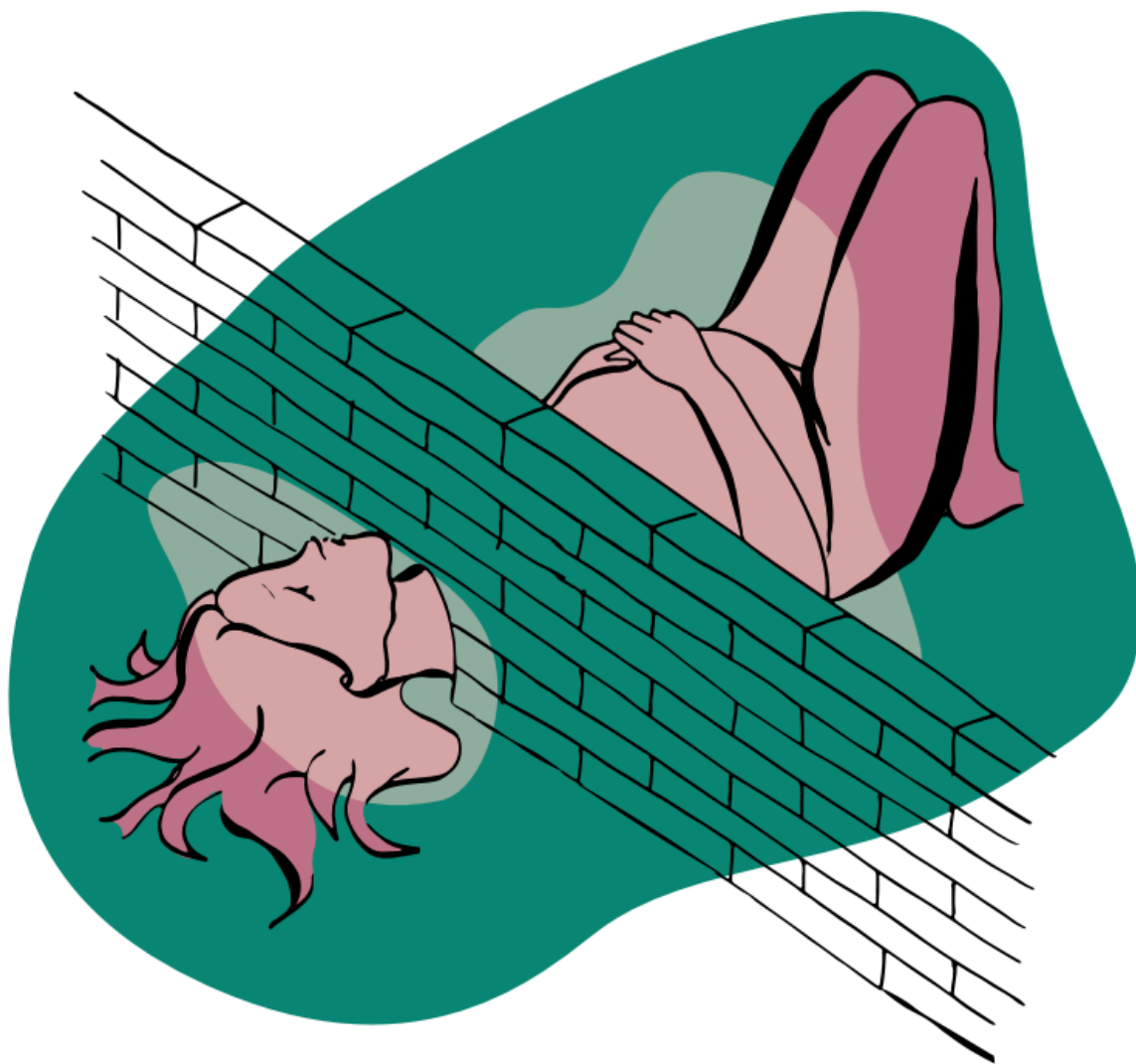


SELV DE MINDSTE FØDDER SÆTTER SINE SPOR

Et humanvidenskabeligt bachelorprojekt der undersøger kvinders oplevelse af den tidlige del af graviditeten efter én eller flere spontane aborter samt jordemoderens støtte i denne periode



Bachelorprojekt

7. semester

April 2023

Vejleder: Signe Bjørnholt Marcussen

Antal anslag inkl. mellemrum: 95.094

Nanna Emilie Holm Nobel

Simone Kimer Fogtmann

Jordemoderuddannelsen, Københavns professionshøjskole

Illustration af Marie-Louise Marxen

Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen, Københavns Professionshøjskolen

Resumé

Projektet er et litteraturstudie, som ønsker at belyse oplevelsen af at være gravid igen efter én eller flere spontane aborter, samt hvordan jordemoderen kan støtte den gravide i denne periode. Med et humanvidenskabeligt afsæt analyseres to kvalitative studier med inddragelse af teorier af Irvin D. Yalom og Joan Raphael-Leff. Det konkluderes, at kvinderne i studierne er præget af frygt for at abortere igen samt påvirket af følelser som skyld og skam, isolation, manglende kontrol og manglende mening med livet. Jordemoderen kan støtte kvinderne med udgangspunkt i viden om Raphael-Leffs psykologiske udviklingsfaser samt ved at søge inspiration i Yaloms psykoterapeutiske tilgang.

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Problemstilling | 4 |
| Problemformulering | 7 |
| Begrebsdefinition | 7 |
| Spontan abort..... | 7 |
| Den tidlige del af graviditeten..... | 8 |
| Problemafgrænsning | 8 |
| Videnskabsteoretisk afsæt | 9 |
| Humanvidenskab..... | 9 |
| Hermeneutik..... | 10 |
| Litteratursøgning | 11 |
| Præsentation og vurdering af de udvalgte studier | 13 |
| Præsentation af Andersson et al. (2012)..... | 13 |
| Vurdering af Andersson et al. (2012)..... | 14 |
| Præsentation af Bailey et al. (2019)..... | 16 |
| Vurdering af Bailey et al. (2019)..... | 16 |
| Præsentation af samt begrundelse for valg af teori | 18 |
| Raphael-Leffs teori om psykologiske udviklingsfaser..... | 18 |
| Fusionsfasen..... | 18 |
| Differentieringsfasen..... | 19 |
| Separationsfasen..... | 19 |
| Begrundelse for valg af teori af Raphael-Leff..... | 19 |
| Irvin D. Yaloms teori om livets fire grundvilkår..... | 20 |
| Døden..... | 20 |
| Friheden..... | 20 |
| Isolationen..... | 21 |
| Meningsløsheden..... | 21 |
| Irvin D. Yaloms psykoterapeutiske tilgang..... | 22 |
| Begrundelse for valg af teori af Yalom (1998)..... | 22 |
| Analysestrategi | 23 |
| Helhedsindtryk..... | 23 |
| Meningsbærende enheder..... | 24 |
| Syntese..... | 25 |
| Analyse | 25 |
| Isolation..... | 25 |
| Bekræftelse af graviditet..... | 28 |
| Skyld og skam..... | 31 |
| Behov for støtte..... | 33 |
| Diskussion | 35 |
| Spontan abort: et tabubelagt emne..... | 35 |
| Tilbuddet i svangreomsorgen..... | 38 |
| Jordemoderens kompetencer i relation til eksistentielle konflikter..... | 40 |
| Metodediskussion..... | 41 |

| | |
|--|-----------|
| Konklusjon | 43 |
| Litteraturliste | 45 |
| Bilag | 51 |
| Bilag 1: PICO - PubMed..... | 51 |
| Bilag 2: PICO - Cinahl..... | 53 |
| Bilag 3: PICO - PsycInfo..... | 55 |
| Bilag 4: VAKS - Andersson et al. (2012)..... | 57 |
| Bilag 5: VAKS - Bailey et al. (2019)..... | 64 |
| Bilag 6: Eksempel på kondensering jf. Malterud (2017)..... | 70 |

Problemstilling

“Der fødes hvert år omkring 60.000 børn i Danmark, og fødslen af hvert enkelt barn er en livsbegivenhed” (SST, 2021, s. 7). Sådan skriver Sundhedsstyrelsen (herefter SST) på første side i Anbefalinger for svangreomsorgen og tydeliggør her, at graviditet og fødsel er en skelsættende periode for kommende forældre. For mange par er graviditeten en livstransformerende periode, som ofte er planlagt allerede længe inden, den indtræffer (Brodén, 2007, s. 51). Det er dog ikke alle graviditeter, der forløber som ønsket. Mindst 25% af alle graviditeter ender ifølge Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (herefter DSOG) i en spontan abort (DSOG, 2018). Andre kilder angiver prævalensen til at være mellem 10-20% (Formann et al., 2011; Sundhed.dk, 2022). Langt størstedelen af de spontane aborter i Danmark sker i første trimester, dvs. inden uge 12 (Sundhed.dk, 2022). Andre vil opleve både at have været til 1.- og 2. trimesterskanning, før de gennemgår en spontan abort.

Uanset tidspunktet for den spontane abort rammes de fleste par af en sorg som følge af at have mistet et kommende barn. Flere psykologiske studier påpeger, at sorgen kan være lige så stor over at miste tidligt som at miste sent (Journal of women's health, 2008, s. 458). I overensstemmelse med dette udtaler Henriette Svarre Nielsen, professor i gynækologi og obstetrik, i en artikel i Ugeskrift for Læger (2021) følgende: “Forældrene græder ikke over, hvor stort fosteret er, de græder over, at de ikke skal være mor eller far”. Oplevelsen af sorg efter en spontan abort, forestiller vi os også, kan hænge sammen med, om forældrene endnu har nået at opfatte fosteret som et barn. Ifølge socialhistoriker Sniff Andersen Nexø kan den samfundsmæssige udvikling, hvor vi tidligere og tidligere i graviditeten har mulighed for at visualisere fosteret ved skanning, også medføre, at fosteret hurtigere opfattes som et barn (Etisk Råd, 2011). Man kan derfor forestille sig, at grobunden for sorg efter en spontan abort kun er blevet større, siden man begyndte at tilbyde rutinemæssig fosterdiagnostik til alle gravide i Danmark (SST, 2022). Samtidig lever vi i en mere og mere digitaliseret verden, og det er ikke længere kun nære venner og familie, som inddrages i graviditet og fødsel. I stadig større grad poster kommende forældre billeder af positive graviditetstest og scanningsbilleder på sociale medier. Er man i forvejen i sorg over at have aborteret og mistet et kommende barn, kan man

forestille sig, at denne sorg kan vokse sig endnu større, når man konstant bliver konfronteret med andre gravides lykkelige historier.

Sorgen i forbindelse med en uønsket spontan abort kan for mange kvinder også være påvirket af følelser som skyld og skam, og netop denne problematik har foreningen Forældre & Sorg fokus på. Ifølge Birgitte Horsten, direktør for Forældre & Sorg, er skyld en velkendt følelse hos kvinder, som mister tidligt i graviditeten (Forældre & Sorg, u.å.a). En kvinde med gentagne aborter bag sig udtaler fx følgende i en artikel på Forældre & Sorgs hjemmeside: "Jeg mærkede en enorm skyldfølelse. Det var skyld med skyld på. Er det min egen skyld? Hvad har jeg gjort forkert?" (Forældre & Sorg, u.å.a). I overensstemmelse med dette udtrykker flere kvinder i en artikel fra TV2 ECHO (2019), hvor 50 kvinder åbner op om sorgen, frygten og tabuet ved en spontan abort, at skyld og skam har fyldt meget i tiden efter deres abort. En kvinde udtaler fx: "Det var et drømmebarn, vi mistede. Min mand blev også meget ked af det. Det var næsten det værste. For det var jo min skyld. Min krops skyld" (TV2 ECHO, 2019). Det er ikke kun følelser som skyld og skam, der kan fylde i tiden efter en abort. Hos mange kan der også opstå en større og grundlæggende usikkerhed. Der ligger ifølge Birgitte Horsten nemlig også en kæmpe sorg i at miste sine håb for fremtiden (Forældre & Sorg, u.å.a). Disse følelsesmæssige konsekvenser efter en spontan abort kan føre til udtalt sorg med psykisk lidelse til følge i form af fx angst og depression. Ifølge WHO viser flere studier, at efter en spontan abort oplever 30-50% angstsymptomer, mens 10-15% oplever symptomer på depression (Sexual and Reproductive Health and Rights, 2021).

Angst og depression kan ifølge psykolog og psykoterapeut Margareta Brodén (2007) være nogle af de psykologiske problemstillinger, som kan medføre konflikter i udviklingen af det psykologiske moderskab og den prænatale tilknytning (s. 113). Prænatal tilknytning skal forstås som den tilknytning, moderen danner til sit ufødte barn gennem ønsket om at lære barnet at kende, forestillinger om fremtiden sammen og behovet for at beskytte barnet og dermed sig selv (Brodén, 2007, s. 43). I overensstemmelse med dette påpeger den svenske specialist i klinisk psykologi, Lisbeth F. Brudal, at tidligere aborter kan give en oplevelse af ængstelighed, angst og håbløshed i en efterfølgende graviditet, som kan forstyrre den psykiske balance

(Brudal, 2000, s. 56). I bogen "Tabte drømme - kvinder og spontan abort" af Christina Lassen-Andersen, cand. mag. i historie, som indeholder vidnesbyrd fra 16 kvinder i relation til spontan abort, udtrykker flere kvinder også en ambivalens i en ny graviditet efter abort, hvor de både oplever en glæde og lettelse over at være gravide igen, men samtidig en frygt for at det vil gå galt igen. En af kvinderne udtaler fx: "Jeg er gravid. Igen! (...) Men begejstringen er mere stilfærdig denne gang. Det kan jo gå galt igen (...)" (Lassen-Andersen, 2020, s. 75). Det er ligeledes vores erfaring fra klinikken, at gravide med én eller flere spontane aborter bag sig kan opleve psykiske udfordringer i deres efterfølgende graviditet, hvor bekymringen og angsten for at miste igen afholder dem fra at glædes ved den nye graviditet. Disse tanker og bekymringer kommer til udtryk, når vi møder kvinderne ved første jordemoderkonsultation, hvor flere af disse kvinder blandt andet også udtrykker et behov for individuel hjælp og støtte til at finde sig til rette i den nye graviditet, særligt i den tidlige del af graviditeten, hvor de ofte kan føle sig alene med frygten for at miste igen. Når kvinderne udtrykker, at de særligt har brug for hjælp og støtte i den tidlige del af graviditeten, tænker vi, at det kan hænge sammen med, at det som nævnt er i denne periode, at risikoen for spontan abort er størst. Såfremt kvinderne er bevidste om dette faktum, tænker vi, at de især i denne periode oplever at være sårbare og påvirkede af deres tidligere spontane abort eller aborter.

I Anbefalinger for svangreomsorgen beskrives det, at kvinder, der tidligere har haft én eller flere spontane aborter, kan have behov for yderligere støtte end basistilbuddet, da de kan være psykisk sårbare (SST, 2021, s. 31). Såfremt det vurderes nødvendigt, bør kvinderne derfor tilbydes et individuelt graviditetsforløb med henblik på at fremme deres og barnets helbred (SST, 2021, s. 50). Samtidig er det en del af jordemoderens virksomhedsområde at vejlede i et forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv gennem graviditeten, herunder også at opspore graviditeter med øget risiko (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2001). Her mener vi, at en graviditet hos en kvinde med én eller flere aborter bag sig kan betragtes som en graviditet med øget risiko, idet kvinden kan være psykisk sårbar. Desuden ser vi en øget risiko i forhold til eventuelle tilknytningsvanskeligheder. Det er dog vores erfaring fra praksis, at mange jordemødre har en berøringsangst omkring emnet spontan abort, og ofte ikke får spurgt ind til netop dette. Vi finder dette problematisk, idet en manglende italesættelse af emnet indebærer risikoen for ikke at opspore

vigtige problematikker, og som følge af dette ikke kunne tilrettelægge det optimale forløb for den enkelte gravide.

Med baggrund i ovenstående problematikker og refleksioner ønsker vi at undersøge, hvordan gravide med én eller flere spontane aborter bag sig oplever den tidlige del af den efterfølgende graviditet, samt hvordan jordemoderen kan støtte den gravide i denne periode.

Problemformulering

Hvordan oplever kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig den tidlige del af den efterfølgende graviditet, og hvordan kan jordemoderen støtte den gravide i denne periode?

Begrebsdefinition

I følgende afsnit defineres relevante begreber, som benyttes i nærværende projekt.

Spontan abort

En abort defineres som et graviditetstab af et foster *uden* livstegn (Brunstad & Tegnander, 2017), men grænsen for hvor langt kvinden kan være i graviditeten, for at det stadig kaldes en abort, foreligger der forskellige definitioner på.

På Sundhed.dk (2022), i fagbogen Gynækologi (Forman et al., 2011), i fagbogen Jordmorboka (Brunstad & Tegnander, 2017) og i retningslinjerne på forskellige hospitaler i Region Hovedstaden (Amager og Hvidovre Hospital, u.å.; Rigshospitalet, u.å.b) defineres abort som et graviditetstab før gestationsalder (herefter GA) 22+0. I lande, som har en svangreomsorg sammenlignelig med den danske, eksempelvis Storbritannien, bruges en anden definition. Her defineres abort som et graviditetstab før GA 24+0 (MacDonald & Magill-Cuerden, 2012; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, u.å.). En abort kaldes spontan, når graviditetstabet ikke skyldes et kunstigt indgreb (Forman et al., 2011).

