

EKSAMENSINNLEVERING

**Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17, kl. 14.00

Kandidatnr.: 500

Antall ord: 8593

... OG PLUTSELIG EN DAG

SYKEPLEIE VED SPONTANABORT



NAJEEB LAYYOUS / SCIENCE PHOTO LIBRARY / Universal Images Group
Rights Managed / For Education Use Only

Bachelor i sykepleie, avdeling for helsefag, Haugesund 2017

Kull 2014

Antall ord: 8593

SAMMENDRAG

Tittel: ... og plutselig en dag - sykepleie ved spontanabort.

Bakgrunn: Det er ca. 7000-8000 kvinner i Norge som årlig opplever spontanabort. Mange av disse kvinnene opplever dyp sorg, og psykiske etterreaksjoner kan forekomme. Spontanabort er noe som rammer mange, men som sjeldent blir snakket om i frykt for å ikke bli forstått. I denne oppgaven settes det lys på kvinner som mister i en ønsket graviditet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus?

Hensikt: Få økt kunnskap om temaet spontanabort, og hvordan sykepleier kan bidra i kvinnenes personlige krise på sykehus.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som inkluderer forskning, litteratur og teori for å belyse problemstillingen.

Funn: Kvinner som spontanaborter kan oppleve psykiske plager og etterreaksjoner. Skyldfølelse er ikke uvanlig, noe som betyr at kunnskapen rundt tema ikke er god nok. Kvinnene trenger trygghet og omsorg, samt bør oppmuntres til å snakke om opplevelsene sine rundt spontanaborten som en del av sorgprosessen.

Oppsummering: Oppgaven konkluderer i viktigheten med å ta kvinnene som spontanaborterer på alvor og respektere hennes sorg. God informasjon, samt å skape rom for at kvinnen selv kan få snakke om det som har skjedd er viktig for eventuelle etterreaksjoner som kan forekomme.

Nøkkelord: spontanabort, sorg, psykososiale behov og sykepleie.

ABSTRACT

Title: ...and suddenly one day - nursing at miscarriage.

Background: About 7000-8000 women in Norway experience miscarriage every year. A lot of women experience extreme grief, and psychological after-reactions may occur. Miscarriage affects many women, but they rarely talk about in fear of not being understood. This report will emphasize on women who experience miscarriage in a wanted pregnancy.

Thesis question: How can nurses take care of women whose experience miscarriage at the hospital?

Purpose: Increase the knowledge about miscarriage and how nurses can contribute in such a personal crisis in the hospitals.

Method: The thesis is a literature study that includes research, literature and theory to elucidate the research question.

Results: Women who experience miscarriage can develop mental disorders and psychological after-reactions. Guilt is not an unusual feeling, which means that the knowledge concerning the subject is not sufficient enough. Women need safety and care, and should be encouraged to talk about their miscarriage experience as a part of the grieving process.

Summary: The thesis concludes with the importance of taking miscarriage seriously and respecting a women's grief. Sufficient information, as well as creating an opportunity for the women to talk about her experiences is important. This can also important any subsequent reactions that can occur.

Keywords: Miscarriage, grief, psychosocial needs and nursing.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INTRODUKSJON	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT	1
1.3	SYKEPLEIEFAGLIG PROBLEMSTILLING	1
1.4	PRESISERING OG AVGRENSING	1
2	BEGREPSMESSIG RAMMEVERK	2
2.1	SPONTANABORT	2
2.1.1	<i>HVORFOR SKJER SPONTANABORT?</i>	2
2.1.2	<i>PSYKISKE PÅKJENNINGER OG SYKEPLEIE VED SPONTANABORT</i>	2
2.2	SYKEPLEIEFAGLIG OG TEORETISK PERSPEKTIV	5
2.2.1	<i>JOYCE TRAVELBEE</i>	5
3	METODE	7
3.1	KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE	7
3.2	LITTERATURSTUDIE	7
3.3	LITTERATURSØK OG FREMGANGSMÅTE	8
3.4	KILDEKRITIKK	8
3.5	FORSKNINGSETIKK	9
4	FUNN	10
4.1	PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	10
4.2	HOVEDFUNN I ARTIKLENE	14
5	HVORDAN KAN SYKEPLEIER IVARETA KVINNER SOM GJENNOMGÅR SPONTANABORT PÅ SYKEHUS?	16
5.1	TRYGGHET OG OMSORG TIL KVINNEN SOM MISTER	16
5.2	KVINNEN I KRISE OG SORGEN SOM FØLGER	18
5.3	DEN VIKTIGE SAMTALEN	20
5.4	HJELPEREN OG SAMFUNNETS ROLLE	22
6	KONKLUSJON	24
7	REFERANSELISTE	26

VEDLEGG I – OVERSIKT OVER SØK	I
VEDLEGG II – FORSKNINGSTABELL	II
VEDLEGG III – SVAR FRA MARIA BACHMANN	IX
VEDLEGG IV – SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING	XII

1 INTRODUKSJON

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Abort- uønsket svangerskap er det første som møter meg ved googlesøket *abort*. Det har i de siste årene vært et økt fokus på kvinners rett til selvvalgt abort, og et engasjement verden over hvor det kjempes for kvinners rettighet til selv å bestemme om de vil avbryte svangerskapet i løpet av de tolv første ukene. Noe som ikke blir like mye snakket om er kvinnene som opplever abort som skjer spontant, gjerne i en ønsket graviditet. I denne oppgaven skal jeg ta for meg temaet spontanabort og kvinnene som opplever dette. Grunnlaget for temaet at jeg synes det er relevant og viktig i dagens samfunn hvor det ikke blir snakket om, og hvor jeg har et inntrykk av at disse kvinnene fort kan bli glemt. Her i landet blir ca. 7000-8000 kvinner behandlet for spontanabort årlig og man regner med at mellom 15-20 prosent av erkjente svangerskap ender i spontanabort (Jerpseth, 2010). Mange av disse kvinnene opplever dyp sorg, og psykiske etterreaksjoner er heller ikke uvanlig. Under sykepleierutdanningen har jeg jobbet på fødeavdelingen hvor jeg har møtt kvinner som har gjennomgått spontanabort. Jeg har sett kvinner og familier i krise og sorg, noe som har gjort meg engasjert i nettopp denne pasientgruppen.

1.2 HENSIKT

Hensikten med denne oppgaven er i hovedsak å få mer kunnskap om temaet. Abort er et sårt og vanskelig tema for mange, som ikke blir snakket om i dagens samfunn. Jeg vil med min oppgave sette lys på kvinnene som mister det som skulle bli et nytt liv, og lære hvordan jeg som sykepleier kan bidra i deres personlige krise mens de er på sykehus.

1.3 SYKEPLEIEFAGLIG PROBLEMSTILLING

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus?

1.4 PREISERING OG AVGRENSING

Oppgaven skal omhandle kvinner i alle aldre, og i hele svangerskapet, som gjennomgår spontanabort og kommer til gynekologisk avdeling på sykehus. Jeg skal fokusere på kvinner i krise etter gjennomgått spontanabort som er innlagt i sykehus, og de psykiske reaksjonene som kan forekomme. Denne oppgaven vil først og fremst omhandle kvinner som mister barnet i en ønsket graviditet, og som opplever tap og sorg over spontanaborten.

2 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK

I dette kapittelet skal jeg si noe om årsaker til spontanabort, samt trekke inn litteratur om psykiske påkjenninger kvinner som opplever spontanabort kan være utsatt for. Deler fra Travelbees sykepleieteori vil også bli presentert.

2.1 SPONTANABORT

2.1.1 HVORFOR SKJER SPONTANABORT?

Det er flere årsaker til spontanabort, men som oftest skyldes det feil i kjønncellene eller sykdom hos fosteret, i eggsekken eller i celledaget som omkapsler egget. Andre faktorer kan være sykdomsforhold i placenta, infeksjoner, intrauterin prevensjon (spiral), flerlinggraviditet, høy alder hos kvinnen og andre forhold som røyking, feilernæring, og alkohol- og legemiddelmisbruk (Maltau, 2010). Spontanabort skjer som regel tilfeldig, og risikoen er liten for at det skal gjenta seg. Under begrepet spontanabort inngår; inkomplett abort med vaginalblødning og ofte graviditetsprodukter i vagina eller cervikalkanalen, komplett abort, hvor hele eggsekken blir frastøtt fra livmor og missed abortion som er fosterdød uten at det skjer spontan utstøtning (Gudim & Juvkam, 2008, s. 82).

2.1.2 PSYKISKE PÅKJENNINGER OG SYKEPLEIE VED SPONTANABORT

Ved tap er sorg en naturlig tilstand som alle mennesker opplever gjennom livet. Sterke og dype følelser utløses og man kan kjenne på tristhet, skyld, sinne, lettelse, uvirkelighetsfølelse og håpløshet. Dette er en individuell prosess og alle sørger på sin egen måte. Som sykepleier som skal støtte mennesker i sorg er teoretisk kunnskap og personlig erfaring med å utvikle sensitivitet i møte med sørgende grunnleggende (Renolen, 2015, s. 197, 198, 200). Kvinner som mister barnet sitt, da spesielt tidlig i svangerskapet, opplever ofte at hendelsen blir bagatellisert av andre. En tanke om barnets fremtid, navn, utseende, klær og så videre er ofte noe som blir etablert tidlig i svangerskapet hos mange mødre. Et ønske om å bli mor ligger dypt i de fleste kvinner noe som slår ut i full blomst når en ser den positive graviditetstesten. Når en da gjennomgår en spontanabort i en ønsket graviditet kan dette beskrives som en istykkerslått fremtid, der alt en hadde håpet å oppleve sammen med barnet sitt ikke blir noe av lenger. Sorg oppstår i nåtid med forankringer i fortid, samt vanskelig å få ut av vår fremtid. Det kan være aktuelt å informere kvinnen eller paret om at sorg er naturlig i denne prosessen, og at sorgens uttrykk kan være forskjellig, samt at en ikke nødvendigvis er på samme sted i sorgprosessen (Jerpseth, 2016, s. 159, 160).

