

BACHELOROPPGAVE

Barnet som ikke ble

Sykepleie til den spontanaborterende kvinnen

av

Monica Wilhelmine Eldevik

Kandidatnummer 69

Bachelor i sykepleie

SK152

Mai 2016

Antall ord: 6934

Veileder: Solveig Sægrov



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere "Barnet som ikke ble" i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Kandidatnummer 69, Monica Wilhelmine Eldevik

JA NEI

Sammendrag

Tittel

Barnet som ikke ble

Bakgrunn for valg av tema

Under min praksisperiode på gynekologisk sengepost fikk jeg meg mange opplevelser hvor jeg kjente på håpløsheten over å ville hjelpe uten å vite hvordan. Omtrent 25% av alle erkjente graviditeter går til grunne før 22 fullgatte svangerskapsuker, og kalles spontanabort. Det er flere pasientsituasjoner som har gjort inntrykk på meg, og som har ført til at dette er en pasientgruppe jeg kunne tenke meg å lære mer om. Hvilke behov for omsorgsfull sykepleie har de og hvordan kan jeg som sykepleier dekke de behovene?

Problemstilling

Hvordan yte omsorgsfull sykepleie til kvinner som spontanaborterer?

Fremgangsmåte

For å finne svar på problemstillingen min har jeg utført et litterært studie med drøfting. Jeg har brukt relevant teori, funn fra 5 ulike forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis.

Oppsummering

Kvinner som spontanaborterer er ofte preget av sjokk, og er redde og usikre. God omsorg til kvinner som spontanaborterer fører til at kvinnen føler seg ivaretatt under oppholdet i avdelingen. Kvinner som spontanaborterer trenger masse informasjon. Hun trenger anerkjennelse og bekreftelse på sine fysiske og psykiske opplevelser og følelser. Sykepleien til kvinnen må bygge på fagkunnskap, må være preget av empati og tilstedeværelse, og formidle trygghet.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	PROBLEMSTILLING	1
1.2	AVGRENSING	1
1.3	OPPBYGGING AV OPPGAVEN	1
2	METODE.....	2
2.1	VALG AV METODE	2
2.2	SØKE – OG UTVALGSPROESSEN - FORSKNING.....	2
2.3	SØKE- OG UTVALGSPROESSEN – BØKER.....	3
2.4	KILDEKRITIKK	3
3	TEORI.....	4
3.1	SPONTANABORT	4
3.1.1	<i>Sykepleierens rolle</i>	<i>5</i>
3.2	JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	5
3.2.1	<i>Sykepleiebehov.....</i>	<i>6</i>
3.3	SORGEN OVER Å MISTE.....	6
3.4	SYKEPLEIE VED LIDELSE	6
3.5	HJELPENDE KOMMUNIKASJON OG EMPATI	7
3.6	HVA SIER FORSKNINGEN?	8
4	DRØFTING.....	10
4.1	INFORMASJON, KOMMUNIKASJON OG EMPATI.....	10
4.2	SYKEPLEIE VED LIDELSE	12
5	KONKLUSJON	15
6	LITTERATURLISTE	17

1 Innledning

Jeg er på kveldsvakt i praksis på gynekologisk sengepost på sykehuset. Vi får meldt en pasient fra legevakten som er gravid og opplever blødning. Hun kommer opp i avdelingen sammen med mannen sin. En ultralyd-undersøkelse viser at det ikke er hjerteaktivitet, og paret får bekreftet spontanabort. Sammen med kontaktsykepleieren min følger vi paret tilbake til rommet, de er tydelig preget av situasjonen og gråter begge to. Jeg står der full av medlidenhet for dette paret, men jeg aner ikke hva jeg skal gjøre eller si. Paret reiste hjem senere samme kvelden.

Omtrent 25% av alle erkjente graviditeter ender i spontanabort (Kristoff, 2012). Spontanabort defineres som et svangerskap som går til grunne før fullgåtte 22 uker (Kristoff, 2012). Omtrent 7000-8000 kvinner behandles årlig for spontanabort i Norge (Jerpseth, 2010). Forskning viser at kvinner som spontanaborterer ikke alltid følte at deres emosjonelle og fysiske behov ble møtt (Murphy & Merrell, 2009). Kvinnene har behov for å kjenne seg forstått og ha folk til stede som lytter, formidler trygghet og respekterer tapet de opplever (Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012).

Denne hendelsen har festet seg spesielt godt i etterkant av praksisen. Selv hadde jeg akkurat funnet ut at jeg var gravid da vi fikk inn denne pasienten. En spontanabort er en ting jeg selv som gravid fryktet, og det å se lidelsen til dette paret var overveldende. Nå som jeg får muligheten til å fordype meg i et emne så var dette et enkelt valg. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap om hvilket behov for omsorg disse kvinnene har, og hvordan jeg som sykepleier kan yte den.

1.1 Problemstilling

Hvordan yte omsorgsfull sykepleie til kvinner som spontanaborterer?

1.2 Avgrensing

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til å handle om kvinnen som spontanaborterer og hennes behov for sykepleie under oppholdet i avdeling. Alle kvinner i fertil alder og hvor graviditeten var ønsket. For at oppgaven ikke skal bli for stor og omfattende har jeg valgt å ikke involvere barnefar og andre pårørende.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er delt i 5 kapitler, etter retningslinjene for bacheloroppgaven. Innledningen viser bakgrunn for valg av tema til oppgaven, og problemstillingen. Metodekapittelet forteller hva metode er, og her fremstiller jeg søke- og utvalgsprosessen, samt kildekritikk av litteratur jeg har brukt i

oppgaven. Teorikapittelet presenterer fagstoffet jeg ønsker å formidle for å bygge opp under problemstillingen min. I drøftingskapittelet drøfter jeg teorien, forskningsresultatene og egne erfaringer opp mot problemstillingen. I konklusjonskapittelet presenterer jeg funnene jeg har gjort gjennom oppgaven.

2 Metode

For å finne kunnskap benytter vi oss av metode. Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som "en fremgangsmåte og et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap" (Dalland, 2014, s. 110). En metode hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger til å undersøke noe (Dalland, 2014). Det er forskjell på kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder brukes når forskeren ønsker å finne svar på noe som ikke kan måles eller tallfestes, slik som opplevelser og meninger. Kvantitative metoder brukes når forskeren ønsker å samle data som kan måles eller tallfestes. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker og grupper handler og samarbeider (Dalland, 2014).

