

Högskolan Dalarna
Institutionen för Hälsa och Samhälle
Vårdvetenskap inriktning reproduktiv
och perinatal omvårdnad
Barnmorskeprogrammet 90 hp
Avancerad nivå
Höstterminen 2007

Vetenskapligt examensarbete

Kvinnors Upplevelser av Missfall
och dess påverkan på
nästkommade graviditet
En litteraturstudie

Författare;
Kristina Frisk – Alnavik
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Maria Löfstrand – Hedblom
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Opponenten;
Erika Måg och Erika Hellqvist
Leg. Sjuksköterskor
Barnmorskestudenter

Handledare;
Gunnel Balaile
Leg. Barnmorska
Lic.Med.Sci

Examinator;
Anna-Berit Ransjö-
Arvidsson
Leg. Barnmorska
Docent

SAMMANFATTNING

En övervägande stor grupp kvinnor drabbas av missfall, antingen tidigt eller sent i graviditeten, och för många är det en traumatisk upplevelse. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva aktuell forskning om hur kvinnor upplever ett missfall och hur den upplevelsen påverkar den psykiska hälsan i nästkommande graviditet. Litteraturöversikten baserades på tjugotre vetenskapliga artiklar publicerade mellan 1995 och 2007. Sökning har skett i fyra olika databaser med ett antal sökkombinationer.

Resultatet visade att missfall är ett komplext tillstånd där många olika känslor är involverade. Blandade känslor i form av sorg, oro, förtvivlan, depression och skuld beskrevs av kvinnorna. Vid nästkommande graviditet upplevdes en stark oro och ett hot mot graviditeten och barnet. Studier visade även en lägre grad av prenatal anknytning till barnet hos de kvinnor som upplevt missfall. Upplevelsen av att sakna stöd efter missfallet och under nästkommande graviditet påtalades av föräldrarna. Skillnad i sorgearbete mellan kvinnan och mannen beskrevs, liksom att kvinnan visade högre grad av depression och oro än mannen. Flera studier betonar vikten av planerad uppföljning efter ett missfall.

Nyckelord; missfall, kvinnors upplevelse, oro, sorg, skuld och nästkommande graviditet.

ABSTRACT

Title: Women's experiences of miscarriage and its impact on subsequent pregnancy

A considerable large group of women suffer from miscarriage, early or late in pregnancy, and for many it is a traumatic experience. The aim of this systematic review was to describe current research how women experience miscarriage and how this experience could influence the psychological health in a subsequent pregnancy. This review of literature is based on 23 scientific articles published between years 1995 and 2007. Four different databases have been searched with use of a number of keywords.

The review found that miscarriage is a complex condition with a lot of different feelings involved like grief, anxiety, despair, depression and guilt. In the subsequent pregnancy anxiety was the most common feeling, like a strong feeling of threat to the pregnancy and to the child. Women who had suffered a miscarriage showed a lower level of prenatal attachment in the subsequent pregnancy. The parents describe lack of support after the miscarriage and during the subsequent pregnancy. The studies found differences in grief reactions between women and men and a higher level of anxiety and depression in women. Several studies suggested follow-up plans after a miscarriage.

Keyword; miscarriage, women's experience, anxiety, grief, guilt and subsequent pregnancy.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Spontan abort - Missfall	1
Känslor vid missfall	2
Sorg	2
Anknytningsprocessen	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
Frågeställning	4
METOD	5
RESULTAT	6
KVINNORS UPPLEVELSER AV MISSFALL	6
Vanliga reaktioner på missfall	6
Kaos, Anpassning och Återgång	6
Återgång, Aktivt sorgearbete och Förtvivlan	9
Bearbetning av förlusten	10
VÄLBEFINNADET UNDER NÄSTKOMMANDE GRAVIDITET	12
Känslor vid nästkommande graviditet	12
Anknytning	12
Ny graviditet	13
Delmål	14
Personlighet	14
Upprepade missfall	15
Bearbetning av känslor	15
DISKUSSION	17
RESULTATSAMMANFATTNING	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	17
Slutsats	20
REFERENSER	21
BILAGOR:	
Bilaga 1	23
Bilaga 2	24

INLEDNING

Spontan abort - Missfall

Spontan abort är den medicinska termen för missfall. I denna studie kommer benämningen missfall att användas då den oftast används av de kvinnor som drabbas.

Enligt svensk lagstiftning definieras missfall som ett dött foster fött före graviditetsvecka 28, eller med en längd på 35cm eller mindre om graviditetenslängden inte säkert kan fastställas (Weström, Åberg, Anderberg, & Andersson, 2005).

Många kvinnor drabbas av missfall, det finns inga exakta siffror över antalet. Under den första graviditetsmånaden antas över hälften av alla graviditeter sluta i missfall (Weström et al. 2005).

Missfall delas upp i tidiga eller sena missfall där tidiga sker före graviditetsvecka 14. Av diagnostiserade missfall är ca 80-85 % tidiga och resten sena (Weström et al. 2005).

Tidiga missfall;

Orsaken är inte alltid känd men defekter i någon del av fostret, moderkakan eller hinnorna och kromosomavvikelse anses vara vanligast. Infektioner, speciellt virusinfektioner tidigt i graviditeten ger ibland så allvarliga skador på fostrets organ att det dör. Andra orsaker kan vara immunologiska defekter hos mamman som kan stöta bort fostret. Kännetecknen på tidigt missfall är små blödningar, spottings eller mensliknande blödning under några dagar. Blödningen ökar och följs av krampliknande smärtor där koagel och fosterrester stöts ut (Weström et al. 2005).

Sena missfall;

Missfall efter graviditetsvecka 14 orsakas oftast av infektioner som sprids via blodet eller fosterhinnorna, missbildningar av livmodern eller myom, vattenavgång pga cervixinsufficiens, missbildningar hos fostret och kompression av navelsträngen. Ju längre graviditeten framskridit desto mer liknar missfallet förlossningsvärkar som följs av blödning. Fostret, moderkakan och hinnor krystas ut (Weström et al. 2005).

Upprepade missfall, habituell abort;

Tre eller flera missfall i rad kan bero på en slump men när detta sker undersöks kvinnan och mannen för att utesluta orsaker som infektion, missbildningar av livmodern, immunologiska orsaker eller kromosomavvikelse (Weström et al. 2005).

Missed abortion;

Här har fostret dött i livmodern men ingen blödning har uppstått utåt. Detta upptäcks oftast genom att livmodern slutar växa och symtomen på graviditet minskar (Weström et al. 2005).

Känslor vid missfall

Kvinnor upplever missfallet, när det än händer under graviditeten, som en förlust av ett önskat barn. Kvinnor har beskrivit upplevelse av skuld och tomhet fyra månader efter missfallet och uppvisat symtom på sorg, oro, nedstämdhet och känt sig övergivna av både sin make och sjukvården. De sörjde inte bara den tidiga graviditeten och barnet utan sörjde också förlusten av sin blivande mammroll, sin självkänsla och sin förmåga att fortplanta sig. En kvinna uttryckte sig så här; *”Man kan tycka att det här inte är så mycket, inte så mycket att sörja över, men jag tror att det är alla förväntningar på att du ska ha barn” – ”och ett barn är väldigt viktigt i ens liv”* (Adolfsson, Larsson, Wijman, & Berterö, 2004).

Alarmerande fakta har kommit fram till att så många som 50 % av kvinnorna som upplevt missfall lider av någon form av psykologisk sjuklighet veckor eller månader efter förlusten. Stigande oro och depression är vanligt liksom psykologiska symtom som kan kvarstå sex månader och upp till ett år efteråt. De kvinnor som är i riskzonen är de som har en psykiatrisk diagnos i anamnesen, barnlöshet, frånvaro av socialt stöd, äktenskapliga problem, tidigare missfall och de som är ambivalenta i graviditeten (Lok, & Neugebauer, 2007).

Kvinnor som upplevt ett tidigare missfall, har fyra veckor efter födseln uppvisat mer oro och negativa känslor och identifierade problem kring den nyfödde, t.ex. sömn, gråt, mat och regelbundna rutiner (Lamb, 2002).

I sin bok ”Missfall” har Eva Sundgren samlat fakta och diskussioner om och kring missfall. Ett stort antal kvinnor har berättat om sina upplevelser och erfarenheter i boken. Eva skriver *”Ett missfall är nästan alltid en dramatisk händelse för den kvinna som drabbas – även om det alltför ofta bara är ett rutinfall för sjukvården, som många gånger lämnar kvinnan helt utan stöd med sin oro och sin sorg”*. *Missfall är ju så vanliga. Men sorgen efter ett missfall får inte negligeras. ”Den får inte vara en förbjuden sorg”* (Sundgren, 1992).

Sorg

Definitionen av sorg är ”en normal reaktion på en permanent förlust”.

Missfall är en ovanlig form av död, en dödsprocess då det inte finns några minnen tillsammans eller någon person att sörja (Simmons, Singh, Maconochie, Doyle, & Green, 2006). Ändå kan sorgen vid ett tidigt missfall vara lika hög som hos personer som mist en nära anhörig (Nikcevic, Tunkel, & Nicolaidis, 1998). I boken ”Den lilla sorgen” beskriver författarna sitt val av titel som ett sätt för dem att framhålla att ”ett missfall ofta är en sorg som förvägras utrymme av omgivningen, en

personlig prövning som inte delas av andra”. Kvinnor har beskrivit att de förstod att det var sorg de kände, men de önskade att det hade funnits mer tid att sörja (Adolfsson, 2004).

