



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 147

Leveringsfrist: 20. Februar 2015

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Veileder: Benny Huser



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

”Det er alltid en neste gang!”

-Sykepleie til kvinner som gjennomgår en spontanabort



Foto: privat

Bachelor i sykepleie, avdeling for helsefag, Stord 2015

kull 2012

Antall ord: 8993

Sammendrag

Tittel: ”Det er alltid en neste gang”- Sykepleie til kvinner som gjennomgår en spontanabort.

Bakgrunn: 15-20% av alle erkjente graviditeter ender i spontanabort, og hele 80 % i første trimester. Omtrent 8000 kvinner blir behandlet for spontanabort i Norge hvert år. Når jeg var i praksis på sykehuset følte jeg at det var et misforhold mellom hvordan sykepleieren tilnærmet seg kvinnene og hvordan kvinnene uttrykte at de hadde det. Dette gjør nok at mange kvinner føler at de ikke blir ivaretatt i situasjonen de ufrivillig har havnet i.

Hensikt: Oppgavens hensikt å finne mer ut hva vi som sykepleiere kan gjøre for disse kvinnene når de opplever en spontanabort på sykehuset. Å undersøke dette temaet nærmere tror jeg er veldig relevant da det er gjort lite forskning på hvilke behov kvinner som gjennomgår en spontanabort har, selv om sykepleien kvinnene får under behandlingen har mye å si for hvordan de opplever det å spontanabortere, som igjen vil påvirke deres fremtid.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Databasene CHINAL og SweMed+ ble brukt når jeg søkte etter relevant forskning. Artikler fra begge databasene ble inkludert i studien. Søkeordene som ble brukt var: ”Miscarriage”, ”Nursing”, ”Emotions”, ”Spontaneous abortion”, ”Care after miscarriage”.

Resultater: Kvinnene føler seg ikke ivaretatt når de er på sykehuset og gjennomgår en spontanabort. De opplever at sykepleierne primært fokuserer på de fysiske aspektene ved det å spontanabortere, mens de ønsker mer fokus på det psykiske. Sykepleierne på sin side føler seg ikke kompetente nok til å møte kvinnenes emosjonelle behov. For at kvinnene skal føle seg ivaretatt må sykepleieren ha evner til å se hver enkelte kvinnes behov, samtidig som kvinnen får kontinuerlig informasjon om hva som skjer i forløpet og hva hun kan vente seg i fremtiden.

Summary

Title: “There is always a next time”- Nursing and care for women who goes through a miscarriage.

Background: 15-20 % of all acknowledged pregnancies ends up in miscarriages. About 8000 women are treated for miscarriages in Norway every year. When I did my internship at hospital, I felt it was a disparity between how the nurses approached the women, and how the women expressed their experience. In my opinion, this can result in women feeling that they're not sufficiently enough taken care of, in a situation they involuntarily have ended up in.

Purpose: The purpose of this thesis is to research and discover more about what we as nurses can do for these women in their experience with a miscarriage at a hospital. I feel that to research this area closer is necessary and relevant since there is only a small amount of research done concerning to what exact needs the women who go through a miscarriage have. This is especially important since the nursing care these women receive during treatment, will impact how the whole experience of having a miscarriage will be remembered, which again will have an impact on their future.

Method: The thesis is a literature study. The databases CHINAL and SweMed+ was used when searching for relevant research. Articles from both databases were included in the study. The searches used was: "Miscarriage", "Nursing", "Emotions", "Spontaneous abortion", "Care after miscarriage".

Results: Women who receive nursing care in relation to having a miscarriage, do not feel sufficiently enough taken care of in the time they spend at hospital. They also feel that the nurses primarily focus on the physical aspects of the experience, while they are in more need of a psychological approach. The nurses on the other hand, don't feel equipped to meet the patients emotionally needs in this regard. To make these women feel sufficiently taken care of, a nurse need to have the ability to see every single patients need, and at the same time give her continuous information about the course of treatment and what she can expect in the future in regards to a possible new pregnancy.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Summary	4
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Oppgavens hensikt.....	7
1.3 Presentasjon av problemstilling	8
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	8
2.0 Teori	9
2.1 Hva er sykepleie i følge Joyce Travelbee?	9
2.1.1 Når sykepleier skal etablere et menneske til menneske forhold	9
2.1.2 Travelbee: Sykepleie og kirurgi	10
2.2 Kvinnene som spontanaborterer	10
2.2.1 Sykepleie ved den gynekologiske undersøkelsen	11
2.2.2 Sykepleierens plikt og pasientens rett	12
2.2.3 Medikamentell abort.....	13
2.2.4 Sykepleie ved kirurgisk abort før og etter inngrepet	13
3.0 Metode	14
3.1 Definisjon av metode.....	14
3.2 Systematisk litteraturstudie som metode	15
3.3 Litteratursøk og valg av forskningsartikler	15
3.4 Metodekritikk	17
3.5 Etikk i oppgaveskriving	18
4.0 Resultat	19
4.1 Artikkel 1: ” <i>Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage</i> ”	19
4.2 Artikkel 2: ” <i>Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort</i> ”	20
4.3 Artikkel 3: ” <i>Early bereavement: women’s experiences of miscarriage</i> ”.	20
4.4 Artikkel 4: ” <i>Kvinnors opplevelser av tidlig graviditet, etter att ha opplevtt ett eller flera missfall tidigare i livet</i> ”	21
4.5 Oppsummering av funnene	22
5.0 Drøfting	23
5.1 Å ivareta kvinnen under den gynekologiske undersøkelsen	23
5.2 Å informere kvinnene om de ulike behandlingalternativene de har	24
5.3 Å ivareta kvinnen før en kirurgisk abort	26
5.4 Å gi informasjon til kvinnen i etterkant av den kirurgiske aborten	28
5.5 Konklusjon og Avslutning	31
6.0 Referanseliste	32
6.0 Vedlegg til oppgaven	35
6.1 Vedlegg 1- Søketablell.....	35
6.2 Vedlegg 2- Oversiktstabelle.....	38
6.3 Vedlegg 3- Kritisk vurdering av forskningsartikler.....	43

”Miscarriage may be regarded as the most painful form for bereavement for women, because it is often unexpected and almost always unexplained, and may never be forgotten”
(Evans, 2012)

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er abort. Begrepet abort brukes både om spontanabort og provosert abort. Jeg vil i denne oppgaven kun fokusere på spontanabort. I følge Verdens Helseorganisasjon blir spontanabort definert som et svangerskap som går til grunne før uke 23, der fosteret veier opp mot 500 gram (Mehta, 2013).

15-20% av alle erkjente graviditeter ender i spontanabort, og hele 80 % i første trimester. Omtrent 8000 kvinner blir behandlet for spontanabort i Norge hvert år (Jerpseth, 2010, s. 43).

Da jeg var i praksis fikk jeg erfare at det var veldig mange kvinner som spontanaborterte. Noen av de hadde fått symptomer på en abort, mens andre kom inn for en vanlig ultralydundersøkelse. Men noe hadde de til felles: legen fant ikke noe hjerteslag hos fosteret. Heller ikke den neste legen som kom inn for å sjekke at diagnosen var riktig. Jeg, som sykepleierstudent, så da hva de måtte gjennomgå fra de kom gravide på ultralyd, til de gikk ut av sykehuset- ikke lenger gravide. Dette på bare noen timer, den samme dagen og den samme vekten. Jeg følte at det var et misforhold mellom hvordan sykepleieren tilnærmet seg kvinnene og hvordan kvinnene uttrykte at de hadde det. Dette gjør nok at mange kvinner føler at de ikke blir ivaretatt i situasjonen.