2.1 Valg av metode

Jeg har valgt å basere bacheloroppgaven min på kunnskap som allerede eksisterer og drøfte det, noe som gjør den til et litterært studie med drøfting (Dalland, 2014). Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å undersøke hvilke behov for sykepleie kvinner som aborterer har. Jeg har formulert en problemstilling som jeg ønsker svar på, og for å finne svar på det har jeg foretatt et systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman definerer et systematisk litteraturstudie som å besvare et spørsmål gjennom å identifisere, velge, evaluere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013).

2.2 Søke - og utvalgsprosessen - forskning

Jeg startet litteratursøket i Academic Search Elite og krysset av for å inkludere Cinahl og Medline i søket. Søkeordene jeg valgt å bruke var: miscarriage, spontaneous abortion, nursing care, pregnancy loss, grief og bereavement. Jeg avgrenset søkene til å gjelde fra 2005-2016 da jeg ønsket å finne forskning av nyere dato. Først søkte jeg opp ordene hver for seg og fikk veldig mange treff. Deretter kombinerte jeg søkeordene "miscarriage" AND "nursing care" og fikk da 35 treff. Jeg leste 7 artikler og valgte ut 3 artikler jeg fant relevante til min oppgave. Disse artiklene var "women's experience of early miscarriage: implications for nursing care", "emotional care for women having a miscarriage", "negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage". Jeg forsøkte også flere måter å kombinere søkeordene på, og artiklene gikk igjen i flere kombinasjoner. Jeg fant heller ikke flere artikler som var relevante for oppgaven min.

Til slutt valgte jeg å kombinere alle søkeordene med AND, og fikk da bare 1 treff. Dette var en artikkel jeg allerede hadde funnet og plukket ut til oppgaven: "women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care".

For å finne flere forskningsartikler lette jeg også i SweMed+. Her brukte jeg søkeord: spontanabort. Jeg avgrenset søket med "peer-reviewed" og "läs online". Her fikk jeg 34 treff, og leste 2 artikler før jeg bestemte meg for å bruke den ene: "Tidig förlust. Kvinnors upplevelse av missfall".

3 av artiklene henviste til en svensk forskningsartikkel jeg ikke hadde fått opp i søket mitt siden den ble publisert i 2004. Etter å ha kombinert søkeordene på ulike måter og avgrenset søket til 2004 fant jeg artikkelen "Guilt and emptiness: women's experience of miscarriage" med søkeordene "spontaneous abortion" AND "grief". Jeg leste denne artikkelen og valgte å inkludere den da den var veldig relevant for oppgaven min.

2.3 Søke- og utvalgsprosessen – bøker

Her har jeg i stor grad benyttet meg av pensumlistene til de ulike emnene vi har hatt gjennom studiet, da denne litteraturen allerede er kvalitetssikret av høyskolen. Jeg har også søkt i bibliotekets databaser "oria" og "bibsyst" for å finne litteratur jeg trengte i oppgaven som ikke var å finne i pensumlistene. Eneste boka jeg endte opp med å bruke utenom pensum er Joyce Travelbee sin bok fra 1966 "Interpersonal Aspects in Nursing" oversatt til norsk som "Mellommenneskelig forhold i sykepleie".

2.4 Kildekritikk

En metode som benyttes for å fastslå om en kilde er pålitelig kalles kildekritikk. Gjennom kildekritikk vurderes og karakteriseres kildene som benyttes. Kildekritikk består av to sider: en side som skal hjelpe å finne litteratur som best mulig klarer å belyse problemstillingen, og en side som handler om å gjøre rede for valg av litteratur til oppgaven (Dalland, 2014).

Gjennom kildekritikken skal de refleksjonene jeg har gjort rundt gyldighet og relevans knyttet til litteraturen jeg har valgt komme frem (Dalland, 2014). For å hjelpe meg med å vurdere forskningsartiklene har jeg benyttet meg av sjekklister fra kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Gjennom å svare på ulike spørsmål knyttet til gyldighet, holdbarhet og relevans har sjekklista hjulpet meg å kritisk vurdere samtlige forskningsartikler. For å finne den nyeste forskningen begrenset jeg søket mitt til 10 år tilbake i tid, men valgte å inkludere en artikkel fra 2004 da denne var veldig relevant for oppgaven min. Alle forskningsartiklene jeg fant svarer på hvilket behov kvinner som spontanaborterer har og dette er det jeg ønsker å svare på i oppgaven min, så disse vurderte jeg som meget relevante for oppgaven. Jeg fant også flere

forskningsartikler enn de jeg har plukket ut, men mange omhandlet kvinnes behov i etterkant av sykehusoppholdet og disse ekskluderte jeg da fokuset mitt i oppgaven er under innleggelse i sykehus.

Jeg har strebet etter å bruke primærkilder i oppgaven, da dette er den sikreste måten å unngå å bruke andres feiltolkninger eller unøyaktigheter på (Dalland, 2014). Dette har jeg klart å få til med all teorien jeg har brukt. Joyce Travelbee sin bok har en svakhet da den er oversatt til norsk av en annen forfatter noe som kan gi feiltolkninger, men det er allikevel den beste kilden for å forstå hennes sykepleieteori. Jeg har også brukt nyeste utgaven av bøkene, siden sykepleie er et fagområde i stadig utvikling. Eldste utgaven av bøker jeg har brukt er fra 2010, og dette sikrer tidsriktig og relevant litteratur.

Kildene jeg har funnet på internett har jeg vurdert som pålitelige kilder da jeg har funnet det på Norsk Sykepleierforbund og Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten sine nettsider. Nettsider som vi er blitt introdusert for gjennom studiet.

3 Teori

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.1 Spontanabort

Omtrent 25% av alle erkjente graviditeter ender i spontanabort (Kristoff, 2012). Spontanabort defineres som et svangerskap som går til grunne før fullgåtte 22 uker (Kristoff, 2012). Spontanabort skyldes i de aller fleste tilfellene feilutvikling i embryoet eller kromosonavvik. Kvinnene som spontanaborterer får vaginalblødning med eller uten smerter. Andre symptomer på spontanabort er at kvinnene ikke lenger føler seg gravide, og graviditets-tegn som kvalme og ømme bryster er forsvunnet (Kristoff, 2012).