Når man gjennomgår og opplever noe som er følelsesmessig vondt, vil psyken lage en strategi for hvordan å komme seg gjennom det. For noen hjelper det å være aktive, andre passive, noen vil snakke og andre vil tie. Det er mange som velger å skrive ned tanker og erfaringer for å dele eller selv bli mer bevisst på det som foregår. Flere velger å skrive innlegg i nettforum som sorgbearbeidelse. Det å gi uttrykk for vanskelige opplevelser kan virke klargjørende og rensende (Flohr & Wold, 2008, s. 211).

Begrepet krise innebærer en situasjon som er vanskelig og et avgjørende vendepunkt eller en plutselig forandring. I psykologien blir begrepet brukt i sammenheng med at en person har kommet opp i en livssituasjon som er utenfor mestringsnivået. Kriser utløses av ulike hendelser og situasjoner som for eksempel dødsfall, sykdom og skade (Renolen, 2015, s. 183, 184). Mange kvinner som gjennomgår spontanabort opplever å være i krise. Cullberg sier noe om de forskjellige fasene i en krise. Den første beskriver han som en sjokkfase som er preget av uvirkelighetsfølelse. Mange har problemer med å ta til seg og huske informasjon som blir sagt i denne fasen, og den rammede trenger god allmenn omsorg. Fasen etter kan vare i opp til seks uker og preges av virkelighetsoppfatning hvor følelsene slippes til. Mange prøver ofte å finne en mening med det som har skjedd, og samtale med andre for å snakke om følelser og opplevelser er ofte ønskelig. Her får den kriserammede erkjent følelser, noe som kalles verbalisering. Som sykepleier i en slik situasjon er rollen å lytte til og ta imot. Angst og depresjon er ikke uvanlige reaksjoner som kommer frem i denne fasen. Cullberg beskriver sjokk- og reaksjonsfasen som de akutte fasene i en krise, og de to neste fasene, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen, går ut på å godta det som har skjedd, etterfulgt av å lære å leve videre med det (sitert i Renolen, 2015, s. 184, 185, 186).

Angst er preget av følelser som ubehag og psykisk smerte. Å oppleve angst kan skape uro og unnvikelse, og oppmerksomheten rettes ofte mot seg selv. Angst setter i gang en signalfunksjon både for fysisk fare og sosial utfordring. Skåderud, Haugsgjerd & Stänicke skriver om depressiv angst som knytter seg til en frykt for å kjenne på egen skyld og eget ansvar. Angsten skaper en form som overdøper andre følelser og temaer når det er snakk om skyld og ansvar. Traumeangst er også noe som omtales når en person blir overveldet, for eksempel hvis livssituasjonen blir belastet, slik som det kan oppleves ved spontanabort (Skåderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 292-299).

I møte med mennesker i krise og sorg er omsorg et sentralt begrep. Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke (2010, s. 86) beskriver omsorg som god samhandling mellom mennesker og en grunnleggende forståelse av at mennesker er avhengig av hverandre. Begrepet er et svar på en dybdeerkjennelse av en allmenn avhengighet. I sykepleieyrket er omsorg en grunnleggende egenskap for å hjelpe pasienten. Elementer i en slik omsorg vil være nestekjærlighet, anerkjennelse, håp og forståelse for lidelse.

Helsepersonell er de som møter kvinnene som har gjennomgått en spontanabort på sykehuset, og har en stor påvirkning på de berørte. Flohr & Wold sier det er umulig å sette en fasit på hvordan man som helsepersonell skal opptre, da alle mennesker er individer med egne behov og ønsker. Noen ønsker helsepersonell som snakker direkte og usminket, mens andre foretrekker smertefulle opplysninger ”innpakket” på en skånsom måte. Likevel vil det å vise ærlighet, trygghet og omsorg være det viktigste for helsepersonellet (Flohr & Wold, 2008, s. 222, 223).

Kvinner som gjennomgår spontanabort har varierende symptomer. Noen opplever mindre utstøtinger av svangerskapsprodukter, mens andre kan ha blødning, moderate smerter og utstøting av flere svangerskapsprodukter. Dette avhenger hvor langt en er kommet i svangerskapet. Noen merker også at graviditetssymptomer avtar eller blir borte. Diagnosen blir som regel stilt ved anamnese, kliniske funn, ultralydundersøkelse og serum-hCG (Acharya & Maltau, 2015, s. 118, 119).

Norsk gynekologisk forening (2015) skriver i sin veileder i gynekologi, under punktet om oppfølging og komplikasjoner av spontanabort at mange pasienter opplever en betydelig sorgreaksjon, og oppfordrer til oppfølging for disponerte pasienter. Depresjon er også tatt med i komplikasjoner ved spontanabort. Helsedirektoratet sier at for alle typer abort skal psykiske reaksjoner tas med i vurdering av belastning (Helsedirektoratet, 2016).

Jerpseth skriver om kvinnenes psykososiale behov i forbindelse med spontanabort. I akuttfasen er mange redde og usikre, og det er viktig at pasienten får god informasjon om hva som skjer. For å skape et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er tillit viktig. Det vil da være en fordel at samme sykepleier tar imot pasienten, deltar ved undersøkelsen og følger opp i etterkant. Sykepleieren som er med pasienten/paret må aktivt lytte til deres fortelling, gjerne flere ganger samt oppmuntre til å sette ord på følelsene de har. Ved utskriving bør

kvinnen få tilbud om å ha partneren sin med seg. I og med at det er vanskelig å finne eksakt årsak til hvorfor spontanaborten har skjedd er det mange kvinner som opplever det godt å høre at det som regel er kroppens måte å kvitte seg med et svangerskap på når noe er galt. I de fleste tilfeller ligger årsaken hos fosteret, der kvinnen selv ikke kunne gjort noe annerledes. Det er også viktig å informere om at det ikke er økt risiko for at en spontanabort kan skje igjen ved senere graviditet (Jerpseth, 2016, s. 160).

I den mye omtalte boka til Brochmann og Dahl, *Gleden med skjeden*, skrevet for kvinner i alle aldre med hensikt å bli bedre kjent med kvinnekroppen, sier de noe om spontanabort. Det oppfordres til åpenhet rundt temaet, hvor det påpekes hvor vanlig dette faktisk er. De legger vekt på at det som oftest ikke er noens skyld at spontanabort skjer og løfter frem at det ikke skal være noe skambelagt ved tema (Brochmann & Dahl, 2017, s. 262-268).

2.2 SYKEPLEIEFAGLIG OG TEORETISK PERSPEKTIV

2.2.1 JOYCE TRAVELBEE

Travelbee definerer sykepleie som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29).

Sykepleieprosessen som sykepleieren gjør både for og sammen med mottakeren, handler om å hjelpe enkeltindividet eller familien til å mestre sykdom og lidelse når dette oppstår i individets eller familiens liv. I pasientgrupper som gjennomgår traume og som er i krise er det den profesjonelle sykepleierens jobb å hjelpe den enkelte og familien til å mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i erfaringene. Dette gjør sykepleieren ved å etablere tilknytning og formidle forståelse, samtidig som en ser det hele mennesket i pasienten (Travelbee, 1999, s. 33).

Travelbee skriver om å etablere et menneske-til-menneske-forhold med hensikt å hjelpe individet og familien til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Teorien går ut på å målbevisst etablere og opprettholde en tilnærming til pasienten og dens problem ved å bruke seg selv terapeutisk. For å bruke seg selv til å jobbe effektivt i sykepleiesituasjoner må en vite hvordan ens egen atferd påvirker andre. Det å bruke seg selv terapeutisk handler om å ha evne

til å bruke egen personlighet bevisst og målrettet for å etablere et forhold til den som skal ta imot sykepleien. Dette krever selvinnsikt, selvforståelse og innsikt i drivkreftene som står bak menneskelig atferd, samt evne til å se og tolke egen atferd (Travelbee, 1999, s. 41, 44, 45).

Travelbee skriver om det å ha innsikt i hvordan det er å være menneske, og en klarhet over egne forestillinger og oppfatninger av sykdom, lidelse og død. En må drøfte egne oppfatninger og vite at egne verdier, livssyn og menneskesyn er avgjørende for i hvilken grad en kan hjelpe andre til å mestre ulike situasjoner. For å jobbe terapeutisk ved å bruke seg selv må fornuft og intelligens være organisert, samt at en har evne til disiplin, selvinnsikt, empati, logikk og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 37, 45).

Begrepet lidelse er en smertefull opplevd situasjon som er relevant for pasientgruppen i oppgaven hvor abort er forbundet med psykisk og fysisk smerte. Lidelse er en erfaring som gjennomleves av individet, hvor hver enkelt opplever det på egen måte (Travelbee, 1999, s. 98, 99).

3 METODE

I dette kapittelet vil jeg si noe om hvordan oppgaven min er bygget opp, hvilke metoder jeg har gjort for å besvare problemstillingen, samt hvilke vurderinger jeg har tatt i utvelgelsen av forskning.

Metode handler om hvordan man på best mulig måte går frem for å finne kunnskapen man leter etter. Det er et redskap som brukes for undersøkelse, og til hjelp for å samle inn data (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE

I oppgaven min bruker jeg artikler hentet fra to forskjellige metoder; den kvalitative og den kvantitative. Kvalitativ forskning tar for seg meninger og opplevelser, egenskaper eller karaktertrekk ved fenomener. Den kvantitative metoden går mer ut på målbare data i form av tall. Disse tallene gir for eksempel mulighet for å finne gjennomsnitt eller hvor stor andel prosent av kvinner som har etterreaksjoner av abort. Begge metodene bidrar på hver sin måte til å bedre forståelse av samfunnet vi lever i, samt samhandlingen mellom enkeltmennesker, grupper og institusjoner (Dalland, 2012, s. 112, 113). Fire av de fem artiklene jeg har inkludert i oppgaven min er kvalitative, og kun en er kvantitativ. Temaet jeg skriver om tar for seg en sårbar pasientgruppe, og problemstillingen min skal finne svar på *hvordan sykepleier kan ivareta kvinnene som gjennomgår spontanabort*. Ved bruk av kvalitativ metode i forskningen undersøkes kvinnenes egne opplevelser og meninger, noe som igjen gir et bedre innblikk i å finne en tilpasset sykepleie basert på hva kvinnene selv ønsker. En kvantitativ forskningsartikkel er allikevel interessant å bruke, da den gir en konkret oversikt og kan opplyse om statistikk på området. En slik metode vil derfor være hensiktsmessig sammen med den kvalitative for å vise omfanget av en forskning ved bruk av den ene metoden, og mer detaljert hva det dreier seg om i den andre.