En traumatisk kris, som ett missfall är, måste bearbetas för att kunna gå att leva med, en bearbetning där kvinnan verkligen behöver stöd av omgivningen. I många fall kanske inte omgivningen ens vet om att kvinnan varit gravid.

Kriser bearbetas i olika faser som Johan Cullberg (Cullberg, 2003) beskriver enl. följande;

Chockfasen – varar alltifrån några sekunder till några dagar. Kvinnan kan verka välordnad på ytan men lever i ett kaos där hon håller verkligheten på avstånd. Under den här tiden kan det vara svårt att minnas vad som skett eller sagts och det är olämpligt att lämna viktig information. Reaktionsfasen – kvinnan börjar ta in verkligheten och reagera på vad som hänt. Reaktionen som förtvivlan, gråt och vrede är vanligt. Kvinnan försöker finna en mening i det kaos som hänt. Hon frågar sig Varför och Varför just jag?

Bearbetningsfasen – här lämnar kvinnan den akuta fasen för att bearbeta det som hänt. Den här fasen kan pågå upp till ett år. Det finns ett behov av att om och om igen gå igenom det som hänt. Så småningom börjar kvinnan vända sig mot framtiden istället för att vara upptagen av det förflutna. Nyorienteringsfasen – den sista fasen som inte har något slut. Här lever kvinnan med det förgångna som en svår upplevelse men som inte behöver förstöra det fortsatta livet. Ären efter det som hänt kommer alltid att finnas.

Det är viktigt att föräldrarna bekräftar förlusten, barnet och föräldrskapet för att få igång ett aktivt sorgearbete. Vad som är välment, men som istället kan leda till att paret stänger av och skapar en obearbetad sorg, är uppmaningar från vänner och familj att snart skaffa barn igen för att komma över händelsen. En obearbetad sorg karaktäriseras av förtvivlan, starka känslor av att vara värdelös och utan hopp, liksom svårigheter att utföra normala aktiviteter i det dagliga livet vilket inkluderar interaktioner med andra människor (O'Leary, 2004).

En ny graviditet och ett nytt barn, för snabbt in på en förlust, kan också leda till obearbetad sorg. Den i sin tur kan leda till överbeskyddande och orealistiska förväntningar på barnet, beroende på rädslan att glömma den tidigare förlusten och/eller rädslan att förlora även det här barnet (Lamb, 2002). Skuld-känslor är vanliga vid missfall och gör att det tar längre tid att bearbeta en sorg (Lok et al, 2007).

Anknytningsprocessen

Anknytningen startar redan under graviditeten, prenatal anknytning, och är den första relationen som föräldrar har med sina barn. Graden av anknytning har även visat sig påverka kvinnans motivation till en hälsosam livsstil under graviditeten (Lindgren, 2001)

Det modern har upplevt i sitt liv och under sin uppväxt har betydelse för hur hon agerar och knyter an till sitt barn. Tidiga förluster, trauma och våld kan desorganisera hennes omvårdnadssystem och hon kan känna sig hjälplös och ifrågasätta sin förmåga att skydda barnet. Hur den prenatala anknytningen utvecklas påverkar anknytningen efter födseln. För att barnet ska överleva och känna sig trygg krävs vissa förutsättningar, den mest basala är anknytningen mellan barnet och föräldrarna under det första året. I den processen knyts ett varaktigt känslomässigt band med en omsorgsperson som ska trygga barnets säkerhet. Det finns alltså ett inbyggt biologiskt motiv för anknytningsprocessen. Finns det en kontinuerlig omsorgsperson i barnets omgivning sker anknytningen undantagslöst. Men den ser olika ut beroende på det samspel som utvecklas mellan barnet och föräldern. Barnet knyter an till sina föräldrar vare sig de är varma och kärleksfulla eller kyliga och avståndstagande. Samspelet kan beskrivas som antingen tryggt eller otrött. För att det ska utvecklas till ett tryggt samspel behövs föräldrarnas närvaro för att avläsa barnets signaler och tillfredsställa dess behov. När barnet upplever närvaron och känner att föräldrarna förstår signalerna utvecklas känslan av trygghet och tillit hos barnet. Moderns känslomässiga närvaro har visat sig vara den mest betydelsefulla faktorn för främjandet av barnets trygghet och tillit (Brodén, 2004).

PROBLEMFÖRMULERING

Det finns många studier som berör missfall. Personliga upplevelser av missfall är dock relativt outforskade. Många kvinnor drabbas av missfall under någon av sina graviditeter. Författarna upplevde under sin praktik på mödravårdscentral och förlossning hur kvinnor med tidigare missfall i anamnesen uppvisade mer oro över graviditeten och barnet. Författarna vill undersöka om oro och obehandlad traumatisk kris i samband med missfall kan inverka negativt på kommande graviditeter och kanske också på anknytningsprocessen mellan mor och barn.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva utifrån aktuell forskning kvinnors upplevelse av missfall samt hur ett missfall påverkar välbefinnandet och den psykiska hälsan under nästkommande graviditet.

Frågeställning

- Hur upplever kvinnorna ett missfall?
- Hur påverkar ett missfall välbefinnandet och den psykiska hälsan under nästkommande graviditet?

METOD

Studiens design är en systematisk litteraturstudie och är tänkt som en grund för vidare forskning.

URVAL

Urvalet av artiklar begränsades till publiceringsåren 1990 – 2007 för att få så aktuell information som möjligt. För att finna svar på frågeställningarna söktes i första hand artiklar med kvalitativ ansats men även artiklar med kvantitativ ansats valdes ut då de var betydligt fler i antal.

PROCEDUR

Via databaserna Elin@Dalarna, Medline/Cinahl och PubMed utfördes systematisk sökning efter vetenskapliga artiklar. De sökord som användes var; missfall (miscarriage, prenatal loss), upplevelse (experience), oro (anxiety), sorg (grief), nästkommande graviditet (subsequent pregnancy) och välbefinnande (wellbeing, quality of life). De två grundsökorden miscarriage och prenatal loss har kombinerats med de övriga sökorden. Flera av artiklarna hittades i mer än en databas. Träffar med en titel som var relevant till syfte och frågeställning valdes ut och abstractet lästes igenom. Därefter togs artikeln ut i fulltext, granskades på innehåll och vetenskaplig kvalitet av båda författarna, enligt Forsberg & Wengström (2003). Artikelsökningarna redovisas i tabell 1. De utvalda artiklarna redovisas i tabell 2, se bilagor.

ETISKT ÖVERVÄGANDE

Studiens artiklar är granskade av etisk kommitté. Materialet har översatts och sedan behandlats utifrån checklistor för vetenskaplig bedömning (Forsberg & Wengström, 2003).

RESULTAT

KVINNORS UPPLEVELSER AV MISSFALL

Vanliga reaktioner på missfall

I studier beskrivs oro, depression och sorg som de vanligaste reaktionerna efter ett missfall.

Depressiva symtom ökade markant de första veckorna efter ett missfall (Neugebauer et al., 1992).

Även kvinnornas levnadshistoria påverkar upplevelsen av missfall och i vilken omfattning som händelsen kommer att påverka deras liv. Särskilt faktorer som ansågs viktiga var om graviditeten var planerad, om missfallet var deras första och om det fanns barn sedan tidigare (Maker, & Ogden, 2003). De kom även fram till att depression och sorg bör anses som två tydliga reaktioner på missfall där sorg ses som den normala reaktionen och att depression endast uppstår under speciella omständigheter. I en annan studie kom även de författarna fram till att depression inte är den vanligaste reaktionen utan att det är oro (Nikcevic, Tunkel, Kuczmierczyk, & Nicolaidis, 1999).

Kaos, Anpassning och Återgång

Intervjuerna i studien av Maker (2003) ledde fram till tre teman; Kaos, Anpassning och Återgång.

Kaos beskrev kvinnorna som känslor av chock, de kände sig oförberedda och de förnekade händelsen.

”Det var som en chock, ögonblicket när vi fick veta var en kraftig chock, därför att vi hade inte förväntat oss det alls, vi tyckte att allt gick bra, så det var därför en stor chock”

Kvinnorna som upplevde missfall första gången talade också om känslan av att vara helt oförberedd på den fysiska processen med blödningar och smärtor, det var helt annorlunda mot vad de hade förväntat sig. Detta stöds i fler studien (Adolfsson, 2004, Simmons, 2006).

Flera kvinnor som hade en efterlängtd graviditet talade om sina känslor av förnekelse.

”Under tiden... det var som, jag vill inte att det här händer, låt inte detta hända. Det sa jag mitt under ultraljudet trots att det faktiskt var helt uppenbart att så här är det, det fanns ett irriterande hopp och en vägran att tro på vad som var på gång, och den fruktansvärda känslan av förlust när jag tillslut förstod”

Kvinnorna som inte hade en planerad graviditet hade ett annat sätt att reagera, men upplevde den fysiska delen svår och smärtfylld, känslomässigt var de inte lika påverkad.