For å diagnostisere en spontanabort gjøres en ultralydundersøkelse av gynekolog. Kvinner som opplever store blødninger eller at det er mye intrauterine rester som ikke tømmer seg selv blir innlagt på sykehus. Det finnes to behandlingalternativer for å hjelpe livmoren med å tømme seg. Det ene alternativet er å gi legemidler vaginalt som stimulerer livmoren til å trekke seg sammen slik at restene kommer ut. Det andre alternativet er å kirurgisk suge ut eller skrape vekk restene mens kvinnen er i narkose. Kirurgisk fjerning benyttes når legemidler ikke gir ønsket effekt, eller kvinnen opplever store blødninger eller smerter. Komplikasjoner knyttet til spontanabort oppstår sjelden, men innebærer blant annet blodtap og infeksjoner i livmoren (Kristoff, 2012).

3.1.1 Sykepleierens rolle

Sykepleieren er ofte den som tar imot kvinnen når hun kommer i avdelingen (Jerpseth, 2010).

Sykepleieren følger kvinnen på ultralydundersøkelsen, og hennes rolle er å forberede kvinnen på det som skal skje, samt støtte, veilede og hjelpe pasienten gjennom undersøkelsen. Sykepleieren skal også assistere legen. For å hjelpe kvinnen å mestre situasjonen kan sykepleieren skape forutsigbarhet ved å hele tiden informere om hva som skal skje. Informasjon er viktig i forkant, under undersøkelsen og i etterkant av undersøkelsen (Jerpseth, 2010).

Kvinner som spontanaborderer kan oppleve smerter, og derfor er smertelindring viktig for deres velvære. Kvinner som spontanaborderer er ofte preget av sjokk, og er redde og usikre. Det er veldig viktig at de får god informasjon om det som skjer, det som skal skje og hvorfor. For å kunne opparbeide det nødvendige tillitsforholdet som åpner for en god samtale mellom sykepleier og pasient er det en fordel at det er samme sykepleier som tar imot, informerer og følger opp pasienten. Dette sikrer også kontinuitet i informasjonen. Sykepleieren må oppmuntre kvinnen til å sette ord på følelsene sine (Jerpseth, 2010).

Ved utreise må kvinnen få informasjon om at det er normalt å sørge over barnet hun trodde hun skulle få, og at det er normalt at mennesker sørger forskjellig. Videre synes mange kvinner det er godt å høre at årsaken til spontanaborten oftest ligger i fosteret, og at det er kroppens naturlige måte å kvitte seg med svangerskapet på når noe er galt. Kvinnen må informeres om at det ikke er noen holdepunkter for økt risiko for spontanabort ved en eventuell ny graviditet. Kvinnen bør også få informasjon om at det finnes støttegrupper for de som har spontanabortert/har et barn for lite (Jerpseth, 2010).

3.2 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926-1973) var en Amerikansk psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Hun var opptatt av mennesket som et unikt individ, likt og ulikt alle andre. Mennesket er hele tiden et individ i vekst, utvikling og endring, og all sykepleie skal alltid handle om mennesket. Hun mener at sykepleien ikke skal ha handlinger som et mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske. Hun presenterer fokuset på sykepleie som utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2014). Grunntanken til Travelbee er at sykepleierens oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold - et forhold som kjennetegnes ved at både sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som menneskelige individer, ikke som sykepleier og pasient (Travelbee, 2014). Hensikten med et menneske-til-menneske-forhold er å hjelpe individet å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og dersom det er nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2014).

3.2.1 Sykepleiebehov

Et sykepleiebehov er ethvert behov hos en syk person (eller familie) som kan oppfylles av den profesjonelle sykepleieren, og som ligger innenfor lovens grenser for sykepleierens praksis. Et sykepleiebehov er også et behov som, hvis det blir oppfylt, hjelper den syke personen (eller familien) til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2014, s.179).

Travelbee foreslår 5 trinn sykepleieren kan bruke for å fastslå sykepleiebehov hos pasienten som baserer seg på observasjon og kommunikasjonsferdigheter. Først må sykepleieren *observere* pasienten. Det er ikke alltid pasientene sier ifra om hvilke behov de har, og da er det viktig at sykepleieren, gjennom systematisk observasjon, ser hva pasienten kan ha behov for. Videre må sykepleieren gjennom samtale med pasienten få *bekreftet eller avkreftet* behovene. I neste trinn må sykepleieren *vurdere* om hun kan (eller bør) oppfylle behovene pasienten har, eller om hun bør henvise pasienten videre. Som sykepleier er det våres ansvar å videreformidle behovene vi avdekker at pasienten har, slik at pasienten får den hjelpen hun har rett på. Dersom sykepleieren kan hjelpe pasienten må hun *planlegge* sykepleiehandlingene. Pasientens behov kan endres, og det er ikke sikkert at metoden sykepleieren har valgt for å hjelpe virker. Da må sykepleieren *prøve* noe annet, til hun finner hva som fungerer. Til slutt må sykepleieren *evaluere* om hun har klart å ivareta behovet til pasienten. For å evaluere må sykepleieren *observere* om det er blitt noen endringer, og hun må samtale med pasienten for å finne om hun føler at behovet er ivaretatt eller ikke (Travelbee, 2014).

3.3 Sorgen over å miste

Sorg er en individuell prosess som er knyttet til en tapsopplevelse, og utløser sterke og dype følelser. "Mennesker i sorg kan kjenne på tristhet, skyld, sinne, lettelse, uvirkelighetsfølelse og håpløshet" (Renolen, 2015, s. 197).

Det varierer når en kvinne begynner å tenke på embryoet som et barn, sitt barn. At en abort skjer tidlig i svangerskapet betyr ikke at kvinnene ikke opplever sorg over det som ikke ble. En spontanabort kommer uforberedt, og kan oppleves som sjokkerende og som å miste en del av seg selv. En spontanabort kan være vanskelig å forstå, og mange kvinner leter etter en årsak hos seg selv som forklarer hvorfor det hendte dem. Ofte får også kvinner en skyldfølelse for noe de har eller ikke har gjort eller tenkt (Jerpseth, 2010).