3.2 LITTERATURSTUDIE

Bacheloroppgaven min er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en oppgave bygget opp av publiserte artikler innenfor de fleste helserelaterede felt. Et systematisk litteratursøk i publiserte vitenskapelige artikler og gjennomgang eller vurdering av disse er formålet med litteraturstudien. God struktur i gjennomføringen er avgjørende for å finne best mulig treff som er relevante for problemstillingen (Christoffersen, Johannesen, Tuft & Utne, 2015, s. 62,

63). Bacheloroppgaven bygger på skriftlige kilder, og det er valget av disse som avgjør hvordan oppgaven blir. I en litterær oppgave brukes det et metodisk redskap som går ut på vurdering og kildekritikk (Dalland, 2012, s. 223). Jeg har brukt pensum og faglitteratur for å belyse teorien, benyttet søkemotoren google for å bli bedre kjent med tema, samt at jeg har vært i samtale med sykepleier for å kontrollere at mine funn er relevante.

3.3 LITTERATURSØK OG FREMGANGSMÅTE

For å finne frem til relevant forskning søkte jeg i databasene CINAHL og SveMed+ som er relevante for sykepleieforskning. Her fant jeg mange engelske artikler om abort, men få som var slik jeg hadde sett for meg. For å avgrense den tilgjengelige litteraturen i disse databasene brukte jeg relevante søkeord for mitt tema som; miscarriage, nursing, spontaneous abortion, pregnancy loss, coping, grief og experience. Dette gav meg mer korrekte treff for min problemstilling.

3.4 KILDEKRITIKK

Kildekritikk går ut på å vurdere i hvilken grad forskningen man finner kan brukes til å besvare problemstillingen. Grunnlaget for dette er å vise at man har kunnskap på området man skriver om, og målet er å vise leseren hvilken litteratur man har brukt og hvorfor (Dalland, 2012, s. 72, 73).

For å kritisk vurdere valgte artikler brukte jeg ”Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning” fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Alderen på forskningsartiklene jeg har valgt er noe variert, da en er fra 2006, to fra 2009 og to fra 2012. Dette er en sårbar pasientgruppe som det er gjort lite forskning på, da spesielt i Norge, noe som resulterte i kun en norsk artikkel (artikkel 3), som igjen underbygger resultatene sine på utenlandske funn. På grunn av mangel på norsk forskning, samt at forskningen jeg fant fra Norge er av eldre tid, valgte jeg å stille noen spørsmål til sykepleier Maria Bachmann som jobber på gynekologisk avdeling på Haugesund sykehus. Grunnlaget for dette er at jeg ønsket å inkludere erfaringer fra noen som møter kvinnene på avdelingen, samt et innblikk i rutiner i forhold til denne pasientgruppen, noe jeg selv ikke har. Jeg vil også kommentere at dette kun er én sykepleiers erfaringer fra ett sykehus i Norge, noe som vil si at hennes erfaringer og tanker kan og vil variere fra andres.

3.5 FORSKNINGSETIKK

Forskningsetikk er et viktig begrep under bachelorprosessen. Etikk skal gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler, og det finnes forskningsetiske komitéer for dette. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning hvor mennesker er involvert skal det søkes om forhåndsgodkjenning hos en slik komité (REK.). For de som utfører intervjuer med personer i en studie skal etikken følge med. En bør tenke over hvem som vil ha nytte av kunnskapen som fremskaffes, og eventuell belastning for de som blir intervjuet (Dalland, 2012, s. 96-98).

I fire av forskningsartiklene jeg har valgt kommenteres etikken. Artikkel 1, artikkel 3 og artikkel 4 er godkjent av ulike etiske komitéer. I artikkel 2 blir ikke en etisk komité nevnt, men i avsnittet om forskningsetiske betraktninger kommenteres det at initiativet til å delta i forskningen kom fra kvinnene selv, hvor de kunne trekke seg når som helst og hvor all data skulle håndteres konfidensielt. I artikkel 1 og artikkel 3 kommenteres det at kvinnen selv ønsket å bidra i forskning på tema, selv om det kunne være sårt og vanskelig. Noen av kvinnene håpet på at deres svar kunne være til hjelp for andre, og i begge disse artiklene forteller kvinnene om viktigheten av at temaet blir forsket på.

4 FUNN

Under vil jeg presentere fem forskningsartikler jeg bruker for å besvare problemstillingen min, samt en felles oppsummering av funnene.

4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER

Artikkel 1 – Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage

Av Murphy & Merrell (2008)

Hensikt: å utforske kvinners erfaringer med spontanabort på en gynekologisk avdeling i Storbritannia.

Metode og utvalg: Studien er kvalitativ. 8 kvinner som hadde opplevd spontanabort og 16 helsepersonell deltok.

Studien peker på tre faser som kvinnene gikk gjennom;

De første tegnene på at noe var galt: Kvinnene hadde symptomer som smerter og vaginal blødning hvor de da ble sendt til sykehuset for sjekk etterfulgt av ultralyd som konstaterte diagnosen og bekreftet spontanaborten. Kvinnene i studien fortalte at deres opplevelse av å få denne beskjeden kom plutselig, uventet og stressende.

Å miste barnet: I denne fasen så helsepersonellet sin oppgave å hjelpe kvinnene til å komme gjennom de fysiske reaksjonene på en trygg måte. Samtidig kom det frem i intervjuene at denne pasientgruppen ble nedprioritert sammenlignet med andre pasientgrupper med mer alvorlige fysiske tilstander. Som konsekvens av dette følte noen av kvinnene i studien seg tilsidesatt og alene. Kvinner som spontanaborterer er ofte i en smertefull, trist og krevende krise og studien beskriver disse kvinnene i sorg. Gjennom intervjuene med helsepersonell kommer det frem at ikke alle er enige i dette, og vil heller beskrive hendelsen som en forbigående fase.

Tiden etter: Kvinnene som hadde gjennomgått spontanabort i studien beskriver tiden etter med ord som urolighet, tristhet og skyldfølelse. Depresjon og angst var også vanlige

etterreaksjoner. Sykepleierne og annet helsepersonell fokuserte ikke like mye på tiden etter utskrivelsen.

Artikkel 2 – Tidig förlust- Kvinnors opplevelse av missfall

Av Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond (2012)

Hensikt: å belyse den store belastningen spontanabort har på en kvinne. Etterreaksjoner som sorg, skam, selvanklagelse, redsel og angst er ikke uvanlig, og formålet med studien var å beskrive kvinners opplevelse med abort.

Metode og utvalg: Studien er kvalitativ. Deltakerne var seks kvinner mellom 31-40 år som hadde gjennomgått spontanabort ved ønsket graviditet.

Kvinnene i studien forteller at de opplever at det er noe tabubelagt over aborttemaet, og at de ofte føler at ordet abort assosieres med selvvalgt abort. Dette gjorde at mange syntes det var vanskelig å snakke med utenforstående om det de hadde gått gjennom. Allikevel viser forskning at mange har stort behov for, og positiv effekt av å snakke med andre om aborten. I denne studien hadde fem av de seks kvinnen vært i kontakt med psykolog i forbindelse med spontanaborten, og rapporterte at dette var til hjelp for å snakke ut om sorgen. Deres viktigste behov var at følelsene deres ble tatt på alvor og at det var noen som kunne lytte og støtte dem. Gjennom samtale med kvinnene i studien der formålet var å lytte til dem, økte forståelsen ettersom det kun var kvinnen som hadde gjennomgått spontanabort som kunne beskrive de behovene hun hadde i denne situasjonen. Flere av kvinnene i studien bar på skyldfølelse for at aborten hadde skjedd, hvor det hjalp å få en bekreftelse på at det ikke var de som hadde gjort noe galt. Behovet for å føle seg forstått og ha noen som aktivt lyttet, formidlet trygghet og respekterte tapet de kjente på, var det som til slutt var viktigst for kvinnene i tiden etter aborten.

Artikkel 3 – Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort

Av Broen, Moum, Bødtker & Ekeberg (2006). Kvantitativ studie.

Hensikt: å kartlegge de psykiske ettervirkningene i de fem første årene etter aborten.

Metode og utvalg: Studien er kvantitativ. 120 kvinner i alderen mellom 18 til 45 år ble inkludert i studien fra en gynekologisk sykehusavdeling. Alle kvinnene som ble innlagt på grunnlag av abort ble spurt om de ville delta i undersøkelsen hvor 50 prosent med spontanabort samtykket (40 kvinner).

Fra 1998 til 2004 utførte Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker og Øyvind Ekeberg en kvantitativ studie ved et sykehus i Buskerud. Studien forsker på kvinners psykiske reaksjoner ved abort. Studien tok for seg spontanabort og provosert abort, hvor jeg velger å kun forholde meg til forskningen gjort på spontanabort, med grunnlag i at det kun er dette som er relevant for problemstillingen min. Forskningen viste at 47,5 prosent av kvinnene som gjennomgikk spontanabort skåret høyt på traumetesten, spesielt i den korteste perioden etter aborten (10 dager). Det ble rapportert at kvinnene var preget av mye sorg og tapsfølelse etter de første ukene, hvor angst var den hyppigste ettervirkningen.