”Jag behövde inte bestämma i slutänden (om abort) så i det fallet var det psykologiskt en välsignelse” (Maker, 2003).

Anpassning gjordes genom att jämföra och dela sin situation med andra i samhället och finna en mening. Som exempel, Rebecca, som haft missfall, två utomkvedshavandeskap och som längtade så

mycket efter det här barnet klarade fortfarande av att hitta något att vara ”lycklig” över. Hon sa; *”Som när jag läste om människor som fått dödfödda barn eller dom som fått missfall i kanske tjugonde veckan, jag menar det måste vara absolut fasansfullt... Jag skulle inte stå ut med det och de stackars människorna som måste föda ett barn och allting när dom redan vet att det är dött”*

Eller som Penny vars graviditet både var oplanerad och oönskad men ändå gjorde en social jämförelse;

”Nej jag behöver inte vara, du vet, olycklig, en massa människor... fler människor har AIDS eller cancer, det är värre saker, jag har två vänner som har AIDS, så jag tänker att jag är lyckligt lottad” (Maker, 2003).

Genom att göra jämförelser rapporterade kvinnorna att de kände sig bättre med sig själva och med det som drabbat dem. Att tala med andra om det som hänt beskrevs som en viktig del av anpassningen. Några berättade att stödet de fått ökade genom att de redan delade graviditeten med andra.

”Vi höll inte tyst som de flesta gör de första tolv veckorna eller så... men på ett sätt var vi faktiskt glada för det, för det betydde att vi kunde dela händelsen med folk runt omkring oss, de var ett stort stöd och det var inget hysh-hysh kring sorgen som vi måste gå igenom” (Maker, 2003).

Olyckligtvis beskrev ett fåtal kvinnor hur de inte fick stödet som de behövde. För dem var missfallet en ensam och isolerande upplevelse. Rebecca kände att hennes familj och vänner inte visste hur de skulle bete sig inför hennes upprepade missfall.

”Du vet vad människor brukar säga, du kan försöka igen, bl.a. bl.a. bl.a. ... men de kunde inte säga det åt mig därför att de visste hur många gånger jag... (haft missfall).

En annan kvinna sa; *”när missfallet hände, han liksom suddade ut det, du vet, han liksom satte upp en vägg och betedde sig som om jag aldrig varit gravid och att det aldrig hade hänt och jag förmodar att det var hans sätt att reagera”* (Maker, 2003).

Att sakna stöd beskrivs i många studier (Caelli, Downie, & Letendre, 2002, Simmons, 2006, Adolfsson, 2004).

Att skillnaderna i sorgearbetet mellan män och kvinnor ställde till problem för flera par framkom i en studie (Caelli et al, 2002). Paren talade om specifika skillnader i deras sätt att sörja och två män var osäker på vad som skulle ha hänt med deras relation om de inte fått hjälp. En av dem uttryckte sig så här; *”Jag visste att det sätt hon uttryckte sorgen på var något hon måste göra, jag önskar bara att hon inte hade förväntat sig att jag skulle sörja på samma sätt. Jag kände att hon förväntade sig att mitt beteende skulle vara en spegelbild av hennes. Hon ville att jag skulle sörja på samma sätt och hon blev upprörd över att jag inte riktade mina känslor utåt som hon gjorde med sina. Hon upplevde att jag inte fanns där för henne, inte delade samma smärta, ilska och förtvivlan*

genom att gråta och tala om det hela tiden. Men jag kände också en stor tomhet och en övermäktig känsla av förlust. Det gjorde ont i både hjärtat och magen, och jag hade en känsla av hjälplöshet och förtvivlan. Och bara för att jag kände att vi måste gå vidare med våra liv så fick jag skuld känslor för det också”.

”Sådan information indikerar att läkare, sjuksköterskor och barnmorskor har ett ansvar att försäkra sig om att paren i dessa situationer är förberedda på att det finns en könsskillnad i sorgearbetet”, påpekar Caelli, (2002).

En annan komponent till anpassningen var det sätt många kvinnor försökte hitta en mening och en orsak. Att se på missfallet som en livshändelse som inte är så stor i förhållande till alla andra händelser som ger livserfarenheter. Många fann medicinska orsaker till den misslyckade graviditeten *”Jag är, du vet, jag är säker på att det var något genetiskt, att ägg och spermie inte passade ihop den här gången”*

Några kvinnor kände skuld för att de inte tagit tillräckligt väl hand om sig själv, för att ha druckit, rökt eller varit för aktiv. En del trodde att stress på jobbet eller jobbet i sig var orsaken (Maker, 2003).

Även i studien av Adolfsson (2004) beskrevs samma känslor av kvinnorna. Där tog de på sig hela skulden, det var deras kropp som inte kunde behålla graviditeten. De såg även missfallet som ett straff för tidigare aborter eller att de inte skulle duga som mor. Kvinnorna fann många anledningar till missfallet men det var alltid något de ätit, gjort eller tänkt som var orsaken.

Fler studier påtalar att kvinnor som fått veta en orsak till missfallet mådde bättre. I Simmons studie (2006) uppvisades lägre nivåer av oro än hos de kvinnor som inte fått veta och i Nikcevic studie (1999) reducerades känslorna av skuld när att de fick veta orsaken och därigenom vetskap om att de inte kunnat förhindra missfallet. I en annan studie kom författarna fram till att uppföljningssamtalet var orsaken till bättre psykisk hälsa hos kvinnorna. De mådde bättre efter att ha diskuterat sina känslor, oavsett om de fått veta orsaken eller inte (Nikcevic, Kuczmierczyk, & Nicolaidis, 2000).

Några kvinnor var mer filosofiska och talade om termer som att det var förutbestämt eller ödet men alla kvinnor kunde inte fokusera på en tillfredställande orsak och var frustrerade att sjukvården inte kunde ge dem en. Det gjorde det svårt för kvinnorna att göra förlusten begriplig och det var särskilt träffande för kvinnor som haft missfall tidigare.

”Fysiskt är jag fortfarande här, kvar med min oro om, du vet, det är något fel på mig... jag har ingen aning och ingen verkar vilja ta reda på det, men jag tror i alla fall att det är för att du ska ha missfall tre gånger innan de börjar undersöka” (Maker, 2003).

Återgång och att gå vidare i livet beskriver kvinnorna på olika sätt, många upplevde en minskning av negativa känslor och såg missfallet som en lärdom och en gräns mellan framtiden och det förflutna.

”Jag känner mig inte arg, vilket jag gjorde under en del av tiden, jag känner mig inte lika ledsen, jag känner mig inte lika frustrerad, jag känner mig inte deprimerad. Jag var riktigt deprimerad, speciellt under en period”

För en del var processen bara i början och de uttryckte att det skulle ta tid innan de skulle återfå känslomässig stabilitet igen.

”Ja, det är bara att gå vidare, tid, jag förmodar att tid gör att det läker ut någon gång, du vet, men jag vet inte, just nu har jag bara upp och nedgångar”

Att se det som en lärdom uttryckte en av kvinnorna så här;

”när vi liksom kom ut på andra sidan, var det liksom som om det varit en mening med det eller så... det har varit lärorikt på ett sätt även om det är smärtsamt och... jag vet inte men det har liksom tagit livet till en annan nivå”

Många kvinnor upplevde i det här stadiet att de omvärderade sitt liv och sin framtid. Någon hade tankar över sin ålder och att hon väntat för länge med att bli gravid, några som planerat abort var orolig för att uppleva det här igen vid nästa planerade graviditet. För några var den här omvärderingen av framtiden i mer vardagliga termer. En kvinna som alltid satt sitt jobb främst och blev oplanerat gravid sa;

”Jag tror att detta har omvärderat vad jag ska göra med mitt liv i framtiden” (Maker, 2003).

Återgång, Aktivt sorgearbete och Förtvivlan

I en studie undersöktes upplevelsen av missfall vid fyra tillfällen under första året efter missfallet, efter en vecka, sex veckor, 16 veckor och 52 veckor. Där kom tre teman fram som visade kvinnors sätt att reagera på sin förlust. De var; återgång, aktivt sorgearbete och förtvivlan (Swanson, Connor, Jolley, Pettinato, & Wang, 2006).