3.4 Sykepleie ved lidelse

Når livssituasjonen endrer seg og medfører tap av livsinnhold og verdier opplever ofte mennesker å lide. Lidelse hører med å leve, kommer til alle mennesker og påvirker hele mennesket. "Felles for all

lidelse er at den omfatter både kroppslige, psykiske og åndelige/eksistensielle sider ved menneskets situasjon” (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011, s. 248).

For å lindre lidelse er det en forutsetning å kunne kjenne igjen og reagere på lidelse. Sykepleierens utfordring i møte med et lidende menneske, uansett årsak til lidelsen, er å møte det lidende mennesket og bidra til å lindre lidelsen. Å lindre lidelse innebærer for sykepleieren å ivareta pasientens grunnleggende behov. Ved å bruke seg selv i samhandlingen med pasienten åpnes det for samtale om det pasienten trenger å prate om. God sykepleie til mennesker som lider er å få de til å føle seg ivaretatt (Kristoffersen et al., 2011).

En del av å lindre lidelse er å lindre fysisk ubehag, og å kunne gi den som lider en medfølende hånd på skuldra. Å være tilstede og stille seg til rådighet for et lidende menneske er krevende, men gjennom å skape kontakt ved å tørre å være nær, se, høre og forsøke å forstå hvordan den lidende har det, vil den som lider kunne føle seg sett og forstått. Ved å være tilgjengelig for den som lider viser vi tydelig at vi er klar for å hjelpe når hun har behov for det. Det å være tilgjengelig for en annen krever at vi er oppmerksom og lydhør for både verbale og non-verbale tegn (Kristoffersen et al., 2011).

3.5 Hjelpende kommunikasjon og empati

”Kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre – å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte” (Eide & Eide, 2012, s. 12). Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet og kjennetegnes ved at hensikten ved kommunikasjonen er å hjelpe pasienten. Ofte har sykepleieren kort tid på seg til å etablere kontakt med pasienten og å skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen, og da er god kommunikasjon avgjørende. Ved uteblivende eller dårlig kommunikasjon oppstår det en fare for profesjonelle feil og mangler (Eide & Eide, 2012).

Eide & Eide (2012) sier videre at god profesjonell kommunikasjon og omsorg består av empati, fagkunnskap og målorientering. De definerer empati som ”evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner” (Eide & Eide, 2012, s. 36). Fagkunnskap om det pasienten går gjennom er viktig for evnen til å leve seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen. Målorientering innebærer at vi som sykepleiere har evnen og viljen til å la det faglige pasienten har behov for styre kommunikasjonen, samt å delaktiggjøre pasienten for å oppnå det beste resultatet (Eide & Eide, 2012).

En viktig del av sykepleie er å bevisst handle til pasientens beste (Nortvedt, 2012). Som sykepleiere er det viktig at vi har evnen til å føle med og kjenne pasientens smerte, samtidig som vi klarer å distansere oss. Klarer vi ikke dette kan vi ikke jobbe som sykepleiere. Pasientene trenger sykepleieren

å lene seg på, og at sykepleieren formidler trygghet og ro. Dersom sykepleieren er like engstelige som pasienten kan de ikke hjelpe (Nortvedt, 2012).

Eide og Eide (2012) sier at empati er helt nødvendig for god kommunikasjon, og at det er avgjørende at sykepleieren kommuniserer hennes forståelse tilbake til pasienten. Bare på denne måten kan sykepleieren handle ut fra forståelsen av pasientens opplevelse.

3.6 Hva sier forskningen?

“Women’s experiences of early miscarriage: implications for nursing care”(Radford & Hughes, 2015). Hensikten med denne artikkelen, som er et review av 9 kvalitative forskningsartikler, var å se hva tidligere forskning forteller om kvinners opplevelse av spontanabort, og sammenligne funnene. Funnene viser at en graviditet er en stor begivenhet i en kvinnes liv, og selv om en abort skjer tidlig i en graviditet må ikke effekten av den undervurderes. Artikkelen viser til fire områder som skilte seg ut:

- 1: Kvinnene trengte bekreftelse på sine følelser og fysiske symptomer under og etter aborten.
- 2: Kvinnene hadde et behov for kommunikasjon, kunnskap og informasjon fra sykepleieren.
- 3: Kvinnene opplevde et tap av rettigheten til å bli mor, et tap av identifikasjon som mor og en følelse av at de hadde sviktet.
- 4: Aborten endret kvinnenenes perspektiv på fremtiden, avhengig av kvinnenenes biografi. En kvinne som hadde barn fra før kunne reagere annerledes enn kvinner som ikke har barn fra før. Kvinnene fant det frustrerende at det ikke var mulig å finne noen årsak til aborten.

“Negotiation the transition: caring for women through the experience of early miscarriage”

(Murphy & Merrell, 2009). I denne artikkelen er 8 kvinner og 16 helsepersonell intervjuet, med hensikt å utforske deres opplevelser av spontanabort under innleggelse i gynekologisk avdeling på et sykehus i Storbritannia og tiden etterpå. Funnene fremhever viktigheten av at helsepersonell yter sensitiv, engasjert pleie som imøtekommer kvinnenenes emosjonelle og fysiske behov. Artikkelen viser til tre faser.

- 1) Kvinnene opplevde symptomer på spontanabort, men avvartet ultralyd-undersøkelsen for å bekrefte diagnosen.
- 2) Å bli innlagt og behandlet i en travel avdeling førte til at kvinnene ikke alltid følte at deres emosjonelle og fysiske behov ble møtt.

- 3) Kvinnenes opplevelse av tiden etter innleggelse i avdelingen inkluderte engstelse, tristhet og skyldfølelse.