En traumetestene (Impact of Event Scale, IES) som ble gjort, omhandlet grad av påtrengende minner i forhold til en bestemt traume, som i dette tilfellet var aborten, og grad av forsøk på å unngå minnet om traumet. Her hadde kvinnene med spontan abort sterkt utslag kort tid etter aborten, hvor det samme gjaldt høy skår for angst og depresjon. Gjennomsnittet sank her i løpet av det første halve året.

Funnene i studien viser at å oppleve abort kan være vanskelig for kvinner, og at kunnskap om vanlige psykiske ettervirkninger etter aborten er viktig å kjenne til blant helsepersonell.

Forskningsartikkel 4 – The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices

Av Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini (2009)

Hensikt: Å forstå Israelske kvinners erfaring med å spontanabortere ved første graviditet. Selv om studien forsker på kvinner i Israel ser jeg relevansen av å bruke den oppgaven min, da jeg ser at deres erfaringer kan sammenlignes med kvinner fra andre land, samt Norge, hvor funnene i denne artikkelen stemmer overens med de andre forskningsartiklene jeg har valgt å bruke.

Metode og utvalg: Studien er kvalitativ. 19 kvinner i alderen 25-35 år som i løpet av de siste fire årene hadde gjennomgått spontanabort i første graviditet, i løpet av de siste fire årene deltok. Spontanaborten skjedde i første trimester, mellom svangerskapsuke 6-15.

Artikkelen ønsker å gi disse kvinnene en stemme til å fortelle om sine erfaringer rundt spontanaborten, og fokuserer på i intervjuene at det skal være rom for å snakke fritt om sine individuelle tanker og følelser.

Studien setter lys på kvinnenes psykiske smerte i forbindelse med spontanaborten. Den forteller om kvinnenes sorg i forbindelse med alle forventningene de hadde til å bli mor for første gang. Angst, søvnproblemer, redsel, håpløshet og tilbakeblikk på hendelsen er ting som går igjen hos kvinnene. Studien tar også for seg samfunnets rolle i omsorgen av disse kvinnene som føler forventninger til at de skal komme raskt tilbake til normal hverdag. Felles for kvinnene som var inkludert i studien var at samtlige kommenterte viktigheten av forskningen på området.

Forskningsartikkel 5 – Emotional care for women who experience miscarriage

Av Evans (2012)

Hensikt: å utforske de psykiske/emosjonelle erfaringene med spontanabort på sykehus hos sykepleiere. Studien inkluderer verdensdeler som Europa, Nord-Amerika, Asia, Afrika og Oseania hvor studiens hensikt også blir å studere erfaringene til spontanabort uavhengig fra hvilket land det skjer i.

Metode: Artikkelen er en ”litterature review” basert på 36 studier, hvorav 33 er kvalitative og 3 er kvantitative.

God informasjon fra sykepleier til kvinnen hadde betydning for hvilke etterreaksjoner hun hadde. Kvinner som fikk god informasjon, og mulighet til samtale med sykepleier etter gjennomgått spontanabort satt igjen med blant annet mindre skyldfølelse. Det var viktig at sykepleieren påpekte at det ikke var kvinnen som hadde gjort noe galt, men at feilen lå hos fosterets utvikling. En av studiene bekrefter også at kvinnene som ikke fikk denne informasjonen hadde større tendens til å legge skyld på seg selv for at spontanaborten hadde skjedd.

Foreldrene som følte seg behandlet som et objekt av sykepleierne valgte å holde tankene sine for seg selv.

Det pekes også på viktigheten av at kvinnene følte seg trygge, i kontroll og fikk tid på seg og at de ikke ble presset til å åpne seg for sykepleierne før de var klare for det selv. For flere pasienter var det vanskelig å ta til seg all informasjonen muntlig, og derfor oppfordres det til å ha god skriftlig informasjon tilgjengelig for kvinnene og deres familie.

En av studiene trekker frem at eldre, mer erfarne sykepleiere gav den mest tilrettelagte pleien for kvinnene som gjennomgikk spontanabort. Og at disse sykepleierne burde være rollemodell for mindre erfarne sykepleiere for å bidra til økt kompetanse på avdelingene.

Flere av studiene trekker frem de psykiske/emosjonelle reaksjonene som sykepleierne som utøver pleie til kvinner som spontanaborterer opplever. Funn på dette er at emosjonell utmattelse er mer utbredt blandt nyutdannede sykepleiere. Tristhet og skuffelse er noe flere sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen opplever, noe flere synes er vanskelig å dele med pasienten i frykt for å fremtre uprofesjonell.

Empatisk og dyktig sykepleie var avgjørende i den langsiktige emosjonelle utvinningen etter spontanabort. Likevel spilte mangel på tid, økonomi, holdninger på avdelingen og mangel på kunnskap en viktig rolle i noe som kunne forhindre en helhetlig omsorg til kvinnene. Studien peker også på et underskudd i utdanningen og opplæring av sykepleierne som skal yte pleie til kvinner som spontanaborterer.

4.2 HOVEDFUNN I ARTIKLENE

- Psykiske påkjenninger som angst blir påpekt i fire av de fem artiklene
- Mange kvinner som gjennomgår spontanabort har skyldfølelse
- Dyp sorg og sterk tapsfølelse oppleves av mange som gjennomgår spontanabort
- Uro og redsel går igjen hos mange som spontanaborterer
- Flere som gjennomgår spontanabort opplever å være i krise
- Mangel på respekt og en følelse av å ikke bli tatt på alvor oppleves av noen kvinner som gjennomgår spontanabort
- Samfunnets rolle blir også kommentert i flere artikler

Oppsummert viser dette at spontanabort er en stor påkjenning for kvinnene, noe som gjør at sykepleierne som skal yte pleie til kvinnene trenger kunnskap om de forskjellige faktorene som spiller inn for å ivareta dem på best mulig måte.

5 HVORDAN KAN SYKEPLEIER IVARETA KVINNER SOM GJENNOMGÅR SPONTANABORT PÅ SYKEHUS?

Jeg vil ta for meg funnene i forskningen og drøfte dem opp mot Travelbee´s sykepleieteori og relevant litteratur for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven. Erfaringene til en sykepleier på gynekologisk avdeling ved Haugesund sykehus vil også bli presentert, og egne tanker tas med. De fem artiklene har flere felles funn, der mange av dem også stemmer overens med det teori sier. Angst er blant annet et tema som gjentar seg i forskningen jeg har lest, samtidig som litteraturen også kan bekrefte det. Dette er en psykisk påkjenning som har blant annet samtale som behandling, men allikevel føler mange kvinner som spontanaborterer at det ikke er rom for dem å snakke. Redsel, uro, sorg og tap er følelser mange kvinner som gjennomgår spontanabort opplever, samtidig som flere forteller om skyldfølelsen de har for det som har hendt. Sykepleieren har en viktig funksjon for kvinnene som spontanaborterer på sykehus, da det er de som har mulighet for å være den nære støttespiller for kvinnen.

5.1 TRYGGHET OG OMSORG TIL KVINNEN SOM MISTER

Murphy & Merrell (2008) fant at noen kvinner følte seg nedprioritert på sykehuset sammenlignet med andre pasientgrupper som hadde mer alvorlige fysiske tilstander. Dette førte til at kvinnene følte seg tilsidesatt og alene. I samme studie forteller også helsepersonellet at de anså sin oppgave som å hjelpe kvinnene gjennom de fysiske reaksjonene på en trygg måte. Sykepleiere er ofte gode på praktiske prosedyrer og arbeid som innleggelse av veneflon og kateter grunnet mengdetrening. Derimot vil det å snakke om såre og vanskelige tema som abort være vanskelig for de fleste, da også sykepleiere. Dette kan skape utfordringer i møte med pasienter i en sårbar situasjon.

Ancker et al. (2012) forteller om kvinnes viktigste behov som var at følelsene deres ble tatt på alvor, og at det var viktig at noen lyttet og støttet dem i denne situasjonen. Det påpekes også at det kun er kvinnen selv som kan beskrive behovene hun har, hvor det rapporteres at respekt for tapet, samt noen som kunne formidle trygghet i hennes situasjon, var det som var viktigst. Behovet understrekes av Evans (2012) som også peker på viktigheten av trygghet for kvinnene, samt at de selv kunne kjenne på kontroll, med fravær av tidspress for å åpne seg og snakke. Noen av foreldrene i studien følte seg behandlet som et objekt av sykepleierne, noe som resulterte i at de holdt tankene sine for seg selv og lot være å åpne seg. Mangel på tid og ulike holdninger fra sykepleierne, samt mangel på god nok kunnskap spiller en viktig rolle

som kan forhindre en helhetlig omsorg til kvinnene som gjennomgår spontanabort på sykehus. Flohr & Wold (2008) påpeker helsepersonellets store påvirkning på de berørte og viser til at ærlighet, trygghet og omsorg er det viktigste for den som skal yte pleie til pasienten.

Sykepleier Maria Bachmann forteller i en e-post at kvinnene som mistenker abort vanligvis har oppsøkt sin fastlege, jordmor eller legevakt før de blir sendt til gynekologisk avdeling for å få en ”second opinion”. Kvinnene har ofte smerter i nedre mage, samt utflod og blødning fra skjeden. Hun forteller at det ikke er så mye å gjøre for sykepleieren før legen har snakket med dem, og at de dessverre ofte må vente en stund på gangen, ettersom at legene har det travelt på dagtid. Sykepleierne prøver da å skjerme dem på best mulig måte, slik at de slipper å sitte blant andre mødre med nyfødte babyer. Sykepleieren erfarer at de fleste fremstår svært engstelige og stresset for hva som er galt, og de er usikre på hva de skal gjennom (Maria Bachmann, sykepleier på Haugesund sykehus, gynekologisk avdeling, E-post 03.04.17).