På baggrund af ovenstående har vi valgt, at når vi i denne opgave refererer til spontan abort, omfatter det graviditetstab før GA 24+0, som ikke skyldes et kunstigt indgreb. Dette for at sikre den bredest mulige definition, så vi ikke ekskluderer relevante studier.

Den tidlige del af graviditeten

Vi har i dette projekt defineret den tidlige del af graviditeten som værende 1. trimester, dvs. før GA 12+0.

Problemafgrænsning

Vi vil i det følgende afsnit redegøre for hvilke afgrænsninger, vi har valgt i vores projekt. Dette med henblik på at skabe et grundlag for den videre forståelse samt at klarlægge rammerne for problemformuleringens besvarelse.

Vi har valgt at inddrage kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig. Herved inddrager vi også kvinder, der går under betegnelsen abortus habitus, dvs. kvinder der har oplevet tre eller flere på hinanden følgende graviditetstab (Forman et al., 2011). Vi er bevidste om, at kvinder der har oplevet tre eller flere aborter *kan* opleve en efterfølgende graviditet som vanskeligere end kvinder med færre aborter bag sig. Dog vurderer vi, at både kvinder med én eller to aborter bag sig og kvinder med tre eller flere aborter bag sig formentlig vil opleve psykiske udfordringer i en efterfølgende graviditet.

Vi har desuden haft for øje, at svangerskabslængden ved den tidligere spontane abort *kan* have betydning for oplevelsen af en efterfølgende graviditet. Som påpeget i problemstillingen, er der dog flere studier, som påpeger, at sorgen over at miste tidligt kan være lige så stor som at miste sent (Journal of women's health, 2008, s. 458). Det være sig ifølge socialhistoriker Sniff Andersen Nexø bl.a. pga. den tidlige visualisering af fosteret gennem skanninger, som medfører, at det hurtigere opfattes som et barn (Etisk Råd, 2011). Lektor i psykologi og cand. pæd. psyk, Lise Holck, som har specialiseret sig i de psykiske og sociale udfordringer, der kan opstå i forbindelse med bl.a. graviditetstab, udtaler også, at det ikke er "(...) længden af graviditeten, der har betydning for den sorg, man står med efter et graviditetstab"

(Holck, u.å.). Af denne grund vil vi i dette projekt ikke tage højde for svangerskabslængden ved den tidligere spontane abort, når vi arbejder mod en besvarelse af vores problemformulering.

Grundet projektets størrelse afgrænses problemfeltet til kun at omhandle, hvordan *graviditeten* varetages, hvorfor fødslen og barselsperioden ej belyses. Vi har ydermere valgt at afgrænse os til at undersøge den tidlige del af graviditeten. Dette har vi gjort, da det som nævnt i problemstillingen er i denne periode, at risikoen for en spontan abort er størst (Brunstad & Tegnander, 2017, s. 343), hvorfor vi forestiller os, at det er i denne periode af graviditeten, at kvinderne oplever at være mest sårbare og belastede af deres tidligere spontane abort eller aborter. Vi er dog bevidste om, at de problematikker, der finder sted i den tidlige del af graviditeten, også kan gøre sig gældende senere i graviditeten.

Videnskabsteoretisk afsæt

I følgende afsnit redegøres for og reflekteres over det videnskabsteoretiske afsæt for denne opgave.

Humanvidenskab

Denne opgave har til formål at forstå, hvordan kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig oplever den tidlige del af den efterfølgende graviditet, og hvordan jordemoderen kan støtte den gravide i denne periode. Med udgangspunkt i det enkelte menneske og dets virkelighed er det videnskabsteoretiske afsæt for denne opgave den humanvidenskabelige tilgang (Thisted, 2019, s. 57). Humanvidenskaben har at gøre med menneskelige forhold, og formålet er at opnå en forståelse og erkendelse af verden dannet på baggrund af fortolkning af menneskelige forhold og livssammenhænge (Thisted, 2019, s. 57). Humanvidenskabens ontologi er dermed, at der ikke findes en objektiv virkelighed. Verden er udelukkende til stede hos det enkelte menneske og er således subjektiv (Birkler, 2021, s. 109). Det epistemologiske grundlag i humanvidenskaben er, at virkeligheden er betinget af måden, hvorpå det enkelte individ oplever, definerer og fortolker verden (Birkler, 2021, s. 109). Indsigt i virkeligheden opnås på den måde gennem et menneskeligt subjekt, og virkeligheden er således kontekstuel og udforskes kun i det perspektiv,

det erkendende subjekt anlægger på virkeligheden (Thisted, 2019, s. 70). Sættes dette i relation til vores problemformulering betyder det, at de gravide kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig er de menneskelige subjekter, der giver os adgang til virkeligheden, mens vi som forfattere er de erkendende subjekter. Kvinderne må anses for at have hver deres individuelle oplevelse af graviditeten efter én eller flere spontane aborter, og det er denne oplevelse, vi ønsker at forstå og fortolke for at kunne besvare vores problemformulering.

Hermeneutik

Hermeneutikken er en gren indenfor den humanvidenskabelige tradition, hvor man søger at forstå og fortolke verden (Thisted, 2019, s. 57). En grundlæggende antagelse inden for hermeneutikken er, at mennesket er et fortolkende væsen, der konstant vil forsøge at forstå og fortolke den verden, det er en del af (Thisted, 2019, s. 58). Det udgangspunkt, mennesket fortolker verden ud fra, kaldes menneskets forståelseshorisont, og denne udspringer af individets forforståelse (Thisted, 2019, s. 69). Forståelse er kernen i den hermeneutiske proces og samtidig også selve formålet. Den hermeneutiske cirkel forklarer de tre faser - forforståelse, forståelse og efterforståelse - som gennemspilles i erkendelsen af virkeligheden. Mens forforståelsen bygger på den viden, individet har om feltet på forhånd, refererer forståelsen til den erkendelse, som opnås inden for en given ramme. I efterforståelsen ses erkendelsen i et større perspektiv, og således indarbejdes en ny forståelse, som nu vil udgøre forforståelsen i mødet med nye situationer (Thisted, 2019, s. 72).

I forbindelse med dette projekt har vores forforståelse været, at kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig oplever den efterfølgende graviditet værende præget af nervøsitet og angst for at miste igen. Samtidig forestiller vi os, at disse kvinder bevidst eller ubevidst distancerer sig fra deres graviditet og derved kan have sværere ved at knytte sig til det kommende barn. Desuden tænker vi, at jo flere spontane aborter den gravide har oplevet, desto mere vil nervøsiteten og angsten fylde. Ydermere forestiller vi os, at jo længere kvinden var nået i graviditeten ved den sidste spontane abort, jo mere vil kvinden være præget af nervøsitet, angst og sorg i den efterfølgende graviditet. Ifølge hermeneutikken vil vi efter fortolkningen af de

gravide kvinders oplevelse af at være gravid igen efter én eller flere spontane aborter opnå en ny forståelse og dermed forforståelse. Dette kræver en bevidsthed om de netop beskrevne forforståelser og evne til at bringe disse i spil. Derfor vil vi løbende gennem udarbejdelsen af dette projekt forholde os til disse forforståelser, ligesom vi vil berøre vores nye forståelser.

Når en ny forståelse skaber en revideret efterforståelse og dermed forforståelse sker der ifølge den tyske filosof Hans-Georg Gadamer en horisontsammensmeltning (Birkler, 2021, s. 114). Dette opnås, når man gennem dialog forstår det, som den anden forstår, og der dannes en udvidet forståelse af virkeligheden (Birkler, 2021, s. 114). I relation til nærværende projekt vil vi på den måde have én horisont i form af vores forforståelser inden udarbejdelsen af projektet, som i mødet med de gravide kvinders horisont vil udvide og revidere vores oprindelige horisont.

Litteratursøgning

Til fremsøgningen af studier udvalgte vi databaser, som især indeholder sundhedsfaglige artikler. Her udvalgte vi PubMed, som indeholder artikler fra forskellige medicinske tidsskrifter samt Cinahl, som er en sygeplejefaglig database, der også indeholder jordemoderfaglige artikler (Kp Bibliotek, u.å.b.). PsycInfo, som er en psykologisk database, fandt vi også relevant for vores litteratursøgning, idet denne ligeledes indeholder litteratur om medicin og sygepleje (KP Bibliotek, u.å.a).

Til at strukturere vores litteratursøgning anvendte vi modellen PICO, som anvendes til at søge litteratur indenfor det sundhedsfaglige felt (Kp Bibliotek, u.å.c). Denne er desuden fordelagtig at anvende i relation til kvalitative problemstillinger, hvor man ønsker at undersøge et bestemt fænomen i en bestemt kontekst. PICO-modellen består af tre aspekter, Patient/Population/Problem, Interest og COntext, som gør det muligt at omdanne relevante aspekter fra vores problemformulering til nærliggende fokusbegreber og kombinere disse i en samlet søgning (Kp Bibliotek, u.å.c). De tre aspekter, vi udledte fra vores problemformulering, var 'spontan abort', 'oplevelse' og 'gravid igen'. Herefter tilføjede vi synonymer samt andre relevante begreber til hvert aspekt. Ved brug af PICO-modellen bruges den bolske operatør OR til at udvide søgningen, sådan at alle synonymer for fokusbegreberne bliver inddraget i hvert

aspekt samt den bolske operatør AND til at kombinere de forskellige aspekter og afgrænse søgningen (Kp Bibliotek, u.å.c). Vi afgrænsede søgningen til kun at fremvise artikler, der var publiceret indenfor de sidste 15 år, samt artikler der var dansk- og engelsksprogede.

Ved vores systematiske litteratursøgning i Pubmed, blev vi opmærksomme på, at nogle af vores søgeord ikke gav resultater, og at PubMed tilføjede ekstra søgeord som erstatning. Vi var derfor nødsaget til at fjerne de søgeord i Pubmed, som ikke gav nogen resultater, da alternativerne databasen tilføjede gjorde vores strukturerede søgning mindre specifik. Vi tilføjede relevante MeSHterms på Pubmed, subject headings på Cinahl og Thesaurus of Psychological Index Terms på PsycInfo.

Vores søgning på PubMed gav 46 resultater (Bilag 1). Efter at have læst alle overskrifter igennem fandt vi ni relevante studier. Disse studiers abstracts læste vi, hvorefter vi fandt to relevante til besvarelse af vores problemformulering. Det ene studie bortkastede vi, fordi det undersøgte både kvindernes oplevelse af at være gravide igen, men også deres oplevelse af at forsøge at blive gravide igen samt selve oplevelsen af at abortere spontant, hvorfor vi vurderede, at den del af studiet, som var relevant til besvarelse af vores problemformulering, udgjorde en for lille del. Herefter havde vi studiet *Hope for the best ...but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy* (Bailey et al., 2019) tilbage, som vi fandt relevant til besvarelse af vores problemformulering. Ved udvælgelsen af dette studie var vi bevidste om, at gruppen af informanter alle er kvinder, der går under betegnelsen abortus habituais og på den måde kan udgøre en særlig gruppe af individer. Vi vurderede dog som nævnt i problemafgrænsningen, at deres oplevelse af at være gravid igen er relevant til besvarelse af vores problemformulering.

Søgningen på Cinahl gav 23 resultater (Bilag 2) , hvor vi ud fra overskrifterne sorterede 17 fra. Af de resterende seks studier var fire af disse dubletter fra vores søgning på Pubmed, som vi havde valgt fra. De sidste to studiers abstracts læste vi, hvorefter vi fravalgte den ene, da dette undersøger en bestemt copingstrategi og dennes effekt. Det sidste studie, *How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again*

– *a qualitative interview study* (Andersson, Nilsson & Adolfsson, 2012), fandt vi relevant til besvarelse af vores projekt.

På APA PsycInfo fremkom 20 resultater (bilag 3). Ved gennemlæsning af overskrifterne på studierne fandt vi, at de studier, vi vurderede relevante til besvarelse af vores problemformulering, var dubletter fra vores søgninger på PubMed og Cinahl, fraset ét. Efter gennemlæsning af dette studies abstract blev det bortkastet, da det anvendte en kvantitativ tilgang.

Præsentation og vurdering af de udvalgte studier

I nedenstående afsnit beskæftiger vi os med de to udvalgte studier. Afsnittet er opbygget således, at der for hvert studie laves en kort præsentation, hvorefter de vurderes ved en gennemgang af studiets styrker og svagheder. Den metodekritiske gennemgang af studierne tager afsæt i Malteruds principper for kritisk læsning af kvalitative studier (Malterud, 2017, s. 224) samt guiden VAKS, Vurdering Af Kvalitative Studier, som er særligt velegnet til bedømmelse af kvalitative artikler i en sundhedsfaglig kontekst (Høstrup, Schou, Poulsen, Larsen & Lyngsø, 2009). Tjeklisten VAKS er vedlagt til hvert studie som bilag 4 og 5.

Præsentation af Andersson et al. (2012)

Studiet af Andersson et al. (2012), *How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study*, er et kvalitativt studie fra Sverige udgivet i Scand J Caring Sci i 2012. Studiet ønsker at undersøge, hvordan kvinder, der har oplevet én eller flere spontane aborter, håndterer deres følelser i den tidlige del af den efterfølgende graviditet. Studiet er baseret på interviews foretaget i årene 2002-2006 med 13 udvalgte kvinder med udgangspunkt i spørgsmålet: “You have become pregnant again. Can you tell me how you managed your feelings regarding your pregnancy?” Kvinderne blev rekrutteret af to veje; nogle havde tidligere deltaget i et studie omhandlede jordemoderens støtte ved en spontan abort og blev i denne forbindelse opfordret til at kontakte interviewerens, hvis de blev gravide igen. Andre kvinder blev rekrutteret ved, at nogle af informanterne henviste til andre kvinder, som også havde haft en spontan abort.

De 13 interviews varede mellem 12-60 minutter, blev optaget, transskriberet ordret og til slut analyseret ved indholdsanalyse. Indholdsanalysen resulterede fem hovedkategorier, som udmundede i ét overordnet tema, nemlig: "Pregnant women need support and confirmation when they distance themselves from their pregnancy". Studiet konkluderer, at kvinder, som er gravide efter én eller flere spontane aborter, har tendens til at distancere sig fra graviditeten, og flere af dem føler sig isoleret og alene. Ultralyd (herefter UL) og fokus på graviditetssymptomer er et redskab kvinderne bruger til at håndtere deres følelser, men de har brug for yderligere støtte fra sundhedsprofessionelle.

Vurdering af Andersson et al. (2012)

Andersson et al. (2012) begrundet studiets relevans, når de i introduktionen redegør for manglende viden på området (s. 262-264). Til at belyse studiets interessefelt benyttes interviews, hvilket ifølge Malterud (2017) er en velegnet metode til at præsentere subjektive erfaringer, oplevelser og tanker (s. 31). På den måde styrkes studiets interne validitet. Interviewene tager udgangspunkt i ét spørgsmål, og forskerne fremhæver, at såfremt interviewerens vurderede et behov for at få uddybet informantens svar, ville hun gentage dette og derved motivere kvinden til at uddybe yderligere (Andersson et al., 2012, s. 264). Vi vurderer det sandsynligt, at interviewerens tanker om emnet og forforståelser kan have påvirket hvilke aspekter, der blev yderligere uddybet og dermed hvilken retning interviewene har taget. Dette svækker studiets interne validitet. Forskerne beskriver, at de har brugt forskertrianglering i deres analyse ved at diskutere deres fund med hinanden af flere omgange (Andersson et al., 2012, s. 265). Dette styrker studiets interne validitet (Malterud, 2017, s. 200).

Ifølge Malterud (2017) kan det være en potentiel fejlkilde ved et studie, såfremt forskeren ikke lykkes med at bringe sine forforståelser i spil for læseren (s. 45). I Andersson et al. (2012) beskriver forskerne deres forforståelse med afsæt i tidligere viden på området, hvilket styrker refleksiviteten. Dog belyser forskerne ikke, hvordan denne kan influere på studiet, hvorfor refleksiviteten svækkes. Forskerne reflekterer i diskussionen over det faktum, at undersøgelsespopulationen alle kommer fra

samme geografiske område, kan have betydning for overførbareheden til kvinder, som ikke kommer fra samme område. Desuden reflekterer forskerne over rekrutteringen af deltagere med henvisning til, at den gruppe af kvinder, som selv har søgt deltagelse, formentlig kan adskille sig fra de kvinder, som ikke selv har søgt deltagelse, og at de på den måde repræsenterer en særlig gruppe af individer. Denne kritiske refleksion vurderes til at styrke refleksiviteten (Malterud, 2017, s. 20).