”Emotional care for women who experience miscarriage” (Evans, 2012). Artikkelen er et review av 36 kvalitative forskningsartikler hvor hensikten var å utforske den emosjonelle opplevelsen av å spontanabortere på sykehus sett fra både pasienten og sykepleieren sitt perspektiv. Artikkelen presenterer 5 funn:

- 1) Abort kan være en traumatisk opplevelse, og like emosjonelt betydningsfullt uansett hvor langt graviditeten er kommet. Aborterende kvinner krever sensitiv håndtering av sykepleiere.
- 2) Kvinner som fikk en klarhet i hvorfor det som hadde skjedd kom bedre ut når det gjaldt å sitte igjen med en følelse av skyld og skyld på seg selv for aborten, dette gjaldt spesielt når helsepersonellet la vekt på at det er ingenting kvinnene kunne gjort annerledes for å forhindre aborten. På motsatt side hadde kvinnene som ikke fikk denne bekreftelsen lettere for å føle skyld.
- 3) Mange av studiene reflekterte over behovet for utdanning innen sorg-rådgivning. Et funn var også at eldre, erfarne sykepleiere ga mest passende sykepleie til denne pasientgruppen.
- 4) Sykepleieteorier foreslår at et en-til-en-forhold mellom sykepleier og pasient er sentralt i sykepleie. Å gi sykepleie til aborterende kvinner kan være krevende. Sykepleiere bør bestrebe å gi sensitiv og støttende pleie samtidig som de mestrer sine egne følelser.
- 5) Noen sykepleiere behøver å emosjonelt trekke seg tilbake og distansere seg fra pasientene for å være i stand til å stå i yrket. Dette kan føre til at pasientene oppfatter sykepleieren som uengasjert og at de føler seg mer som et objekt enn pasient. Mer utdanning innen sorg-rådgivning vil gjøre sykepleiere bedre rustet til å stå i jobben uten å bli utbrent.

”Tidig förlust. Kvinnors opplevelse av missfall (Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012). I denne artikkelen er 6 kvinner blitt intervjuet, med hensikt å beskrive den sørgende kvinnes opplevelse av spontanabort. Funnene i denne artikkelen sier at spontanabort preger en del av kvinnenes liv, og følelsene og måten å håndtere det på var tegn på en traumatisk krisereaksjon. Kvinnene har behov for å kjenne seg forstått og ha folk til stede som lytter, formidler trygghet og respekterer tapet de opplever. Artikkelen presenterer 7 funn:

- 1) Gleden over graviditeten, og tilknytning til fosteret og det kommende morsskapet kom tidlig.
- 2) Spontanaborten opplevdes som uventet og som ’et slag i ansiktet’. Aborten medførte en stor psykisk og fysisk belastning.

- 3) Kvinnene opplevde sinne og frustrasjon som hadde utspring fra skuffelsen over at ting ikke gikk som det skulle.
- 4) Kvinnene grublet over årsaken til spontanaborten, og anklagde seg selv for at de ikke hadde gjort nok for å skåne graviditeten. Følelsen av å være mislykket. Trenger masse informasjon og mulighet til å få besvart spørsmål de har.
- 5) Kvinnene uttrykte at de hadde behov for å få en form for støtte eller empati, spesielt å bli tatt på alvor med sine opplevelser og følelser knyttet til spontanaborten. De trengte at noen var tilstede, og ikke bli overlatt til seg selv.
- 6) Kvinnene opplevde at alt kjentes håpløst, og at livskrisen de gjennomgikk ikke ble anerkjent av andre.
- 7) Følelsesmessig så kvinnene embryoet som et barn, og følte at de hadde mistet et barn fremfor en celleklump. Noen kvinner følte at den tilknytningen de hadde til embryoet de spontanaborterte ikke ble anerkjent og møtt med respekt av helsepersonellet i avdelingen.

”Guilt and emptiness: women’s experiences of miscarriage (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2003). I denne artikkelen er 15 kvinner intervjuet, med hensikt å innhente kunnskap om kvinners opplevelse av spontanabort. Funnene i denne artikkelen sier at kvinnene som opplever en spontanabort ikke opplever at det er et embryo som går tapt, men et barn. De føler at de selv forårsaket aborten gjennom noe de har gjort, spist eller tenkt. De følte seg forlatt og sørget over barnet.

4 Drøfting

Kvinner som spontanaborterer får fysiske symptomer på at graviditeten har gått til grunne (Kristoff, 2012). Selv når kvinnene opplever disse symptomene viser forskning at de legger stor vekt på å få bekreftet diagnosen med ultralydundersøkelse (Murphy & Merrell, 2009). Dette husker jeg selv fra jeg var i praksis, kvinnene holdt fast ved håpet helt til ultralydundersøkelsen viste at det ikke var noe å håpe på.

4.1 Informasjon, kommunikasjon og empati

Ofte er det sykepleieren som møter kvinnen når hun kommer i avdelingen, og er også den som følger kvinnen på ultralydundersøkelsen (Jerpseth, 2010). Spontanabort kommer uforberedt på kvinnene som ofte er redde, usikre og preget av sjokk. Gjennom informasjon kan sykepleieren skape en forutsigbarhet for kvinnen som kan hjelpe henne å mestre situasjonen (Jerpseth, 2010). Dersom kvinnen må behandles for å få fjernet intrauterine rester må hun få god informasjon om

behandlingsalternativene, som består av medisinsk eller kirurgisk fjerning (Kristoff, 2012). Det er legen som informerer kvinnen, men sykepleieren må ofte gjengi informasjonen. I min praksis så jeg at kvinnene i stor grad selv fikk velge behandlingsalternativ, og da er det viktig at sykepleieren godt forklarer forløpet til hver metode, fordeler og ulemper med begge metodene, og risikoen for komplikasjoner som kan oppstå. Dersom vi gjenga informasjonen godt opplevde jeg også at det var lettere for kvinnen å bestemme seg for behandlingsmetode.