Murphy & Merrell (2008) peker på tre faser kvinnene som spontanaborterer går gjennom; første fase er de første tegnene på at noe er galt. Kvinnene kommer etterhvert til sykehuset og det er i denne fasen sykepleierens første møte med pasienten finner plass. Som sykepleier Maria forteller er det ikke mye sykepleieren kan gjøre før legen er involvert og har satt en diagnosen. Travelbee (1999) skriver i sin teori om en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper individet til å mestre erfaring med sykdom, som i dette tilfelle vil være en eventuell traume eller krise for kvinnen som spontanaborterer. Jerpseth (2016) belyser at i en akutfase er mange redde og usikre og det er viktig for pasienten å få god informasjon om hva som skjer. En kan gjerne se på den første fasen som Murphy & Merrell (2008) påpeker som en akutfase hos kvinnene. Mange vet ikke hva som skal skje, og derfor er de redde. Som vi ser hos Murphy & Merrel (2008), Ancker et al. (2012), Broen et al. (2006), Geber-Epstein et al. (2009) og Evans (2012) nevner de alle at kvinnen opplever situasjonen hvor de får stilt diagnosen om spontanabort som enten stressende, uventet, plutselig eller at de blir overrasket og urolige. Der er da viktig å skape tillit mellom pasienten og sykepleieren for å kunne trygge situasjonen, og sykepleieren må etablere en tilknytning og formidle forståelse, samt se hele mennesket i pasienten i følge Travelbee’s (1999) teori. Hun skriver også at sykepleieren målbevisst må etablere og opprettholde en tilnærming til sine pasienter.

”Kjærligheten har mange uttrykk. Et av dem er omsorg. Et annet er innlevelse. Et tredje er å la et annet menneske få være akkurat som det er” sier Flohr & Wold (2008, s. 235). Dette sitatet synes jeg oppsummerer en fin form for sykepleie til kvinnen som spontanaborterer. Ut i fra litteraturen og forskningen jeg har lest ser jeg at det er mange av de samme følelsene og behovene som går igjen hos kvinnene som mister. En redsel og uro treffer henne da de første symptomene kommer, etterfulgt av en uventet beskjed om at hun aldri vil få møte barnet hun bærer. Som sykepleier må en se kvinnen og møte henne der hun er i sin reaksjon, vise empati og troverdig lytte og gi kvinnen den tillit og omsorg hun trenger for å fremme trygghet i en utrygg situasjon.

5.2 KVINNEN I KRISE OG SORGEN SOM FØLGER

Geber-Epstein et al. (2009) forteller om kvinnenenes sorg og alle forventningene de hadde til å bli mødre, samtidig som angst, redsel og håpløshet var følelser som gikk igjen hos kvinnene som hadde spontanabortert. Broen et al. (2006) kan også rapportere om at kvinnene var preget av mye sorg og tapsfølelse den første tiden hvor angst var den hyppigste etterreaksjonen. Murphy & Merrell (2008) beskriver kvinnen som spontanaborterer i en smertefull, trist og krevende krise og dyp sorg. Cullberg (sitert i Renolen, 2015) forteller om forskjellige faser en går gjennom i en krise hvor den første beskrives som en sjokkfase preget av en uvirkelighetsfølelse. Som nevnt over rapporteres det i forskningen at spontanaborten oppleves uventet hos kvinnene. Sorg er et begrep som går igjen i forskningen, hvor det kommer frem ulike tanker blant sykepleierne og kvinnene på hva dette innebærer. Murphy & Merrell (2008) skriver i sin studie om kvinner som opplever dyp sorg. Noen av helsepersonellet i samme studie sier seg uenige i dette, og anser det heller som en forbigående fase av tristhet. Allmenn omsorg til den kriserammede er oppfordringen fra Cullberg (sitert i Renolen, 2015), og med dette krever forståelse for den rammedes situasjon. Holdningen som avdekkes i Murphy & Merrells (2008) studie hos helsepersonellet ser jeg på som en hindring i å kunne utføre god allmenn omsorg. Sorg kan beskrives som en av de tyngste og mest komplekse følelsene et menneske kan ha i følge Flohr & Wold (2008). Renolen (2015) beskriver sorg med følelser som tristhet, skyld, sinne og håpløshet. Dette er naturligvis en individuell prosess hvor alle sørger på sin måte, hvor det blir viktig for sykepleier å alltid møte pasientene der de er, og gi støtte på en sensitiv måte. Med grunnlag i dette kan vi se på hva Travelbee (1999) sier om å bruke seg selv terapeutisk. Hun forteller at dette krever at fornuft og intelligens må være organisert, samtidig som en evner å ha disiplin, selvinnsikt, empati, logikk og medfølelse.

I samtalen med sykepleier Maria forteller hun at kvinnene blir veldig triste og ofte inntar en forsvarsposisjon i det de får beskjeden om at de har mistet barnet. Etter at informasjon fra både lege og sykepleier er gitt, kommer sorgen. Hun kan også fortelle at de ofte trenger tid på seg til å snakke videre om det, og at de alltid får tilbud om samtale med sykepleier. Flohr & Wold (2008) sier noe om forskjellige strategier for å komme seg gjennom det som er vondt. Som det blir nevnt i flere av artiklene synes mange av kvinnene at det var vanskelig å snakke om det de hadde gjennomgått. Dette kan skyldes de sterke dype følelsene som utløses i sorgen som oppleves. Mange kvinner begynner allerede i det de vet de er gravide å lage tanker og drømmer for den lille i magen, og det kan føles surrealistisk at barnet plutselig ikke skal vokse opp likevel. Et behov for å bearbeide en traumatisk opplevelse er nesten alltid tilstede. En del av å bearbeide en vond opplevelse kan være gjennom samtale. Mange får en god opplevelse av å kunne snakke fritt og mye om både gode, vonde, triste og mørke tanker med en nøytral person som gir full oppmerksomhet, og har et mål om å hjelpe (Flohr & Wold, 2008, s. 222, 223). Kvinner som gjennomgår spontanabort uttrykker både i teorien og i forskningen et ønske om å bli møtt der de er følelsesmessig, og hvor reaksjonene deres blir møtt med aksept og respekt. Sykepleier Maria forteller at de er opptatt av å gi god informasjon til kvinnene på avdelingen, og om viktigheten av å snakke om deres tanker og følelser rundt det som har skjedd. Flohr & Wold (2008, s. 152) sier også noe om at det kan være vanskelig for kvinnen å invitere noen inn for å snakke om disse dype følelsene. Man kan derfor hevde at det vil være viktig for sykepleieren å være på tilbudssiden. Kvinnen har ofte tanker om hvordan fremtiden skulle bli. Jeg kan forestille meg at en uforberedt beskjed som endrer hele bildet på fremtiden, kan være utfordrende å snakke om da en gjerne selv ikke lenger vet hva en skal tenke. På kort tid kan hele livssituasjonen endre seg, noe som skaper en usikkerhet, og det kan tenkes at livet blir satt på pause til en får vendt seg til den nye situasjonen man er i.

Jeg vil også påpeke at livssituasjonen man er kan ha betydning for utfallet av spontanaborten. Om en er 20 år eller 40 år, om en har gjennomgått spontanabort tidligere, om man har barn fra før eller om man er i et stabilt og godt partnerforhold kan nok ha noe å si. Disse og flere andre faktorer virker inn på sorgprosessen, men selv et mennesket med gode tilrettelagte forhold kan bli knust og hjelpeløs av sorgen slik Flohr & Wold (2008, s. 149-154) skriver.

5.3 DEN VIKTIGE SAMTALEN

Kvinnene i Murphy & Merrells (2008) studie beskriver spontanaborten med ord som urolighet, tristhet og skyldfølelse. Ancker et al. (2012) forteller om kvinner som opplever temaet spontanabort som tabu, hvor det ofte assosieres med selvvalgt abort. Kvinnene i studien forteller at det på grunn av dette kunne være vanskelig å snakke med andre om hva de hadde gjennomgått i frykt for å ikke bli respektert og forstått. Fem av seks kvinner i studien hadde vært i kontakt med psykolog i forbindelse med spontanaborten, og kunne rapportere at det var til hjelp å få snakket ut om sorgen. Både Murphy & Merrell (2008), Ancker et al. (2012) og Evans (2012) kommenterer i sine studier at skyldfølelse var noe som flere av kvinnene slet med, hvor Evans (2012) skriver at kvinner som fikk god informasjon om at det ikke var deres feil at spontanaborten hadde skjedd, og mulighet til samtale med sykepleier, hadde mindre skyldfølelse etter hendelsen. Samtidig bekreftes det at kvinner som ikke fikk denne informasjonen, hadde større tendens til å påta seg skyld for at spontanaborten hadde skjedd.

Sykepleier Maria opplever at kvinnene som gjennomgår spontanabort på hennes avdeling får god nok samtale og informasjon fra legen, men at sykepleierne likevel tilbyr seg å snakke med kvinnen etterpå. Slik Cullberg (sitert i Renolen, 2015) beskriver en sjokkfase, nevnes det at mange har problemer med å ta til seg informasjon når de er i krise. Det er heller ikke uvanlig å søke etter en mening med det som har skjedd, noe som også støttes opp av forskningen som jeg nevnte tidligere. Det kan ta tid før kvinnen er kommet over sjokkfasen og er mottagelig for informasjon som igjen kan berolige henne i sin personlige krise. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på akkurat dette, slik at kvinnen ikke blir glemt om hun velger å la være å snakke med en gang.

I studien til Broen et al. (2006) påpekes viktigheten av at sykepleieren som yter pleie til kvinnene som spontanaborterer har kunnskap om de psykiske ettervirkningene på spontanabort. Studien viser også at angst var den hyppigste ettervirkningen kvinner som spontanaborterte opplevde. Sykepleier Maria kan forteller at det dessverre ikke er gode nok rutiner på avdelingen for å gi spesiell informasjon om psykiske ettervirkninger til kvinnene.