Reliabiliteten ved et studie højnes, såfremt forskerne formår at tydeliggøre og argumentere for deres valgte metoder (Høstrup et al., 2009, s. 2). I Andersson et al. forklarer de deres valg af metode, samt hvordan de kommer frem til deres resultater, hvilket underbygges af en figur (Andersson, 2012, s. 264-265). Desuden redegør forfatterne for rekrutteringen og forberedelsen af studiets informanter forinden de afholdte interviews (Andersson et al., 2012, s. 264). Disse faktorer er med til at styrke studiets transparens og dermed reliabilitet. Yderligere transparens sikrer forskerne, idet de har fremlagt det spørgsmål, de afholdte interviews tager afsæt i. Forskerne tydeliggør inklusionskriterierne, hvilket ydermere styrker studiets reliabilitet (Høstrup et al., 2009, s. 2-3). Samtidig gør denne tydeliggørelse af undersøgelsespopulationen det muligt for læseren at vurdere, om resultaterne kan overføres til læserens kontekst. Reliabiliteten af databearbejdning øges også, når flere personer uafhængigt af hinanden foretager kodning, analyse samt sammenfatning af data (Lindahl & Bøgh, 2002, s. 19). I Andersson et al. (2012) fremhæver forskerne, at de med de første tre interviews analyserede og kodede dem sammen for at synkronisere deres teknik, mens de resterende 10 interviews blev analyseret og kodet individuelt (s. 265). Når så stor en del af databearbejdningen sker individuelt, styrkes studiets reliabilitet.

På baggrund af ovenstående kritiske gennemgang af Andersson et al. (2012), vurderer vi, at studiet er brugbart til besvarelse af vores problemformulering. I vores vurdering af studiet ved brug af guiden VAKS fremkommer desuden en høj score, som indikerer, at studiet kan anbefales til videre analyse.

Præsentation af Bailey et al. (2019)

Studiet af Bailey et al. (2019), "*Hope for the best ...but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy*", er et kvalitativt studie fra England udgivet i BMJ Open i 2019. Studiets sigte er at opnå en dybere forståelse for de følelsesmæssige reaktioner, kvinder med tre eller flere aborter bag sig oplever i den tidlige del af den efterfølgende graviditet for at kunne målrette støtte til denne gruppe af kvinder. Studiet er baseret på semistrukturerede interviews med 14 udvalgte kvinder, som har tre eller flere spontane aborter bag sig. Alle kvinderne havde deltaget i et RCT-studie, og blev efter gennemførelse af interventionen inviteret til at deltage i studiet af Bailey et al. (2019).

De 14 interviews varede 30-60 minutter, blev optaget, transskriberet ordret, anonymiseret og til slut analyseret ved tematisk netværksanalyse.

Netværksanalysen resulterede i syv temaer, som udmundede i ét overordnet tema, nemlig: "Hope for the best, but expect the worst". Studiet konkluderer, at kvinder med tre eller flere aborter bag sig oplever den efterfølgende graviditet værende præget af stor usikkerhed og emotionel uro. Denne indsigt vidner ifølge forskerne, om, at tilbagevendende abort kan forårsage psykiske lidelser, som kan påvirke alle aspekter af kvindernes liv. Forskerne konkluderer desuden, at denne viden nødvendiggør en forbedring af den støtte, disse kvinder tilbydes.

Vurdering af Bailey et al. (2019)

Bailey et al. (2019) begrundet dets relevans ved at henvise til manglende viden på området i deres introduktion (s. 8). Til at belyse studiets interessefelt benyttes semistrukturerede interviews. Som nævnt er interviews ifølge Malterud (2017) en velegnet metode til at præsentere subjektive erfaringer, oplevelser og tanker (s. 31), hvorfor studiets interne validitet styrkes. Forskerne påpeger, at temaerne og resultaterne i studiet blevet diskuteret indbyrdes blandt forskerne samt med en vejledende gruppe. Således er der anvendt forskertrianglering, som er "(...) et virkemiddel mod uønskete skjevheter (...)" (Malterud, 2017, s. 200), hvilket ydermere er med til at højne studiets interne validitet. Studiet inkluderer 8 kvinder, der har en igangværende graviditet efter tre eller flere spontane aborter samt 6 kvinder, der for

nylig har været gravide efter tre eller flere spontane aborter, men har oplevet endnu en spontan abort (Bailey et al., 2019, s. 3). De informanter, som har oplevet endnu et graviditetstab, skal altså tilbagekalde de tidligere oplevelser fra før de igen mistede, som sandsynligvis kan være påvirket af deres nuværende situation. Da de udgør en så høj andel af den samlede gruppe informanter, svækker det studiets interne validitet.

Som tidligere nævnt, er det ifølge Malterud (2017) vigtigt, at man som forsker erkender og overvejer betydningen af sin forforståelse i en forskningsproces (s. 21). I indledningen beskriver forskerne deres forforståelser med udgangspunkt i tidligere viden inden for studiets interessefelt, hvilket styrker refleksiviteten. Dog formår forskerne ikke at reflektere over betydningen af disse, hvilket er med til at svække studiets refleksivitet. Bailey et al. (2019) reflekterer i diskussionen over det faktum, at undersøgelsespopulationen primært består af hvide britiske kvinder, kan have betydning for overførbareheden til kvinder, som ikke tilhører denne etnicitet (s. 8). Denne kritiske refleksion vurderes til at styrke refleksiviteten af studiet (Malterud, 2017, s. 20).

I studiet tydeliggør forskerne deres valg af metode, samt hvordan de kommer frem til deres resultater, hvilket også understøttes af en figur (Bailey et al., 2019, s. 3). Dette styrker studiets transparens og dermed reliabilitet. Forskerne inddrager en tabel, som skildrer informanternes alder, etniske baggrund, antal spontane aborter, og om de fortsat er gravide (Bailey et al., 2019, s. 3). Denne tydeliggørelse af undersøgelsespopulationen gør det muligt for læseren at vurdere, om studiets resultater kan overføres til læserens kontekst, hvorfor studiets reliabilitet styrkes (Høstrup et al., 2009, s. 2-3). Dog har forskerne ingen inklusions- eller eksklusionskriterier, og der forefindes ingen forklaring på bevæggrunden for dette valg. Forskerne formår heller ikke at præcisere, hvorfor det netop er de 14 udvalgte informanter, der vælges frem for de resterende fra det RCT-studie, de er rekrutteret fra. Disse faktorer er med til at svække studiets reliabilitet. Reliabiliteten i studiet bliver desuden udfordret, idet forskerne ikke er transparente omkring, hvornår de inddragede kvinder er interviewet. Desuden har forskerne ikke vedlagt den interviewguide, de benytter, og sikrer på den måde ikke transparens.

Sammenfattende vurderer vi på baggrund af ovenstående metodekritiske gennemgang, at studiet af Bailey et al. (2019) er brugbart til besvarelse af vores problemformulering. Derudover fandt vi ved brug af guiden VAKS også, at studiet kan anbefales til videre analyse, da der fremkommer en høj score.

Præsentation af samt begrundelse for valg af teori

I følgende afsnit præsenteres de udvalgte teorier, som benyttes til at lede mod en besvarelse af dette projekts problemformulering. Først redegøres for Margareta Brodén's udlægning af Joan Raphael-Leff's teori om de psykologiske udviklingsfaser i graviditeten (Brodén, 2007). Herefter redegøres for Irvin D. Yaloms teori om livets fire grundvilkår samt udvalgte aspekter af hans psykoterapeutiske tilgange (Yalom, 1998).

Raphael-Leff's teori om psykologiske udviklingsfaser

Raphael-Leff beskriver den psykologiske udvikling, som en kvinde gennemgår under graviditeten, der er med til at forberede hende på moderskabet (Brodén, 2007, s. 54). Raphael-Leff skelner mellem tre faser, som hver især repræsenterer forskellige stadier i den psykologiske udvikling: *fusionsfasen*, *differentieringsfasen* og *separationsfasen*. Faserne svarer omtrent til graviditetens fysiologiske trimestre (Brodén, 2007, s. 54-56). Raphael-Leff beskriver desuden en række faresignaler, der kan hindre udviklingen i de forskellige faser (Brodén, 2007, s. 54-56).

Nedenstående afsnit om fusions-, differentierings- og separationsfasen bygger på Brodén's fremstilling af Raphael Leff's teori om de psykologiske udviklingsfaser (Brodén, 2007, s. 54-56)

Fusionsfasen

Det er i første fase, fusionsfasen, at kvinden opdager, at hun er gravid, og barnet i maven betragtes i begyndelsen som en integreret del af moderens krop. Den gravide optages af sin ændrede fysiske tilstand og kan være præget af bekymringer for at abortere eller føde et barn med sygdom. Langsomt opstår en følelse af samhørighed med barnet, og kvinden begynder nu i højere grad at passe på sig selv og træffer en række bevidste valg om sin levevis for at beskytte sit barn mod negative

påvirkninger. Bevidstheden om det kommende barn vækker eksistentielle tanker, og det er nu den indre verden, der dominerer tankerne. Et faresignal i fusionsfasen kan være, at kvinden er optaget af de fysiske forandringer i en sådan grad, at hun ikke formår at vende sig indad mod det, der sker psykologisk. Et andet eksempel kan være, at kvinden "(...) gør modstand mod den følelsesmæssige ubalance og indadvendthed gennem selvkontrol og rigide livsmønstre" (Brodén, 2007, s. 55).

Differentieringsfasen

Den anden fase, Raphael-Leff beskriver, kaldes for differentieringsfasen. Denne begynder, når moderen mærker, at fosteret bevæger sig i maven, og der sker et "(...) skift fra graviditet til barn" (Brodén, 2007, s. 56). Barnet opfattes nu som et særskilt individ, og kvinden udvikler en relation til barnet og får tanker om dets personlighed og køn. Følelser som glæde og forventninger er dominerende i denne periode, og de kommende forældre begynder et redebyggeri. Et faresignal i differentieringsfasen kan være en manglende evne til at kunne forestille sig barnet.

Separationsfasen

Separationsfasen er den sidste fase, som Raphael-Leff beskriver, og den gravide er i denne fase præget af rastløshed og uro. Kvinden er bekymret for, om hun bliver en god mor og er overvældet over det store ansvar, hun står overfor. Et faresignal i separationsfasen er fx ekstrem bekymring for, om barnet vil udsætte kvinden for fare under fødslen.

Begrundelse for valg af teori af Raphael-Leff

Med støtte i Raphael-Leffs teori om udviklingsfaser i graviditeten kan man få indsigt i, hvor kvinden befinder sig i sin psykologiske udvikling samt hvad der er på spil for kvinden i den enkelte fase. På den måde kan teorien være med til at bidrage til en forståelse for kvinders oplevelse af at være gravide, i dette tilfælde efter én eller flere spontane aborter. De tre ovenfor beskrevne faser følger hinanden, hvorfor kvinden kan bremses i det videre forløb, hvis hun ikke kan overkomme udviklingen i en af faserne. Vi ser derfor, at jordmoderen med udgangspunkt i denne teori kan opdage, hvis kvinden bremses i den normale psykologiske udviklingsproces og på den måde have nemmere ved at støtte hende i det videre forløb. Teorien beskriver ydermere

hvilke faresignaler, der kan opstå i de enkelte faser, og viden om disse kan være et redskab for jordemoderen, når hun skal støtte kvinderne i den normale psykologiske udviklingsproces gennem en graviditet efter én eller flere spontane aborter.

Vi har valgt kun at inddrage udvalgte dele af teorien, som vi finder relevante i vores projekt. Som udgangspunkt knytter de forskellige faser sig til de tre trimestre i graviditeten, dog uden en klar defineret grænse. Derfor har vi valgt at benytte både fusionsfasen samt differentieringsfasen i vores besvarelse af projektets problemformulering. Vi har valgt ikke at inddrage separationsfasen, da denne især beskæftiger sig med tiden op til fødslen.

Irvin D. Yaloms teori om livets fire grundvilkår

Yalom beskriver med sin teori om tilværelsens grundvilkår de eksistentielle og dynamiske konflikter, mennesket konfronteres med gennem livet, nemlig *døden*, *friheden*, *isolationen* og *meningsløsheden*.

Døden

Det første grundvilkår, Yalom berører, er *døden*, der beskrives som livets mest indlysende anliggende. At leve og eksistere hænger unægteligt sammen med en dag at skulle dø, og døden er uundgåelig (Yalom, 1998, s. 16). Ifølge Yalom vækker bevidstheden om døden en dødsangst, og han påpeger, at nogle mennesker ved konfrontation med eksistentielle livsændringer overvældes af dødsangsten i en sådan grad, at den breder sig til store dele af deres oplevelsesverden og rykker hele deres livsperspektiv og måde at være til på (Yalom, 1998, s. 173). En sådan konfrontation anskuer Yalom som en grænsesituation, og han påpeger, at mennesket i mødet med denne vil udvikle en række forsvarsmekanismer mod dødsangsten i form af undertrykkelse og fortrængning, som både hæmmer dets udvikling og ofte udvikler sekundær angst (Yalom, 1998, s. 222).

Friheden

Det andet eksistentielle grundvilkår, *friheden*, anskues i al almindelighed som et positivt begreb, men i en eksistentiel betydning henviser det imidlertid til et fravær af ydre strukturer, som for mange er forbundet med angst og skræk for grundløshed

(Yalom, 1998, s. 16). Friheden medfører et ansvar, idet "Intet i verden har anden betydning end den, man selv skaber" (Yalom, 1998, s. 234). Mennesket er altså ene og alene ansvarlig for sin livssituation og for at give livet mening (Yalom, 1998, s. 233). Som en forsvarsmekanisme mod erkendelsen af dette ansvar og grundløsheden vil mange mennesker lave en ansvarsforskydning, hvor de undgår at tage personligt ansvar ved at lade en anden tage ansvaret (Yalom, 1998, s. 238).

Isolationen

Isolationen, som er det tredje eksistentielle grundvilkår, henviser til en grundlæggende isolation knyttet til selve eksistensen, som opleves, når mennesket indser, at det ene og alene er ansvarlig for livet, og at ingen anden beskytter én (Yalom, 1998, s. 176). Den eksistentielle isolation er ifølge Yalom en unægtelig del af tilværelsen og kan ikke ophæves af "(...) hverken de mest givende forhold til andre mennesker eller den højeste grad af selvindsigt eller personlig integration" (Yalom, 1998, s. 175). Yalom påpeger dog, at selvom mellemmenneskelig kontakt og samhørighed med andre ikke kan ophæve den eksistentielle isolation, så kan den mildne den (Yalom, 1998, s. 420).

Meningsløsheden

Det fjerde og sidste eksistentielle grundvilkår, *meningsløsheden*, belyser dilemmaet mellem dét at være et meningskrævende væsen og dét, at der ikke findes nogen mening (Yalom, 1998, s. 447). Når Yalom beskriver mennesket som meningskrævende henviser han til behovet for mål, idealer og værdier, som man gennem livet kan stræbe imod, og som giver livet mening (Yalom, 1998, s. 446). Lever man uden disse meningsgivende strukturer, og bliver man bevidst om, at livet grundlæggende er tilfældigt, kan det fremkalde psykisk lidelse i form af angst for meningsløsheden (Yalom, 1998, s. 446). Skal livet opleves som meningsfuldt, nødvendiggør det først og fremmest en tro på, at man kan indfri sine målsætninger og desuden en overensstemmelse mellem de meningsgivende strukturer og opnåelsen af disse. Yalom (1998) fremhæver blandt andet reproduktionen som et mål, der kan give livet mening (s. 458). Oplever mennesket ikke at indfri sine mål for livet, kan det føre det ud i en meningskrise (Yalom, 1998, s. 479).

Irvin D. Yaloms psykoterapeutiske tilgang

Eksistentiel psykoterapi er en dynamisk psykoterapi, der med et eksistentielt standpunkt belyser "(...) *en konflikt, der udspringer af menneskets konfrontation med tilværelsens grundvilkår*" (Yalom, 1998, s. 16), herunder forstået de fire ovenfor beskrevne grundvilkår. I denne form for psykoterapi vil man som terapeut arbejde med patienter, der oplever et indre oprør, som de ofte vil fornægte. Det er derfor klinikerens opgave at kortlægge de primære konflikter samt at hjælpe patienten med at erkende eksistensens grundvilkår, og ikke forhaste sig videre ved at sige "Tja, men sådan er livet jo (...)" (Yalom, 1998, s. 22).

Gennem eksistentiel psykoterapi må man som terapeut tilpasse sin hjælp og støtte til individets behov (Yalom, 1998, s. 422). Man søger at få en forståelse for individets adfærd gennem dets tidligere erfaringer samt aktuelle motivationer, og denne forståelse kan terapeuten bruge til at forklare patientens adfærd (Yalom, 1998, s. 365). Ifølge Yalom (1998) trives mennesker ikke i usikkerhed og uvished, og "(...) En af terapeutens opgaver er at øge patientens følelse af sikkerhed og mestring" (s. 204), således at patienten føler sig mindre hjælpeløs og alene. Dette kan eksempelvis gøres ved at forklare og forbinde hændelser i patientens liv til et sammenhængende mønster (s. 204). For at kunne skabe sammenhæng må terapeuten også udvise lydhørhed og undersøge, hvorvidt de problematikker, patienter oplever, er knyttet til spørgsmålet om mening (Yalom, 1998, s. 497). En anden måde, hvorpå man som terapeut kan øge patientens følelse af mestring, er via simple milepæle, som kan hjælpe terapeuten med at skubbe til individets livsanskuelse (Yalom, 1998, s. 186). Yalom (1998) påpeger yderligere, at skyldfølelse kan tjene som en strategi til at få det ukontrollerbare under kontrol og dæmpe individets eksistentielle angst (s. 185). Dog påpeger Yalom (1998), at den skyld, man arbejder med som terapeut, ikke udelukkende bør knytte sig til fortiden, men bør rette større fokus mod fremtiden (s. 368).

Begrundelse for valg af teori af Yalom (1998)

Vi finder teorien af Yalom relevant som en del af dette projekts teoretiske grundlag, idet denne beskriver, hvordan mennesket gennem livet påvirkes af og håndterer centrale indre konflikter, som knytter sig til de fire grundvilkår. Vi mener, at sådanne

centrale indre konflikter kan knyttes til kvinder, der er gravide efter én eller flere spontane aborter. Dette fordi disse kvinder formodes at nære et ønske om at få et barn, og netop dét faktum, at det ønske ikke blev opfyldt i sidste graviditet, kan skabe et indre oprør hos kvinderne. Desuden tænker vi, at kvinderne i forbindelse med deres spontane abort eller aborter er blevet bevidste om døden, hvilket yderligere kan have bidraget til et indre oprør. Vi vælger at benytte udvalgte dele af Yaloms psykoterapeutiske tilgang, som, vi mener, er relevante til at belyse emnet, omend vi er bevidste om, at det ikke er en del af jordemoderens kompetenceområde at bedrive psykoterapi. Vi mener dog, at man som jordemoder kan søge inspiration i disse tilgange, når man skal støtte kvinder i deres graviditet efter én eller flere spontane aborter. Som Yalom understreger, så kan disse tilgange være anvendelige for alle klinikere, der arbejder med menneskers indre konflikter (Yalom, 1998, s. 14).

Analysestrategi

I nedenstående afsnit præsenteres den metodiske og teoretiske strategi, som anvendes til at analysere projektets empiri, og hvordan denne vil lede mod en besvarelse af projektets problemformulering.

Vi har benyttet os af den tværgående analysemodel, hvor man undersøger og beskriver, hvad et særligt fænomen betyder for en gruppe sammenlignelige individer, i dette tilfælde de interviewede kvinder i de to fundne studier (Nielsen, Hjørnholm & Jørgensen, 2019). Vi har benyttet den form for tværgående analyse, som kaldes systematisk tekstkondensering, som tager udgangspunkt i fire trin: *helhedsindtryk*, *meningsbærende enheder*, *kondensering* og *syntese* (Malterud, 2017, s. 94). Ved hjælp af denne metode har vi analyseret vores empiri systematisk og sikret os, at de resultater, vi finder, kan tilbageføres til empirien (Malterud, 2017, s. 110). Metoden anvendes fortrinsvis til rådata, men vi lader os inspirere af denne, da den ifølge Malterud (2017) kan bruges til at analysere mange typer empiriske data indenfor det kvalitative videnskabsområde (s. 97).

Helhedsindtryk

Indledningsvist har vi skabt et overordnet indtryk af de to fundne studiers resultatfund ved en grundig gennemlæsning af studierne af flere omgange. I første

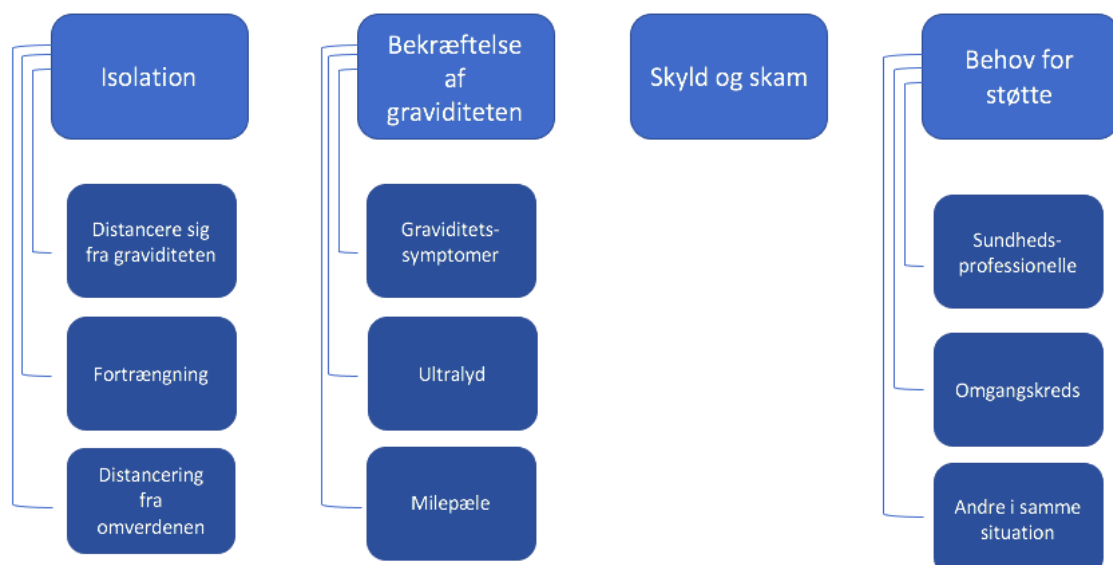
omgang gennemlæste vi studierne hver for sig og udledte forskellige tematikker for derefter at sammenligne disse ved næste gennemlæsning.

Meningsbærende enheder

Herefter fandt vi uddrag i teksten, der kunne give os viden om de temaer, vi fandt ved de første gennemlæsninger. Disse uddrag kan ifølge Malterud (2017) kaldes meningsbærende enheder (s. 100). De meningsbærende enheder tog vi ud af konteksten, de stod i, for derefter at samle dem med andre beslægtede meningsbærende enheder ved hjælp af farvekodning. Herved kunne vi systematisere og sortere de forskellige meningsbærende enheder i forskellige grupper, disse betegnes kodegrupper (Malterud, 2017, s. 103).

Kondensering

Vi fandt, at nogle af vores kodegrupper var så omfangsrige, at vi var nødsaget til at dele dem yderligere op. Vi opstillede derfor forskellige undergrupper, hvorefter vi kondenserede indholdet i hver undergruppe ved at uddrage essensen af de forskellige meningsbærende enheder og sammenskrive dette til dét, som Malterud (2017) kalder for et "kunstigt citat" (s. 106). Bilag 6 illustrerer et eksempel på en kondensering. Det kunstige citat har til formål at repræsentere de interviewede personers stemmer i relation til det fænomen, som denne undergruppe fortæller om. Desuden fungerer citatet som et arbejdsredskab, der bruges som udgangspunkt for den videre analyse (Malterud, 2017, s. 107). Vi gav hver kodegruppe og undergruppe en overskrift, som overskueliggøres i nedenstående figur.



Syntese

I dette trin samlede vi ovenstående i en analyse, hvori vi formidler til læseren, hvordan vores fund kan bidrage til en besvarelse af vores problemformulering. I udarbejdelsen af denne tekst tilknyttede vi relevant teori for at uddybe de fundne tematikker. Vi har gjort brug af Yaloms teori om livets fire grundvilkår, samt Raphael-Leffs teori om de psykologiske faser i graviditeten for at belyse første del af problemstillingen omhandlende kvindernes oplevelse af at være gravide igen efter én eller flere spontane aborter. Ydermere belyses anden del af problemstillingen med Yaloms psykoterapeutiske tilgang. Denne tilgang kan man som jordemoder søge inspiration i, når man skal støtte kvinder, der er gravide igen efter én eller flere spontane aborter. Dele af Raphael-Leffs teori bruges også til at belyse anden del af problemstillingen.

Analyse

I nedenstående afsnit følger en analyse af de to udvalgte studier med udgangspunkt i den valgte teori med henblik på at besvare vores problemformulering. Analysen er inddelt i de fire overordnede temaer, som vi fandt frem til i ovenstående systematiske tekstkondensering. De fire temaer er 'isolation', 'bekræftelse af graviditeten', 'skyld og skam' og 'behov for støtte'.

Isolation

En af de overordnede tematikker, vi finder på tværs af begge studier, er isolation i den tidlige del af graviditeten efter én eller flere spontane aborter. Med denne tematik henvises til tre former for isolation; distancering fra graviditeten, fortrængning samt distancering fra omverdenen. De tre former for isolation udfoldes nærmere i nedenstående afsnit.

Den første form for isolation i form af distancering fra graviditeten henviser til en følelsesmæssig strategi, hvor kvinderne afskærer positive følelser relateret til graviditeten for at opnå en selvbeskyttende effekt. I Bailey et al. (2019) skildres dette, når forskerne fremhæver følgende: "This organising theme conveys the emotional strategies used by the women to try to remain emotionally detached from

the pregnancy, keeping themselves 'in check' because they did not want to let themselves become exited the pregnancy" (s. 5). I overensstemmelse med dette ses i Andersson et al. (2012), at kvindernes frygt for at abortere igen "(...) prevents them from feeling happy and confident about their pregnant condition" (s. 266). Set i lyset af Raphael-Leffs teori, udleder vi, at disse kvinder er udfordret i den psykologiske udvikling i *fusionsfasen*, idet kvinderne ikke er i stand til at skabe en følelse af samhørighed med deres barn i maven. Dette kan ifølge Raphael-Leff bremse kvinden i sin videre psykologiske udvikling gennem graviditeten (Brodén, 2007, s. 55), hvorfor jordemoderen her bør være opmærksom på at opspore netop dette og støtte kvinden i at finde følelsen af samhørighed med sit kommende barn. Raphael-Leff fremhæver desuden, at et faresignal i *fusionsfasen* bl.a. kan være, hvis den gravide ikke formår at vende sig indad mod det, der sker psykologisk (Brodén, 2007, s. 55). Vi anser kvindernes distancering fra graviditeten som et tegn på, at de netop ikke kan overkomme denne mentale omstilling. I Andersson et al. (2012) fremhæver forskerne også, at kvinderne i studiet "(...) may avoid making purchases for the future child such as the baby carriage and the baby clothes" (s. 266), mens flere af kvinderne i Bailey et al. (2019) udtrykker at have svært ved forestille sig deres fremtidige barn (s. 5). Kvinderne undgår på den måde det redebyggeri, som Raphael-Leff beskriver som en del af den normale psykologiske proces i graviditetens anden fase, *differentieringsfasen* (Brodén, 2007, s. 56). Samtidig er den manglende evne til at forestille sig barnet ifølge Raphael-Leff et faresignal (Brodén, 2007, s. 56). På den måde er kvindernes distancering fra graviditeten også med til at udfordre den psykologiske udvikling gennem *differentieringsfasen*.

En anden form for isolation ser vi komme til udtryk gennem kvindernes fortrængning af tanker og følelser relateret til graviditeten og fremtiden med det kommende barn. En af kvinderne i Bailey et al. (2019) udtrykker, at hende og hendes mand afholder sig fra at tænke og håbe på, at graviditeten fuldendes for at undgå at blive skuffede, hvis endnu et graviditetstab opstår (s. 5). Denne håndtering kan knyttes til Yaloms grundvilkår *døden*, idet han beskriver, hvordan mennesket i mødet med en grænsesituation vil udvikle forsvarsmekanismer mod angsten i form af undertrykkelse og fortrængning (Yalom, 1998, s. 222). Vi anskuer en spontan abort og dét at miste et kommende barn som en grænsesituation, der kan rykke ved kvindens livsperspektiv. Når kvinden i ovenstående citat ikke ønsker at tænke for

meget på graviditeten for ikke at blive for håbefulde, ser vi det som en undertrykkelse af positive følelser relateret til graviditeten og som en fortrængning af fremtiden med det kommende barn. Forskerne i Bailey et al. (2019) understreger endvidere denne pointe, når de påpeger, at kvinderne "(...) suppressed any hope of a successful pregnancy and avoided thinking about a future with their unborn child" (s. 5). Enslydende ses det i Andersson et al. (2012), at kvinderne "(...) try to not dare to get their hopes too high" (s. 266). Et andet sted, hvor kvindernes forsvarsmekanisme i form af fortrængning træder frem, er i deres forsøg på at distrahere dem selv ved hjælp af pragmatiske tilgange. Flere af kvinderne i Bailey et al. (2019) benytter fx arbejde som en distrahering, der hjælper dem med at håndtere angsten, og giver dem en følelse af kontrol (s. 6). Dette kommer bl.a. til udtryk, når en af kvinderne udtaler: "The only thing that would help is my work... It took my mind away so I didn't have time to think (...)" (Bailey et al., 2019, s. 6).

Den tredje form for isolation, som vi finder går igen i de to studier, er kvindernes distancering fra omverdenen. Mange af kvinderne oplever en grundlæggende isolation og ensomhed bl.a. som følge af en fysisk isolation fra venner og familie (Bailey et al., 2019, s. 6; Andersson et al., 2012, s. 266). Denne isolation fra venner og familie sker især grundet en overbevisning om, at de vil abortere igen, hvorfor de ikke ser nogen grund til at dele nyheden om graviditeten. Dette ses i Bailey et al. (2019) i følgende citat: "(...) the women often isolated themselves from friends and family, reluctant to share the news of their pregnancy because they felt certain a further miscarriage would occur (...)" (s. 6). Enslydende med dette ses i Andersson et al. (2012), at kvinderne "(...) may avoid telling their friends and family that they are pregnant again to make the disappointment more manageable in the event of another miscarriage" (s. 266). Ses dette i lyset af Yaloms grundvilkår, *meningsløsheden*, kan denne overbevisning, kvinderne har, om at de vil abortere igen, anskues som en meningskrise. Ifølge Yalom (1998) vil individet føres ud i en meningskrise, hvis det ikke oplever at indfri sine målsætninger (s. 479). Vi ser her, at disse kvinder har en målsætning om at få et barn, og denne målsætning er det ikke lykkedes dem at indfri i deres sidste graviditet, hvor de aborterede spontant. Yalom (1998) påpeger desuden, at livet først opleves meningsfuldt, hvis individet har en tro på, at det kan indfri sine målsætninger (s. 485). Når kvinderne vælger ikke at fortælle om graviditeten til venner og familie, er det grundet en manglende tro på, at de i

denne graviditet vil føde et levende barn, altså en manglende tro på at de kan indfri deres målsætning. Dette er på den måde med til at give kvinderne en oplevelse af, at livet er meningsløst. I Bailey et al. (2019) fremhæver forskerne en generel tendens, hvor kvinderne trækker sig fra sociale medier og sociale situationer, hvor de kan risikere at blive konfronteret med andre gravide kvinder (s. 6). En af kvinderne udtaler: *“I had to block a few people who put scan photos up og bump pictures. I found bump photos really hard because you think am I ever going to get there (...)”* (Bailey et al., 2019, s. 6). Det ses her, at kvinden, når hun konfronteres med billeder af gravide maver, oplever en følelse af ikke at kunne opnå det samme, underforstået at komme lige så langt i graviditeten. Dette taler igen ind i oplevelsen af *meningsløshed*, da vi tolker citatet som, at denne kvinde ikke tør stræbe mod at opnå samme graviditetslængde som de kvinder, hun ser på de sociale medier. Yalom beskriver mennesket som meningskrævende og henviser til menneskets behov for mål at stræbe imod. Lever man uden disse mål at stræbe imod og bliver man bevidst om at livet grundlæggende er tilfældigt, kan man opleve en angst for meningsløsheden (Yalom, 1998, s. 446). Når kvinden i citatet ikke tør stræbe mod at fuldende graviditeten, vil hun på den måde mangle et mål at stræbe imod, hvorfor hun ifølge Yalom (1998) kan have en oplevelse af, at livet er vilkårligt og meningsløst.

Bekræftelse af graviditet

En anden tematik, der går igen blandt kvinderne i de to udvalgte studier, er deres behov for at få bekræftet graviditeten. I Bailey et al. (2019) fremhæver forskerne, at mange af kvinderne benytter *“(...) observing strategies and hyper vigilance to help them monitor their pregnancy symptoms (...) as signs of an ongoing pregnancy (s. 5)*. En af kvinderne udtaler i den forbindelse: *“You are constantly monitoring your pregnancy symptoms (...) it’s just all consuming”* (Bailey et al., 2019, s. 6). Ud over at have et ekstremt fokus på graviditetssymptomer har mange af kvinderne også en stor opmærksomhed på vaginal blødning. Kvinderne i begge studier er klar over at vaginal blødning er et muligt tegn på spontan abort, og derfor holder de jævnligt øje med dette for at afkræfte deres frygt for endnu en spontan abort (Andersson et al., 2012, s. 266; Bailey et al., 2019, s. 6). Vi tolker kvindernes hyperopmærksomhed på graviditetssymptomer, samt deres fokus på vaginal blødning, som et udtryk for et

konstant behov for bekræftelse af graviditeten. Sættes dette i relation med Raphael-Leffs teori om den psykologiske udvikling, kan det ses som et faresignal i *fusionsfasen*, idet hun påpeger, at et ekstremt fokus på det ydre gør det svært at vende sig indad mod de psykologiske forandringer (Brodén, 2007, s. 55). Kvindernes hyperopmærksomhed på graviditetssymptomer samt vaginal blødning kan på den måde medføre, at fokus ikke rettes mod den indre verden, hvorfor de bremses i deres psykologiske udvikling i graviditeten. Behovet for bekræftelse kan også forstås ud fra Yaloms teori, idet han påpeger, at mennesket ikke trives i uvished (Yalom, 1998, s. 204). Vi vurderer, at kvindernes behov for at få deres graviditet bekræftet er en måde, hvorpå de forsøger at få kontrol over det uvisse.