Av erfaring er det ikke alltid kvinnen husker hva legen har sagt under samtalene de har hatt. Det er en fordel dersom det er samme sykepleier som tar imot pasienten, følger på ultralydundersøkelse og følger opp etterpå. Det er lettere for sykepleieren å gjengi korrekt informasjon dersom hun har fulgt kvinnen. Forskingen til Ancker et al. (2012) fant at kvinnene trengte masse informasjon og mulighet til å få besvart spørsmål de har. Av erfaring vet jeg at det er lettere å besvare spørsmål pasienten har dersom en har gode kunnskaper innen fagområdet. Videre sier forskningen at kvinnene grublet over årsaken til spontanaborten, følte seg mislykket og klandret seg selv (Ancker et al., 2012). En spontanabort kan være vanskelig for kvinnen å forstå, og mange leter etter en årsak hos seg selv som forklarer hvorfor det hendte dem (Jerpseth, 2010). Evans (2012) sier at kvinner som fikk en klarhet i hvorfor spontanaborten skjedde kom bedre ut når det gjaldt å sitte igjen med skyldfølelse enn de som ikke fikk denne klarheten. Dette gjaldt spesielt dersom helsepersonellet la vekt på at det er ingenting kvinnene kunne ha gjort som ville forhindre at det skjedde. Teorien sier at kvinnene finner trygghet i at spontanabort er kroppens måte å kvitte seg med svangerskapet dersom det er noe galt (Jerpseth, 2010), og at de aller fleste spontanaborter skyldes feilutvikling i embryoet eller kromosonavvik (Kristoff, 2012).

Ved at samme sykepleieren har ansvar for kvinnen gjennom vekten kan en opparbeide et tillitsforhold som åpner for god samtale mellom kvinnen og sykepleieren, og en sikrer kontinuitet i informasjonen som blir gitt (Jerpseth, 2010). Som sykepleier har vi det ofte travelt, det er mange pasienter og gjøremål som skal rekkes over. Jo travlere det er i avdelingen, jo viktigere er god kommunikasjon – det er faktisk helt avgjørende for å skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen og kunne tilby kvinnen den hjelpen hun trenger (Eide & Eide, 2012). Betydningen av god kommunikasjon understrekes i forskningen til Murphy & Merrell (2009) som viser at kvinnene ikke alltid følte at deres fysiske og emosjonelle behov ble møtt under innleggelse i en travel avdeling. Dersom vi som sykepleiere gjennom kommunikasjon skal kunne hjelpe kvinnen som spontanaborterer må vi anerkjenne kvinnen gjennom å være aktivt lyttende, åpen og direkte (Eide & Eide). God profesjonell kommunikasjon og omsorg består av empati, fagkunnskap og målorientering (Eide & Eide, 2012). Som sykepleier må vi ha medfølelse for kvinnen, ha kunnskap om spontanaborter og et mål for sykepleien vi yter. Jerpseth (2010) sier at sykepleieren må oppmuntre kvinnen til å sette ord

på følelsene sine. For å unngå at kvinnen ikke føler seg godt nok ivaretatt betyr det rent praktisk at vi må finne en måte å ta oss tid til å sette oss ned med kvinnen en liten stund, og høre på det hun har å si. Som sykepleierstudent har jeg opplevd at det er mye lettere å yte god sykepleie til en pasient jeg kan litt om. Gode skriftlige og muntlige rapporter gir en god kontinuitet i sykepleien, og fører til at jeg som tar over ansvaret for kvinnen kan lese i rapporten eller spørre sykepleieren om det er noe jeg lurur på istedenfor å belaste kvinnen med å spørre henne.

Eide & Eide definerer empati som "evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner" (s. 36). Videre sier de at fagkunnskap om det kvinnene gjennomgår er viktig for evnen til å leve seg inn i kvinnens opplevelse av situasjonen, og at det er avgjørende at sykepleieren kommuniserer tilbake at hun forstår pasienten. Dersom sykepleieren klarer det kan hun handle ut fra forståelsen av pasientens opplevelse (Eide & Eide). Forskning viser at kvinnene hadde behov for bekreftelse på sine følelser og fysiske symptomer knyttet til spontanaborten (Radford & Hughes, 2015). Evans (2012) fant at sykepleie til kvinner som spontanaborterer kan være krevende, og at sykepleieren må mestre å gi sensitiv og støttende pleie samtidig som hun mestrer sine egne følelser. Skal vi som sykepleiere klare å stå i jobben er det viktig at vi viser empati samtidig som vi klarer å distansere oss (Nortvedt, 2012). Videre sier Evans (2012) at noen sykepleiere trenger å trekke seg tilbake emosjonelt og distansere seg fra kvinnene dersom de skal klare å stå i yrket, og konsekvensen av dette er at de oppfattes uengasjerte av kvinnene og at kvinnene føler seg mer som et objekt. Evans (2012) sier også at videreutdanning innen sorg- rådgivning for sykepleierne vil gjøre sykepleieren mer rustet til å stå i jobben uten å distansere seg og dermed gi kvinnene den hjelpen de trenger. Evans (2012) fant at eldre, erfarne sykepleiere ga mest passende sykepleie til kvinner som spontanaborterer. Kvinnene trenger at sykepleieren er en de kan lene seg på og som formidler trygghet og ro, dersom sykepleieren ikke klarer det kan hun ikke hjelpe kvinnen (Nortvedt, 2012).

4.2 Sykepleie ved lidelse

Travelbees (2014) grunntanke i sykepleie var menneske-til-menneske forholdet, hvor hun mente at sykepleieren og den syke måtte forholde seg til hverandre som individer – likt og ulikt alle andre. Hun mente at et menneske-til-menneske forhold gir mulighet for å hjelpe mennesket å mestre lidelse. Hun mente at all sykepleie alltid skal handle om mennesket, og at handlingene vi gjør som sykepleier ikke er målet for sykepleien men et middel for å hjelpe det andre mennesket. Av erfaring har ofte kvinner som spontanaborterer smerter, og i følge Travelbee vil da smertelindring være et middel for å hjelpe kvinnen og ikke selve målet med sykepleien. Det er derfor viktig at sykepleien ikke stopper opp når kvinnen er smertelindret, men også lindrer hennes andre behov. Funnene i Murphy &

Merrell (2009) sier at kvinnene har behov for sykepleie som imøtekommer deres emosjonelle og fysiske behov. Selv om kvinnen blir smertestilt fysisk har hun emosjonelle behov som hun trenger hjelp med å lindre. Travelbee (2014) sier at et sykepleiebehov er det kvinnen trenger som kan oppfylles av sykepleieren, og som hjelper henne å mestre lidelsen. For å vite hvilke behov for sykepleie kvinnen har, presenterer Travelbee (2014) 5 trinn sykepleieren kan bruke: observere, bekrefte/avkrefte, vurdere, planlegge og evaluere.