Varvin (2010, s. 411) skriver om kriserammede som kan få en uvirkelighetsfølelse som skaper distanse til selve situasjonen. Etterreaksjoner som påtrengende minner kan komme både i våken tilstand og i form av drømmer. Angst og frykt for at noe lignende skal skje igjen

er også vanlige reaksjoner etter å ha opplevd krise (Renolen, 2015, s. 189, 199). Kvinnene i studien til Broen et al. (2006) kan også bekrefte forsøk på å unngå minnet om traumet, hvor kvinnen med spontanabort hadde sterke utslag på dette den første tiden etter hendelsen. Både Murphy & Merrell (2008), Ancker et al. (2012), Broen et al. (2006) og Gerber-Epstein et al. (2009) skriver om kvinner som unngår minnet om spontanaborten fordi det er så vondt å snakke om. Dette er forskning som samlet er utført i fem av de syv verdensdelene, noe som kan fortelle oss at de psykiske plagene ved spontanabort finner sted hos kvinner verden over.

Jerpseth (2016, s. 162, 163) skriver at sykepleier bør ringe kvinnene som spontanaborterer i ettertid, for å høre hvordan de har det. Slik som jeg forstår det, er dette kun en oppfordring og ikke rutine. Murphy & Merrell (2008) sier også i sin studie at sykepleierne ikke fokuserte så mye på tiden etter utskrivelse, samtidig som Broen et al. (2006) kan fortelle at kvinner som gjennomgår spontanabort sliter med angst og depresjon i løpet av det første halve året og påpeker viktigheten av at helsepersonell kjenner til dette. Med kunnskapen om psykiske etterreaksjoner ved spontanabort og vanskeligheten rundt selve temaet burde en ringeavtale eller liknende i ettertid absolutt vært praktisert rutine. Jeg kan tenke meg at det kan være utfordrende for kvinnen å selv å kontakte noen å snakke med, da dette er sårt og vanskelig å snakke om i utgangspunktet. Sykepleierne bør derfor ha med seg dette i møte med kvinnene på avdelingen og se an kvinnens reaksjon for videre informasjon og oppmuntring til oppfølging i etterkant.

Jeg velger å nevne loven om helsepersonell for å belyse sykepleierens ansvar rundt dette, som blant annet har til formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Forsvarlighetskravet (§4.) bestemmer at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Helsepersonell er pliktig å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal etter dette innhente bistand der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 2001). I og med at kvinnene som spontanaborterer på sykehus kun er på avdelingen en kort periode (fra timer til få døgn) kan det være utfordrende for sykepleieren å kartlegge kvinnens behov med tanke på de psykiske ettervirkninger av spontanaborten. Mange kvinner har få etterreaksjoner, men flere som gjennomgår spontanabort kan faktisk få alvorlige plager i etterkant. Loven om pasient og brukerrettigheter nevnes også da den har som formål å bidra til tillit mellom pasient og helsetjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd. Tjenestetilbudet skal utformes sammen med pasienten så

langt det lar seg gjøre. Pasienten har også rett til å medvirke til valg av tilgjengelige forsvarlige undersøkelser og behandlingsmetoder. Det forekommer av §3-2 at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i den helsehjelpen som er tilgjengelig. Samtidig skal pasienten informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

5.4 HJELPEREN OG SAMFUNNETS ROLLE

Jeg ønsker også å si noe om sykepleieren, og den påvirkning spontanabort kan ha på ham/henne. Sykepleierens rolle innebærer nær kontakt med pasienten, og han/hun kan i kriserammede situasjoner kjenne på en følelse av håpløshet og utilstrekkelighet, samt bli tyngt av det de hører og ser. Dette kan føre til at sykepleieren følelsesmessig distanserer seg som en form for overlevelsesmekanisme, noe som igjen kan føre til at en utad oppleves som kald og ufølsom (Renolen, 2008, s. 207). I studien til Evans (2012) forteller sykepleierne som jobber på gynekologisk avdeling om tristhet og skuffelse de selv opplever av å jobbe med denne pasientgruppen. Emosjonell utmattelse blant nyutdannede sykepleiere er også ett av funnene. I sykepleierutdanningen er det lite fokus på aborttema, og kun en kort gjennomgang av gynekologi i pensum. Sykepleier Maria forteller meg at på hennes gynekologiske avdeling er det ikke noen spesiell opplæring på området, annet enn hva man lærer gjennom erfaringer. Dette støttes opp av studien til Evans (2012) som også påpeker dette og kan rapportere om at det var de eldre, mer erfarne sykepleierne som gav den mest tilrettelagte pleien for kvinnene i studien som hadde gjennomgått spontanabort. Det som er dilemma med å tilegne seg erfaring er at det tar tid og kan kreve mange forsøk før en mer eller mindre lykkes. Jeg tenker at i denne sammenheng er det ikke godt nok å "vente på å få erfaring". Evans (2012) kan også peke på et underskudd i utdanningen og opplæringen av sykepleiere som yter pleie til kvinner som spontanaborterer.

Før jeg selv begynte å se nærmere på temaet spontanabort, hadde jeg lite kunnskap om emnet. Ikke har vi lært noe særlig om det på studiet, og det blir heller ikke snakket om i samfunnet. Juvkam og Gudim (2008, s. 82) forteller at 10-20% av alle erkjente graviditeter ender i spontanabort. Det er ca. én av fem kvinner i samfunnet vårt, noe jeg vil kalle høy statistikk. Kvinnene i Ancker et al. (2012) forteller om spontanabort som et tabubelagt tema og at flere kvinner føler skam i forbindelse med dette. Teigens definisjonen på skam er "sterkt ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og dermed avslørt seg selv som mislykket, udugelig eller umoralsk individ" (Teigen, 2016). Derimot skyldes

spontanabort oftest genetiske defekter som kromosomavvik hos fosteret, noe som betyr at det er utenfor mors kontroll og ikke bør ses på som skam. De kjente risikofaktorene for barnets helse og utvikling ligger på et lavere, mer generelt og allment nivå, og de fleste vet at man skal ta avstand fra tobakk, alkohol og narkotika under svangerskapet, samt at det finnes enkelte begrensninger i kostholdet man må ta hensyn til. Denne generelle kunnskapen ser dessverre ut til å være den eneste kunnskapen samfunnet på generell basis har. På grunn av dette kan jeg forestille meg at misforståelser kan oppstå, da kunnskapen på området er såpass liten, og det folk flest vet er de nevnte ytre faktorer som kan påvirke graviditeten.

Flere utenforstående jeg har snakket med i denne perioden mens jeg har skrevet oppgaven vet ikke hva spontanabort er. Noen forveksler det med provosert abort, mens andre nikker og ser ut som spørsmålstejn når jeg sier hvilket tema jeg har valgt å skrive om. Jeg opplever selv at det er stor kunnskapsmangel på området. Mange av kvinnene som gjennomgår spontanabort velger å ikke snakke om det i frykt for at deres sorg ikke skal bli respektert, samtidig som mange er redde for at andre skal tro at det er hennes egen feil at det har skjedd. Slik som tidligere nevnt opplever jo faktisk flere kvinner skyldfølelse etter spontanaborten, selv om teorien sier at i de aller fleste tilfeller ligger skaden/feilen hos fosteret. Det er med dette jeg vil påstå at det eksisterer en generell kunnskapsmangel, både hos kvinnene selv og resten av samfunnet som møter dem.

6 KONKLUSJON

For å kunne besvare problemstillingen har jeg tatt for meg tre tema som jeg ser på som kvinnenes største behov ut i fra forskningen jeg har valgt. Om graviditeten er planlagt eller ikke, hvor langt kvinnene er på vei, samt hvilket nettverk de har og forventninger de sitter inne med, vil nok kunne ha noe å si for hvilke behov de kjenner på. Noen sørger ikke, andre i én uke og to, mens flere har tapet med seg i tankene i mange år.

Å skape trygghet og omsorg er i både Travelbees teori og i det generelle arbeidet som sykepleier helt grunnleggende. Likevel er dette snarere sagt enn gjort. For kvinnene som opplever en spontanabort og kommer til sykehuset vil det som regel være en sykepleier de først møter. Sykepleieren blir da involvert i noens liv, og kan være vitne til et annet menneskes største krise i livet der drømmer bli knust, hvor også dyp skuffelse og sorg kan ses. Kvinnene i forskningen forteller at deres viktigste behov var at følelsene deres ble tatt på alvor, og at de trengte støtte og noen som lyttet til dem (Ancker et al., 2012). Dette ser jeg på som en av sykepleierens viktigste oppgave i ivaretagelsen av kvinnene som gjennomgår spontanabort på sykehuset.

Etter krisen kommer sorgen. Kvinnene som kommer til sykehuset med spontanabort er vanligvis på avdelingen én til to dager. Store deler av denne tiden preges ofte av sjokk og krisereaksjon hvor det kan være vanskelig å både snakke og ta til seg informasjon som i dette øyeblikk er uforståelig uansett. Som sykepleier må en respektere dette, og gi kvinnen tid til å snakke når hun selv er klar for det. Det er også alltid en fare for at de som ikke snakker blir lettere glemt. Dette må sykepleieren ta ansvar for og likevel oppmuntre til samtale, enten med dem som helsepersonell eller med andre som kan lytte til og respektere kvinnens sorg.

Psykiske plager og etterreaksjoner av en spontanabort er ikke uvanlig. Det kommer frem i forskningen at kvinnene er uforberedte og kan oppleve skyldfølelse i etterkant. Jeg vil påstå at kunnskapsmangel er en av faktorene som ligger til grunn for dette. Helsepersonell har her en vesentlig stor og viktig rolle i forebyggingen mot at noen påtar seg skyld. Informasjon er alfa omega i denne sammenheng, og ikke minst å sørge for at kvinnene forstår den informasjonen som blir gitt.

Avslutningsvis vil jeg si at jeg har delt temaet i oppgaven min med flere som har spurt hva jeg skriver om. Overraskende mange har åpnet seg for meg og fortalt om deres opplevelse med gjennomgått spontanabort, som gjerne har funnet sted for mange år siden. Flere forteller meg at de nesten ikke har fått snakket om det tidligere med frykt for ikke å bli forstått av andre. Dette bekrefter igjen teorien om at man vet for lite om spontanabort i dagens samfunn og at det må skapes rom for at de som trenger det kan få snakke om det.