De kvinnor som visade på återgång uttalade att deras lösning var att ”gå vidare” genom olika uttalanden som indikerade lättnad, sakligt accepterande, tacksamhet eller försiktigt hopp om en önskad framtid. Efter en vecka ansåg 14 % att de var på väg att komma tillbaka, medan 59 % sörjde aktivt och 26,5 % var förtvivlade. De som sörjde aktivt brottades fortfarande med sitt missfall. Några indikerade känslor av sorg när de mindes händelser kring missfallet, andra visade på sorg av ett mycket efterlängtat barn. Vid vissa speciella omständigheter, speciellt efter fyra månader och ett år, visade kvinnorna som fortfarande sörjde en tvekan till att våga hoppas och hade svårt att bryta sig loss från känslan av förlust och upplevde oro för att drabbas igen. Kvinnorna som var förtvivlade upplevde ett komplext gensvar som inkluderade känslor av skuld, att de inte hade kontroll, och var konfunderade över hur livet skulle bli. För de som var förtvivlade en och sex

veckor efter förlusten kändes missfallet som ett meningslöst övervåld som lämnade dem förvirrade, tomma och bortkopplade. De kände sig svikna av händelseutvecklingen och var rädda att de aldrig skulle bli mödrar. Av de kvinnor som kände sig förtvivalade efter fyra månader hade känslorna mestadels att göra med paniken att vilja bli gravid igen och rädslan för att missfallet skulle upprepas hela tiden. Kvinnor som fortfarande var förtvivalade vid ett år kände sig berövad från att bli mamma till just det barnet de mist eller till vilket barn som helst. Känslan av att vara berövad upplevdes kronisk, som ett tillstånd som aldrig skulle avta utan drastiska förändringar i livet (Swanson, 2006). Kvinnor som upplevde aktivt sorgearbete eller förtvivlan en vecka efteråt visade detta signifikant mindre vid sex veckor. Gensvaret efter en vecka skiljde sig dock för dem som upplevt andra negativa händelser, eller tidigare missfall och hos de kvinnor som upplevde en sexuell distans i sitt förhållande. Efter ett år visade sig 66 % vara återställda, 23,5 % sörjde och 10,6 % var fortfarande förtvivalade. Gensvaret visade skillnader baserade på om kvinnorna var gravida eller hade fått barn, fått missfall igen, upplevt större antal negativa händelser under året eller upplevt mellanmänsklig eller sexuell distans från sin partner. Gensvaren påverkades inte av graviditetens längd vid missfallet eller om det fanns barn sedan tidigare (Swanson, 2006). I en annan studie framkom att kvinnor som inte hade barn sedan tidigare upplevde högre nivåer av aktiv sorg oavsett om graviditeten var planerad eller inte. Studien visade också på högre nivåer aktiv sorg fyra månader efter missfallet, jämfört med en månad efter, för de kvinnor som upplevt ”missad abortion” (Adolfsson, Berterö, & Larsson, 2006).

Bearbetning av förlusten

Att det är en känslomässigt svår tid för kvinnorna ställer krav på omhändertagande då personalen möter dessa kvinnor i sin vardag. I en kvalitativ studie framkom att det vid tidiga missfall kan vara besöket på sjukhuset, när missfallet startar, som gör graviditeten verklig för föräldrarna. Väntetiden på doktors slutgiltiga svar upplevdes stressande då hoppet att graviditeten skulle vara intakt var stor. Beskedet om missfall kom därför som en chock (Sehdev, Parker, & Reddish, 1997, Adolfsson, 2004).

I en annan studie framkom sju teman som hjälp för att bearbeta förlusten (Wong, Crawford, Gask, & Grinyer, 2003);

1) Behov och en önskan om uppföljning *”De skulle inte drömma om att ta någons blindtarm och säga ‘tack och hej’, där får du en uppföljning för att se att allt är ok, men av någon anledning fungerar det inte så vid missfall”*. I studien av Adolfsson (2004) beskrevs att läkaren inte tyckte att det behövdes återbesök rent fysiskt, men kvinnan upplevde ett behov av en mental uppföljning.

2) Svårt att förstå information.

”Just då var jag så förkrossad att jag bara ville hem, men efter några veckor var det massor av frågor i mitt huvud som jag behövde svar på.” Tidpunkten för samtalet och förtroendet för doktorn

påverkade hur kvinnan upplevde handläggningen och vården runt missfallet. *”Jag träffade doktorn en timme efter att jag kom från operationen och jag var inte vid fullt medvetande. Jag menar, missförstå mig inte, det var inget fel på honom, men det skulle ha varit bättre att träffa någon sex veckor senare, man kanske mår bättre känslomässigt då för att kunna prata om sådana här saker”*.

Detta stöds även i studien av Adolfsson (2004).

3) Behov av mer information och svar på specifika frågor *”Jag önskar att någon gett mig en förklaring, det hade hjälpt mig komma till rätta med det bättre”*. *Jag behövde veta, inte bara att ”det är sånt som händer”*

Det talas inte om missfall så ofta i samhället och många förmodar att kvinnorna kommer över händelsen snabbt men i en studie visades att många fortfarande känner behov av information om förloppet, orsak och prognos upp till fyra år efter händelsen (Hunfeldt, Wladimiroff, & Passchier, 1996).

4) Rutinfall för vårdpersonal. *”Alla de här människorna gör ‘si och så’ men de förstår inte hur du känner. De gör bara sitt jobb, eller hur”* och *”Doktorn på sjukhuset pratade om att förlusten av det här barnet var sånt som ”händer hela tiden”, det gjorde barnmorskan också, helt utan känslor och empati”*. Uttalanden att det är *”sånt som händer”* tas även upp i en studie av Simmons (2006) och de påpekar att sjukvårdspersonal har en viktig roll då deras uttalanden påverkar upplevelsen både negativt och positivt hos kvinnor.

5) Skuld och falska antaganden. *”Det är en stor mängd skuld, speciellt direkt efter missfallet. Först försöka uppfatta hur jag har medverkat till missfallet genom att ha gjort eller inte ha gjort någonting, och för det andra att ha gjort alla besvikna”*.

6) Skiftande omsorg och bristande kunskap; kvinnorna upplevde ett blandat gensvar av sjukvårdspersonal, vänner och familj genom deras olika attityder, kvaliteten på råd och av det stöd som gavs.

7) Förslag på framtida förbättringar; Någon form av uppföljning av utbildad personal med rätt kunskap och attityd efterfrågas.

Detta uttalas även av kvinnorna i studien av Simmons (2006) och i en studie av Nikcevic (1998) där 92 % av kvinnorna önskade en uppföljning. I flera studier har det framkommit att enbart en medicinsk uppföljning inte räcker utan kvinnor har efterfrågat en psykologisk uppföljning och att en kombination har den bästa effekten (Adolfsson, 2004, Nikcevic, 1998, Wong, 2003, Nikcevic, 2007).

VÄLBEFINNANDET UNDER NÄSTKOMMANDE GRAVIDITET

Känslor vid nästkommande graviditet

Det tillhör mänsklig erfarenhet att känslor som upplevts i tidigare händelser kommer tillbaka när man utsätts för liknande omständigheter. Det är därför vanligt att kvinnor jämför sin nuvarande graviditet med tidigare graviditeter. De kvinnor som har en erfarenhet av en graviditet som inte slutat lyckligt blir påmind om detta vid nästkommande graviditet och det tidigare missfallet kommer att påverka den nuvarande graviditeten på ett antal olika sätt. I en studie av Cote-Arsenault & Mahlangu (1999) kom författarna fram till att graviditetsrelaterad oro är det vanligaste kännetecknet och kvinnors bekymmer fokuserar sig ofta på hur de ska ta sig igenom graviditeten. Kvinnorna upplevde att de vaktade mer på sina känslor för både graviditeten och det väntade barnet. Graviditeten upplevdes som mer bekymmersam och otrygg, och kvinnorna förblev skeptiska och försiktiga.

Som exempel skrev en kvinna;

”Den här graviditeten, speciellt de första veckorna, har gjort mig mer osäker, för jag vet vad det skulle betyda för mig känslomässigt att mista det här barnet”

En annan kvinna skrev;

”Den förutfattade åsikten att graviditeter, födelse och moderskap är lätt och riskfritt och helt under kontroll stämmer inte, jag älskar barn, men tack vare tidigare erfarenhet är graviditeten för mig en väldigt stressad tid”

Även då kvinnor fått veta orsaken till missfallet och därigenom kunnat bearbeta händelsen och minskat sina skuld-känslor, sin oro och sorg, är stark oro vanlig vid nästkommande graviditet (Nikcevic, 1999).

Långtidseffekterna efter ett missfall har undersökts (Cote-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001) och där beskrev kvinnorna händelsen som en förändring för livet. Trots skillnader i den gynekologiska anamnesen, upplevelser och tiden som gått sedan förlusten fanns likheter i deras reaktioner på nästkommande graviditet som kraftigt övervägde skillnaderna. Kvinnorna kände sig inte känslomässigt säkra i sin graviditet efter det tidigare missfallet och var rädd att även detta barn skulle dö. Sex teman beskrevs; att leva med osäkerhet, funderingar på barnets hälsa, väntan på att förlora barnet, hålla tillbaka sina känslor, vetskapen om att missfallet hände och att det kan hända igen och förändring i den egna identiteten.”

Anknytning

Cote-Arsenault (1999) beskriver i sin studie den graviditetsrelaterade oron som ett svart moln som svävar över kvinnorna där omsorg om barnets välmående och tankar på utgången av graviditeten beskrevs som att de alltid fanns där. Den tidigare utgången av graviditeten hade lärt dessa kvinnor

att graviditeter inte alltid är normala och att barnet inte alltid överlever. Den här oron gjorde att kvinnorna skyddade sig själv genom ett större avstånd i den känslomässiga anknytningen.