Travelbees (2014) 5 trinn tilsvarer sykepleieprosessen som vi har lært under studiet, og som er lagt stort fokus på i praksisperiodene. Sykepleieprosessen er hentet fra Amerikansk sykepleielitteratur, og ble tatt i bruk i Norge på 1960-tallet gjennom sykepleiere som hadde studert i USA.

Sykepleieprosessen 5 trinn er: datasamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering (Dahl & Skaug, 2011). Disse trinnene har jeg erfart som et godt hjelpemiddel under utøvelse av sykepleie, da det fungerer som en liten huskeliste. Det er viktig å kommunisere med kvinnen for å forsikre at eventuelle tiltak vi setter i gang er noe hun føler hun trenger, og hvordan en eventuell effekt av tiltakene har vært. Det vi ser og observerer må stemme overens med kvinnens opplevelse, ellers klarer vi ikke å gi den sykepleien hun trenger. Det er kvinnen som sitter på fasiten, mens vi som sykepleiere kommer med forslag til løsninger som kan lindre hennes lidelse. Fordi alle mennesker er unike individer vil de kreve ulik tilnærming av sykepleie. Det er derfor ikke gitt at sykepleietiltak vi har erfart fungerer hos tidligere pasienter vil fungere hos for andre. På lik linje som kvinnene er unike individer er også vi sykepleiere det, og av erfaring vet jeg at alle har ulike måter å tilnærme seg pasienten på, og det tenker jeg handler om personlighet og erfaring. Fordi vi er unike er det greit at vi gjør ting ulikt så lenge målet for sykepleien er det samme – nemlig å hjelpe kvinnen å mestre lidelsen hun opplever.

Nortvedt (2012) fastslår at en viktig del av sykepleie er å handle til pasientens beste, og forutsetningen for å klare dette er kunnskap og å kunne handle ut fra kunnskapen på en måte som ivaretar pasientens behov. Et menneske som opplever at livssituasjonen endrer seg og medfører tap av livsinnhold og verdier opplever ofte å lide (Kristoffersen et al., 2011). Sorg er en individuell prosess som er knyttet til en tapsopplevelse og som alltid vil utløse sterke og dype følelser (Renolen, 2015), og forskning viser at kvinnene opplevde sinne og frustrasjon, håpløshet (Ancker et al., 2012), skyldfølelse (Evans, 2012) og en følelse av at de hadde sviktet (Radford & Hughes, 2015). Selv om spontanaborten skjer tidlig i svangerskapet kan kvinnen ha rukket å begynne å tenke på embryoet som sitt barn, og opplever sorg over barnet som ikke ble (Jerpseth, 2010, s.45). Dette understøtter forskningen (Radford & Hughes, 2015; Evans, 2012; Ancker et al., 2012; Adolfsson et al., 2003). Funnene i Radford & Hughes (2015) forteller at graviditet er en stor begivenhet i en kvinnes liv, og selv om spontanaborten skjer tidlig i svangerskapet må ikke effekten av den undervurderes.

Forskningen viser at kvinnene uttrykte behov for at deres opplevelser og følelser knyttet til spontanaborten ble tatt på alvor (Ancker et al., 2012). Adolfsson et al. (2003) sier at kvinnene følte seg forlatt og sørget over barnet. Forskningsartiklene til Ancker et al. (2012) og Adolfsson et al. (2003) viser at kvinnene ikke alltid opplever at deres opplevelser og behov blir møtt og ivaretatt av sykepleierne under oppholdet i avdelingen. Her viser tydelig forskningsartiklene hva kvinnene føler de trenger, og at de ikke føler de alltid får det under oppholdet i avdelingen. Selv synes jeg dette understøtter behovet for videreutdanning innen sorg-rådgivning som artikkelen til Evans (2012) fremhever. Som Nortvedt (2012) sier er kunnskap en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten.

Som sykepleier er utfordringen å møte det lidende menneske og lindre lidelsen. Skal sykepleieren klare å lindre lidelse er det en forutsetning at hun kjenner igjen og reagerer på lidelse (Kristoffersen et al., 2011). Det er krevende å yte sykepleie til mennesker som lider da det krever at en er til stede og stiller deg til rådighet. Du må tørre å være nær og forsøke å forstå hvordan kvinnen har det for at hun skal føle seg sett og ivaretatt. (Kristoffersen et al., 2011). Vi må klare å skape det menneske-til-menneske forholdet Travelbee (2014) er opptatt av. Det er kvinnen som er i fokus. Kvinnen som har spontanabortert og som sitter med sine følelser og opplevelser av situasjonen – følelser og opplevelser som vi som sykepleiere skal vise empati for og som vi må finne en måte å prøve å lindre. Vi må anerkjenne at kvinnen opplever situasjonen slik hun gjør, og gi av oss selv slik at hun føler hun blir godt ivaretatt. Kristoffersen et al. (2011) sier at god sykepleie til mennesker som lider er å få de til å føle seg ivaretatt. Funnene til Murphy & Merrell (2009) fremhever hvor viktig det er for kvinnen at sykepleieren yter sensitiv og engasjert pleie som imøtekommer hennes emosjonelle og fysiske behov. Mennesket er et unikt individ (Travelbee, 2014) og avhengig av kvinnens biografi endret spontanaborten kvinnenes perspektiv på fremtiden (Radford & Hughes, 2015). Av erfaring har jeg sett at alle kvinnene reagerer ulikt på spontanaborten, og at det er mange faktorer som spiller inn, som for eksempel: har hun barn fra før? Er dette hennes første graviditet? Har hun prøvd å bli gravid lenge? Har hun spontanabortert tidligere? Hvor langt i svangerskapet har hun kommet? Har hun fortalt det til familie og venner? Som sykepleiere er det våres jobb å tilpasse sykepleien vi yter til hver enkelt kvinne, fordi alle er unike og har ulike behov. Vi må skape oss en oversikt, og gi kvinnen den tilpassede helhetlige sykepleien hun ifølge yrkesetiske retningslinjer §2.3 har rett på (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Travelbee (2014) sier at for å vurdere om sykepleien vi yter fører til at kvinnen føler at hennes behov er ivaretatt eller ikke, må vi samtale med kvinnen for å få bekreftelse på det. Helt i slutten av min praksisperiode på gynekologisk sengepost tok jeg imot en kvinne i graviditetsuke 14 som opplevde småblødninger. Dette var hennes første graviditet og hun fortalte at hun hadde vært hos jordmor i kommunehelsetjenesten noen dager tidligere til kontroll, og at jordmoren ikke hadde klart å finne