7 REFERANSELISTE

- Acharya, G. & Maltau, J. M. (2015). Spontanabort og ektopisk graviditet. I J. M. Maltau, K. Molne, & B.- I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. Utg, s. 117-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Tidig förlust. Kvinnors opplevelse av missfall. *Vård i Norden*, 32(1), 32-6.
<http://dx.doi.org/10.1177/010740831203200107>
- Broenm A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2006) Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning*, 1(1), 24-31.
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleier/vis/artikkel-forskning?p_document_id=115773
- Brochmann, N. & Dahl, E. (2017). *Gleden med skjeden*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, R. (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26(42), 35-41.
- Flohr, J. & Wold, K. (2008). *Barnet som ikke ble til. En bok om spontanabort, senabort og dødfødsel*. Oslo: Emilia Press AS.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29.
- Gudim, H. & Juvkam, K. (2008). *Gynekologi- kort og godt*. Oslo: Universitetsforlaget

- Helsedirektoratet. (2016). *Faglig veileder for sykemeldere*. Svangerskap, fødsel og familieplanlegging. Abort spontant (W82). Hentet 23.03.17 fra: [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder/seksjon?Tittel=svangerskap-fodsel-og-familieplanlegging-2484#abort-spontant-\(w82\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder/seksjon?Tittel=svangerskap-fodsel-og-familieplanlegging-2484#abort-spontant-(w82))
- Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 20.03.17 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. Almås, H., Stubbesud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 06.03.2017 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(11), 1583-1591. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x
- Pasient-og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 20.03.17 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ræder, M. B., Wollen, A-L., Braut, R. & Glad, R. (2015). *Spontanabort*. Norsk gynekologisk forening. Hentet 20.03.17 fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Spontanabort/>
- Teigen, K. (2016). *Skam*. Hentet 11.04.17 fra: <https://snl.no/skam>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Varvin, S. (2010). Overgrep og traumatisering. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (Red.), *Psykatriboken* (s. 413-421). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG I – OVERSIKT OVER SØK

Søk	Dato	Database	Søkeord/avgrensing	Treff	Artikkelfunn	Artikkeltype	År
#1	08.03.17	Cinahl	miscarriage OR spontaneous abortion AND nursing AND experience	66	Emotional care for women who experience miscarriage	Systematic review	2012
#1	08.03.17	Cinahl	miscarriage OR spontaneous abortion AND nursing AND experience	66	Neogating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage	Kvalitativ	2009
#2	10.03.17	Cinahl	Miscarriage AND experience AND first pregnancy	17	The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices	Kvalitativ	2009
#3	18.01.17	SveMed+	Spontanabort (Peer reviewed tidsskrifter og les online)	31	Tidig förlust. Kvinnors upplevelse av missfall	Kvalitativ	2012
#3	11.01.17	SveMed+	Spontanabort (Peer reviewed tidsskrifter og les online)	31	Kvinnors psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort	Kvantitativ	2006

VEDLEGG II – FORSKNINGSTABELL

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p><i>”Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage”</i></p> <p>Av Murphy, F. & Merrell, J.</p>	<p>Hensikten med studiet er å undersøke kvinners erfaring med spontanabort på sykehuset i gynekologisk avdeling.</p>	<p>Studien ble akseptert for publisering 30. September 2008, og publisert i <i>Journal of Clinical Nursing</i> i 2009.</p> <p>Studien bruker en kvalitativ metode. 1 år og 8 måneder var tidsomfanget på studien, som tok plass på en gynekologisk avdeling i Storbritannia. Tre metoder for datasamling ble brukt i studien. Den første metoden gikk ut på å observere sykepleiernes arbeid med pasientene i en periode på 20 måneder (en dag i uken). Den andre metoden tok for seg intervjuer med helsepersonell som var involvert i denne pasientgruppen (10 sykepleiere, 3 leger og 3 ultrasonographer). Den siste metoden som ble brukt fokuserte på 8 kvinner som hadde gjennomgått</p>	<p>Utvalget i studien var 16 helsepersonell med ulike profesjoner på den gynekologiske avdelingen og 8 kvinner som hadde gjennomgått spontanabort på avdelingen.</p>	<p>Studien viser til tre faser som kvinnene som gjennomgikk spontanabort gikk gjennom; de første tegn og bekreftelse på at svangerskapet var avbrutt, neste fase var å mistet barnet og siste fase var ettertiden av spontanaborten. At kvinnen kom til sykehus og ble ivaretatt psykisk, fysisk og emosjonelt av helsepersonell var veldig viktig for kvinnene.</p>

		spontanabort på alder mellom 30-59 år. Disse kvinnene ble intervjuet hjemme hos seg selv på 35-90 minutter hvor det ble fokusert på hvordan de hadde opplevd spontanaborten, behandlingen og pleien de fikk. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.		
<p><i>”Tidig förlust- Kvinnors upplevelse av missfall”</i></p> <p>Av Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S. & Botond, A.</p>	Hensikten med studien er å beskrive kvinners erfaringer med tidlig spontanabort.	Publisert og fagfellesvurdert i magasinet <i>Sykepleien</i> , 2006. Studien bruker en kvalitativ metode hvor formålet var å ha kvinnenes egne perspektiv i sentrum. Den kvalitative metoden i form av intervjuer skal kunne gi et innsyn i kvinnenes opplevelse av spontanabort for å oppnå økt forståelse for leseren. Informasjonen om studiet ble lagt ut på internett (forum for foreldre) hvor de som ville delta meldte sin interesse via e-mail. De som deltok fikk da	Utvalget i studien var seks kvinner mellom 31-40 år som hadde gjennomgått spontanabort ved ønsket graviditet.	Studien kommer frem til, med bakgrunn i intervjuene, at spontanabort preger store deler av livet til den som mister. Flere felles erfaringer ble påpekt i studien. Felles for kvinnene var at de utviklet tanker og forventninger for både graviditeten og fremtiden til barnet tidlig i graviditeten. Psykiske og fysiske påkjennelser ble også beskrevet, samt at de følte tema om spontanabort var noe tabubelagt. Den mest uttalte følelsen hos kvinnene var uro, men også sorg, nedstemthet, tomhet og fortvilelse. Kvinnenes største behov var å bearbeide det som hadde skjedd og kjenne seg forstått hvor noen lyttet, formidlet dem trygghet og respekterte spontanaborten.

		<p>ytterligere informasjon om studiens omfang. Kvinnene som valgte å være med i studien valgte selv plass for intervjuene. Samtalene gikk ut på å skape rom for at kvinnene skulle fortelle om sine egne erfaringer til spontanaborten. Spørsmålene som ble stilt handlet om kvinnenes syn på moderskap, deres opplevelse og selvbilde, samt relasjon med andre i forbindelse med spontanaborten. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant. De varte i 90 minutter og fant sted i 2009.</p>		
<p><i>”Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort”</i></p> <p>Av Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, Ø.</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge de psykiske ettervirkningene etter spontan og provosert abort i Norge.</p>	<p>Studien er en kvantitativ undersøkelse, noe som er mangelfullt for tema om spontanabort. Kvinnene ble intervjuet ti dager, seks måneder, to år og fem år etter aborten hvor de fylte ut en todelt psykologisk traumetest; en som målte angst og depresjon, samt en som gikk ut på følelser tilknyttet</p>	<p>Utvalget i studien inkluderte 120 kvinner (spontanabort: n=40, provosertabort: n=80) mellom 18-45 år som var innlagt på gynekologisk avdeling ved et sykehus i Buskerud. Studien gikk over fem år, med unntak i ferier.</p>	<p>Studien viser at kvinnen med spontanabort hadde størst reaksjoner i kort tid etter aborten med psykiske plager som sorg, tap, angst og depresjon, men etter et halvt års tid var deres psykiske tilstand på vei til normalisert.</p>

		<p>aborthendelsen. Intervjuene var delvis strukturerte med diverse skjema samt rom for kvinnens egne tanker. Kvinnene ble spurt om å delta på studien etter de våknet av narkose, samt før de reiste hjem. De som valgte å delta i studien ble intervjuet av ANB, som er spesialist i psykiatri. Intervjuene tok plass på steder kvinnene selv valgte, de fleste ansikt til ansikt. 225 kvinner ble spurt, 120 deltok og 109 kvinner fullførte alle de fire intervjuene. 39 av 40 kvinner som hadde gjennomgått spontanabort fullførte. Deres tidligere psykiske helse ble undersøkt ved hjelp av selvrapporing om behov for hjelp på grunnlag av tidligere psykiske vanskeligheter de hadde hatt. Det ble også gjort en diagnostisk vurdering av kvinnenes psykiske helse av en spesialist innen</p>		
--	--	---	--	--

		psykiatri.		
<p>”The experience of miscarriage in first pregnancy: The women’s voices”</p> <p>Av Gerber-Epstein, P., Leichtenritt, R. D. & Benyamini, Y.</p>	<p>Hensikten med studien er å forstå kvinners erfaringer med spontanabort ve første graviditet.</p>	<p>I 2009 publiserte Routledge, Taylor & Francis Group den kvalitative artikkelen. Fem tema var grunnlaget i intervjuene med kvinnene der det var rom for dem å fortelle om sine individuelle tanker og erfaringer. Temaene var; ”the greater the joy, the more painful the crash”- det naturlige og intensiteten av å miste, støtte etter spontanaborten, livet etter spontanaborten og forslag til forbedring for helsepersonell som skal hjelpe dem. Intervjuene var individuelle og varte i gjennomsnitt to timer. Kvinnene valgte selv hvor dette skulle ta plass. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert. Spørsmålene som ble stilt var hovedsakelig ment som en innledning for at kvinnen skulle få prate fritt om sine erfaringer.</p>	<p>Utvalget i studien var nitten Israelske kvinner i alderen 25-35 år som hadde gjennomgått spontanabort i den første graviditeten ila. de fire siste årene . Alle spontanabortene skjedde mellom svangerskapsuke 6-15, altså første trimester.</p>	<p>Studien setter lys på kvinnenes psykiske smerte i forbindelse med spontanaborten. Den sier noe om kvinnenes sorg i forbindelse med alle forventningene de hadde til å bli mor for første gang, og planer samt drømmer. Angst, søvnproblemer, redsel, håpløshet og tilbakeblikk på hendelsen er ting som går igjen hos kvinnene. Studien tar også for seg samfunnets rolle i omsorgen av disse kvinnene som føler forventninger om at kvinnene skal komme raskt tilbake til normal hverdag.</p>

		<p>Eksempler på spørsmål som ble stilt er: ”Hva betyr begrepet spontanabort for deg?” og ”Hva er din erfaring med spontanabort?”. Intervjuene ble gjort på Hebraisk, og siden oversatt til engelsk på en måte som skulle få frem kvinnenes essens i det de fortalte på best mulig måte.</p>		
<p>”Emotional care for women who experience miscarriage” av Evans, R.</p>	<p>Studiens hensikt er å utforske de psykiske/emosjonelle erfaringene med spontanabort på sykehus hos sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen på gynekologiske avdelinger.</p>	<p>Literature review er metoden som blir brukt. To tema som blir sett på er sykepleierens rolle i den emosjonelle omsorgen som de gir til kvinnene, samt sykepleierens emosjonelle erfaringer med å yte pleie til denne pasientgruppen. IMRaD ble brukt for å analysere artiklene.</p>	<p>36 artikler er inkludert i denne studien. De fleste artiklene er kvalitative, da denne metoden fokuserer på å forstå, og legger til rette for å inkludere følelser og meninger. Tre kvantitative artikler ble også inkludert for å belyse det medisinske aspektet med spontanabort. Artiklene som er inkludert i studien er fra land i verdensdelene Europa, Nord-Amerika, Asia, Afrika og Oseania. Det er relevant å inkludere funn fra flere verdensdeler, da det viser seg å</p>	<p>Studien peker på flere tema som er relevante for å gi pleie til kvinner som gjennomgår spontanabort, samt sykepleierens erfaringer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kommunikasjon, relasjon og informasjon 2) Utdanning og kompetanse 3) Distanse og utbrenthet hos sykepleiere <p>Empatisk og dyktig sykepleie var avgjørende i den langsiktige emosjonelle utvinningen etter spontanabort. Likevel spilte mangel på tid, økonomi, holdninger på avdelingen og mangel på kunnskap en viktig rolle i noe som kunne forhindre en helhetlig omsorg til kvinnene. Studien peker også på et underskudd i utdanningen og opplæring av sykepleierne som skal yte pleie til kvinner som spontanaborterer.</p>

			være likheter med erfaringene til spontanabort verden over.	
--	--	--	---	--

VEDLEGG III – SVAR FRA MARIA BACHMANN

Maria Bachmann har godkjent gjengivelsen i teksten 25.04.17.
Marias svar er markert i fet skrift.

Hei!

Jeg har noen spørsmål som jeg lurer på om du kan hjelpe meg med?

I drøftedelen av oppgaven min har jeg tenkt å ta for meg tre faser som forskning forteller at kvinner som opplever spontanabort går gjennom.

Den første fasen er de første tegn på at noe er galt, og sykepleierens første møte med kvinnen på avdelingen. Hvordan møter dere disse kvinnene på avdelingen? Kommer de rett til undersøkelse, eller sitter de lenge å venter, evt om de får rom?

Det finnes jo tre forskjellige typer spontanaborter (misted abortion, partiell abort og fullstendig spontanabort). Hos oss møter vi først og fremst personer som gjennomgår «misted abortion» hvor fosteret er dødt i livmoren, men ikke støtes ut.

Kvinnene har som regel vært hos sin fastlege, jordmor eller på legevakten før de kommer til oss. Her har det mest sannsynlig blitt gjort en undersøkelse hvor de mistenker en abort. Ofte har kvinnene smerter i nedre del av magen, samt utflod og blødninger fra skjeden. De kommer alltid til oss for en second opinion. Man får meldt pasientene via vår forvakt, derfor er vi som oftest forberedt på at de kommer. Når pasientene møter opp på avdelingen er det ikke så mye vi sykepleiere kan gjøre før lege har snakket med dem. Men vi hilser på dem, og om nødvendig tar vi vitale målinger. Dessverre er det slik at de ofte må vente en stund på gangen, da legene våre er veldig opptatte på dagtid. Kommer de imidlertid på ettermiddagen er det større sjans for at ting skjer fort.

Som sykepleier prøver vi alltid å skjerme dem best mulig. Vi setter dem ikke til å vente midt i gangen hvor det kryr av babyer. Vi finner ikke rom til dem før de har vært til undersøkelse hos lege.

I forskning jeg har funnet sies det at kvinnene kan oppleve blant annet smerte, stress, uro, redsel og urolighet. Føler du at dette stemmer med dine erfaringer?

Ja. Ofte har jo kvinnene oppsøkt lege grunnet magesmerter og blødninger. De fleste fremstår svært engstelige og stresset for hva som er galt. Etter hvert som gynekologen undersøker går smerten ofte fra å bare være fysisk til å bli svært psykisk og. Kvinnene blir svært urolige for veien videre. De er usikre på hva de skal gjennom, og mange spørsmål om fremtiden dukker ofte opp. Så ja, jeg vil si at de ofte vil kjenne på uro, stress og redsel.

Den andre fasen er å miste barnet, da de får den endelige diagnosen. Noe forskning sier at noen kvinner føler seg i denne fasen nedprioritert, tilsidesatt og alene. Krise, sorg og tristhetsfølelse er også noe som går igjen i forskningen.

Hvordan opplever du kvinnene i denne fasen? Hvilken informasjon får kvinnene av dere sykepleiere (muntlig/skriftlig)? Samtaler dere med kvinnene, og føler du at kvinnene ønsker og har behov for dette? Blir de evt. oppfordret til å snakke med psykolog eller annen samtalepartner?

Når kvinnene får beskjeden om at de har mistet barnet fremstår de selvfølgelig veldig triste. Samtidig går de ofte i en forsvarsposisjon som er veldig vanlig når en opplever en personlig krise. Etter hvert som de har fått god informasjon av både lege og sykepleier kommer sorgfølelsen frem.

Lege samtaler godt med pasienten. Vi sykepleiere gir videre informasjon i forhold til hvilken behandling lege har valgt å gi. Kvinnene får skriv med informasjon av oss om prosedyrer.

Alle er forskjellige, men jeg opplever at kvinnene ofte har fått god nok samtale og informasjon gjennom legen. De trenger ofte litt tid til å snakke videre om det. Men er pasientene innlagt på avdelingen tilbyr vi oss alltid å samtale med dem. Vi gir også tilbud om samtale med prest på sykehuset, noe de fleste takker nei til.

Den tredje fasen er tiden etter. Kvinnene er som jeg forstår ikke lenge på avdelingen etter gjennomgått spontanabort. 1-2 dager? Vanlige ettervirkninger på spontanabort er angst og depresjon, og mange opplever dyp sorg og skyldfølelse. Er dette noe du får et bilde av når kvinnen er på avdelingen? Får de informasjon om at psykiske ettervirkninger kan oppstå?

Det er bare kvinnene med «missed abortion» som blir lagt inn hos oss (i noen tilfeller også pågående spontanaborter over uke 9).

Når legen har undersøkt pasienten blir vi enige om pasienten skal legges direkte inn, eller komme inn en dag eller to etter undersøkelsen. Når de blir lagt inn hos oss starter vi opp med cytotecbehandling. de får 4 tabletter vaginalt som skal starte sammentrekninger i livmoren sånn at fosteret kan støtes ut. De får samtidig smertestillende og kvalmestillende. Dette er samme prosedyre som blir gjort ved en provosert abort. Vanligvis vil kvinnen være ferdig etter 4-6 timer. Dessverre er det slik at ved «missed abortion» kan det ofte ta lenger tid, men de er som regel ferdige iløpet av et døgn. I noen tilfeller ender det opp med at man må legge pasienten i narkose for å gjøre en utskrapning. Da har kvinnen gjerne gått igjennom flere runder med cytotec uten virkning. Dette er helt klart en sterk psykisk påvirkning. Kvinnene blir slitne og urolige. Jeg opplever dem helt klart som i dyp sorg, spesielt om prosedyren drar ut i tid.

Man er opptatt av å gi god informasjon av viktigheten av å snakke om deres tanker og følelser rundt det som skjer/har skjedd. Men man har dessverre ikke gode nok rutiner for å gi spesiell informasjon om psykiske ettervirkninger.

Noe jeg har sett igjen mens jeg har lest forskning er at tema om spontanabort er noe tabubelagt, og flere forteller at de ikke føler det er nok støtte å få fra samfunnet/omgivelsene. Det virker også som det er lite kunnskap på området, da spesielt om de psykiske ettervirkningene som kan oppstå. Vi lærer jo lite om dette på sykepleierstudie, og lurer derfor på om dere får noe spesiell opplæring på området på avdelingen, eller om det er noe en lærer seg gjennom erfaring?

Det er dessverre et tema som i dagens samfunn er veldig tabubelagt. Jeg tror selv noe av grunnen til det er at kvinnene fort kan føle seg mislykkede. Som du sier er det også veldig lite kunnskap rundt tema. Vi lærer veldig lite om dette på studiene. På avdelingen vår er det ingen spesiell opplæring på området. Man lærer mye gjennom erfaring og å snakke med kvinner som har opplevd spontanabort før.

På forhånd, tusen takk for hjelpen!

VEDLEGG IV – SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Ja</p> <p>O</p> <p>Uklart</p> <p>O</p> <p>Nei</p> <p>O</p> <p>Kommentar:</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja</p> <p>O</p> <p>Uklart</p> <p>O</p> <p>Nei</p> <p>O</p> <p>Kommentar:</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p>Ja</p> <p>O</p> <p>Uklart</p> <p>O</p> <p>Nei</p> <p>O</p> <p>Kommentar:</p>

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	<p>Kommentar:</p>		

HVA ER RESULTATENE?

	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Kommentar:</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------