Två kvinnor förklarade;

”I den här graviditeten tänker jag på alla de saker som kan gå fel, på ett sätt har jag lämnat utrymme för tankar på att förlora det här barnet också, utifall att”

”Jag gissar att jag känner mig lite distanserad från den här graviditeten, orolig för att bli för upphetsad och självsäker. Men det går bättre nu när min livmoder växer och det börjar synas”

I studien av Cote-Arsenault (2001) relaterade en kvinna som upplevde ett missfall i 19:e veckan sin kommande graviditet så här;

”I min första graviditet dagdrömde jag ofta om hur barnet skulle bli. Jag hade en stark känsla av att det var en flicka, som hade en personlighet och detaljerna kring henne... Andra gången var jag inte ens i närheten av någon livlig bild av hur det här barnet skulle bli. När jag kom till den tiden i graviditeten när jag förlorade min förra... det var bara så lätt att återuppleva det. Jag blev paranoid med allting... Jag visste att jag var gravid men jag trodde faktiskt inte att jag skulle få något barn. Sex veckor innan ”datumet” fick jag en present till barnet av någon och jag sa; ”Dom tror att jag ska ha barn” och min man svarade, ”Det tror jag också”. Jag började gråta därför att jag inte hade tillåtit mig själv att tänka så alls”

I en studie (Armstrong & Hutti, 1997) jämfördes graviditetsrelaterad oro och anknytningen i en grupp kvinnor som mist sitt barn i en sen graviditet med en grupp kvinnor som inte upplevt någon förlust där båda grupperna var i 2: a – 3: e trimestern. De kom fram till att ”förlustgruppen” visade signifikant högre nivå av oro och en lägre grad av anknytning till barnet.

”Trots att jag är hänförd över den här graviditeten, kan stressen och oron kännas övermäktig. ”Det är så få som förstår oron efter ett missfall” skrev en kvinna i den undersökningen.

Armstrong, (1997) såg även ett samband mellan mer oro och lägre grad av anknytning hos mammorna vilket inte gällde papporna. Andra studier har också visat att föräldrar som upplevt ett missfall upplever högre grad av graviditetsrelaterad oro och att mödrarnas nivåer av oro visade sig högre än fädernas (Franche & Mikail, 1999, Armstrong, 2004).

Ny graviditet

I en studie (Franche & Bulow, 1999) jämfördes kvinnor som alla haft missfall och var gravida igen. Den ena gruppen hade dock haft en lyckad graviditet mellan missfallet och den nuvarande graviditeten. De kom fram till att kvinnorna som hade haft en lyckad graviditet mätte bättre och visade lägre nivåer av oro och svårighet att hantera sin situation. I den här undersökningen framkom

också att mödrarna mådde sämre än de fäder som deltog. En liknande undersökning visade även den att de kvinnor som inte fött barn sedan förlusten upplevde lägre livskvalitet och kände sig mer isolerade, upplevde negativa känslor och mer smärta än den andra gruppen (Hunfeldt, et al 1996). Kvinnorna i gruppen berättade om sin rädsla för att berätta om graviditeten för andra människor (det kan gå fel igen) liksom upplevelsen av att sakna stöd från samhället.

Delmål

Ett annat tema som Cote-Arsenault (1999) kom fram till i sin undersökning var att kvinnorna satte upp delmål under graviditeten. Den graviditetsrelaterade oron lättade eller ökade tillfälligt beroende på en positiv eller negativ tolkning till en signifikant händelse. De vanligaste delmålen var; att klara sig förbi den graviditetsvecka då missfallet skedde, slutet på första trimestern därför att det då är vanligast med missfall, tidpunkten runt v 17-20 då fosterrörelserna kunde kännas och när hjärtljuden hördes för första gången. Varje händelse erbjöd information om säkerheten och hälsan hos graviditeten och barnet.

En kvinna beskrev;

”Det var viktigt att klara sig förbi den 10:e veckan på grund av mitt tidigare missfall, Vid 16 v kände jag mig säker på att den här gången kommer jag att få min baby.”

Personlighet

I en studie (Cote-Arsenault & Dombek, 2000) fann författarna ett samband mellan graviditetsrelaterad oro och graden av personlighet som modern upplevde hos fostret. Kvinnorna i studien delades in i två grupper beroende på om de upplevt ett eller flera missfall. För de som haft sitt första missfall upplevde 25 % att de ”förlorat en graviditet”, 50 % sa ”ett barn”, 11 % sa ”ett barn med ett namn” och 14 % sa ”ett barn som nu skulle ha varit i en viss ålder”. För gruppen av kvinnor som hade sitt andra missfall var siffrorna betydligt lägre, endast 13 % sa ”ett barn” och 3 % ”ett barn med ett namn”. Kvinnorna som upplevt att de förlorat något viktigt, en person, i den tidigare graviditeten var mer orolig över hur denna graviditet skulle utvecklas. När en högre grad av personlighet var tilldelad fostret vid första missfallet, förekom det högre graviditetsrelaterad oro i den nästkommande graviditeten.

Oron sågs öka med tiden i en undersökning av Cote-Arsenault (2007). Där beskrev kvinnorna att det tidigare missfallet upplevdes som ett hot mot den nya graviditeten och hot i sig är starkt relaterat till oro. Oron var även här relaterad till graden av personlighet hos barnet men även till graviditetslängden vid förra missfallet. Andra studier har visat att gravlängden inte är relaterat till graden av depressiva symtom som oro (Neugebauer et al, 1992, Swanson et al, 2006)

Upprepade missfall

Kvinnor som upplevt flera missfall och dödfödsel men senare gått igenom en lyckad graviditet har i en kvalitativ studie intervjuats om sina upplevelser (St. John & Cooke, 2005). Varje kvinna kämpade med sin identitet, alla kände sig som en mor, men en mor utan barn och utan bevis på moderskap. Varje kvinna uppgav att de var lyckliga över att vara gravid igen, men lyckan varade inte så länge och överskuggades och fördärvades av deras tidigare erfarenheter. En kvinna beskrev; *”Oh hjälp ... paralyserad – men uppe bland molnen, absolut paralyserad och inte helt hoppfull... det hände den här månaden och jag är gravid, men sen... känslan av att vara uppe bland molnen försvann en halvtimme efter att jag läst av urinstickan... jag höll tillbaka alla andra känslor.*

Även i studien av Caelli (2002) beskrev kvinnorna den särskilda känslan av lättnad och lycka när de blev gravida igen. Men lyckan beskrevs även där kortlivad när de kände hotet mot deras barn. Trots att känslorna ovan var förväntade upplevde kvinnorna att personalen avvisade deras rädsla under graviditeten.

Efter de tidigare missfallen upplevde kvinnorna att de lämnades utanför den ordinarie sjukvården, utan professionell hjälp (Cote-Arsenault et al, 2000). De var inte längre gravida och hörde därför inte till MVC och utan barn tillhörde de heller inte BVC.

När de på nytt blev gravida ville de inte delta i föräldragrupper främst för att de var rädda för att ta bort glädjen hos de andra föräldrarna om det skulle komma fram att de tidigare upplevt mycket sorg i samband med sina graviditeter.

”På ett sätt känner jag att jag missar en del av graviditetsupplevelsen när jag inte klarar av att delta, som en vanlig människa, men en väldigt stor del av mig var glad att jag inte behövde gå och se alla dessa glada mammor som inte kan föreställa sig vad jag går igenom... och du kan förstöra deras graviditet bara för att dina har gått fel”

Bearbetning av känslor

Att få hjälp att bearbeta sina känslor under graviditeten som följer en tidigare förlust i sen graviditet utforskades av Caelli (2002). Föräldrarna beskriver där skillnaden de upplevde mellan den vård som gavs som rutin och den specialistvård de fick i programmet som leddes av en barnmorska. Det här uttalandet var representativt för gruppens uttalanden; *När du kommer till doktorn har du alla frågorna, men doktorn har alltid så bråttom. Det är som 'Allting är fint, några frågor 'och dom är borta! Men så snart vi talat med barnmorskan på specialisten kom vi underfund med att hon förstod precis hur vi kände. Vi kunde inte tro att det kunde finnas någon som förstod, speciellt inte någon med medicinsk profession. Vanligtvis brukar sjukvårdspersonal inte medge din förlust... dom ser inte din rädsla... dom pratar inte med dig. Men barnmorskan tog sig tid och hon fanns där när vi blev oroliga. Jag kunde ringa henne och prata efter att jag varit på koll. Jag har haft fem högrisk*

graviditeter och förlorat två barn och ingen har någonsin förklarat saker som hon gjorde. Vanligtvis, känner du att du måste göra exakt som personalen säger åt dig att göra, men specialistbarnmorskan uppmuntrade mig att säga, 'det här är min kropp och mitt barn och jag vill göra på det här sättet'.