hertelyd. Jordmoren hadde beroliget henne med at det kunne skje så tidlig i svangerskapet, og at det ikke nødvendigvis betydde at noe var galt. Kvinnen hadde slått seg litt til ro med det, og fått time en uke senere for å prøve å finne hertelyd på nytt. Etter noen dager hadde hun begynt å blø. Hun kom i avdelingen alene, da mannen hennes var på jobb. Da hun var kommet såpass langt i svangerskapet ble det utført en ordinær ultralyd fremfor vaginal ultralyd, og jeg som student utnyttet muligheten til å få være med på undersøkelsen. Det er ikke rutine at sykepleier følger på ordinær ultralyd, så jeg spurte kvinnen og legen om tillatelse til å få være med. Det tok ganske kort tid før legen fant et foster uten hertelyd, og hun informerte raskt kvinnen om behandlingsoalternativene før hun gikk for å finne en annen lege som kunne bekrefte funnet.

Jeg ble sittende hos kvinnen med en trøstende hånd på armen hennes, og pratet med henne om behandlingsoalternativene da det var det hun ønsket å prate om. Artikkelen til Ancker et al. (2012) fant at kvinnene har behov for å ha folk tilstede som lytter, formidler trygghet og respekterer tapet de opplever. Etter en liten stund uttrykte hun ønske om å ringe mannen sin, og jeg forlot rommet og fortalte henne at jeg var rett utenfor om hun trengte meg. Kristoffersen et al. (2011) sier at å være tilgjengelig innebærer å være oppmerksom og lydhør for verbale og non-verbale tegn fra kvinnen. Ved å være tilgjengelig viser vi at vi er klare for å hjelpe når kvinnen har behov for det. Kvinnen hadde umiddelbart behov for å prate om de ulike behandlingsoalternativene før hun hadde lyst å ringe mannen, her skjønnte jeg at det var best jeg gikk ut slik at det ble en privat samtale dem imellom samtidig som jeg gjorde det klart hvor hun kunne finne meg dersom hun trengte meg. Legen kom tilbake med en annen lege som bekreftet funnet av foster uten hertelyd. Jeg fulgte kvinnen ned i avdelingen og ble hos henne til mannen hennes kom kort tid etterpå. De fikk tid sammen alene til å ta innover seg spontanaborten og diskutere behandlingso metode. De fikk også tilbud om samtale med sykehuspresten, som de takket ja til. Kvinnen ble i avdelingen til neste morgen, og da jeg kom på vakt igjen den morgenen kom hun å takket meg for at jeg hadde blitt med på ultralydundersøkelsen og satt igjen med henne når legen gikk. Hun takket for at jeg hadde tatt meg så godt av henne, og at hun hadde følt seg forstått, trygg og ivaretatt. For meg bekreftet det at jeg hadde klart å yte god sykepleie til denne kvinnen gjennom å tørre å være nær, se, høre og forsøke å forstå hvordan hun hadde det, og fått henne til å føle seg ivaretatt.

5 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å finne ut hvilket behov for sykepleie kvinner som spontanaborterer har, og hvordan jeg som sykepleier kan yte omsorgsofull sykepleie til denne pasientgruppen. Kvinner som spontanaborterer har behov for informasjon, klarhet i årsak til spontanaborten og bekreftelse på sine opplevelser og følelser. Mange kvinner opplever spontanaborten som å miste et barn og kan

oppleve skyldfølelse for at svangerskapet gikk til grunne. God informasjon fra en sykepleier som har mye erfaring og kunnskap om emnet kan berolig kvinnen om at det ikke er hennes feil at svangerskapet gikk til grunne, og at det ikke er noe kvinnen kunne ha gjort som ville forhindre det.

Målet med sykepleien er at kvinnen skal føle seg ivaretatt og få dekket sine behov. Kvinner som spontanaborterer krever sensitiv og engasjert sykepleie, og de har behov for at tapet de opplever blir respektert og anerkjent. Sykepleien skal handle om kvinnen, og handlingene vi gjør skal være til hennes beste. Alle mennesker er unike, og vil derfor kreve ulik tilnærming av sykepleien. Skal vi klare å yte god omsorgsfull sykepleie er vi nødt å ha gode kunnskaper om faget, da dette gir oss evnen til å leve oss inn i kvinnens opplevelse av situasjonen. Sykepleien må være preget av empati for kvinnen, og skal vi lykkes i å få kvinnen til å føle seg ivaretatt må vi være tilgjengelige og stille oss til rådighet for henne. Kommunikasjon er et nøkkelord i god sykepleie da det er eneste måten å sikre at sykepleien vi yter bygger på forståelse av kvinnen og hennes behov.

Etter å ha skrevet denne oppgaven sitter jeg igjen med 7 punkter som jeg mener svarer på hva omsorgsfull sykepleie til kvinner som spontanaborterer innebærer. Disse 7 punktene er: informasjon, anerkjennelse, bekreftelse, empati, formidling av trygghet, tilstedeværelse og tilstrekkelig fagkunnskap.

6 Litteraturliste

- Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijma, B., & Berteö, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International, 25*, 543-560. doi: 10.1080/07399330490444821
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Tidig förlust. Kvinnors opplevelse av missfall. *Vård i Norden, 103*(32), 32-36. Hentet fra: <http://njn.sagepub.com/content/32/1/32.full.pdf>
- Dahl, K., & Skaug, E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. | N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie – bind 2* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing standard, 26*(42), 35-41. Hentet fra: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?si_d=3563ffdb-b963-4ca3-8982-e13ca10dabcb%40sessionmgr115&vid=0&hid=106
- Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. | H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoff, A. (2012). Sykdommer knyttet til svangerskapet. | S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, håp og mening. | N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie – bind 3* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiation the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1583-1591. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Hentet 01.04.16 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 16.04.16 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Radford, E. J., & Hughes, M. (2014). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1457-1465. doi: 10.1111/jocn.12781

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke AS

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS