättre.

Angående den fysiska återhämtningen efter ett missfall var det endast två som nämnde detta. Där togs det upp hur länge blödningen normalt varar efter ett missfall, något som jag kan

tänka mig att intresserar de kvinnor som genomgått ett missfall. Sedan nämndes också olika infektionsrisker, symtom på infektion så som illaluktande blödningar, återkommande buksmärtor och feber (Torres-Miranda et. al., 2022) samt hur man går till väga om man misstänker sig ha en infektion. Detta är något som jag gärna skulle ha sett att flera hade tagit upp. En detalj som att det faktiskt är ok att bada bastu efter ett missfall nämns endast på en webbsida (TAYS, 2022), i detta land kunde det vara relevant att nämna eftersom det hör till många människors vardagsrutiner. En sådan sak som sjukledigt i samband med vård av missfall nämndes endast av två. För en hel del kvinnor är det något som är väldigt relevant när man behöver ta ledigt från jobbet, det kunde då vara lugnade att redan på förhand få information om att man kan få sjukledighet för de dagar som man behöver vara frånvarande från arbetsplatsen.

När mensen normalt börjar igen efter ett missfall nämndes endast på de två webbsidorna som annars också nämnde återhämtningen, men bara en av dem tog upp faktumet att man faktiskt kan bli gravid igen direkt efter ett missfall. Den informationen kunde vara relevant både för dem som inte vill bli gravida igen och även hoppingivande för dem som önskar bli gravida på nytt. För dem som aktivt försöker bli gravida men drabbas av missfall kan vetskapen om rätten till att få hjälp efter tre på varandra följande missfall vara relevant, detta nämndes endast av tre och man hänvisades då till att själv ta kontakt med t.ex. gynekologiska polikliniken. Enligt Duodecims (2023) rekommendationer behövs ingen annan uppföljning efter ett missfall en ett vanligt graviditetstest hemma efter ca fyra veckor. På två webbsidor nämndes precis det men på en tredje var det endast utskrivet att ingen rutinmässig uppföljning behövs alls, och där skiljer alltså informationen som uppges ifrån varandra.

18 Slutsatser

De webbsidor som hade bredast utbud av information kring vården vid missfall var Tammerfors universitetssjukhus och Åbo universitetscentralsjukhus. Hos de andra som erbjöd information kring missfall saknades information kring den fysiska återhämtningen hos dem alla. Den psykiska återhämtningen var inte heller prioriterad i informationsutbudet, vilket var synd eftersom det både i examensarbetet (Gripström, 2021) och tidigare studier t.ex. Alqassim M., et als, har framkommit att det emotionella stödet är väldigt viktigt för kvinnor som genomgått missfall. Efterkontroller är inte något som erbjuds rutinmässigt efter missfall, men kanske det är något som kunde inkluderas? Ett besök till mödrarådgivningen kvinnan haft kontakt med för att få diskutera kring sina känslor och tankar, därifrån kunde också de som behöver ännu mera stöd i form att psykologsamtal få en remiss till det.

Majoriteten av välfärdsområdena erbjöd ingen information alls kring vården vid missfall. Informationsutbudet kring vården vid missfall borde utökas så att det finns adekvat och evidensbaserad information på alla välfärdsområdenas webbsidor. Hos en del av dem som redan erbjuder någon information borde information kring återhämtningen, både den fysiska och den psykiska, tilläggas.

19 Referenser

Alqassiom, Kresnye, Siek, Lee & Wolters, (2022) The miscarriage circle of care: towards leveraging online spaces for social support. *BMC womens health* 22(1) 1-19 DOI: <https://www-doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1186/s12905-022-01597-1>

Duodecim (2023) *Keskenmeno* <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00138> (Hämtad 3.5.2023)

Etälä Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2023) *Keskenmenon hoito* https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ja_tutkimukset/naistentaudit_ja_synnytykset/nai_stenpoliklinikka/aitiysasiakkaat/keskenmeno (hämtad 25.4.2023)

Harvala,, Pietiläinen,, Raussi-Lehto,, Äimälä,, Rusanen,, & Laajasalo, (2015). *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Edita

HUS (2023) *Keskenmenon hoito* <https://www.hus.fi/potilaalle/hoidot-ja-tutkimukset/keskenmenon-hoito> (Hämtad 25.4.2023)

Hälsobyn (2019) *Keskenmenon oireet ja hoito* <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/keskenmeno/keskenmenon-oireet-ja-hoito> (Hämtad 3.5.2023)

Kainuun hyvinvointialue (2023) *Keskenmenon hoito naistentautien poliklinikalla* <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/keskenmenon-hoito-naistentautien-poliklinikalla> (Hämtad 23.4.2023)

Kymenlaakson hyvinvointialue (2023) *Gynekologiset vaivat ja sairaudet* <https://kymenhva.fi/terveys-ja-sairaanhoito/sukupuolielimet-ja-virtsaamisen-hairiot/gynekologiset-vaivat-ja-sairaudet/> (Hämtad 23.4.2023)

Lindgren, Christensson, Dykes, & Abascal, (2022). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (Andra upplagan.). Studentlitteratur AB

Musik, Grimm, Juhasz-Böss & Bäß, (2021) Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: Expectant, Medical and Surgical *Deutsches Ärzteblatt International* 118(46) 789-794 DOI: <https://www-doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1080/01443615.2018.1535577>

OmaHäme, Kanta-Hämeen hyvinvointialue (2023) *Synnytys ja raskaus* https://omahame.fi/synnytys-ja-raskaus?p_1_back_url=%2Fhaku%3Fq%3Dkeskenmeno (Hämtad 23.4.2023)

OYS (2023) *Alkuraskauden ongelmat ja raskaudenkeskeytys* <https://oys.fi/lasten-ja-naisten-osaamiskeskus/palvelut/alkuraskauden-ongelmat-ja-raskaudenkeskeytys/> (Hämtad 24.4.2023)

Pirkanmaan hyvinvointialue (2023) *Gynekologisen endokrinologian läheteohjeet ja konsultaatiot* https://www.pirha.fi/gynekologisen-endokrinologian-laheteohjeet-ja-konsultaatiot?p_1_back_url=%2Fsearch%3F_com_liferay_portal_search_web_search_bar_portlet_SearchBarPortlet_INSTANCE_templateSearch_formDate%3D1682257659956%26q%3Dkeskenmeno (Hämtad 23.4.2023)

Pohjois-Savon hyvinvointialue (2023) *Keskenmeno* https://pshyvinvointialue.fi/keskenmeno?p_1_back_url=%2Fhaku%3Fq%3Dkeskenmeno (Hämtad 24.4.2023)

Serdinsek, Reljic & Kovac, (2019) Medical managment of first trimester missed miscarriage: the efficacy and complication rate *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 39(5) 647-651 DOI: <https://www-doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1080/01443615.2018.1535577>

Sinun Sote Pohjois-Karjalan Hyvinvointialue (2023) *Usein kysyttyä raskaudesta* <https://www.siunsote.fi/usein-kysyttya-raskaus-synnyttaminen-naistentaudit?inheritRedirect=true> (Hämtad 24.4.2023)

Swanson (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.

TAYS (2022) *Keskenmeno* <https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Naistentaudit/Keskenmeno> (Hämtad 23.4.2023)

Torres-Miranda, Dolores, Gomez, Jorge, Lobo-Goncalves, González, Jesús , Castelo-Branco, (2022) Intravaginal misoprostol versus uterine curettage for missed abortion: A cost effectiveness analysis, *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research* 48(5) 1110-1115 DOI: <https://www-doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1111/jog.15201>

TYKS (2023) *Keskenmeno* <https://www.tyks.fi/hoidot-ja-tutkimukset/keskenmenon-hoito> (Hämtad 23.4.2023)

WHO (2023) *Why we need to talk about losing a baby* <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby> (Hämtad 3.5.2023)

ÅUCS (2021) *Information om missfall* <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHPRuotsi/Information%20om%20missfall.pdf> (Hämtad 23.4.2023)

BILAGA 1

Kategori	Egentliga Tavastland	Kajanaland	Kymmenedalen	Norra Karelen	Norra Savolax	Södra Österbotten	HUS	OYS	TAYS	ÅUCS
Definition av missfall				X	X		X	X	X	X
Hur vanligt är missfall		X			X					X
I vilka veckor sker missfall oftast		X			X				X	
Fullständigt/ofullständigt			X		X		X	X		X
Övriga typer av missfall								X		X
Vart kan man vända sig vid misstänkt missfall	X			X			X	X	X	X
Symtom på missfall		X					X	X		
Tidig blödning kan vara ofarlig				X						
Vad orsakar missfall					X			X	X	X
Hur konstateras missfall		X					X	X	X	X
Medicinsk behandling		X			X		X	X	X	X
Kirurgisk behandling					X		X	X	X	X
Skrapning görs under narkos							X		X	X
Rätt till hjälp efter tre missfall					X			X		
Blödningen efter missfall									X	X
Infektionsrisiker									X	X
Det är ok att bada bastu									X	
När börjar menssen igen									X	X
Man kan bli gravid igen direkt efter missfall									X	
Sjukledighet i samband med missfall						X			X	
Sorg efter missfall					X		X		X	X
Vart vända sig när man upplever sorg							X		X	X
Möjlighet till sexualrådgivning efter missfall		X								X
Uppföljning med urinprov hemma			X						X	
Rutinmässiga efterkontroller behövs ej										X
Missfallspatienter vårdas på gyn. Avdelning	X			X						