En anden måde hvorpå kvinderne bliver bekræftet i deres graviditet er ved UL, som i Andersson et al. (2012) beskrives som værende "(...) the only reliable way to confirm a healthy pregnancy in the early stages" (s. 267). Dette understreges ydermere i Bailey et al. (2019), hvor alle kvinderne beskriver UL som en vigtig bekræftelse af graviditeten (s. 5). UL giver kvinderne i Andersson et al. (2012) en sikkerhed og en følelse af, at "(...) there is a healthy foetus that is living and growing in their uterus" (s. 267). Ses den sikkerhed og følelse af optimisme, som UL giver dem, i lyset af Yaloms teori om de fire grundvilkår, kan denne optimisme ses som et resultat af ansvarsforskydning, hvor mennesker undgår at tage personligt ansvar ved at skyde ansvaret over på en anden (Yalom, 1998, s. 238). Når kvinderne oplever at være optimistiske, kan det netop være fordi UL giver dem muligheden for kortvarigt at fralægge sig ansvaret for deres graviditet. De behøver ikke at tjekke for hverken graviditetssymptomer eller vaginal blødning, idet UL giver dem en sikker bekræftelse på en bevaret graviditet. Denne optimisme er dog kortvarig, og alle kvinderne i Bailey et al. (2019) beskriver, hvordan "(...) feelings of anxiety soon started to re-emerge" (s. 5). Samtidig beskriver flere af kvinderne i Andersson et al. (2012), at de efter UL igen bliver bekymrede for, at graviditeten ikke vil være succesfuld (s. 267).

Nogle af kvinderne i Andersson et al. (2012) beskriver også UL som et vanskeligt øjeblik, da deres tidligere spontane abort blev bekræftet ved UL, og de frygter derfor, at endnu en spontan abort bekræftes (s. 267). Vi udleder her, at kvindernes tidligere oplevelser ifm. deres spontane abort har gjort dem mere bevidste om døden. Dette

kan ifølge Yalom (1998) medføre en dødsangst (s. 51), men også minde én om ens begrænsede magt og verdens uretfærdighed (s. 184). Desuden udtrykker en af kvinderne i Bailey et al. (2019), at hun i tiden op til UL "(...) was a complete mess (...) and really really anxious" (s. 6). Vi tolker kvindens angst op til UL som en reaktion på frygten for, at hun ved UL kan blive konfronteret med sin dødsangst ved et eventuelt fund af et dødt foster. Ifølge Yalom (1998) vil man ved tabet af sit barn også blive konfronteret med ens egen magtesløshed, og herefter verdens ligegyldighed (s. 184). Som vi ser det, er det netop også denne magtesløshed, som kvinderne frygter, når de beskriver UL som et vanskeligt øjeblik. Som jordemoder har man i denne forbindelse mulighed for at lade sig inspirere af Yaloms psykoterapeutiske tilgang, hvor man som terapeut "(...) ikke behøver *udvirke* denne oplevelse (...)" (Yalom, 1998, s. 179). I denne sammenhæng forstår vi, at man som jordemoder kan hjælpe og støtte kvinderne ved at acceptere og anerkende deres følelser frem for at søge at påvirke disse.

Ud over UL beskriver mange af kvinderne i Bailey et al. (2019) også, hvordan en opdeling af den tidlige graviditet i mindre bidder fungerer som en hjælp til at håndtere deres usikkerhed (s. 5). Kvinderne beskriver behovet for at opnå personlige milepæle "(...) as a method of navigating their way through the uncertainty of the waiting period" (Bailey et al., 2019, s. 5). Et eksempel på disse personlige milepæle nævnes som "(...) reaching and going past the gestation of their previous miscarriages or achieving midwife or scan points" (Bailey et al., 2019, s. 5). Udover at milepæle fungerer som et fast holdepunkt for kvinderne, kan det ifølge Yalom (1998) også fungere som "en løftestang" (s. 185). Vi tolker, at de kvinder, der har oplevet en eller flere spontane aborter, har mistet troen på, at de kan bevare en graviditet, hvilket på den måde er blevet deres livsanskuelse. Hver gang disse kvinder opnår en milepæl i deres nuværende graviditet anfægtes deres livsanskuelse, og ifølge Yalom kan "(...) hvad som helst, der anfægter patients vante verdensbillede (...) tjene som en løftestang (...)" (Yalom, 1998, s. 185). På den måde kan man som jordemoder hjælpe kvinden til at dele graviditeten op i mindre bidder og gøre brug af milepæle, hvilket kan fungere som en mestringsstrategi til at overkomme bekymringer.

Skyld og skam

Det skildres i begge studier, at mange af de deltagende kvinder oplever en følelse af skyld og skam over deres tidligere graviditetstab, hvor de udelukkende bebrejder dem selv for ikke at kunne bevare graviditeten (Andersson et al., 2012, s. 267; Bailey et al., 2019, s. 5). Desuden føler kvinderne i Bailey et al. (2019) sig skyldige "(...) for letting down their partner and family at their inability to have a successful pregnancy" (s. 5). Denne følelse af skyld og skam, mener vi, kan ses som et udtryk for kvindernes konfrontation med Yaloms grundvilkår *friheden*. Her oplever mennesket en ansvarerkendelse, idet det indser, at det ene og alene er ansvarlig for at skabe sin "(...) livssituation, sine følelser og - i givet fald - sine lidelser" (Yalom, 1998, s. 231). Med udgangspunkt i Yaloms livsanskuelse oplever kvinderne på den måde en følelse af skyld, idet de anser dem selv som eneansvarlige for deres livssituation og lidelse i form af tidligere at have mistet et kommende barn samt frygten for at miste igen. Følelsen af ansvar kommer yderligere til udtryk i Bailey et al. (2019), når kvinderne genovervejer "(...) the lifestyle choices they had made in the past (...)" (s. 5). På samme måde oplever kvinderne i Andersson et al. (2012) at have en overbevisning om, at det er noget, de har gjort, som har skadet deres foster, og at de derfor selv er skyld i deres tidligere abort eller aborter (s. 267). I relation til dette fremgår det endvidere, at kvinderne vil gøre hvad som helst for at reducere risikoen for endnu en spontan abort og derfor omlægger flere dele af deres liv (Andersson et al., 2012, s. 267). I Bailey et al. (2019) udtaler en af kvinderne: "You just criticize and analyse everything you do all day long, all night long (...)" (s. 4). Dette skildrer den optagethed kvinderne har i forhold til at øge deres chancer for en succesfuld graviditet, hvilket igen tydeliggør den følelse af ansvar, de oplever at have, når de i mødet med grundvilkåret *friheden* bliver bevidste om, at de selv er skyld i deres livssituation (Yalom, 1998, s. 234).

Ifølge Yalom (1998) kan netop skyldfølelser dog være med til at dæmpe individets eksistentielle angst, idet følelsen af skyld indebærer, at "(...) man faktisk havde *muligheden for at gribe ind* - en langt mere beroligende situation end livets brutale eksistentielle kendsgerninger" (s. 185). I Yaloms psykotereapeutiske tilgang påpeger han dog, at når man som terapeut arbejder med skyld, bør man ikke beskæftige sig udelukkende med fortiden, men derimod rette større fokus på, hvordan skyldfølelsen

påvirker fremtiden og de beslutninger og mål, der ligger forude (Yalom, 1998, s. 368). Yalom (1998) påpeger desuden, at når man arbejder med fortiden, er det særligt vigtigt ikke at pådrage sig urimeligt stort personligt ansvar (s. 368). Vi ser her, at man som jordemoder kan søge inspiration i disse aspekter af Yaloms psykoterapeutiske tilgang. Ved at hjælpe kvinderne til at forholde sig til fremtidige mål, det kunne fx være i form af tidligere omtalte milepæle, kan noget af fokus fjernes fra fortiden og den eller de tidligere spontane aborter. Desuden tænker vi, at det kan være en hjælp for kvinderne at nuancere deres perspektiv på, hvad man som gravid rent faktisk kan have indflydelse på og på den måde hjælpe dem til ikke at påtage sig et urimeligt stort personligt ansvar for deres livssituation. I Bailey et al. (2019) beskrives, hvordan nogle af kvinderne laver ekstreme livsændringer for at undgå endnu en spontan abort, hvilket eksemplificeres med at de undgår at tage i bad i graviditeten (s. 7). Vi ser her, at bekymringen for at abortere ved at gå i bad udspringer af uvidenhed, hvorfor man som jordemoder kan støtte de gravide ved at øge deres viden på området og på den måde mindske noget af den unødvendige frygt, som kan skyldes uvidenhed. Ifølge Yalom (1998) kan netop viden og indsigt også give en følelse af mestring, som medfører, at man føler sig mindre hjælpeløs og alene (s. 204).

Den tendens, der ses blandt kvinderne, hvor de ændrer deres livsstil markant for at reducere risikoen for at abortere spontant igen, kan også ses i lyset af Raphael-Leffs teori om *fusionsfasen*. Her vil den gravide træffe en række bevidste valg om sin levevis for at beskytte sit barn mod negative påvirkninger (Brodén, 2007, s. 55). Dog påpeger Raphael-Leff, at det kan hindre kvindens psykologiske udvikling, hvis hun i denne fase udøver høj grad af selvkontrol gennem rigide livsmønstre (Brodén, 2007, s. 55). Denne form for selvkontrol kommer bl.a. også til udtryk hos en af kvinderne i Andersson et al. (2012), som udtaler følgende: "You stop more and more things. So you'll stop doing extra work, you'll start relaxing more. You'll stop doing some parts of your exercise, you'll stop eating different foods (...)" (s. 6). Her ses, at kvinden omlægger flere dele af sit liv i et forsøg på at kontrollere graviditeten. Dette bør ifølge Raphael-Leff ses som et faresignal, og netop et sådant faresignal har man som jordemoder mulighed for at opspore i mødet med kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig.

Behov for støtte

Endnu en ting, som kvinderne i studierne giver udtryk for, er behovet for støtte fra sundhedsprofessionelle (Andersson et al., 2012, s. 268; Bailey et al., 2019, s. 7). Behovet for støtte skyldes ifølge Andersson (2012) især kvindernes angst og bekymringer, og flere af kvinderne oplever psykiske påvirkninger fra deres tidligere spontane abort eller aborter, som de ofte ikke kan håndtere på egen hånd (s. 268). Såfremt kvinderne har mulighed for at drøfte deres bekymringer med sundhedsprofessionelle, har det en beroligende effekt, og flere af kvinderne i Bailey et al. (2019) beskriver, hvordan kontakten med sundhedsprofessionelle i den tidlige del af graviditeten "(...) helped them to feel more supported and they valued being able to share their concerns" (s. 7). Anskues dette behov for støtte ud fra Yaloms teori, kan det ses som en reaktion på angsten for den grundløshed, mennesket kan opleve, når det konfronteres med livets meningsløshed. Yalom (1998) beskriver, at man som individ reagerer på angsten for grundløshed ved at søge "(...) struktur, autoritet (...)" (s. 235). Vi ser her, at sundhedsprofessionelle, herunder jordemoderen, kan fungere som en autoritet, der kan være med til at dulme angsten for grundløshed. Kvindernes bekymringer og behov for støtte starter allerede fra det øjeblik, hvor de står med en positiv graviditetstest (Andersson et al., 2012, s. 268; Bailey et al., 2019, s. 8), hvorfor vi forestiller os, at de i den forbindelse også allerede vil have behov for struktur og autoritet. I Bailey et al. (2019) fremhæver forskerne bl.a., at kvinderne udtrykker, at "(...) waiting until the registration time with the midwife at the MVC during the twelfth week is too late for them" (s. 267).

Flere af kvinderne beskriver ydermere, at den støtte, de modtager fra sundhedsprofessionelle, ikke er optimal. Dette ses bl.a. i Bailey et al. (2019), hvor kvinderne udtrykker, at den hjælp, som sundhedssystemet tilbyder, både er begrænset og ikke understøttende (s. 7). Desuden beskriver de, at "(...) lack of empathy was considered one of the most upsetting aspects of their situation" (Bailey et al., 2019, s. 7), samtidig med, at de alle udtrykker et behov for at blive støttet "(...) in a sensitive and understanding manner" (Bailey et al., 2019, s. 7). En af kvinderne i Andersson et al. (2012) udtrykker også, at jordemoderen "(...) did not seem to understand" (s. 268). Dette behov for forståelse og empati kan sættes i relation med Yaloms psykoterapeutiske tilgang. Ifølge Yalom (1998) bør man som terapeut

nemlig "(...) hjælpe patienten til at *erkende* det, som han eller hun allerede er omgivet af overalt" (s. 179). Man kan som jordemoder på den måde lade sig inspirere af Yaloms tilgang ved at anerkende kvindernes oplevelse af at være gravide igen og støtte dem i de følelser, som graviditeten udløser og på den måde hverken negligere eller underkende dem. Det beskrives i Bailey et al. (2019), at når en kvinde oplever at få "(...) empathetic care from a health professional (...) it made a positive difference to their emotional well-being" (s. 7), hvilket endnu engang tydeliggør, hvordan empati og forståelse fra en sundhedsprofessionel gør en positiv forskel for kvindernes oplevelse.

Det beskrives i Andersson et al. (2012), at kvinderne søger støtte i deres tætte omgangskreds, når de ikke oplever at få den optimale støtte fra sundhedsprofessionelle (s. 268). Samtidig beskrives det dog også, at kvinderne kun har få i deres omgangskreds "(...) that they feel they can confide in (...)" (Andersson et al., 2012, s. 268). Ifølge Yalom (1998) kan relationer mellem mennesker rumme "(...) noget givende og helbredende" (s. 418) og man bør som "(...) aldrig forsømme at undersøge patientens øvrige relationer (...)" (s. 417). Her ser vi, at man som jordemoder bør undersøge kvindernes netværk og hjælpe dem til at få øje på, at venner og familie kan fungere som et støttesystem i deres graviditet.

Kvinderne i begge studier finder også støtte i at snakke med andre kvinder, der også har oplevet én eller flere spontane aborter (Andersson et al., 2012, s. 268; Bailey et al., 2019, s. 7). Dette underbygges i Bailey et al. (2019), hvor kvinderne beskriver, at "(...) only women who had experienced their situation truly understood the anxieties and the challenges they faced" (s. 7). Denne oplevelse kan forklares med Yaloms grundvilkår *isolationen*, hvor han beskriver, at "Et usynligt bånd knytter de mennesker sammen, der er fælles om en erfaring (...)" (Yalom, 1998, s. 421). Samtidig beskriver Yalom (1998) samhørighed med andre som en af de vigtige kilder, som mennesket kan dulme isolationen med (s. 420). Når kvinderne oplever at føle sig forstået af andre kvinder i en lignende situation, formoder vi, at det skyldes, at de gennem den fælles erfaring oplever den følelse af samhørighed, som Yalom beskriver. Denne samhørighed kan dulme den isolation, som vi tidligere i analysen påpeger, at mange af kvinderne oplever, når de er gravide efter én eller flere spontane aborter. Denne viden kan man som jordemoder videreformidle til kvinder,

der er gravide efter én eller flere spontane aborter, og således opfordre dem til at søge fællesskaber med andre kvinder i lignende situationer.

Diskussion

Med afsæt i resultater fra analysen vil vi i det kommende afsnit diskutere de aspekter, som vi finder mest relevante til at nuancere besvarelsen af vores problemformulering. Diskussionen er opdelt i tre overordnede temaer under overskrifterne 'Spontan abort: et tabubelagt emne', 'Tilbuddet i svangreomsorgen' og 'Jordemoderens kompetencer i relation til eksistentielle konflikter'. Slutteligt følger en kritisk refleksion over projektets metode under overskriften 'Metodediskussion'.

Spontan abort: et tabubelagt emne

I dette projekts analyse fremgår det, at kvinder, som er gravide efter én eller flere spontane aborter, ikke oplever at modtage den støtte og forståelse, de har brug for fra sundhedsprofessionelle (Andersson et al., 2012, s. 268; Bailey et al., 2019, s. 7). Ifølge Yalom (1998) er det menneskets natur at fornægte påmindelser om eksistentielle grundvilkår, da disse emner findes ubehagelige at tale om (s. 179), og vi ser, at en spontan abort kan være en påmindelse om livets grundvilkår. Han fremhæver i den sammenhæng, at det er terapeutens opgave at bryde denne tendens og hjælpe patienten med at få øje på påmindelserne om livets grundvilkår (Yalom, 1998, s. 179). Det er i overensstemmelse med dette også vores erfaring fra praksis, at mange jordemødre har berøringsangst i forhold til at italesætte svære emner relateret til livets grundvilkår, herunder tidligere spontan abort. På den måde kan det altså diskuteres, om jordemoderens undgåelse af italesættelse skyldes, at det er menneskets og dermed også jordemoderens natur at undgå denne slags samtaler knyttet til livets eksistentielle grundvilkår, fordi det føles ukomfortabelt. WHO påpeger også i en artikel under overskriften "Why we need to talk about losing a baby", at dét at miste et barn grundet spontan abort er et tabubelagt emne verden over og er relateret til stigma og skam (WHO, 2019). Desuden fremhæver de, at mange kvinder ikke modtager "(...) appropriate and respectful care when their baby dies during pregnancy (...)" (WHO, 2019). Vi ser her en kompleks problematik, idet jordemoderens berøringsangst og undgåelse af samtalen om tidligere spontan abort

også kan være med til at fastholde kvinderne i det tabuiserede syn, som ifølge WHO findes verden over.

Christina Prinds, jordemoder og ph.D, har bl.a. forsket i eksistentielle behov i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, og hun påpeger, at det danske sundhedsvæsen i dag ikke formår at rette fokus mod eksistentielle aspekter (Prinds, 2019). Prinds påpeger også, at dette formentlig skyldes berøringsangst hos de sundhedsprofessionelle, og netop derfor gik hun i 2018 i gang med at udvikle et efteruddannelsesprogram, der skal ruste bl.a. jordemødre til at håndtere eksistentielle samtaler (Olsen, 2018). Vi forestiller os, at på trods af at spontan abort er et tabuiseret emne, så kan et efteruddannelsesprogram som dette være med at til lede mod en aftabuisering af emnet, idet personalet formentlig vil være mere tilbøjelige til at italesætte emnet. Kigger man på den generelle tendens i samfundet, ser vi også, at selvom døden fortsat er et tabuiseret emne, så bevæger vi os mere og mere i en retning, hvor døden og sorgen er noget, vi kan dele med hinanden (Kristeligt Dagblad, 2019). Vi har også erfaret i processen med denne opgave, at flere og flere kvinder i dag åbner op om sorgen ved at miste et barn i graviditeten. Det kommer bl.a. til udtryk i den artikel fra TV2ECHO (2019), som vi henviser til i vores problemstilling, på diverse sociale medier, hvor kendte bloggere deler deres historier og i forskellige podcasts, som italesætter emnet (To The Moon, Honey, 2020; Østrogenial, u.å.). Denne tendens, tænker vi, kan have en positiv indvirkning på italesættelsen af døden og sorgen, men også på andre tabuiserede emner, der knytter sig til de eksistentielle grundvilkår, hvorfor det på den måde kan få en positiv indvirkning på svangreomsorgen i mødet med gravide kvinder, som har haft én eller flere spontane aborter.

I 2022 inkluderede WHO en diagnose kaldet "prolonged grief disorder" til deres diagnoseliste (WHO, 2022). Denne lidelse kan udvikles i forbindelse med komplicerede sorgreaktioner, og selvom diagnosen endnu ikke er indført i Danmark, bliver sorg med denne diagnose legitimeret og mere alment anerkendt. Som Forældre & Sorg understreger, så gør diagnosen det "(...) lettere, for den sørgende, at få anerkendt også den normale ikke behandlingskrævende sorg i den enkeltes netværk. Man behøver altså ikke længere at føle sig forkert, fordi man gennem længere tid er påvirket af sorg (...)" (Forældre & Sorg, u.å.b). På den måde er det

også lettere for den enkelte at søge støtte i sit netværk (Forældre & Sorg, u.å.b). Som påpeget i vores analyse er kvinderne påvirket af deres spontane abort helt ind i en efterfølgende graviditet. Da de to studier, vi beskæftiger os med, er udgivet i 2012 og 2019, er diagnosen ikke indført på WHO's diagnoseliste endnu, hvorfor den ikke kan have influeret på kvindernes oplevelse. Man kan derimod forestille sig, at kvinder, der i dag oplever at have en spontan abort, kan have en oplevelse af, at sorgen over denne i højere grad end tidligere anerkendes og legitimeres - både af de sundhedsprofessionelle, men også blandt familie og venner. Anerkendelsen af sorgen, tænker vi også, vil kunne medvirke til at øge forståelsen for, at kvinder, der har oplevet én eller flere spontane aborter, kan være præget af bekymring og angst i en efterfølgende graviditet.

Modsat kan man også argumentere for, at selvom WHO's diagnose er med til legitimere sorg, så rummer den også risikoen for at sygeliggøre en naturlig reaktion. Diagnosen indikerer, at sorg kan være ud over det normale og noget sygeligt, som professionelle skal tage sig af. Hvis opfattelsen af, hvad der er normalt eller acceptabelt ved sorg, på den måde indsnævres, forestiller vi os, at man kan skabe endnu mere afstand til emnet og dialogen herom og skabe en forkert opfattelse af, at man som pårørende ikke kan eller bør håndtere samtaler om sorg. Samtidig kan man som sørgende også få en opfattelse af, at man bør snakke med sundhedsprofessionelle frem for at søge støtte i sin omgangskreds. Vi ser her, at disse aspekter kan være med til at fastholde det tabu, som allerede er relateret til spontan abort. Som både Yalom (1998) understreger, og som Forældre & Sorg også påpeger, så er "(...) døden og dermed sorgen (...) et vilkår i livet. Og vi skal ikke behandle eller sygeliggøre den normale sorg (...)" (Forældre & Sorg, u.å.b). Ydermere kan man også forestille sig, at et øget fokus på sorg og sorgreaktioner kan medføre, at forældre kan have en følelse af, at de ikke "(...) sørger "nok" eller "på den rigtige måde"" (Forældre & Sorg, u.å.b). Dette, tænker vi, kan bidrage yderligere til tabuet omkring spontan abort.

En anden årsag til at spontan abort er et tabubelagt emne, tænker vi også kan have at gøre med den skyld og skam, der er relateret hertil. Som påpeget i analysen føler størstedelen af de gravide kvinder, at de er skyld i den spontane abort (Andersson et al., 2012, s. 267; Bailey et al., 2019, s. 5). Et nyt forskningsprojekt kan dog imidlertid

forestilles at være med til at rykke ved denne opfattelse. Henriette Svarre-Nielsen, professor i gynækologi og obstetrik, er i gang med et projekt, der ønsker at kortlægge årsager til spontane aborter, og hvad man kan gøre for at undgå gentagne spontane aborter (Ugeskrift for læger, 2021). Ifølge Svarre-Nielsen har man i mange år undgået at undersøge årsagerne til spontane aborter, fordi man har ment, at det var en ønsket mekanisme, og ikke noget "(...) særlig alvorligt" (Ugeskrift for læger, 2021). Indtil nu har de første tre spontane aborter været forklaret med, at der var noget galt med fosteret, og herefter har man rettet fokus på kvinden, mens manden har været glemt. Der er allerede påvist en sammenhæng mellem høj skrøbelighed i sæd og graviditetstab (Ugeskrift for læger, 2021), og vi forestiller os, at en øget evidens på området kan modvirke den skyld og skam, som vores analyse peger på, at kvinderne oplever i forbindelse med en spontan abort. Samtidig kan en øget evidens forhåbentlig give flere kvinder, der oplever en spontan abort, en forklaring og en mulighed for at forebygge endnu en spontan abort. Mennesket vil ifølge Yalom opleve en følelse af kontrol og mestring, når det kan opnå en årsagssammenhæng (Yalom, 1998, s. 204). Hvis nogle af de kvinder, der oplever én eller flere spontane aborter, kan få en forklaring, forestiller vi os, at de vil have en større følelse af kontrol og mindre bekymring i en efterfølgende graviditet. Omvendt kan man dog også forestille sig, at et forskningsprojekt som Svarre-Nielsens kan bidrage med ny evidens, der øger kvindernes skyld og skam. Dette såfremt, at der gennem projektet fremkommer data, der peger på nye faktorer i kvindens livsstil, som kan være medvirkende til spontan abort, end dem man kender i dag.

Tilbuddet i svangreomsorgen

I vores analyse finder vi, at kvinderne i den tidlige del af graviditeten efterspørger støtte og anerkendelse fra sundhedsprofessionelle, men at de ikke oplever at modtage den optimale støtte (Andersson et al. 2012, s. 268; Bailey et al., 2019, s. 7). Behovet for støtte og anerkendelse, vurderer vi, kan overføres til kvinder i Danmark, der er gravide igen efter én eller flere spontane aborter, og derfor finder vi det relevant at se nærmere på opbygningen af den danske svangreomsorg. Ifølge Anbefalinger for svangreomsorgen skal den første jordemoderkonsultation helst finde sted "(...) inden udgangen af første trimester" (SST, 2021, s. 46). Dette for at sikre at forebyggende tiltag bliver iværksat så hurtigt som muligt (SST, 2021, s. 46).

Denne anbefaling er enslydende med WHO's anbefaling om, at den første kontakt med jordemoderen skal ske inden for de første 12 uger (WHO, 2016, s. 105). Tidlig opsporing bliver i Anbefalinger for svangreomsorgen (2021) beskrevet som “ (...) en universel ydelse” (s. 46), og ifølge Brodén (2007) er det også muligt at forebygge problemer i tilknytningsprocessen, hvis man formår at opfange udfordringer på et tidligt stadium (s. 15). Udfordringer af psykisk karakter, som eksempelvis dem som kvinderne i de inddragede studier oplever, er ifølge Anbefalinger for svangreomsorgen også faktorer, som man i svangreomsorgen især bør have fokus på i 1. trimester (SST, 2021, s. 54). Den gravides første møde med svangreomsorgen er hos egen praktiserende læge (SST, 2021, s. 54), mens den første jordemoderkonsultation i Region Hovedstaden samt på flere hospitaler rundt i Danmark først finder sted i andet trimester (Herlev Hospital u.å., Regionshospitalet Nordjylland, 2021, Rigshospitalet u.å.a). Det betyder, at kvinderne kun har ét enkelt møde med en sundhedsprofessionel i form af praktiserende læge, mens de endnu er i første trimester. Således kan man diskutere, om praksis følger anbefalingerne, samt hvilke konsekvenser, det medfører, såfremt anbefalingerne ikke bliver fulgt.

En måde hvorpå man kunne imødekomme kvindernes behov for ekstra støtte, kunne være ved at gøre opmærksom på Forældre & Sorgs tilbud om gratis terapeutiske samtaler til “(...) alle forældre, som venter et barn, efter de har mistet (Forældre & Sorg, 2022). Forældre & Sorg tilbyder samtaler, uanset hvor sent eller tidligt i graviditeten man har mistet. Vi forestiller os, at disse terapeutiske samtaler vil kunne imødekomme dele af kvindernes behov, især i forhold til behovet for anerkendelse af svære følelser og behovet for at blive mødt af empati og forståelse. Vi er omvendt også bevidste om, at der vil være andre behov, som ikke vil kunne opfyldes ved disse samtaler, det være sig fx behovet for UL, som vi i analysen finder frem til, at mange af kvinderne efterspørger (Andersson et al., 2012, s. 267; Bailey et al., 2019, s. 5). Vi ser desuden også en udfordring i forhold til videreformidlingen af tilbuddet fra Forældre & Sorg. Anbefalinger for svangreomsorgen gør opmærksom på, at forældre, der har mistet et barn, skal orienteres om Forældre & Sorg, inden de forlader afdelingen (SST, 2021, s. 287). Vi ser her en problematik, idet der kan være kvinder, som aborterer uden for hospitalet og derfor ikke har mulighed for at blive informeret om tilbuddet. Ydermere beskriver Anbefalinger for svangreomsorgen, at “Uanset om tabet sket ved samrådsabort, ved intrauterin fosterdød, under fødslen

eller i barselsperioden, vil det for de fleste forældre være en skelsættende hændelse, som kræver særlig støtte fra de professionelle, der omgiver familien” (SST, 2021, s. 287). Her ser vi igen en problematik, idet kvinder, der mister ved spontan abort, ikke tydeligt indgår som en del af den gruppe af kvinder, der bør tilbydes støtte.

Jordemoderens kompetencer i relation til eksistentielle konflikter

Kvinderne i de to udvalgte studier efterspørger empati og forståelse for deres situation fra de sundhedsprofessionelle (Andersson et al., 2012, s. 268; Bailey et al., 2019, s. 7). Jævnfør Cirkulære for Jordemodervirksomhed er man som jordemoder forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (Indenrigs- og Sundhedsvæsenet, 2001), og her tolker vi, at evnen til at udvise empati og forståelse udspringer af evnen til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, hvorfor vi vurderer, at det er inden for jordemoderens kompetenceområde at kunne efterkomme kvindernes behov for empati og forståelse. Samtidig har vi gennem analysen tydeliggjort, hvordan man som jordemoder kan lade sig inspirere af Yaloms psykoterapeutiske tilgang i arbejdet med personer, der oplever at være i eksistentielle konflikter, omend vi er opmærksomme på, at man som jordemoder ikke skal udøve psykoterapi.

På den anden side fremhæver Prinds, at mange danskere ikke finder det almindeligt at samtale om eksistentielle grundvilkår, og hun påpeger også, at der i den danske svangreomsorg mangler viden på området (Olsen, 2018). En manglende viden på området, tænker vi, kan være en hindring for, at vi som sundhedsprofessionelle kan være tilstrækkelig opmærksomme på den eksistentielle del af den sundhedsprofessionelle omsorg. Dette stiller altså spørgsmålstejn ved jordemoderens kompetencer i relation til samtalen om spontant abort, da vi anser denne værende af eksistentiel karakter. Derudover beskrives det i Anbefalinger for svangreomsorgen, at kvinder, der tidligere har aborteret, kan inddeles både på niveau to og tre (SST, 2021, s. 30), hvor der ved niveau tre vurderes, at der er behov for tværfaglig indsats, og ikke blot “(...) ekstra ydelser fra jordemoder og/eller fødselslæge og praktiserende læge” (SST, 2021, s. 49), som tilbydes ved niveau to. På den måde understreges det, at nogle af de kvinder, der tidligere har aborteret, kan have behov, der ligger uden for jordemoderens kompetenceområde. Såfremt

kvinden har behov for yderligere støtte fra andre sundhedsprofessionelle end jordemoderen, er det en vurdering som jordemoderen må gøre løbende gennem samtale med kvinden (SST, 2021, s. 32). Dette indbefatter, at jordemoderen skal kende sine egne begrænsninger og kompetencer og kunne vurdere, hvornår kvindens behov kræver anden sundhedsprofessionel indsats (SST, 2021, s. 33). Vi anser dét at kunne vurdere behovet for yderligere støtte, end den man som jordemoder kan give, som både en anerkendelse af kvindens behov samt en væsentlig hjælp til at understøtte kvindens videre forløb.

Metodediskussion

I nærværende projekt har vi benyttet os af den hermeneutiske tilgang, hvor vi tidligt i processen har gjort os vores forforståelse bevidst. Med udgangspunkt i vores forforståelse er vi bevidste om, at vi kan have lagt vægt på synspunkter, som kan have udelukket andre, hvorfor vi løbende har forholdt os til og søgt forforståelsen udfordret. Gennem udarbejdelsen af dette projekt har vores forforståelse rykket sig, hvilket stemmer overens med Gadammers idé om horisontsammensmeltning, hvor forforståelsen ændres gennem mødet med et givent fænomen på vejen til ny forståelse (Birkler, 2021, s. 114). I arbejdet med den udvalgte empiri har vores forforståelse løbende ændret sig, idet kvindernes oplevelse af den tidlige del af den efterfølgende graviditet efter én eller flere spontane aborter har vist aspekter, som ikke udgjorde en del af vores forforståelse. Vores forforståelse handlede om, at kvinder med én eller flere spontane aborter bag sig oplever den tidlige del af den efterfølgende graviditet værende præget af angst for at miste igen. Samtidig forestillede vi os, at disse kvinder kunne have svært ved at knytte sig til det kommende barn. I arbejdet med projektet er der ikke fremkommet modstridende viden i relation til disse forforståelser, men vi mener at have opnået et mere nuanceret syn på fænomenet og fået bredere helhedsforståelse, som ligger til grund for vores nye forståelseshorisont. Vi havde også en forforståelse, som handlede om, at jo flere spontane aborter den gravide har oplevet, desto mere vil angsten fylde. Denne forforståelse er imidlertid afkræftet, idet vores analyse peger i retning af, at kvinderne oplever lignende problematikker i en efterfølgende graviditet uafhængig af antallet af tidligere spontane aborter. Forforståelsen, der handlede om, at jo længere den gravide var i graviditeten ved den spontane abort, jo mere vil hun være præget

af nervøsitet, angst og sorg i den efterfølgende graviditet, er også blevet udfordret, idet vi ser, at kvinderne oplever lignende reaktioner og psykiske udfordringer, uanset hvornår i graviditeten, de har aborteret.

Vores anvendte teori har været velegnet til at belyse projektets problemformulering og den udvalgte empiri. Yaloms teori om de fire grundvilkår har vi anvendt til at få en forståelse for de eksistentielle grundvilkår, og hvordan mennesket påvirkes af samt håndterer disse. Desuden har Yaloms psykoterapeutiske tilgang bidraget med en praksisorienteret vinkel, som vi har ladet os inspirere af. Vi har været bevidste om, at hans psykoterapeutiske tilgang er målrettet psykoterapeuter, og at vi i vores arbejde som jordemødre ikke skal udøve psykoterapi. Vi har derfor kun inddraget de aspekter, som vi mener, er inden for jordemoderens kompetenceområde.

Raphael-Leff's teori har været velegnet, da den har bidraget til en forståelse af de psykologiske udviklingsfaser, som en gravid gennemgår, og herunder også faresignaler i disse faser. I nærværende projekt har vi dog kun beskæftiget os med dele af Raphael-Leff's teori, da vi kun har været interesseret i den tidlige del af graviditeten. Vi er gennem arbejdet med projektet desuden blevet opmærksomme på, at selvom teorien belyser hvilke faresignaler, man som jordemoder kan være opmærksom på, har den i mindre grad belyst håndteringen af disse faresignaler.

De to studier, som har bidraget til besvarelsen af dette projekts problemformulering, er udført i England og Sverige. Begge lande har et sundhedsvæsen og en svangreomsorg sammenlignelig med den danske (Kristensen, 2020; Nordisk samarbejde, u.å.). Dette styrker den eksterne validitet, da vi mener, at fundene kan overføres til dansk praksis. Studierne er udgivet i 2012 og 2019, men interviewene blev i Andersson et al. (2012) foretaget mellem 2002 og 2006. Vi er i vores arbejde med nærværende projekt blevet bevidste om, at spontane aborter gennem de seneste år er blevet et mere italesat emne, og som tidligere nævnt i diskussionen ses forskellige tendenser på området, som vi tænker, kan påvirke kvinders oplevelse af den tidlige del af graviditeten efter én eller flere spontane aborter. Man kan derfor forestille sig, at kvinder i dag vil have en anderledes oplevelse, end de kvinder, der er inddraget i studiet af Andersson et al. (2012). Havde vi indsamlet vores egen empiri på området, ville denne opgave formentlig frembringe et mere nutidigt perspektiv på emnet.

Konklusion

Vores projekt har til formål at undersøge, hvordan kvinder med én eller flere spontane aborter oplever den tidlige del af den efterfølgende graviditet, samt hvordan man som jordemoder kan støtte den gravide i denne periode. Ud fra vores analyse og diskussion kan vi konkludere, at kvinder, som har oplevet én eller flere spontane aborter, oplever, at den tidlige del af den efterfølgende graviditet er præget af frygt for at opleve endnu en spontan abort. Det, at kvindernes ønske om en fuldendt graviditet før er bristet, kan også lede til, at de oplever en manglende mening i livet. Samtidig kan det foranledige følelser som skyld og skam, og følelsen af isolation og ensomhed kan også opstå, når kvinderne distancerer sig fra graviditeten og fortrænger positive følelser relateret hertil. De distancerer sig desuden fra omverdenen, fordi de ikke ønsker at dele nyheden om graviditeten, idet de er overbeviste om, at de vil abortere igen. Kvinderne oplever et behov for at få det uvisse under kontrol, hvorfor de søger bekræftelse af graviditeten gennem hyperopmærksomhed på graviditetssymptomer, UL og milepæle. Desuden søger kvinderne støtte hos nærtstående venner eller familie, hos andre kvinder i samme situation samt hos sundhedsprofessionelle. Kvinderne har ydermere en oplevelse af, at de ikke bliver støttet tilstrækkeligt af sundhedsprofessionelle, hvorfor de efterspørger tidligere kontakt. Desuden oplever de, at sundhedsprofessionelle mangler empati og forståelse for deres livssituation.

Med udgangspunkt i denne viden kan vi desuden konkludere, hvordan man som jordemoder kan støtte kvinderne. Et væsentligt udgangspunkt for støtten er en anerkendende tilgang, hvor kvinderne støttes i at gennemgå de følelser, som er aktuelle for hver enkelt. Dette forudsætter dog, at disse følelser bliver italesat, hvilket kan være problematisk, idet samtaler af eksistentiel karakter ofte er tabubelagt og undviges. Jordemoderen kan dog støtte kvinderne ved at rette opmærksomhed mod deres psykiske velbefindende, hvor eksistentielle konflikter kan komme til udtryk. Jordemoderens støtte bør desuden have opmærksomhed på kvindernes netværk, hvor jordemoderen kan hjælpe kvinderne til at få øje på, at nære relationer kan fungere som et støttesystem. Desuden kan jordemoderen opfordre kvinderne til at opsøge andre kvinder i samme situation, idet en fælles erfaring kan give en følelse af samhørighed, som er en essentiel kilde til at lindre følelsen af isolation. Ydermere

kan jordmoderen som en hjælp til at få det uvisse under kontrol hjælpe kvinderne til at dele graviditeten op i mindre bidder samt støtte dem i at have fokus på fremtidige mål i form af milepæle i graviditeten. Desuden kan det være en støtte for kvinderne at nuancere deres perspektiv på, hvad de rent faktisk selv kan have indflydelse på, således at de ikke påtager sig et urimeligt stort personligt ansvar samt føler sig skyldige for deres tidligere spontane abort eller aborter. Viden og indsigt kan desuden give kvinderne en følelse af mestring samt gøre, at de føler sig mindre hjælpeløse og alene.

Litteraturliste

Alt.dk (2021). *Forældrene græder ikke over, hvor stort fosteret er, de græder over, at de ikke skal være mor eller far*. Lokaliseret 16-02-2023 på:

<https://www.alt.dk/boern/ny-forskning-om-aarsager-til-tabt-graviditet>

Amager og Hvidovre Hospital (u.å.). *Senabort, dødt foster/missed abortion i 2 trimester*. Lokaliseret 08-03-2022 på:

<https://vip.regionh.dk/VIP/Admin/vipportal.nsf/index.html>

Andersson, I., 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

Bailey, S. L., Boivin, J., Cheong, Y. C., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C., & Macklon, N. (2019). Hope for the best... but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ Open*, 9(5), 1-9

Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori - en grundbog* (2. udg.). København: Munksgaard

Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheder. En tid hvor relationer skabes og udvikles* (2. udg.) København: Akademisk forlag

Brudal, L. (2000). *Psykiske reaktioner ved svangerskap, fødsel og barseltid* (1. udg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Brunstad, A. & Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka* (1. udg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

DSOG (2018). *Abortus habitualis (AH) - udredning og behandling*. Lokaliseret 08-08-23 på:

<https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5cf8a6b9efa703000120ecbe/1559799516598/180329+Endelig+ab+hab+guideline+rev.pdf>

Etisk råd (2011). *Udtalelse om behovet for fælles retningslinjer for sygehusenes og lægernes rutiner for håndtering af aborterede fostre og inddragelse af forældrene.*

Lokaliseret 16-02-2023 på:

<https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637872621952784848/20110329rutinerhaendteringaborterede%20fostremm.pdf>

Forman, A., Ottesen, B., Mogensen, O. (2011). *Gynækologi* (4. udg.). København: Mungsgaard

Forældre & Sorg (u.å.a). *“Det var skyld med skyld på” - Den oversete sorg ved at miste tidligt.* Lokaliseret 16-02-2023 på:

<https://foraeldreogsorg.dk/det-var-skyld-med-skyld-paa-den-oversete-sorg-ved-at-miste-tidligt/>

Forældre & Sorg (u.å.b) *En sorgdiagnose er nødvendig.* Lokaliseret 22-03-2023 på:

<https://foraeldreogsorg.dk/en-sorgdiagnose-er-noedvendig/>

Forældre & Sorg (2022). *Gravid igen - når du har mistet dit barn.* Lokaliseret 24-03-2023 på:

https://foraeldreogsorg.dk/wp-content/uploads/2022/01/Gravid-igen_web.pdf

Herlev Hospital (u.å.) *“Din forløbsplan”.* Lokaliseret 02-03-2023 på:

<https://www.herlevhospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Graviditet-og-foedsel/graviditet/graviditetsforloeb/Sider/Din-forloebplan.aspx>

Holck, L. (u.å.). *Det er en myte, at man ikke kan være i sorg, når man mister tidligt i graviditeten.* Lokaliseret 13-03-2023 på:

<https://liseholck.dk/graviditetstab-og-sorg.html>

Høstrup, H., Schou, L., Poulsen, I., Larsen, S., Lyngsø, E. (2009). *Vurdering Af Kvalitative Studier - VAKS.* Lokaliseret 27-02-2023 på:

<http://dasys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2001). *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* Lokaliseret 16-02-2013 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/151>

Indenrigs- og Sundhedsvæsenet (2001, 8. august). *Cirkulære om jordemodervirksomhed*. Lokaliseret 21-03-2023 på :
<https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/149>

Journal of women's health (2008). *Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature*. Lokaliseret 21-03-2023 på:
<https://apsfa.org/docs/Grief%20Following%20Miscarriage%20A%20Comprehensive%20Review%20of%20the%20Literature.pdf>

Kp Bibliotek (u.å.a). APA PsycInfo. Lokaliseret 23-02-2023 på:
<https://bibliotek.kp.dk/eng/databases/az/psycinfo>

Kp Bibliotek (u.å.b). *Databaser og andre e-ressourcer fra A-Z: Sundhed - teknologi - ernæring*. Lokaliseret d. 23-02-2023 på: <https://bibliotek.kp.dk/az.php?s=124286>

Kp Bibliotek (u.å.c). Systematisk søgning indenfor det sundhedsfaglige felt. Lokaliseret d. 23-02-2023 på:
<https://bibliotek.kp.dk/kp/opgaveskrivning/sundhedsfaglig>

Kristeligt Dagblad (2019, 17. april). *Tabuet om døden er afløst af et ideal om at tale*. Lokaliseret 22-03-2023 på:
<https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/tabuet-om-doeden-er-afloest-af-et-ideal-om-tale>

Kristensen, E. S. (2020, 15. december). *Ligesom os - og så alligevel ikke*. Lokaliseret 13-03-2023 på:
<https://rn.dk/om-region-nordjylland/organisation/mennesker-og-organisation/kvalitet-og-forretningsprocesser/artikler-om-forbedring/ligesom-os-og-saa-alligevel-ikke>

Lassen-Andersen, C. (2020). *Tabte drømme - kvinder og spontan abort* (1. udg.). Frederikssund: Forlaget Fjorden

Lindahl, M., Bogh, C. (2022). *Vurdering af kvalitative artikler*. Lokaliseret 03-04-2023 på:

https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/temaer/forskningsmetoder/tema-vurdering_af_artikler.pdf

MacDonald, S & Magill-Cuerden, J. (2012). *Mayes' Midwifery* (14. udg.). Bailliere Tindall: Elsevier

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag* (4. udg.). Oslo: Universitetsforlaget

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P., S. (2019). *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne* (1. udg.). København: Samfundslitteratur

Nordisk samarbejde (u.å.) *Graviditet og fødsel i Sverige*. Lokaliseret 12-03-2023 på: <https://www.norden.org/da/info-norden/graviditet-og-foedsel-i-sverige>

Olsen (2018). *Ny forskning skal styrke kommunikationen med nybagte forældre*.

Lokaliseret 21-03-2023 på:

<https://www.ucsyd.dk/pressemeddelelser/ny-forskning-skal-styrke-kommunikationen-med-nybagte-foraeldre?fbclid=IwAR1chQwT3u42NMaeurLmJ9kxOssbHRDMZwSIU1nk9Rw8OUkV3VxCGRNu5Go>

Prinds, C. (2019). *Åndelig omsorg ved livets begyndelse*. I: Steinfeldt, V., Ø., Viftrup, T., R., Hvidt, N., C. *Åndelig omsorg* (s. 207-217). København: Munksgaard

Regionshospitalet Nordjylland (2021, 14 september). *Dit forløb i jordemoderkonsultationen*. Lokaliseret 18-04-23 på:

<https://rh nordjylland.rn.dk/Afsnit-og-Ambulatorier/Afdeling-for-Kvindesygdomme-Graviditet-og-Foedsel/Graviditet-foedsel-og-barsel/Graviditet/Jordemoderkonsultation/Dit-forloeb>

Rigshospitalet (u.å.a). *Jordemoderkonsultation*. Lokaliseret 18-04-23 på:

<https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/graviditet-foedsel-og-barsel/graviditet/graviditeten/Sider/jordemoderkonsultation.aspx>

Rigshospitalet (u.å.b). *Senabort (Spontan eller missed abortion) i uge 14+0-22+0*.

Lokaliseret 08-03-2022 på: <https://vip.regionh.dk/VIP/Admin/vipportal.nsf/index.html>

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (u.å), *Recurrent and late miscarriage patient information leaflet*. Lokaliseret 08-03-2023 på:

<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/recurrent-and-late-miscarriage-patient-information-leaflet/>

Sexual and Reproductive Health and Rights (2021). *Follow-up for improving psychological well-being for women after a miscarriage*. Lokaliseret 16-02-2023 på:

<https://srhr.org/rhl/article/follow-up-for-improving-psychological-well-being-for-women-after-a-miscarriage>

SST (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen* (3. udg.). København: Komiteen for Sundhedsoplysning

SST (2022). *Fosterdiagnostik*. Lokaliseret d. 18-02-2023 på:

<https://www.sst.dk/da/viden/Foraeldreskab/Graviditet-og-foedsel/Svangreomsorgen/Fosterdiagnostik>

Sundhed.dk (2020). *Abortus habitualis*. Lokaliseret d. 16-02-2023 på:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/obstetrik/tilstande-og-sygdomme/aborter/abortus-habitualis-gentagne-graviditetstab/>

Sundhed.dk (2022). *Spontan abort*. Lokaliseret 16-02-2023 på:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/sygdomme-og-komplikationer/komplikationer-i-graviditeten/spontan-abort/>

Thisted, J. (2019). *Forskningsmetode i praksis: Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (2. udg.). København: Munksgaard

To The Moon, Honey (2020). *Vores panel taler om spontane aborter*. Lokaliseret 28-03-2023 på: <https://tothemoonhoney.com/vores-panel-taler-om-spontane-aborter/>

TV2 ECHO (2019). *Ufrivillig abort: 50 kvinder åbner op om sorgen, frygten og tabuet*. Lokaliseret 16-02-2023 på: <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2019-06-09-ufrivillig-abort-50-kvinder-aabner-op-om-sorgen-frygten-og-tabuet>

Ugeskrift for læger (2021, 19. april). *Nyt forskningsprojekt undersøger årsager til tabte graviditeter*. Lokaliseret 21-03-2023 på: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/nyt-forskningsprojekt-undersoger-arsager-til-tabte-graviditeter>

WHO (2016). *WHO recommendation for antenatal care for a positive pregnancy outcome*. Lokaliseret 21-03-2023 på: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

WHO (2019). *Why we need to talk about losing a baby*. Lokaliseret 21-03-2023 på: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

WHO (2022). *Prolonged Grief Disorder*. Lokaliseret 22-03-2023 på: <https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder>

Yalom, I., D. (1998). *Eksistentiel psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag A/S

Østrogenial (u.å.). #12 *Ufrivillig abort - Når man mister en ønsket graviditet*. Lokaliseret 28-03-2023 på: <https://podcasts.apple.com/dk/podcast/12-ufrivillig-abort-n%C3%A5r-man-mister-en-%C3%B8nsket-graviditet/id1460037935?i=1000467635996>

Bilag

Bilag 1: PICO - PubMed

Resultater: 46

| P = population/problem | | I = intervention | | Co = Context |
|---|------------|---|------------|--|
| <p>"habitual abortion" OR "habitual miscarriage" OR "habitual miscarriages" OR "habitual pregnancy loss" OR "spontaneous abortion" OR "spontaneous miscarriage" OR "spontaneous miscarriages" OR "spontaneous pregnancy loss" OR "recurrent abortion" OR "recurrent miscarriage" OR "recurrent miscarriages" OR "recurrent pregnancy loss" OR "involuntary abortion" OR "involuntary pregnancy loss" OR "subsequent abortion" OR "subsequent miscarriage" OR "subsequent miscarriages" OR "subsequent pregnancy loss" OR "consecutive abortion" OR "consecutive miscarriage" OR "consecutive miscarriages" OR</p> | <p>AND</p> | <p>experience OR experiences OR emotion OR emotions OR feeling OR feelings OR view OR views OR attitude OR attitudes OR perception OR perceptions OR "Emotions [Mesh]" OR "Perception [Mesh]" OR "Attitude [Mesh]"</p> | <p>AND</p> | <p>"new pregnancy" OR "subsequent pregnancy"</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| "Abortion, Habitual [Mesh]" OR "Abortion, Spontaneous [Mesh]" | | | | |
|---|--|--|--|--|

Bilag 2: PICo - Cinahl

Resultater: 23

| P = population/problem | | I = intervention | | Co = context |
|---|-----|--|-----|---|
| <p>"habitual abortion" OR "habitual miscarriage" OR "habitual miscarriages" OR "habitual pregnancy loss" OR "spontaneous abortion" OR "spontaneous miscarriage" OR "spontaneous miscarriages" OR "spontaneous pregnancy loss" OR "recurrent abortion" OR "recurrent miscarriage" OR "recurrent miscarriages" OR "recurrent pregnancy loss" OR "involuntary abortion" OR "involuntary miscarriage" OR "involuntary miscarriages" OR "involuntary pregnancy loss" OR "subsequent abortion" OR "subsequent miscarriage" OR "subsequent miscarriages" OR "subsequent pregnancy loss" OR "consecutive abortion" OR "consecutive miscarriage" OR "consecutive miscarriages" OR</p> | AND | <p>experience OR experiences OR emotion OR emotions OR feeling OR feelings OR view OR views OR attitude OR attitudes OR perception OR perceptions OR (MH "Emotions") OR (MH "Attitude") OR (MH "Perception")</p> | AND | <p>"new pregnancy" OR "pregnant again" OR "subsequent pregnancy"</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| “consecutive pregnancy loss” OR (MH “Abortion, Spontaneous”) OR (MH “Abortion, Habitual”) | | | | |
|---|--|--|--|--|

Bilag 3: PICo - PsycInfo

Resultater: 20

| P = population/problem | | I = intervention | | Co = context |
|--|-----|---|-----|--|
| "habitual abortion" OR "habitual miscarriage" OR "habitual miscarriages" OR "habitual pregnancy loss" OR "spontaneous abortion" OR "spontaneous miscarriage" OR "spontaneous miscarriages" OR "spontaneous pregnancy loss" OR "recurrent abortion" OR "recurrent miscarriage" OR "recurrent miscarriages" OR "recurrent pregnancy loss" OR "involuntary abortion" OR "involuntary miscarriage" OR "involuntary miscarriages" OR "involuntary pregnancy loss" OR "subsequent abortion" OR "subsequent miscarriage" OR "subsequent miscarriages" OR "subsequent pregnancy loss" OR "consecutive abortion" OR "consecutive miscarriage" OR "consecutive miscarriages" OR | AND | experience OR experiences OR emotion OR emotions OR feeling OR feelings OR view OR views OR attitude OR attitudes OR perception OR perceptions OR DE "Perceptions" OR DE "Feelings" OR DE "Attitudes" | AND | "new pregnancy" OR "pregnant again" OR "subsequent pregnancy" |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| “consecutive pregnancy loss” OR DE “Spontaneous Abortion” | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bilag 4: VAKS - Andersson et al. (2012)

| <u>Formelle krav</u> | <u>Vurdering</u> | | | | <u>Kommentarer og begrundelser</u> |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| | Helt uenig | | | Helt enig | |
| 1. Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur. | 1 | 2 | 3 | 4 | <p>1. Der beskrives grundigt, baggrunden til dette studie og henvises til allerede eksisterende litteratur.</p> <p>2. Studiet nævner tidligere studier, der påviser forskellige resultater på området. Og studiet ønsker at udvide den eksisterende litteratur på området, med netop disse kvinder fra Sverige.</p> <p>3. Det er beskrevet tydeligt, hvordan anonymiseringen er overholdt, og hvordan deltagerne bliver adspurgt om deltagelse.</p> <p>4. Studiet henviser til at The Committee on Research Ethics at the University of Gothenburg har godkendt dette.</p> <p>5. Det er ikke beskrevet i studiet</p> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. Det fremgår, hvorfor undersøgelsen er relevant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. Forskerne har beskrevet hvordan | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| <p>undersøgelsen kan påvirke informanterne.</p> <p>6. Forskeren har beskrevet, hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | X | | | | <p>6. Det er ikke beskrevet i studiet</p> |
| X | | | | | | |
| | <p>Pointscore: 18/6 = 3</p> | | | | | |

| <u>Troværdighed</u> | <u>Vurdering</u> | <u>Kommentarer og begrundelser</u> | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|---|---|---|--|--|---|---------------------------------------|
| | Helt uenig Helt enig | | | | | | | | | |
| <p>1. Formålet er klart beskrevet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | X | <p>1. Formålet er klart beskrevet</p> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | | |
| <p>2. Metoden er beskrevet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>2. Metoden er beskrevet grundigt i studiet</p> | | | | |
| | | | X | | | | | | | |
| <p>3. Metoden er begrundet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>3. Den valgte metode er begrundet.</p> | | | | |
| | | | X | | | | | | | |
| <p>4. Metoden er valgt i forhold til formålet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>4. Metoden er valgt ift formålet, da de får kendskab og forståelse indenfor det ønskede område</p> | | | | |
| | | | X | | | | | | | |
| <p>5. Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>5. Der er beskrevet at interviewsne er blevet optaget og herefter transskriberet.</p> | | | | |
| | | | X | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|--|
| <p>6. Der er anvendt triangulering.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>6. Der er beskrevet hvordan der er brugt forskertriangulering og hvordan de har diskuteret resultaterne af flere omgange.</p> |
| | | | X | | | |
| <p>7. Forskningsprocessen er beskrevet.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>7. Forskningsprocessen er beskrevet.</p> |
| | | | X | | | |
| <p>Pointscore: 28/7 = 4</p> | | | | | | |

| <u>Overførbarehed</u> | <u>Vurdering</u> Helt uenig Helt enig | <u>Kommentarer og begrundelser</u> | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|--|---|---|
| <p>1. Udvalgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</p> | <p>1 2 3 4</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>1. Der er beskrevet hvordan informanterne er udvalgt. Det er kvinder fra tidligere studier ifm spontan abort, der er blevet opfordret til at kontakte interviewerene ved ny graviditet, eller kvinder som allerede deltagende informanter har henvist til.</p> |
| | | | X | | | |
| <p>2. Der er en beskrivelse af informanterne.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>2. Der er en beskrivelse af informanterne med inklusionskriterierne beskrevet og antal af kvinder, som ønskede at deltage, samt hvilke der blev sorteret fra undervejs.</p> |
| | | | X | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| <p>3. Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>3. Det er begrundet hvorfor disse informanter er med.</p> |
| | | | X | | | |
| <p>4. Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>4. Det er beskrevet at de deltagende kvinder tilhørte et svensk hospital i en medium-stor by, samt hvor interviewet finder sted.</p> |
| | | | X | | | |
| <p>5. Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table> | | | X | | <p>5. Det er beskrevet, hvilket tilhørsforhold som forskerne har til konteksten, men ikke til informanterne</p> |
| | | X | | | | |
| <p>Pointscore: 19/5 = 3,8</p> | | | | | | |

| <p><u>Konsistens</u></p> | <p><u>Vurdering</u></p> | | | | <p><u>Kommentarer og begrundelser</u></p> | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|------------------|----------|--|---|---|--|--|--|---|---|--|--|--|---|---|--|--|--|
| | <p>Helt uenig</p> | | <p>Helt enig</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>4</p> | <p>1. Dette er beskrevet i studiet.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Der er en beskrivelse af analyseproces.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | | X | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | | X | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table> | | | |
| | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|------------------------------------|
| 3. Der er en klar fremstilling af fundene. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | 3. Det er tydeligtgjort hvordan forskerne har fundet resultaterne. | | |
| | | | | | | | |
| | 4. Fundene er troværdige. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | X | 4. Ja fundene er troværdige |
| | | | | | | | |
| 5. Eventuelle citater er reasonable/understøttende for tolkningen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | 5. Citaterne understøtter fundene | | |
| | | | | | | | |
| 6. Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | 6. Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusion | | |
| | | | | | | | |
| | | | | Pointscore: 24/6 = 4 | | | |

| <u>Transparens</u> | <u>Vurdering</u> | | | | <u>Kommentarer og begrundelser</u> |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| | Helt uenig | | | Helt enig | |
| 1. Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 1. Forskerne har ikke beskrevet deres antagelser eller forforståelse. De har nævnt at den ene forsker arbejder med forskning til dagligt, men de andres baggrund er ikke |
| | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|--|
| <p>2. Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</p> | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>beskrevet med andet end titler.</p> <p>2. Der er henvist til Jalowiec coping scale i deres konklusion</p> |
| | | | X | | | |
| <p>3. Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</p> | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>3. Det er beskrevet at temaerne udspringer af dataen</p> |
| | | | X | | | |
| <p>4. Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</p> | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>4. Det er beskrevet hvem, der gennemførte interviewene, samt at det var nogle andre der transkriberede samt hvem der arbejdede med datanaalysen</p> |
| | | | X | | | |
| <p>5. Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</p> | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> </tr> </table> | | | | X | <p>5. Den ene forsker interviewede, de to andre transkriberede og de deltog alle i dataanalysen.</p> |
| | | | X | | | |
| <p>6. Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</p> | <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | X | | | | <p>6. Dette er ikke nævnt</p> |
| X | | | | | | |

| | | |
|--|----------------------------|--|
| | Pointscore: $19 / 6 = 3,2$ | |
|--|----------------------------|--|

Kan du anbefale denne artikel?

| |
|--|
| Anbefales (≥ 15) |
| Anbefales med forbehold ($\geq 10 < 15$) |
| Anbefales ikke (< 10) |

Samlet pointscore: 18 og studiet kan således anbefales til videre analyse

Bilag 5: VAKS - Bailey et al. (2019)

| <u>Formelle krav</u> | <u>Vurdering</u> | | | | <u>Kommentarer og begrundelser</u> |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| | Helt uenig | | Helt enig | | |
| 1. Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur. | 1 | 2 | 3 | 4 | <p>1. Der præsenteres en fyldestgørende beskrivelse af studiets baggrund med henvisning til diverse litteratur</p> <p>2. Studiets relevans fremhæves i studiets baggrundsafsnit med henvisning til, at der mangler litteratur på området, som giver en dybere forståelse af kvinders emotionelle reaktioner i en graviditet efter abort</p> <p>3. Informeret samtykke er indhentet forud for interviews og deltagerne er anonymiseret</p> <p>4. Diverse godkendelser fremgår på sidste side</p> <p>5. Forskerne beskriver ikke, <i>hvordan</i> undersøgelserne kan påvirke informanterne. Dog fremhæver forskerne, at de</p> |
| 2. Det fremgår, hvorfor undersøgelsen er relevant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| <p>påvirke informanterne.</p> <p>6. Forskeren har beskrevet, hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">x</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | x | | | | <p>ventede et passende tidsrum, før de kontaktede de kvinder, som netop havde oplevet graviditetstab igen</p> <p>6. Ej beskrevet</p> |
| x | | | | | | |
| <p>Pointscore: $19 / 6 = 3,2$</p> | | | | | | |

| <u>Troværdighed</u> | <u>Vurdering</u> Helt uenig Helt enig | <u>Kommentarer og begrundelser</u> | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|---|---|--|--|--|---|-------------------------------------|
| <p>1. Formålet er klart beskrevet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | x | <p>1. Formålet fremgår tydeligt</p> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>2. Metoden er beskrevet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>2. Metoden er klart beskrevet</p> | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>3. Metoden er begrundet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>3. Der følger en klar begrundelse for, hvorfor den kvalitative metode er brugt</p> | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>4. Metoden er valgt i forhold til formålet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>4. Valgt metode</p> | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>5. Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>5. Registreringen af data er velbeskrevet. Metoden for og længden af interviews beskrives. Der redegøres klart og tydeligt for anvendelsen af tematisk netværksanalyse.</p> | | | | |
| | | | x | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|
| <p>6. Der er anvendt triangulering.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>Desuden er en illustration af dette inddraget i studiet</p> <p>6. Forskerne fremhæver, at der er anvendt forskertriangulering og henviser til, at temaerne og resultaterne er blevet diskuteret, samt at de har brugt en vejledende gruppe til at kaste et blik på temaerne</p> |
| | | | x | | | |
| <p>7. Forskningsprocessen er beskrevet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>7. Forskningsprocessen er tydeligt beskrevet</p> |
| | | | x | | | |
| <p>Pointscore: 28 / 7 = 4</p> | | | | | | |

| <u>Overførbarehed</u> | <u>Vurdering</u> | <u>Kommentarer og begrundelser</u> | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|---|---|--|--|--|---|---|
| | Helt uenig Helt enig | | | | | | | | | |
| <p>1. Udvalgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</p> | <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;">4</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;">x</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | x | <p>1. Informanterne er rekrutteret fra et RCT-studie med 107 inddragede, som er rekrutteret for to forskellige klinikker.</p> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>2. Der er en beskrivelse af informanterne.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>2. Informanterne er beskrevet</p> | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>3. Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | x | | | <p>3. Det er ikke velbeskrevet, hvorfor netop disse 14 kvinder skal deltage. Dog påpeger forskerne at de rekrutterede indtil at de opnåede datamæthed, hvori man finder en del af forklaringen på,</p> | | | | |
| | x | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| <p>4. Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | x | | <p>hvorfor kun 14 af de 107 blev inkluderet.</p> <p>4. Forskerne beskriver, at de interviewede kvinder selv har valgt et passende tidspunkt for interviewet. Det fremgår dog ikke, præcis hvornår dette er</p> |
| | | x | | | | |
| <p>5. Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</p> | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | x | | <p>5. Det er beskrevet, hvilket tilhørsforhold forskerne har til konteksten, men ikke informanterne. Dog ses bagerst i studiet, af ingen af forskerne er tilknyttet de klinikker, som kvinderne er rekrutteret fra</p> |
| | | x | | | | |
| <p>Pointscore: 16 / 5 = 3,2</p> | | | | | | |

| <u>Konsistens</u> | <u>Vurdering</u> Helt uenig Helt enig | <u>Kommentarer og begrundelser</u> | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|---|---|--|--|--|---|--|
| <p>1. Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</p> | <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">2</td> <td style="width: 25%;">3</td> <td style="width: 25%;">4</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;">x</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | x | <p>1. Der er en logisk sammenhæng mellem data og temaer. Dette tydeliggøres i den inddragede figur dannet på baggrund af den tematiske netværksanalyse</p> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | |
| <p>2. Der er en beskrivelse af analyseproces.</p> | <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;">x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>2. Der er en god beskrivelse af analyseprocessen. Tydeliggøres i ovennævnte figur</p> | | | | |
| | | | x | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|
| 3. Der er en klar fremstilling af fundene. | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | 3. Fremstillingen af fundene er klar |
| | | | x | | | |
| 4. Fundene er troværdige. | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | 4. Fundene findes troværdige og underbygges med forskellige citater |
| | | | x | | | |
| 5. Eventuelle citater er ræsonnable/understøttende for tolkningen. | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | 5. Forskerne fremfører mange forskellige citater, som understøtter hinanden og analysen |
| | | | x | | | |
| 6. Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner. | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | 6. Der findes overensstemmelse mellem fundene i studiet og konklusionen |
| | | | x | | | |
| Pointscore: 24 / 6 = 4 | | | | | | |

| <u>Transparens</u> | <u>Vurdering</u> | | | | <u>Kommentarer og begrundelser</u> | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-----------|------------------------------------|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | Helt uenig | | | Helt enig | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | |
| 1. Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse. | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | x | | | | | | 1. Forskerne hverken beskriver eller reflekterer over betydningen af deres forforståelse forud for studiet. Dog fremgår deres baggrund med reference til forskernes erhverv | | | | |
| | x | | | | | | | | | | | | |
| 2. Der er henvist til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </table> | | | x | | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </table> | | | x | | | | 2. I analyseafsnittet fremgår det, at forskerne har brugt en hermeneutisk tilgang. Den |
| | | x | | | | | | | | | | | |
| | | x | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|---|
| <p>analysen).</p> <p>3. Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</p> <p>4. Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</p> <p>5. Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</p> <p>6. Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</p> | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | <p>fænomenologiske tilgang fremgår dog kun implicit</p> <p>3. Det fremgår at temaerne i studiet udsprang af data</p> <p>4. Det er beskrevet at førsteforfatteren gennemførte de 14 interviews og at flere forskellige forskere deltog i processen med analysen</p> <p>5. Det fremgår at alle forskerne var involveret i fortolkningen og den efterfølgende revision. Det beskrives også, at der blev gjort brug af feltnoter, og at forskerne har diskuteret de forskellige temaer – både med hinanden og med en vejledende gruppe</p> <p>6. Forskerens position for betydningen af fundene er ikke beskrevet</p> |
| | | | | x | | |
| | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | |
| | | | | x | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </table> | | | | x | | |
| | | | x | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | x | | | | | |
| x | | | | | | |
| <p>Pointscore: 18 / 6 = 3</p> | | | | | | |

Kan du anbefale denne artikel?

| |
|--|
| Anbefales (≥ 15) |
| Anbefales med forbehold ($\geq 10 < 15$) |
| Anbefales ikke (< 10) |

Samlet pointscore: 17,4 og studiet kan således anbefales til videre analyse

Bilag 6: Eksempel på kondensering jf. Malterud (2017)

| Undergruppe | Meningsbærende enheder: Bailey et al. (2019) | Meningsbærende enheder: Andersson et al. (2012) | Kunstigt citat |
|------------------------------------|--|---|---|
| Støtte fra andre i samme situation | They believed only women who had experienced their situation truly understood the anxieties and the challenges they faced (Bailey et al, 2019, s. 7) | Talking with other women who have had the same experience of having a miscarriage and them becoming pregnant again is really helpful (Anderson et al, 2012, s. 268) | Det hjalp mig rigtig meget at snakke med andre kvinder, der har været igennem det samme. Jeg følte, at de forstod mine udfordringer og min angst. |