1.2 Oppgavens hensikt

På bakgrunn av disse erfaringene jeg har gjort meg i praksis er oppgavens hensikt å finne mer ut hva vi som sykepleiere kan gjøre for disse kvinnene når de opplever en spontanabort på sykehuset. Å undersøke dette temaet nærmere er veldig relevant ettersom det er gjort lite forskning på hvilke behov kvinner som gjennomgår en spontanabort har, selv om sykepleien kvinnene får under behandlingen har mye å si for hvordan de opplever det å spontanabortere, noe som igjen vil påvirke deres fremtid.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen blir da: *Hvordan kan sykepleier tilnærme seg kvinner som opplever en spontanabort på sykehus for at de skal føle seg ivaretatt?*

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven tar utgangspunkt i kvinner som spontanaborterer for første gang, da de har et annet utgangspunkt enn kvinner som har opplevd å spontanabortere flere ganger. Denne oppgaven omfatter kvinner i alle aldre, da det er like vondt å miste et ufødt barn uavhengig av hvilken alder man er i.

Vi har ulike former for abort, og de opptrer ulikt hos kvinnene. I denne studien vil jeg fokusere på inkomplett abort, der kvinnen ofte har moderate til sterke smerter og vaginalblødning og Missed abortion som betegner fosterdød uten at det skjer spontan utstøtning av foster eller graviditetsprodukter (Juvkam og Gudim, 2008, s.82). Disse formene for abort krever begge behandling på eller fra sykehuset.

2.0 Teori

2.1 Hva er sykepleie i følge Joyce Travelbee?

Å definere hva sykepleie er, er viktig da sykepleierens syn på hva dette er vil være avgjørende i deres atferd i ulike sykepleiesituasjoner (Travelbee, 2001, s.29).

Travelbee (2001, s. 29) definerer sykepleie følgende:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelpe et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Travelbee (2001, s. 29-30) mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker. Skal sykepleieren kunne hjelpe den syke er det absolutt nødvendig at hun setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom (Travelbee, 2001, s. 36). Selv om det å spontanabortere ikke er en sykdom i seg selv, kan kvinnene som gjennomgår dette føle seg syke, da de har holdninger og følelser ovenfor aborten. På bakgrunn av dette er det derfor viktig at sykepleierne setter seg inn i hvordan disse kvinnene har det, så sykepleieren kan finne ut hva hun kan gjøre for at kvinnen skal føle seg ivaretatt.

2.1.1 Når sykepleier skal etablere et menneske til menneske forhold

Travelbee (2001, s.41) mener at et menneske til menneske forhold kjennetegnes ved at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt. I et menneske til menneske forhold er det ulike faser, og det er igjennom disse fasene en får dette forholdet. (Travelbee ,2001, s.175) Det kan oppnås ved:

- **Det innledende møtet:** Når man møter noen dannes det et førsteinntrykk av personen. Man får da en fornemmelse av hvordan denne personen er. Som sykepleiere ser vi på kvinnen som en ”pasient”, og kvinnen ser på oss som ”sykepleiere”.

Sykepleieren må prøve å se og oppfatte mennesket i pasienten. Travelbee (2001, s.188) sier at ”*det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper*”.

- **Framvekst av identiteter:** Sykepleieren begynner her å forstå hva kvinnen føler, tenker og oppfatter situasjonen. (Travelbee, 2001, s. 188-189)

- **Empati:** Når man klarer å leve seg inn i, eller ta del i og forstå den andres behov.

Man kan da vise vår empati og være sammen om opplevelsen (Travelbee, 2001, s.193).

- **Sympati og medfølelse** : En tar her del i den andres følelser og opplever medlidenhet. Sympati og medfølelse er varme og godhet, at sykepleiren har en evne til å vise omsorg som er opplevd på et følelsesmessig nivå og kommunisert til den andre (Travelbee, 2001 ,s. 201). Ved å vise og gi dette forteller sykepleiren at hun bryr seg om den andre, samtidig som hun gir følelsesmessig støtte og holder han oppe i en vanskelig tid (Travelbee, 2001, s. 209).

- **Etablering av gjensidig forståelse og kontakt** : Opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt er et mål i all sykepleie (Travelbee, 2001, s.211)

2.1.2 Travelbee: Sykepleie og kirurgi

I forkant av et kirurgisk inngrep trenger man å få oppfylt to grunnleggende behov: behovet for informasjon og behovet for sikkerhet. ”Behovet for informasjon referer til den enkeltes behov for å forstå hva som skjer med ham” (Travelbee, 2001, s.262). Om man ikke får informasjon kan dette føre til angst og frykt for inngrepet. Den enkelte har også behov for god og kyndig pleie, noe som pasienten opplever som trygghet i motsetning til å bli overlatt til seg selv i en så kritisk situasjon. Behovet for emosjonell støtte og beroligelse er sterkt og akutt hos mange av de pasientene som skal igjennom et kirurgisk inngrep, selv om inngrepet er ”lite” (Travelbee, 2001, s.262). I følge Travelbee fins det ikke noe som kalles et mindre inngrep, og særlig ikke for den som skal gjennomgå inngrepet (Travelbee, 2001, s. 267).

2.2 Kvinnene som spontanaborterer

Kvinnene som spontanaborterer kommer til gynekologisk poliklinikk, etter å ha blitt henvist av legen sin eller jordmor. ”Gynekologiske poliklinikker utreder, behandler og har kontroller av kvinner med sykdommer og plager i underlivet, samt problemer knyttet til reproduksjon og fertilitet” (Helse Bergen, 2014). Å spontanabortere er en traumatisk opplevelse for mange og krever sensitiv omsorg fra kompetente sykepleiere. Det kan bli sett på som den mest smertefulle sorgen for mange kvinner da det ofte er *uventet* og *nesten alltid uforklarlig*. Samfunnet ser ikke på det å spontanabortere som en sorg, og det blir ofte oversett av helsepersonell og forskere. Å miste barnet sitt når man er i 6.svangerskapsuke kan være like emosjonelt utfordrende

dersom man mister det i uke 40. Mange ser på fosteret som en person veldig tidlig i svangerskapet, noe som ofte blir glemt av helsepersonell da de primært fokuserer på de fysiske aspektene ved spontanaborten (Evans, 2012).

Behandlingen kvinnene må igjennom består av kirurgisk utskrapning av fosterrester under narkose, eller medikamentell abort, da kun med smertestillende. Medisinsk behandling viser seg å være en større psykisk belastning for kvinnen, da hun kunne komme i kontakt med fosteret og fosterrester under prosessen. Vanligvis er kirurgisk behandling en kort prosess. Avdelingen har i tillegg hasteoperasjoner og andre pasienter som gjerne gjennomgår store operasjoner. Dette resulterer i at de psykiske og følelsesmessige behovene til kvinnene får en lavere prioritet, da sykepleierne ikke har ”tid” til å ha terapeutiske samtaler med dem, noe forskningen viser at de trenger (Evans, 2012).

Sykepleierne synes det var vanskelig å gi omsorgsfull pleie, da de følte de ikke var kompetente nok. Opplæring og klinisk kompetanse er derfor viktig for at de skal være komfortable nok og ha ferdigheter til å kunne ta seg av kvinnene og deres familier. Sykepleiere ønsker også å fremstå som rolige og tilgjengelige og ha muligheten til å svare på spørsmål åpent og ærlig. Man er samtidig urolig for å snakke åpent med kvinnene i frykt for å si eller gjøre noe galt. Dette påvirker også sykepleiernes muligheten til å gi individuell omsorg til kvinnene. Når sykepleiere håndterer spontanabort viser det seg at kommunikasjon og empati er de viktigste komponentene i sykepleien som blir gitt til kvinnene. Holdningen til sykepleierne kan også påvirke kvinnenens bearbeidelse av å spontanaborten direkte.

Kvinnene og deres familier ønsker at helsepersonell er godt informert. Klare retningslinjer for hvordan sykepleiere skal håndtere sorg hos pasientene burde være tilgjengelig som et hjelpemiddel. Sykepleieren kan gjøre at kvinnene føler seg makteløse. De kan føle seg behandlet som objekter, noe som gjør at de holder følelsene sine for seg selv. Når sykepleierne sier at ”det er naturens gang” eller at ”det finnes alltid en neste gang”, bagatelliserer de sorgen kvinnene opplever (Evans, 2012).