Några deltagare beskrev att de kände sig "mer normala" sen de gått med i gruppen. Som exempel; *Du är inte i din egen exklusiva klubb längre, den där ingen vill vara medlem. Du kan ställa frågor om barnet som dog och varför sånt händer, och om det kommer att hända igen. När du är i en vanlig föräldragrupp kan du inte ställa såna frågor, då det finns risk att göra någon mamma upprörd som inte har haft missfall eller upplevt en dödfödsel. Men i specialistgruppen har vi alla gått igenom sånt... det spelar ingen roll vad vi säger... vi vet att vi inte stör eller gör någon upprörd.*

Relationen mellan föräldrarna förbättrades genom medverkan i gruppen. Alla män och de flesta kvinnor var av samma åsikt. En man beskrev;

"Innan programmet startade, vår känsla av isolering, till och med från varandra, var extrem. Jag trodde min partner var den som var annorlunda, att hon var en av tusen som reagerade (sörjde) på det här sättet. Men när jag gick med i gruppen så förstod jag hur lite jag visste! Som en konsekvens av att vara med kunde jag bli ett bättre stöd till det hon gick igenom, så programmet var gudasänt för oss. Mellan oss själva, vi kände oss mer bekväma och trygga tillsammans och kunde diskutera faktum, så att vara med i programmet var livsviktig. Jag hade i alla dessa år befast ett annat synsätt på familjens roller. Men efter att ha varit med i gruppen har det här ändrats, nu fungerar vi tillsammans istället för två separata individer".

En kvinna beskrev hur det kändes innan, då båda höll tyst och vägrade visa sin rädsla inför den kommande graviditeten för den andre, för att de inte ville plåga varandra. I gruppen lärde de sig att prata igenom sin rädsla.

Föräldrarna upplevde en enorm förmån att få vara i en grupp av människor som upplevt liknande situationer och beskrev hur de gick igenom sina graviditeter tillsammans.

"Vi förstod alla varandra, visste hur varje person kände och var vi hade varandra"

Slutsatsen författarna drog av studien var att det var barnmorskans förmåga att lyssna och verkligen höra de medverkande, att förstå och ha empati med dem och deras situation som var det viktigaste för deltagarna i programmet.

"Vi gick igenom den här graviditeten tillsammans med en annan person (barnmorskan) som verkligen visste hur och vad vi kände. Hon kunde visa oss på ett positivt sätt hur vi skulle tackla graviditeten och fokusera på en slutlig födelse. Vi hade en tung vikt på våra skuldror men vi bar den tillsammans".

DISKUSSION

RESULTATSAMMANFATTNING

Det finns många olika studier om upplevelser kring missfall och hur känslor påverkar nästkommande graviditet. All litteratur visade att det är ett komplext tillstånd där många olika känslor är involverade. Många kvinnor upplevde en intensiv period av blandade känslor i form av sorg, nedstämdhet, skuld och oro direkt efter missfallet, och beskrev att upplevelsen förändrade livet och personligheten. Behovet att få veta orsaken har visat sig viktig, för att få tillbaka en form av kontroll, i hopp om att kunna förebygga fler missfall. Vetskapen om orsaken har även visat sig minska känslorna av skuld, sorg och därmed risken att kvinnan tar på sig ett eget ansvar. Graden av personlighet som kvinnan gett barnet som förlorats påverkade graden av depressiva känslor och anknytningen till nästa barn. Oron blev mest påtaglig vid nästkommande graviditet, liksom känslan av hot mot graviditeten. Upplevelsen av att sakna stöd efter ett missfall och under nästkommande graviditet påtalades av många föräldrar. Skillnaden i sorgearbetet mellan mannen och kvinnan beskrevs i flera studier och även att kvinnan visade högre grad av depressiva symtom och oro och lägre grad av anknytning än männen vid nästkommande graviditet.

METODDISKUSSION

Den systematiska sökningen av vetenskapliga artiklar i databaserna, se tabell 1, gav många träffar. För att precisera sökningen användes begränsningen ”människa”, ”kvinna” och årtal från 1990 – 2007. Av träffarna valdes i första hand studier med en kvalitativ ansats då de stämde bättre in på studiens syfte. De citat som använts har valts ut för att de var representativa för de känslor som beskrivits i flera studier. Många av de studier som valdes bort var rent medicinska, inriktade på tänkbar orsak till missfallet eller mötte inte syftet. Även studier som var av dålig vetenskaplig kvalitet valdes bort. Många nya, vetenskapligt bra artiklar valdes bort från resultatdelen då de var litteraturstudier, men har använts i inledningen. Till frågeställningen ”kvinnors upplevelse av missfall” hittades färre studier och orsaken kan vara begränsningen av publiceringsår från 1990 och framåt då referenslistor visat fler studier som gjorts på 1980-talet. En nackdel med de kvalitativa studierna är att de är få och ofta har ett litet urval jämfört med de kvantitativa studierna. Det förekom även i några studier att urvalet begränsats då det har varit svårt att få tag på kvinnor med en önskad graviditetslängd som samtidigt uppfyllde inklusionskriterierna.

RESULTATDISKUSSION

Oro kom fram som en av de känslor som var vanligast efter missfall. Författarna till denna studie upplevde oron som ett större problem än vad de kunnat tro, liksom de konsekvenser den får i kvinnors liv. Att inte kvinnan blir bemött och bekräftad i sin oro, både av omgivningen och av

sjukvårdspersonal, är något som behöver förändras. Kvinnor ska bli informerade om de fysiska symtom som möjligtvis kan dyka upp veckorna efter ett missfall, men lika viktigt är att informera om de potentiella psykologiska symtom som kan följa ett missfall.

Det är viktigt att informera om hur vanligt missfall är, att det är ett normalt och inte ett sjukligt tillstånd och att det är många i omgivningen som är drabbade. Samtidigt får informationen inte göra att paret uppfattar missfallet som en händelse som inte får sörjas. Att bekräfta sorgen som en naturlig process som alla måste bli medvetna om och bearbeta är något av det viktigaste som personalen bör förmedla till de par som drabbas av ett missfall, anser studiens författare. Sorgen är en naturlig del av missfallet, inget farligt utan något som behövs för att kunna gå vidare i livet. Sorg är en smärtsam men normal och tidsbegränsad reaktion på en förlust. Det är även mycket viktigt att personal informerar om skillnaden i sorgearbetet mellan mannen och kvinnan för att de ska kunna stötta varandra på rätt sätt.

Skam och skuld visade sig vara vanliga känslor efter missfall. Författarna tror att skam är mer relaterat till den kvinnliga identiteten att föda barn. Det ses som ett personligt misslyckande och en skam att inte kunna föda barn. Ur den här skammen föds skuldkänslor och kvinnan letar orsak som visar att hon är ansvarig för missfallet.

Det är föräldrars skyldighet och ansvar att skydda sina barn. Om föräldrar inte hade skyldigheter och ansvar skulle de inte kunna skuldbelägga sig själva för att ha agerat olämpligt. Eftersom det är föräldrarna, och mest mamman, som är de enda som har den egentliga kontrollen över barnens liv så verkar det rimligt att tro att de upplever att de är ansvariga för förlusten. I studien av Adolfsson (2004) uttrycker en kvinna sig så här;

”Det finns ingen mening med det. Jag förstår inte varför jag förlorade mitt barn, det var mitt barn och det var min kropp som tog det ifrån mig. Jag kan inte skylla på någon annan, det är i mig... det är min kropp som har stött bort mitt barn... jag har misslyckats med något stor och viktigt. Det är jag själv som har orsakat detta”

Det är viktigt att kvinnan kan ta till sig att hon har ansvaret för graviditeten genom att välja vägar som är bra för barnet, t.ex. genom att äta rätt och undvika rökning och alkohol, men att hon inte är moraliskt skyldig till förlusten då hennes avsikt har varit att agera för barnets bästa. För att lättare bli av med skuldkänslorna kan det vara motiverat med en utredning av kvinnorna som kan bekräfta orsaken. I studien av Nikcevic (2000) hittades orsaken i 63 % av fallen.

Gruppen av kvinnor som blir gravida igen är extra utsatta och känsliga och det bör finnas i tankarna på personal som möter dem. Under nästkommande graviditet har oro och känslan av hot mot

graviditeten visat sig vara intensiva känslor. Kvinnor beskriver lättnaden och lyckan när de blev gravida igen, men beskriver att hotet och oron tog över direkt.

”Varje dag vaknar du upp och undrar... lever han eller är han död. Du puttar på magen för att få honom att röra sig. Så fort han rör sig blir du så lättad... men du fortsätter putta hela dagen. Mitt i natten vaknar du och puttar för han kan ha dött och du skulle inte veta om det. Till och med, med andra barnet (efter förlusten) var jag likadan” (Caelli, 2002).

Att oro påverkar anknytningen negativt i en nästkommande graviditet är inte så svårt att föreställa sig, p.g.a. rädslan att förlora barnet igen. Men att det ska gå så långt att kvinnan är medveten om att hon är gravid men ändå inte tror att hon ska få något barn, är ett av de starkaste citat vi läst under arbetet med denna studie (sid.13). En lägre anknytning kan även ge en sämre livsstil under graviditeten vilket påverkar både modern och barnet och ökar riskerna. Denna studies författare funderar över om en sämre livsstil riskerar ökade skuld-känslor och oron i efterhand och funderar även över att den oro som funnits under graviditeten inte direkt övergår i moderslycka efter födseln utan finns kvar och kan påverka föräldraskapet i fortsättningen.

Att bli berövad glädjen och upplevelsen av en okomplicerad graviditet och att inte kunna njuta av den ska inte höra till vanligheterna. Under första missfallet och i den kommande graviditeten bör därför stöd sättas in för att hjälpa kvinnorna att bearbeta sorgen så att oron lindras och anknytningen befasts.

Personalens bemötande och omgivningens stöd har diskuterats i flera studier. Många kvinnor har uttryckt önskan om en psykologisk uppföljning. I Nikcevic's studie (2000) visade sig kvinnorna må bättre efter besöket trots att inte alla fått veta orsaken till missfallet, men där de fått tala om händelsen under en timme, beskriva sina känslor, sin oro och sina bekymmer. Det säger mycket om hur viktigt det är med uppföljning. Valet av tidpunkt är viktig när uppföljning planeras, dels med tanke på chockfasen, men även med tanke på de veckor som bör gå då kvinnans kropp hormonellt ska ställas om, både psykiskt och fysiskt till att inte längre vara gravid. I studier har bästa tidpunkt för uppföljning ansetts vara omkring sex veckor efteråt (Wong, 2003, Swanson, 2006). En telefonuppföljning vid den här tidpunkten kan vara ett alternativ som kan passa en del kvinnor. Ett annat förslag på uppföljning, som tilltalar denna studies författare efter att ha summerat undersökningarna som lästs, ges i studien av Brier (1999). Den görs i tre steg; Vid första kontakten diskuteras händelsen runt missfallet och de känslor som kommer upp, oklarheter och funderingar. Efter en vecka tas återigen känslorna upp, eventuell tänkbar orsak till missfallet, missuppfattningar reds upp och irrationella känslor som skuld identifieras. Även skillnader i copingstilar och sorgearbetet mellan könen medvetandegörs och diskuteras. Vid tredje kontakten, efter tre månader, följs välbefinnandet upp och om det finns kvarstående frågor. Här tas även nästkommande graviditet upp och den oro som vid den här tidpunkten brukar ha infunnit sig diskuteras.

Stödet från omgivningen, familj och vänner är viktig, men för att föräldrarna ska kunna uppleva ett stöd måste händelser som missfall ventileras. En vanlig uppfattning är att det pratas lite om missfall i samhället och om hur vanligt missfall är, detta stöds även av författarna efter att ha ventilerat ämnet med vänner och bekanta. Att prata om det bekräftar barnet som förlorats och underlättar sorgearbetet men gör även att paren inte känner sig isolerade utan kan dela sina upplevelser med andra som upplevt samma sak.

”Jag bara kände för att berätta för folk, det hjälpte mig att få ut det och känna mig lugnare”

(Maker, 2003)

Genom att öka medvetenheten och kunskapen om de känslor som upplevs i samband med missfall, kan sjukvårdspersonal bli lyhörda för de föräldrar som behöver ytterligare stöd. Sorgeprocessen är tidsbegränsad och ett patologiskt sorgearbete bör identifieras och hjälp erbjudas de som fortfarande sörjer eller är förtvivlade långt efteråt.

Då personal som tar hand om kvinnor med missfall - gynekologer, barnmorskor och familjeläkare - inte alltid är insatt i psykiatriska bedömningar kan det vara svårt att tidigt identifiera kvinnor som riskerar psykiatriska problem. Detta uttrycktes även av personal i studien av Wong (2003) där de önskade särskild utbildning. Som ett bra komplement för att hitta dessa kvinnor kan det förslag som ges i studien av Lok (2007) användas, nämligen ett verktyg för att enkelt och effektivt screena kvinnor i riskzonen.

Slutsats

Denna studies författare hade innan studien en känsla av att kvinnor med missfall i anamnesen var mer oroliga. Vi funderad även på om missfall inverkade på den prenatala anknytningen. Detta har bekräftats under studiens gång och har gett oss en större insikt i hur kvinnor som upplevt missfall kan känna sig efteråt och i nästkommande graviditet. Det har vi stor nytta av i vår kommande profession för att ge kvinnorna ett bättre bemötande. Kunskap om kvinnors upplevelse av missfall kan förbättra omvårdnaden för dessa kvinnor och motivera vidare forskning. Denna studies författare anser att fler studier med kvalitativ design vore önskvärd och att fler studier behövs som undersöker hur upplevelserna vid missfall påverkar nästkommande graviditet med fokus på anknytningsprocessen och föräldrskapet under det första året.

REFERENSER

- Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson, P. G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(3), 330-335.
- Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijman, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women Int*, 25(6), 543-560.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27(2), 183-189.
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33(6), 765-773.
- Bergman, O., & Normelli, A. (Ed.). (2000). *Den lilla sorgen*: Wahlström & Widstrand.
- Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstet Gynecol*, 93(1), 151-155.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter*. Stockholm: Natur och kultur.
- Caelli, K., Downie, J., & Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *J Adv Nurs*, 39(2), 127-136.
- Cote-Arsenault, D., & Dombeck, M. T. (2000). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care Women Int*, 22(7), 649-665.
- Cote-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res*, 56(2), 108-116.
- Cote-Arsenault, D., & Mahlangu, N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 28(3), 274-282.
- Cote-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (2001). Women's Voices Reflecting Changed Expectations for Pregnancy after Perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001(33:3), 239-244.
- Cullberg, J. (2003) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). In *Att göra systematiska litteraturstudier* (pp. 207). Stockholm: Natur och Kultur.
- Franche, R. L., & Bulow, C. (1999). The impact of subsequent pregnancy on grief and emotional adjustment following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 175-187.
- Franche, R. L., & Mikail, S. F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Soc Sci Med*, 48(11), 1613-1623.

- Hunfeld, J. A., Agterberg, G., Wladimiroff, J. W., & Passchier, J. (1996). Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diagn*, 16(9), 783-790.
- Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ*, 11(2), 33-40.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health*, 24(3), 203-217.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 229-247.
- Maker, C., Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity. *Psychology and Health*, 18(3), 403-415.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., et al. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health*, 82(10), 1332-1339.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., & Nicolaides, K. H. (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *J Psychosom Res*, 63(3), 283-290.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., Tunkel, S. A., & Nicolaides, K. H. (1999). Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *Br J Obstet Gynaecol*, 106, 808-813.
- Nikcevic, A. V., Tunkel, S. A., & Nicolaides, K. H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 11(2), 123-128.
- Nikcevic, A. V. K., A.R.; Tunkel, S. A.; Nicolaides, K. H. (2000). Distress after miscarriage: relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(4), 339-343.
- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 7(1), 7-18.
- Sehdev, S., Parker, H., & Reddish, S. (1997). Exploratory interviews with woman and male partners on the experience of miscarriage. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1997(1), 169-171.
- Simmons, R. K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the National Women's Health Study. *Soc Sci Med*, 63(7), 1934-1946.
- St John, A., Cooke, M., & Goopy, S. (2006). Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. *Aust J Adv Nurs*, 23(3), 8-12.
- Sundgren, E. (1992) *Missfall. Kvinnors upplevelser. Sjukvårdens roll och möjligheter*. Borås: Natur och Kultur

Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S. N., Pettinato, M., & Wang, T. J. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Res Nurs Health*, 30(1), 2-16.

Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U-B. (2005) *Obstetrik och gynekologi - klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur.

Wong, M. K., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract*, 53(494), 697-702.

Bilaga 1

Tabell 1. Databassökning

Databaser	Sökord	Antal träffar	Antal valda artiklar	Antal använda artiklar
Elin@Dalarna	miscarriage AND experience	112	2	2
	miscarriage AND grief AND anxiety	14	0	0
	miscarriage OR prenatal loss AND wellbeing	36	0	0
	miscarriage OR prenatal loss AND quality of life	11	0	0
	miscarriage OR prenatal loss AND subsequent pregnancy	195	5	2
Medline/Cinahl	miscarriage AND experience	13	3	1
	miscarriage AND grief AND anxiety	4	0	0
	miscarriage OR prenatal loss AND quality of life	218	4	2
	miscarriage OR prenatal loss AND wellbeing	0	0	0
	miscarriage OR prenatal loss AND subsequent pregnancy	142	2	0
PubMed	miscarriage AND experience	311	17	6
	miscarriage AND grief AND anxiety	29	9	1
	miscarriage OR prenatal loss AND wellbeing	7	0	0
	miscarriage OR prenatal loss AND quality of life	20	1	1
	miscarriage OR prenatal loss AND subsequent pregnancy	21	5	5
	prenatal loss AND subsequent pregnancy	119	5	3
SUMMA		1252	53	23

Tabell 2. Sammanställning av de artiklar som ingår i resultatet

STUDIE	ÅR	SYFTE	URVAL	DESIGN/METOD	RESULTAT och kommentar
Adolfsson et. al.	2004 Sverige	Att beskriva och lyfta fram kvinnors upplevelser av missfall	15 kvinnor som beh.på sjukhus för missfall < 16 v.	Interpretiv Fenomenologisk Kvalitativ studie	De starkaste känslorna efter missfallet var tomhet och skuld.
Adolfsson et al	2006 Sverige	Undersöka om en strukturerad uppföljning hos barn och fyra månader efter missfall minskar aktiv sorg jämfört med en ostrukturerad uppföljning	88 kvinnor delade i två grupper	Undersökande - jämförande studie	Det fanns ingen signifikant skillnad. Kvinnor som inte hade barn sedan tidigare och de som upplevt missed abortion visade högre nivå av aktiv sorg.
Armstrong et.al	1998 USA	Undersöka skillnaden i nivån av grav.oro och anknytning mellan kvinnors som upplevt ett sent missfall och kvinnor som är förstföderskor i samma grav.längd. Undersöka om det finns ett samband mellan grav.oro och anknytning	16 kvinnor som nyligen upplevt ett sent missfall och 15 förstföderskor grav. i 2-3 trimestern	Icke randomiserad - beskrivande jämförande design	Kvinnor som upplevt missfall upplevde högre grad av grav.oro och lägre nivåer av anknytning än kontrollgruppen.
Armstrong D.S	2004 USA	Undersöka hur det tidigare missfallet påverkar nuvarande grav. vad det gäller depressiva symtom, grav.oro och anknytning hos föräldrarna under nuvarande grav.	14 gravida par som upplevt tidigare förlust	Cross-sectional servery design	Mödrarna visade högre grad av depressiva symtom, grav oro och lägre grad av anknytning än fäderna. Fäderna visade ökad stress relaterat till den tidigare förlusten
Caelli et.al	2002 Australien Kanada	Undersöka kvinnor och deras partners upplevelse av sorg och förlust och stödet de fått efter missfall.	8 kvinnor och 5 män ur en grupp av 14 par som fått särskilt stöd efter missfall	Fenomenologisk beskrivande intervju studie	Det finns inte tillräckligt stöd för den utsatta gruppen. Kvinnor och män sörjer olika.
Cote-Arsenault et.al.	1999 USA	Att beskriva upplevelsen av graviditeten efter ett tidigare missfall	72 kvinnor gravida i v. 17-28 med en anamnes på 1-2 missfall	Beskrivande studie Öppna enkätfrågor	Graviditet efter en förlust karaktäriseras av, återhållna känslor, oro, delmål i graviditeten sattes upp, individuella copingstilar användes
Cote-Arsenault et.al.	2000 USA	Om kvinnan ser på missfallet som en förlust av ett barn eller en grav. och hur det hjälper till att förklara graden av oro och specifik grav.oro i nästkommande grav.	72 omföderskor med missfall i anamnesen	Beskrivande studie	75% upplevde att de förlorat mer än en grav. Ju högre grad av personlighet modern gett till fostret, ju högre påvisbar grav.oro i nuvarande grav.
Cote-Arsenault et.al.	2001 USA	Beskriva kvinnors upplevelser av missfall och dess långtidseffekt efter ett missfall	21 kvinnor med missfall för 1-34 år sedan	Fenomenologisk studie	En förändring för livet, kvinnorna upplevde samma saker trots olikheter i anamnesen
Cote-Arsenault	2007 USA	Att förstå mönster av hotbild, coping och känslotillstånd hos kvinor efter missfall	82 kvinnor gravida igen efter förlust	Predictive correlational study	Kvinnor finner grav. hotad och stressfylld helt igenom.

forts tabell 2

STUDIE	ÅR	SYFTE	URVAL	DESIGN/METOD	RESULTAT och kommentar
Franche & Mikail	1999 Kanada	A. Undersöka den psykologiska anpassningen hos gravida par som upplevt missfall B. Identifiera variabler som kan påverka parens känslomässiga anpassning under en nästkommande grav.	31 kvinnor och 28 män med missfall i anamnesen. 31 kvinnor och 23 män utan komplikationer i tidigare grav.	Jämförande och beskrivande studie	Par med missfallsbakgrund har signifikant ökning av depressiva symtom och grav.oro. Kvinnor upplevde högre grad av depressiva symtom. Variablarna var Självkritik-mellanmänniskt beroende och antalet missfall i anamnesen
Franche & Bulow	1999 Kanada	Jämföra upplevelsen av sorg, förtvivlan och coping mellan par som alla haft missfall men där hälften var grav.igen	50 kvinnor och 42 män delade i två grupper	Jämförande design	Kvinnorna som var gravida igen upplevde mindre förtvivlan och svårighet att bearbeta sorgeprocessen. Hos fäderna var det ingen skillnad i upplevelse.
Hunfeldt et.al.	1996 Holland	Jämföra livskvalitet och oro, innan och efter u-lj hos gravida som haft (n=24) missfall>v16 pga missbildning och de som inte haft (n=26). De jämförde även de i grupp n=24 som haft en normal graviditet efter missfallet(n=6) med de som inte haft det (n=18).	N=24 valdes ut från specialist mvc där de väntade på u-lj i v 18-21 pga tidigare missfall orsakat av missbildning N=26 valdes ut från de som väntade på rutin u-lj us.	Jämförande design	Kvinnor med missfall som inte haft en normal graviditet efter detta upplevde en lägre livskvalitet med känslor av social isolering, smärtor och negativa känsloreaktioner. mer graviditetsrelaterad oro.
Maker et.al	2002 England	Att öka förståelsen för kvinnors upplevelse av ett missfall	13 kvinnor som upplevt missfall < v 14	Kvalitativ studie med djupintervjuer	Inte bara sorg, depression och oro En process som involverar skiftande känslor och aktiv coping
Neugebauer et.al	1992 USA	Undersöka om, och isåfall hur, depressiva symtom ökar under de första veckorna efter missfall	232 kvinnor med missfall inom 4 v, 283 grav kvinnor och 318 kommuninnevånare som inte nyligen varit grav.	Beskrivande kvantitativ cohort studie	Lägsta nivån fanns hos kommuninnevånarna och högsta nivåerna hos kvinnorna med nyligt missfall
Nikcevic et al	1998 England	Om kvinnor med missfall erbjöds och önskade återbesök och om det i sin tur minskade psykisk ohälsa	204 kvinnor med missfall i 10-14 v	Cross-sectional study	Det fanns inget samband med återbesök och minskad ohälsa
Nikcevic et al	1999 England	Undersöka om orsaken till missfallet reducerar kvinnornas psykiska ohälsa på lång sikt	143 kvinnor som deltog i rutin u-lj vid 10-14 v	Prospektiv longitudinell studie	Kvinnor som fick veta orsak visade mindre skuldkänslor.
Nikcevic et al	2000 England	Utforska om information om orsak till missfallet påverkar nivån av stress och kvinnors sätt att hantera händelsen	124 kvinnor, hos 78 hittades en orsak Oron mättes vid tre tillf, före, efter och vid fyra månader då alla deltog igen	Undersökande - jämförande studie	Kvinnor som fått samtal kring sina känslor mådde bättre efteråt oavsett om de fått en orsak till missfallet eller ej.
Nikcevic et al	2007 England	Undersöka vilken effekt medicinska och psykologiska interventioner har på kvinnors negativa känslor efter tidigt missfall	66 kvinnor med misfall där hälften fick både med. och psyk. uppf. och andra hälften bara med. uppf.. De jämf. med 61 kvinnor utan uppf.	Prospektiv jämförande studie	En kombination av medicinsk och psykologisk uppf. hade den bästa effekten för att minska de neg.känslorna.

Forts tabell 2

STUDIE	ÅR		URVAL	DESIGN/METOD	RESULTAT och kommentar
Sehdev et.al	1997 England	Beskriva kvinnors och mäns upplevelse av missfall och den akuta vården.	6 kvinnor och 4 män som upplevt missfall under de senaste 6-18 mån och besökt två sjukhus.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Sjukhusbesöket gav en realistisk känsla av att verkligen vara gravid, ett starkt hopp om att grav. var intakt Svårt att stödja varandra pga män och kvinnors olika reaktioner på sorg Personalens attityd; rutinärende som inte behandlades som ett dödsfall
Simmons et.al	2006 Kanada	Beskriva kvinnors upplevelse av missfall Underlag för vidare forskning som kan ge förslag till behandling och uppföljning	172 kvinnor ur landets missfallsregister	Randomiserad kvalitativ och kvantitativ studie	Kvinnor upplever ett missfall som mer än en grav. komplikation. Brist på känslomässigt stöd och vikten av förklaring av orsaken kom fram
Swanson et.al	2007 USA	A. Beskriva kvinnors känslor 1-6-16-52 v efter missfall B. Beskriva hur känslorna förändras under första året C. Undersöka hur livet har påverkats 1 v och ett år efter missfallet	Av 120 frivilliga som slutfört enkätundersökningen randomiserades 85 st	Randomiserad kvalitativ studie	Hur kvinnor mådde efter sex veckor var en ganska bra indikation på hur de mådde efter ett år.
St John et.al.	2006 Australien	Att ge röst åt de kvinnor som har upplevt missfall innan en fullgången grav.	Tre kvinnor deltog	En beskrivande undersökande kvalitativ studie med djupintervjuer	Kvinnorna lyfte fram tragedin, smärtan och tystnaden de fick stå ut med. Huvudgrupper var sorg, isolering, ilska och skuld
Wong	2003 England	Undersöka kvinnors upplevelse av vården kring missfall för att underlätta för personal att hitta kvinnor med psykisk ohälsa	82 kvinnor besvarade enkät, 22 av dessa intervjuades	Kvalitativ undersökande studie med semi-strukturerade intervjuer	Sju teman; behov och önskan om uppföljning, svårt att förstå info, behov av mer info och svar på specifika frågor rutinfall för vårdpersonal, skuld och falska antaganden, skiftande omsorg och bristande kunskap och förslag på framtida förbättringar