2.2.1 Sykepleie ved den gynekologiske undersøkelsen

Sykepleierens rolle under den gynekologiske undersøkelsen er å forberede, støtte, veilede og hjelpe kvinnen gjennom utredningen og behandlingen, og assistere legen

ved selve undersøkelsen. Når man forbereder kvinnen på hva de ulike leddene i utredningen skaper man som sykepleier forutsigbarhet som igjen kan hjelpe kvinnen til å mestre situasjonen. Etter dette blir kvinnen henvist til et skjermet sted, der hun kan kle av seg. Sykepleieren bør da tilby pasienten et håndkle eller stikkklaken som hun kan dekke seg til med nedentil under undersøkelsen. Dette fører til at kvinnen blir mer avslappet. Det er viktig at sykepleier informerer om at undersøkelsen ikke er smertefull, men at det kan være litt ubehagelig (Jerpseth, 2010, s.19). Noen kvinner har mest nytte av at sykepleieren står ved hodeenden og snakker med dem under selve undersøkelsen. En ultralydundersøkelse via skjeden vil ofte avklare situasjonen i tillegg til å vurdere behovet for en utskrapning (Gudim og Juvkam, 2008, s.84-85). Under undersøkelsen har sykepleieren en assisterende funksjon, og skal legge forholdene til rette for at undersøkelsen skal gå så smidig som mulig. Sykepleieren skal også følge med på hvordan kvinnen opplever undersøkelsen. Når undersøkelsen er ferdig skal sykepleier gi kvinnen papir som hun kan tørke seg med, og eventuelt et nytt bind (Jerpseth, 2010, s. 20).

2.2.2 Sykepleierens plikt og pasientens rett

I helsepersonelloven (§4, første ledd), står det at ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp”(Molven, 2011, s. 329). Som sykepleier vil man gjøre det beste for pasienten så langt det lar seg gjøre. Dette kalles også for velgjørenhetsprinsippet. Man kan også forstå dette konsekvensetisk ved å si at man vil skape mest mulig velferd og helsegoder for flest mulig personer ut i fra få ressurser (Nortvedt, 2012, s. 96).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det følgende:

§ 1 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Nortvedt, 2012, s. 135).

§ 1.2 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Nortvedt, 2012, s.135).

§1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2009).

§ 1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2009).

I Nortvedt (2012, s. 136-137) står det at pasienten skal ha ”informasjon om forskjellige behandlingsformer og alternativ behandling, som kirurgi versus medikamentell behandling”. Pasienten skal selv ha rett til å bestemme over sin egen pleie og behandling (Nortvedt, 2012, s. 132). Det å ha selvbestemmelse forutsetter at man kan foreta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte valg på egne vegne (Nortvedt, 2012, s.133). Som pasient har man rett til å nekte behandling og pleie, samtidig som man har rett til å kreve ulike typer omsorg eller behandling så lenge den ikke er uvirksom, skadelig, meget dyr eller har begrenset effekt (Nortvedt, 2012, s.134). Dette omfatter også sykepleietiltak.

2.2.3 Medikamentell abort

Ved medikamentell abort kan kvinnen være hjemme mens selve aborten skjer. Denne formen for abort er mest brukt i Norge. Metoden er mer skånsom, har lavere komplikasjonsrisiko og er mindre ressurskrevende enn den kirurgiske behandlingen. Kvinnen får *misoprostol* som hun skal sette dypt inn i vagina. Dette medikamentet myker opp og utvider livmorhalsen (cervix) samtidig som det fører til at livmormuskulaturen (uterus) trekker seg sammen slik at fostervevet støtes ut. I løpet av noen timer eller ett døgn skal fosteret og placenta ha blitt støtt ut. Ved medisinsk abort får kvinnen sterke smerter når fosteret og morkaken støtes ut. Medikamentet misoprostol virker også indirekte inn på mage-tarm-kanalens muskulatur og kan igjen føre til avføringstrang, kvalme og oppkast. I tillegg trekker muskulaturen i blodårene seg sammen, noe som kan gi kvinnen hodepine (Jerpseth, 2010, s. 45).

2.2.4 Sykepleie ved kirurgisk abort før og etter inngrepet

Før:

Mange kvinner som spontanaborterer er redde og usikre (Jerpseth, 2010, s. 47). Sykepleieren skal støtte, informere og forberede kvinnen til det hun skal gjennomgå (Berntzen et.al, 2010,s. 274). Det er viktig at sykepleier lytter til kvinnens fortelling, kanskje flere ganger og at hun blir oppmuntret til å sette ord på følelsene sine

(Jerpseth, 2010, s. 47). Kvinnen gjennomgår så vanlige pre-operative forberedelser som blant annet innebærer at hun får et vagitorium med et prostaglandin-liknende stoff som myker opp vevet noen timer før inngrepet (Jerpseth, 2010, s. 45).

Etter:

Dersom tilstanden til kvinnen vurderes som normal, kan hun vanligvis reise hjem etter noen timer. Før kvinnen skrives ut fra sykehuset skal hun få informasjon og veiledning. Hun må også få spørsmålet om hun vil ha partneren eller andre med seg på samtalen. Kvinnen må få følgende informasjon under samtalen:

-tegn og symptomer på infeksjoner, og at hun da må kontakte sykehuset eller fastlegen ved tegn på dette.

-at det er vanlig å ha avtakende blødning i rundt to uker

-at det ikke er anbefalt å bruke tampong, ha samleie, være sterkt fysisk aktiv eller å ta karbad til blødningen har avtatt helt.

-at kvinnen ikke har økt risiko for å spontanabortere neste gang hun er gravid

-at det er vanlig at begge parter i et forhold er lei seg og at man sørger over barnet som man har mistet. Det er videre viktig at sykepleier informerer om at man som individer sørger forskjellig og at sorgen da kommer til uttrykk på ulike måter. Man er sjelden også på samme sted i sorgprosessen.

(Jerpseth, 2010, s. 47)

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Vilhelm Aubert (Dalland, 2012, s.111) formulerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Når man velger en metode er det fordi vi mener at akkurat denne metoden vil hjelpe oss til å finne frem til god forskning som igjen kan belyse spørsmålet vårt studien på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s.111). Vi har to ulike metoder: *kvantitative* og *kvalitative*. En kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Systematisk litteraturstudie som metode

I veilederen til dette bachelorstudiet står det at vi skal vi bruke metoden systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman har definert et systematisk litteraturstudie som en studie som har en tydelig formulert problemstilling som blir besvart gjennom at man systematisk identifiserer, velger, kritisk vurderer og analyserer forskning som er relevant for problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 31).

En forutsetning for at man skal kunne gjøre et systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre underlaget (Forsberg & Wengström, 2013, s.26). I følge Manchikanti bør et systematisk litteraturstudie inneholde en klar og tydelig problemstilling, en søkestrategi, tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentasjon av hver enkelte studies metodevalg og resultat, presentasjon av studier som ble valgt bort og hvorfor disse ikke ble brukt og til slutt en rapport som beskriver sentrale deler ved studien (Forsberg & Wengström, 2013, s.28).

Jeg vil kritisk søke, vurdere og analysere forskning som er relevant for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2008, s. 31). Det er viktig for meg at artiklene jeg inkluderer i studien har en introduksjon og metode, samt tydelige resultater og at disse blir diskutert. Dette kalleres også for en IMRaD-struktur. Når jeg vurderer og analyserer artiklene, vil jeg bruke ulike sjekklister som ett hjelpemiddel for å kvalitetssikre forskningen som har blitt utført.

3.3 Litteratursøk og valg av forskningsartikler

Vedlegg 1 gir en oversikt søketabeller til de ulike databasene.

Når jeg skulle finne relevant forskning og litteratur brukte jeg skolen sine helsefaglige databaser, CINAHL og SweMed+. CINAHL er en ”Internasjonal artikkelbase for helsefag, med hovedvekt på sykepleie”. CINAHL er særlig god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer, mens den andre databasen SweMed+ er en ”Nordisk artikkelbase for helsefag” (HSH, 2014). Jeg brukte søkeord som var relevante for problemstillingen i oppgaven og oversatte dem til engelsk ved hjelp av ordnett. Følgende ord ble da brukt i søket: ”Miscarriage”, ”Nursing”, ”Emotions”, ”Spontaneous abortion”, ”Care after miscarriage”.

I CINAHL avgrenset jeg søkene til "full text and publication date 2004-2014 og 2009-2014", da jeg ville finne nyere forskning. Jeg søkte på ett og ett søkeord, men fikk da veldig mange treff. Jeg kombinerte derfor søkeordene "Miscarriage" AND "Nursing" og fikk da 11 treff. Ut av de to valgte jeg artikkel nr. 4: *Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage*". Jeg kombinerte flere søkeord uten at jeg fant noen artikler jeg ville inkludere i studien. Dette var helt til jeg kombinerte søkeordene "Miscarriage" AND "Emotions". Da fikk jeg 4 treff, og valgte den første artikkelen: *Early bereavement: Womens experiences of miscarriage*".

Jeg søkte så i databasen SweMed+. Her brukte jeg norske søkeord, siden dette er en nordisk database. Jeg søkte da på "spontanabort" og avgrenset søket ved "Peer reviewed tidsskrifter og läs online. Jeg fikk da 27 treff, og valgte artikkel nr 4: *Kvinnors opplevelser av tidig graviditet, efter att ha upplevt ett eller flera missfall tidigare i livet*". Jeg søkte så en gang til, med avgrenset søket med norsk i tillegg. Grunnen til dette var at jeg ville se om det var noe norsk forskning som kunne hjelpe meg å svare på problemstillingen min. Jeg fikk da 7 treff, og valgte artikkel nr.3 av disse: *Kvinnors psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort*".

3.4 Metodekritikk

Da jeg var i praksis bestemte jeg meg for hva temaet i denne oppgaven skulle være. Jeg hadde bestemt meg for at jeg ville bruke Joyce Travelbee´s teori i oppgaven, da hun skriver om at vi som sykepleiere skal etablere et menneske til menneske forhold, der sykepleieren og kvinnen relaterer seg til hverandre som menneske til menneske, og ikke som sykepleier til pasient (Travelbee, 2001, s.213). Sykepleiere som kommer i situasjoner med kvinner som gjennomgår en spontan abort må bruke tiden de har med kvinnen effektivt, da kontakten med dem bare varer noen timer. Det er da viktig at man kjenner til de ulike fasene for å bygge opp et slikt forhold, slik at man kan skape en gjensidig forståelse og kontakt, noe som er et mål i all sykepleie (Travelbee, 2001, s.211).

Jeg har valgt å bruke ordet ”ivaretatt” i problemstillingen da det dekker mange ulike begreper. Når jeg skulle finne teori til studien kom jeg frem til at det var lite om spontanabort i pensumbøkene. Det som er svært uheldig er at provosert abort og spontan abort går litt over i hverandre. Jeg har derfor måttet bruke mange bøker som ikke står på pensumlisten. Jeg tror dette har styrket oppgaven på den måten at man får kunnskap fra ulike kilder. Det var mange artikler å velge mellom i de ulike databasene, men få var relevante i forhold til problemstillingen. For å vurdere artiklene hentet jeg ut sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Listene er et hjelpemiddel for å vurdere og kvalitetssikre artikler. Siden artiklene jeg har valgt baserer seg på ulike typer forskning, måtte jeg bruke ulike sjekklister. Jeg fylte ikke sjekklister ut skriftlig, men vurderte artiklene ved hjelp av de kravene sjekklister stiller. Om jeg kunne svare ja på alle spørsmålene i sjekklister, vurderte jeg artiklene som gode. Artiklene er relevante for oppgaven, da resultatene i forskningen sier noe om hva man som sykepleier kan gjøre for å legge til rette for at kvinner føler seg ivaretatt på sykehus når de gjennomgår en spontanabort. Når forskningsartikler med ulike metoder kommer til mange av de samme resultatene blir resultatene forsterket. Det viser tydelig at det er noe vi som sykepleiere kan gjøre bedre i arbeidet vår i møte med disse kvinnene. I tillegg er den ene artikkelen fra et pasientperspektiv og et sykepleieperspektiv, noe som styrker studien ved at vi får et innblikk i hvordan sykepleierne opplever situasjonen. Vedlegg 3 vil presentere en kritisk vurdering av valgt forskning.

3.5 Etikk i oppgaveskriving

Dalland (2012) definerer forskningsetikk slik:

Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring, og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater.

For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning finnes det forskningsetiske komiteer. ”Ved all medisinsk og helsefaglig forskning(...)skal det søkes om forhåndsgodkjenning..” (Dalland, 2012, s. 98). Når jeg skulle velge forskningsartikler ville jeg at artiklene skulle være godkjente av en slik komite. Tre av fire artikler er godkjent av en etisk komite. I artikkelen ”*Early bereavement: women’s experiences of miscarriage*” måtte deltakerne i studien selv melde seg på, i tillegg til at artikkelen har blitt godkjent for publisering i *Vård i Norden*. På bakgrunn av dette inkluderte jeg artikkelen. Det blir også lagt vekt på å referere riktig i henhold til retningslinjene for kildehenvisning, APA-standarden. Dette for å vise hvor kildene er hentet fra, samtidig for å unngå plagiat i oppgaven.

4.0 Resultat

I resultattabellen, vedlegg 2, er det er oversikt over de 4 sykepleiefaglige forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven. Artiklene ble valgt ut i fra litteratursøket, for så å bli kvalitetssikret ved bruk av sjekklister som er tilpasset de ulike forskningsmetodene. Under dette punktet blir funnene til hver enkelt artikkel representert hver for seg. Deretter vil det komme en oppsummering av hovedfunnene.

4.1 Artikkel 1: ”*Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage*”

Denne artikkelen er skrevet av Fiona Murphy og Joy Merrell. Den ble akseptert for publisering 30. September 2008 og ble publisert i *Journal of Clinical Nursing* 2009. Hensikten med denne studien er å utforske kvinners erfaringer av å gå i gjennom en spontan abort på sykehus ved gynekologisk avdeling.

Denne studien er en kvalitativ, etnografisk studie som finner sted på en gynekologisk avdeling ved et sykehus i Storbritannia. I studien deltok 8 kvinner som hadde gjennomgått en tidlig spontan abort, samt 16 helsepersonell med ulike profesjoner som arbeidet ved avdelingen. Tre tydelige faser dukket opp i forhold til kvinnes erfaring med aborten og behandlingen de fikk på sykehuset:

1-Bekreftelsen: For kvinnene var det ultralyden som var den avgjørende undersøkelsen på at de **faktisk** spontanaborterte, selv om de hadde symptomer som indikerte dette.

2-Tapet av barnet: Kvinnene som ventet på behandling lavere prioritet enn andre som skulle gjennomgå større inngrep. De måtte som oftest vente på enmannsrom.

Kvinnene følte seg overlatt til seg selv og alene når de måtte vente på at de skulle få behandling. Sykepleierne registrerte hvordan aborten påvirket kvinnene emosjonelt, men erkjente at tiden hindret dem å møte kvinnes emosjonelle behov

3- Det som skjedde rett etter aborten: Sykepleierne og annet helsepersonell fokuserte ikke så mye på tiden etter utskrivningen. Denne fasen inkluderte mye følelser av urolighet, skyldfølelse og tristhet. Skyldfølelsen i etterkant har hatt mye å si for intensiteten av depresjon og angst. Foreldrene, som oftest kvinnen, gir seg selv skylden for at hun har mistet barnet. Seks av åtte deltakere snakket også om tristhet i intervjuene, både når aborten begynte og en god stund etter de var utskrevet. Mange

følte også tomhet. Noen kvinner var usikre på om de klarte å fullføre et nytt svangerskap å bestemte seg for å ikke bli gravide igjen.

4.2 Artikkel 2: ”Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort”

Denne vitenskapelige artikkelen er skrevet av Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker & Øivind Ekeberg. Artikkelen er fagfellevurdert, og ble publisert i Sykepleien Forskning i 2006. Hensikten med studien var å kartlegge de psykiske ettervirkningene etter spontan og provosert abort i de fem første årene etter aborten, da forskning angående dette så ut til å mangle helt i Norge.

I studien ble det brukt spørreskjemaer og psykologiske tester. Den psykologiske traumetesten (IES) er todelt. Den første delen omhandler grad av påtrengende minner, flashbacks, vonde drømmer og sterke følelser som personen har hatt i forbindelse med aborten i løpet av siste uken før intervjuet. Den andre delen omhandler grad av forsøk på å unngå minner om traumet. Om en person har en høy score på en av deltestene, indikerer dette høy grad av subjektiv stress. Studien viste at hele 47,5 % av kvinnene med spontan abort skåret høyt på en eller begge deltestene. I forhold til påtrengende minner var det dette som gav sterkest utslag. Kvinnene scoret lavt på unngåelser av minner. HADS-skalaen som ble brukt, består også av to deler. Den ene delen måler angst og den andre depresjon. Sammenlignet med normalbefolkningen hadde de betydelig mer angst og depresjon ved det første intervjuet, men et halvt år etter spontan aborten hadde imidlertid de verste plagene gitt seg hos de fleste. I tillegg ble det brukt spørreskjemaer, der kvinnene fylte ut et skjema i forhold til de følelsene de hadde i forhold til aborthendelsen. Det viste seg at kvinnene hadde sterke følelser av sorg, tap, skyld og skam. De uttrykte i etterkant at de var overrasket og sjokkert over det de hadde opplevd.

4.3 Artikkel 3: ”Early bereavement: women’s experiences of miscarriage”.

Forskningsartikkelen er skrevet av Therese Ancker, Anja Andreassen Gebhardt og Sissel Agnes Botond. Studien ble publisert i Journal of Nursing Research & Clinical Studies/ Vård i Norden våren 2012.

Hensikten med denne studien er å beskrive den sørgende kvinnens opplevelse av tidlig spontanabort. Resultatet ble følgende:

- *Det å få være mor:* Så fort kvinnene var gravide begynte de å utvikle tanker og indre forestillinger i forhold til selve graviditeten og fremtiden med barnet. Tidlig i

graviditeten fikk kvinnene en tilknytning barnet.

- *En uventet hendelse*: Å abortere innebar en uventet hendelse. Beskjeden ble oppfattet som sjokkerende og som et ”slag i ansiktet”. Aborten medførte en stor psykisk og fysisk belastning. Flere kvinner gav uttrykk for at de var sinte eller følte seg sviktet da de ikke hadde fått informasjon om hva som ville skje rent fysisk når de gjennomgikk spontanaborten. De hadde også en følelse av å bli overlatt til seg selv når de aborterte hjemme, og ikke fikk den medisinske hjelpen de ønsket.

- *Prøve å finne forklaringer*: Kvinnene tenkte på hvorfor de hadde spontanabortert og mange anklaget seg selv for det som skjedde. Kvinnene synes det var befriende å få vite at de ikke hadde gjort noe galt, gjennom å få informasjon og få muligheten til å stille spørsmål til helsepersonell.

- *Å møte forståelse*: Kvinnene gav uttrykk for at de trengte å få støtte og empati. De trengte også å bli tatt på alvor i forhold til hva de opplevde og følelsene de hadde. Kvinnene opplevde oppriktig forståelse når noen forsto at de ikke bare sørget over barnet, men symbolikken rundt det hele.

- *Å gjennomgå en livskrise*: Aborten utløste en psykisk krise, og noen beskrev seg selv som deprimerte.

- *Å få sørge som foreldre*: kvinnene opplevde seg selv som blivende mødre uavhengig av hvilken graviditetsuke spontanaborten inntraff. Nesten alle opplevde at de mistet et barn, og ikke bare en ”celleklump”. Når barnet ble omtalt som et embryo, følte kvinnene at de ikke ble møtt med respekt.

4.4 Artikkel 4: ” Kvinnors opplevelser av tidlig graviditet, etter att ha opplevtt ett eller flera missfall tidigare i livet”

Denne sykepleiefaglige artikkelen er skrevet av Malin Rosebrink, Milihate Zekaj og Annsofie Adolfsson. Studien ble publisert i VARD I NORDEN i 2012. Hensikten med denne studien er å beskrive og forstå hvordan kvinner som tidligere har gjennomgått spontanabort opplever det å være gravid igjen.

Mange av kvinnene kjente glede over å være gravide. Men for noen av dem var denne gleden blandet med uro. Uroen kom av at de var redde for å spontanabortere igjen og for sorgen dette tapet førte med seg. De urolige kvinnene uttrykte at de hadde blandede følelser. De våget ikke å gi uttrykk for sin glede, de forberedte seg på at graviditeten kom til å ende opp i en spontanabort. Denne uroen kom av en slags følelse av usikkerhet som gjorde at de ikke stolte på kroppens egne signaler, da de

hadde blitt lurt av det før. Flere av kvinnene sa at en tidlig ultralyd gav en trygghetsfølelse, da det bekreftet at barnet levde, selv om de var klar over at det ikke var noen garanti for at de skulle gå bra videre i svangerskapet. De kjente seg allikevel rolige etter en ultralyd. De kvinnene som prater åpent om spontan aborten har det bedre i sin neste graviditet. Det er derfor viktig at kvinnene får bearbeide spontanaborten på sin måte.

4.5 Oppsummering av funnene

-Viktigheten av ultralyd: Selv om kvinnene har symptomer som indikerer at de gjennomgår en spontanabort, er det ultralyden som er avgjørende undersøkelsen for at de faktisk spontanaborterte. Det å få beskjeden om at fosteret ikke levde, opplevde kvinnene som et slag i ansiktet.

- Å omtale fosteret: I en artikkelen viser de at mange ser på fosteret som en person tidlig i svangerskapet, og kan derfor føle at de ikke blir respektert når helsepersonell omtaler barnet deres som *embryo*.

-Å informere kvinnen om de ulike behandlingsoalternativene hun har: Det å gjennomgå en spontanabort viser seg å være en større psykisk belastning enn å gjennomgå en kirurgisk abort.

-Å ikke bli prioritert og føle seg overlatt til seg selv: Kvinnene føler seg overlatt til seg selv, uavhengig av hvilken type abortmetode de gjennomgår. De har også lavere prioritet i forhold til pasienter som skal gjennomgå større kirurgiske inngrep. Mens de venter på å få behandling må de ofte vente på alenerom. Sykepleiere er uenige i om dette er det beste for kvinnen, da alle reagerer ulikt på det å spontanabortere.

-Å fokusere på de psykiske aspektene: Som sykepleier skal man ikke ta det for gitt at alle kvinner som spontanaborterer sørger. kvinnene på ønsker mer fokus på de psykiske aspektene ved å spontanabortere.

-Sykepleierens kompetanse: helsepersonell føler seg ikke er kompetente nok til å ivareta kvinnenes emosjonelle behov. Dette er vesentlig da forskningen viser at sykepleierens kompetanse påvirker kvinnenes opplevelse av spontanaborten og tiden etterpå.

-Å bli gravid igjen etter en spontanabort: Erfaringene kvinnene har gjort seg med å spontanabortere kommer tilbake til dem når de blir gravide igjen. Noen av kvinnene velger å ikke bli gravide igjen.

5.0 Drøfting

I dette punktet vil jeg se på funnene fra forskningen i forhold til Travelbee's sykepleieteori, faglitteratur og erfaringer jeg har gjort meg i praksis. Jeg har valgt å dele drøftingsdelen inn i de ulike fasene kvinnene gjennomgår på sykehuset. I fasene drar jeg frem hovedfunnene mine fra forskningen hvor kvinnene absolutt ikke har følt seg ivaretatt, og hvordan man som sykepleier bør tilnærme seg kvinnene i de ulike fasene. Overskriftene vil være veiledende for deg som leser i forhold til de ulike fasene kvinnene gjennomgår. Problemstillingen jeg skal besvare er følgende:

Hvordan kan sykepleier tilnærme seg kvinner som opplever en spontanabort på sykehus for at de skal føle seg ivaretatt?

5.1 Å ivareta kvinnen under den gynekologiske undersøkelsen

I studien til Murphy og Merell (2009), kom kvinnene til sykehuset når de fikk symptomer på en spontanabort. Det å få en ultralydundersøkelse var avgjørende for at de skulle forstå at det var en spontanabort de gjennomgikk, selv om symptomene indikerte dette. Travelbee (2001), mener at det er sykepleierens oppgave å danne ett menneske til menneske forhold med pasienten. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på dette allerede når hun møter kvinnen for første gang ved ultralydundersøkelsen. Målet i all sykepleie er å oppleve gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 211). For å få til dette må man gå igjennom noen faser sammen med pasienten, og alt avhenger av hvordan sykepleieren tilnærmer seg kvinnen under den gynekologiske undersøkelsen, da det er her sykepleieren møter henne for første gang. Ved dette møte sier Travelbee (2001, s.188) at man danner seg ett førsteinntrykk av hverandre.

I studien til Ancker et al. (2012) forklarer kvinnene at beskjednen de fikk ble oppfattet som "*et slag i ansiktet*". Kvinnene i studien forteller at det var en helt *uventet* hendelse, men på den andre siden hadde de jo symptomene som indikerte at de gjennomgikk en spontanabort. Samtidig gav de uttrykk for at de ikke hadde blitt informert om at man kunne få en blødning i svangerskapet. Noe kvinnene selvsagt burde blitt informert om på et tidlig stadium i svangerskapet. På den andre siden er det vanlig å ha blødning i svangerskapet, uten at det trenger å bety at man spontanaborterer (Bergsjø & Thesen, 2006, s. 240-241). Sykepleieren må observere kvinnen og hvordan hun opplever undersøkelsen, da hun kan trenge en pause (Jerpseth, 2010, s- 20).

I studien til Ancker et al. (2012) kommer det frem at legene noen ganger omtaler fosteret som embryo. Kvinnene på sin side betraktet dette embryoet som sitt barn. På denne måten opplevde kvinnene at deres følelser for barnet ikke ble møtt med respekt. På en annen side var de innforstått med at fosteret på dette stadiet ble klassifisert som et embryo. Kvinnene i studien til Evans (2012) opplevde også at sykepleiere overså deres reaksjon på uttalelsen og at de primært fokuserer på de fysiske aspektene ved det å spontanabortere. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleieren tenker på hvordan hun omtaler fosteret når hun kommuniserer med kvinnen. Travelbee (2001, s.193) sier at ”om man klarer å se forbi den andres ytre atferd og gjerne fornemme den andres indre opplevelser, kan man leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres behov”. Når undersøkelsen er ferdig skal sykepleieren gi kvinnen papir og eventuelt et nytt bind (Jerpseth, 2010, s.20).

5.2 Å informere kvinnene om de ulike behandlingsalternativene de har

I studien til Murphy og Merell (2009) står det at når den gynekologiske undersøkelsen er ferdig er det ofte sykepleieren som informerer kvinnen om de ulike behandlingsalternativene hun har. Travelbee (2001, s. 119) sier følgende:

Å ha valgmuligheter i en vanskelig situasjon, å stå fritt til å velge mellom alternativer...er en kilde til opplevelse av frihet og autonomi hos mennesker. Selv når valgmulighetene ikke er særlig tiltalende, gjelder fremdeles friheten til å velge og bestemme selv. Dette kan i seg selv skape følelsen av å ha kontroll”...”over sin egen skjebne.

Derfor bør sykepleieren så langt som det er mulig la kvinnen selv få ta beslutninger angående sin egen pleie. Med dette mener jeg at hun selv må få bestemme om hun vil gjennomgå en medikamentell eller kirurgisk abort. Av praksiserfaring på sykehuset, har jeg observert at man kun informerer kvinnen om medikamentell abort. Dette har jeg også fått bekreftet av en rekke kvinner som har vært i denne situasjonen som jeg har snakket med i forbindelse med denne studien. Jeg stiller meg da spørsmålet: *Hvordan skal kvinnen selv kunne velge om hun bare får et alternativ?*

Jerpseth (2010) påstår at medikamentell abort er den mest brukte abortmetoden i Norge. Hun hevder at denne metoden er ”mer skånsom, har lavere komplikasjonsrisiko og er mindre ressurskrevende enn den kirurgiske behandlingen”.

I studien av Evans (2012) står det at sykehusene *sparer* 50 pund på hver kvinne som tar medikamentell abort. Dette tilsvarer 589 kr ved dagens kurs. Når omtrent 8000 kvinner blir behandlet for spontan abort i Norge hvert år (Jerpseth, 2010, s. 43), kan da sykehusene spare opp mot **4,7 millioner norske kroner** (!) på at kvinnene ”velger” dette behandlingsalternativet. I denne sammenheng bør man som helsepersonell ta velgjørenhetsprinsippet i betraktning, da mening med dette er å ville gjøre det beste for pasienten, så langt det lar seg gjøre (Nortvedt, 2012, s. 96). Når kvinnen ikke får informasjon om de ulike behandlingsalternativene, hvordan skal hun da kunne velge det som er best for henne? Jeg vil tørre å påstå at det at det ikke er noen andre enn kvinnen selv som vet hva som er best for henne. I helsepersonell loven (1999) §4, første ledd står det at ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp...” . Med forsvarlighet menes da at hjelpes skal være faglig forsvarlig, at helsehjelpen som ytes skal være kunnskapsbasert, som vil si at den er basert på vitenskap og oppsamlet erfaring (Molven, 2011 ,s. 329). Det å gi informasjon til kvinnene er en måte sykepleieren kan tilnærme seg kvinnen på. Siden medikamentell abort blir brukt mye i Norge, antar jeg at mange mener dette er en forsvarlig abortmetode å bruke. Da er ikke helsehjelpen som ytes basert på verken vitenskap eller erfaring slik jeg ser det, da forskning som er gjort innenfor dette området viser noe helt annet. Jerpseth (2010), påstår jo at medikamentell abort er mer skånsomt. Hun skriver ikke hvem det er mest skånsomt for.

I studien til Ancker et al. (2012) kommer det frem at kvinner som aborterte hjemme følte seg overlatt til seg selv, og at de ikke fikk den medisinske hjelpen de ønsket. En kvinne i studien uttalte: ”Och så skulle man vara där själv (gråter) och barnet skulle åka ut i toaletten och spolas bort. Liksom.”.

Som sykepleierstudent vil jeg påstå at dette ikke er faglig forsvarlig pleie. Jeg baserer meg da på hvordan kvinnene som har gjennomgått en spontanabort opplever dette, og ikke økonomien og ressursene til sykehusene. Det skal også ytes omsorgsfull hjelp. Med dette menes at man skal opptre på en verdibasert aktverdigg måte i samhandling med pasientene (Molven, 2011, s.329-330).

En studie av Evans (2012) sier at de er en større påkjenning for kvinnene å gjennomgå en medikamentell abort, da de må igjennom en "fødsel" og komme i kontakt med fostervevet som kommer ut. Ut i fra dette vil jeg påstå at det verken er faglig forsvarlig eller omsorgsfull hjelp som tilbys disse kvinnene som "velger" å gjennomgår medikamentell abort hjemme. På en annen side kan man se på velgjørenhetsprinsippet konsekvensetisk. Målet er å skape mest mulig velferd og helsegoder for flest mulig personer ut i fra få ressurser (Nortvedt, 2012, s. 96), noe de fleste sykehusene har i dag. I følge Nortvedt (2012, s.132) har kvinnen rett til selvbestemmelse. Han sier videre "at pasienten skal ha en rett til å bestemme over sin egen behandling og pleie, er i dag en av de mest grunnleggende verdiene i helsetjenesten". På en annen side kan ikke kvinnene *kreve* en behandling som er meget dyr (Nortvedt, 2012, s.134).

Mange av kvinnene som tar en medikamentell abort, kommer tilbake til sykehuset fordi effekten av medikamentene har ikke vært tilstrekkelig, da det fortsatt er fosterrester igjen i livmoren. Konsekvensen av dette er at kvinnen allikevel må igjennom en kirurgisk abort. Om man hadde tenkt på kvinnenens beste, hadde de fått en kirurgisk abort med en gang. I tillegg hadde også sykehusene "spart" penger på dette, da de i mange situasjoner må betale det dobbelte. Da er ikke medikamentell abort lenger mindre ressurskrevende, slik Jerpseth (2010, s.45) påstår i læreboken vår. På bakgrunn av dette bør derfor sykepleieren sørge for å informere kvinnen om *begge* behandlingsalternativer, så kvinnen selv kan få ta et valg i forhold til hva hun synes er best for henne. Dette uttrykker også en anonym jordmor som gjennomgikk medikamentell abort: "I'd had pain for two days, but passed nothing...I wanted to get on with my life, get back to work and get over my loss" (Upfront, 2012).

De kvinnene jeg har snakket med, som har vært igjennom begge behandlingsalternativene, sier at de hadde valgt kirurgisk abort om de hadde fått valget.

5.3 Å ivareta kvinnen før en kirurgisk abort

I studien til Murphy og Merrell (2009) ble det observert at kvinner som ventet på behandling for spontanabort, hadde lavere prioritet og mange ventet på alenerom før inngrepet. En konsekvens av dette var at kvinnene følte seg overlatt til seg selv og

alene. På den ene siden følte noen kvinner at dette var bra, da de fikk muligheten til å være alene, men på den andre siden betød det at de ikke så noen: "I didn't see any members of staff; nobody came in to...talk to you. It would be good perhaps if somebody did go in. Just to sort of say, you know just take your blood pressure to see how, how you are sort of thing" (Murphy & Merrell, 2009).

Sykepleierne på sin side begrunnet dette med at det var for å gi kvinnene privatliv sammen med sin partner og familie. En kvinne uttalte: "I like to think I'm a strong person with good family support, so I hate to think how people cope who do not have the same support network around them" (Upfront, 2012). Mange sykepleiere var likevel uenige i om dette var den beste måten å praktisere på, uavhengig om kvinnene har et nettverk rundt seg eller ei, da de observerte hvordan spontanaborten påvirket kvinnene emosjonelt. Sykepleierne uttrykte at de ønsket å lindre plagene til kvinnene, men at de ikke hadde "tid" til å ha samtaler med kvinnen, da de hadde andre pasienter som skulle gjennomgå større operasjoner (Evans, 2012). Travelbee (2001, s. 44) sier følgende: "Om man skal bruke seg selv effektivt som endringsagent, eller handle effektivt i sykepleiesituasjoner, er det vesentlig at en vet hvordan ens egen atferd virker på andre". Behovet for emosjonell støtte og beroligelse er sterkt og akutt hos mange av de kvinnene som skal igjennom et kirurgisk inngrep, selv om inngrepet er "lite" (Travelbee, 2001, s.262). Av erfaring i praksis på sykehus blir kirurgisk abort omtalt som et lite inngrep. I følge Travelbee (2001, s. 267) fins det ikke noe som kalles et mindre inngrep, og særlig ikke for den som skal gjennomgå inngrepet.

Forskningen til Evans (2012) viser nettopp dette, at sykepleierens atferd virker inn på hvordan kvinnene opplever spontanaborten, ikke bare på sykehuset, men også i etterkant. Det er ikke rart at nesten all forskning konkluderer med at kvinnene føler at de ikke blir ivaretatt på sykehuset, når sykepleierne synes det er vanskelig å gi omsorgsfull pleie! Ved å vise og gi sympati og medfølelse forteller sykepleieren kvinnen at hun bryr seg om henne, samtidig som hun får en følelsesmessig støtte. Dette kan holde kvinnen oppe i den vanskelige tiden. (Travelbee, 2001, s. 209).

I studien til Evans (2012) kommer det frem at sykepleierne ikke føler seg kompetente nok til å møte kvinnes emosjonelle behov. Dette kan også være en årsak til at sykepleierne ikke har "tid" til å snakke med kvinnene? På bakgrunn av dette bør sykepleierne få opplæring gjennom klinisk kompetanse og få de ferdigheter som

trengs så de kan bli komfortable nok for å kunne tilnærme seg av kvinnene og deres familier når de er på sykehuset for at de skal føle seg ivaretatt. På den andre siden sier Yrkesetiske retningslinjer står det at ”sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” og at “sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (NSF, 2011). Man kunne gjerne løse dette ved å ha noen faste sykepleiere på hver vakt som hadde den kompetansen de trengte for å ivareta kvinnene. Det er veldig viktig at sykepleieren informerer kvinnen om det som skal skje og hvorfor, da dette kan bidra til at hun føler seg ivaretatt. Det er også en fordel om det er samme sykepleier som tar i mot kvinnen, deltar ved undersøkelsen og følger henne opp i tiden etter inngrepet. På denne måten skaper man et tillitsforhold til kvinnen, noe som er nødvendig for å ha en god kommunikasjon (Jerpseth, 2010, s. 47). Sykepleieren bør også fremstå som rolig og tilgjengelig og ha muligheten til å svare på spørsmål åpent og ærlig. På en side er sykepleierne urolige for å snakke åpent med kvinnene i frykt for å si eller gjøre noe galt. Dette påvirker igjen sykepleiernes muligheten til å gi individuell omsorg til kvinnene (Evans, 2012).

I studien til Evans (2012) står det at sykepleieren kvinnene mottok, fikk dem til å føle seg maktesløse. De uttrykte videre at det å bli behandlet som objekter, gjorde at de ikke følte seg trygge som igjen gjorde at de holdt følelsene sine for seg selv. Også Jerpseth (2010, s.47) understreker viktigheten av at sykepleieren er sammen med kvinnen og lytter til kvinnens fortelling, kanskje flere ganger og at hun blir oppmuntret til å sette ord på følelsene sine før det kirurgiske inngrepet. Når sykepleiere håndterer spontanabort viser det seg at kommunikasjon og empati er de viktigste komponentene i sykepleien som blir gitt. Det er viktig at sykepleieren går inn til kvinnen ofte for å få en forståelse for hvordan hun føler, tenker og oppfatter situasjonen (Travelbee, s.188-189). Dette kan igjen føre til at vi forstår hvilken sykepleie hun har behov for. Om man ikke tilnærmer seg kvinnen, kan man heller ikke forvente at hun skal føle seg ivaretatt.

5.4 Å gi informasjon til kvinnen i etterkant av den kirurgiske aborten

Forskning viser at kvinnene opplever at sykepleierne kun fokuserer på de fysiske aspektene med det å spontanabortere. Evans (2012) forklarer det slik: ”Miscarriage may be regarded as the most painful form for bereavement for women, because it is

often unexpected and almost always unexplained, and may never be forgotten". På bakgrunn av dette skal man ha en "utskrivningssamtale" med kvinnen, der man fokuserer mest på de psykiske aspektene ved det å spontanabortere. De kvinnene jeg har snakket med fikk heller ikke en samtale med sykepleieren før de skulle reise hjem, selv om dette var noe de ønsket de hadde fått når de ser tilbake på situasjonen. Når sykepleieren tilnærmer seg kvinnen ved å tilby henne denne samtalen, kan dette bidra til at hun føler seg mer ivaretatt. På den andre siden er dette, slik jeg ser det, helt avgjørende da kvinnen reiser hjem bare etter noen timer etter inngrepet og hun skal da ta vare på seg selv (Nesse, 2010, s .339-340).

Det er viktig at sykepleieren legger til rette for samtalen. Har man fulgt kvinnen i forløpet på sykehuset vet man gjerne hvordan man skal tilnærme seg henne, da man har blitt kjent med henne som personen hun er. Travelbee (2001, s.57) sier at alle mennesker er unike. I denne sammenheng vil det si at alle kvinner har behov for at sykepleieren tilnærmer seg dem på ulike måter. Jeg tror også det er viktig å spørre om kvinnen vil ha en partner eller andre med seg på samtalen (Jerpseth, 2010, s.47). Videre tror jeg tror det er lurt å ha samtalen på et eget rom, da kvinnen kanskje får litt avstand til det som nettopp har skjedd. Rommet bør også være tilrettelagt for en slik samtale. En kvinne jeg snakket med sa det var viktig at sykepleieren *satt seg ned* når hun skulle gi informasjon. Når sykepleieren stod å gav informasjon opplevde hun at de skulle "springe videre" etter at de hadde snakket ferdig.

Man må også tenke på forutsetningene kvinnene har for å motta den informasjonen de får .Etter en slik opplevelse er man gjerne ikke så mottakelig for informasjon. Det er derfor viktig at de får både muntlig og skriftlig informasjon om de psykiske aspektene ved det å gjennomgå spontanabort, da det kan hende at de ikke husker så mye av samtalen i etterkant.

I studien til Ancker et al. (2012) kommer det frem at kvinnene bruker ulike begreper når de skal forklare følelsene sine etter en spontanabort. Sykepleierne er derfor uenige om man kan se på det å spontanabortere som en sorg, da kvinner reagerer så ulikt. Sykepleieren bør ikke ta det for gitt at alle kvinner sørger. Det er ikke sikkert at kvinnen ønsket å være gravid. På den måten kan det å spontanabortere være en lettelse for henne. Dette er viktig at sykepleieren tenker på når hun snakker med kvinnen. På den andre siden viser de fleste studier innenfor området at kvinnen tidlig

får en tilknytning til barnet og det å være mor (Ancker et al., 2012). Dette kan man informere kvinnen om selv om hun gir uttrykk for å være ”lettet”. Sykepleierne må derfor prøve å forstå hva spontanaborten *betyr for kvinnen*. Skal sykepleieren kunne hjelpe den syke, er det absolutt nødvendig at hun setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom” (Travelbee, 2001, s. 36).

I studien til Evans (2012) kommer det frem at det er viktig at sykepleieren er klar over at alle kvinner opplever det å spontanabortere forskjellig, men uansett hvordan kvinnens synspunkt er, har de fleste behov for at deres opplevelse blir bekreftet av helsepersonell. I artikkelen til Ancker et al. (2012) sier kvinnene at de ønsker å bli møtt med forståelse og bli tatt på alvor i forhold til hva de opplevde og følelsene de hadde. Murphy og Merell (2009), beskriver at kvinnen og deres partner sitte igjen med en rekke følelser i etterkant av spontanaborten selv om den gjerne opplevdes som en lettelse når de fikk beskjeden. Det er viktig å informere kvinnene om at det for det første er vanlig at man begynner å klandre seg selv for det som er skjedd, eller i verste fall hverandre. En kvinne i studien til Murphy og Merell (2009) uttalte: ”John was very upset and he just said it’s all right and I said sorry to him”. Sykepleieren bør på grunnlag av dette informere om at det å spontanabortere er veldig vanlig, og at det som oftest skyldes kromosomfeil hos barnet (Jerpseth, 2010, s. 43). På denne måten har ikke foreldrene medisinsk grunnlag for å klandre hverandre. Om paret får en tydelig forklaring på hva som har skjedd, får de mindre skyldfølelse og sorg (Evans, 2012).

Studien til Murphy og Merell (2009) viser at skyldfølelsen man har i etterkant har mye å si for intensiteten av depresjon og angst. Broen et al., (2006) målte kvinnenes angst og depresjon i etterkant av en spontanabort og kvinnene scoret høyt på denne skalaen lenge etter at de hadde spontanabortert. Det er også vanlig at kvinnene føler en tomhet inni seg. En kvinne i studien til Murphy og Merell (2009) uttalte: ”It was even as if my womb was empty..as if a part of me had gone..”.

Det er videre viktig å informere om at mange kvinner føler også en form for *sorg*. Kvinnene i studien til Evans(2012) uttrykte at de sørget over barnet de hadde mistet. De så på seg selv som blivende foreldre, uavhengig av hvilken uke spontanaborten inntraff. Mange har også behov for å symbolisere ”fødselen”, noe som er vanlig (Evans, 2012). På den ene siden sørger de over barnet de har mistet, men på den andre

siden sørger de over symbolikken rundt det hele. Om sykepleieren lar paret få sørge som foreldre opplever de oppriktig forståelse fra sykepleieren.

Studien til Broen et al. (2006) viser at de verste plagene har gitt seg i løpet av ett halvt år. På en annen side står det i studien til Evans (2012) at en spontanabort aldri blir glemt. De fleste kvinner som har opplevd en spontanabort lurer på om dette er noe som kommer til å skje igjen. En konsekvens av dette er at kvinnene er mer sårbare og usikre på om de i fremtiden kommer til å ha et vellykket svangerskap. Sykepleieren skal derfor informere kvinnen og hennes partner om at det ikke er økt risiko for å spontanabortere neste gang hun blir gravid (Jerpseth, 2010, s. 47). Samtidig skal man være klar over at kvinnene ikke alltid har et ønske om å bli gravide igjen etter en slik opplevelse "Within the year I was sterilised...that was the only way to protect me from that happening again" (Murphy og Merell, 2009).

5.5 Konklusjon og Avslutning

Kvinnene føler seg ikke ivaretatt når de er på sykehuset og gjennomgår en spontanabort. Sykepleirene påstår at de ikke har tid til å ivareta kvinnene, men jeg tror heller at de ikke tar seg tid fordi de ikke har den kunnskapen og kompetansen de trenger for å tilnærme seg kvinnene for at de skal føle seg ivaretatt. Sykepleierne må etablere et forhold til kvinnen tidlig i fasen, vise at hun er der for henne ved å komme inn til henne ved jevne mellomrom å gi henne informasjon om hva som har skjedd og om hva som skal skje. Legge til rette for en samtale med både muntlig og skriftlig informasjon med hovedfokus på de psykiske aspektene ved det å spontanabortere før kvinnen reiser hjem. Det er særlig viktig at kvinnene føler seg ivaretatt av sykepleirene på sykehuset, da de ikke får noe oppfølging i etterkant av en slik opplevelse.

Som en avslutning vil jeg gjerne gjengi Travelbee (2001, s. 121) "Den som er modig, er redd, men han makter å overskride sin frykt for å nå sitt mål" (Travelbee, 2001, s. 121). Det er ikke alle kvinner som har dette motet, og velger derfor å ikke bli gravide flere ganger. Da har ikke vi som sykepleiere gjort jobben vår. Vi må forstå at det ikke alltid er en neste gang.

6.0 Referanseliste

- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). Women's Experiences of Miscarriage. *Vård i Norden* 1/2012, 103 (32), 32-36. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/detail/detail?vid=3&sid=c0ffe68c-7c18-4e39-b7fa-587aa86b2b08%40sessionmgr4003&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011558997>
- Anonym forfatter (2010) *Upfront: care after miscarriage*. *Midwives*, 13 (7): 19. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/detail/detail?vid=5&sid=c0ffe68c-7c18-4e39-b7fa-587aa86b2b08%40sessionmgr4003&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010880023>
- Bastøe, L. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I.M Holter & T.E Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (3.utg., s.81-103). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergsjø, P. & Thesen, J. (2006). Spesielle tilstander, problemer og komplikasjoner. I M. Heiberg, J. Telje & J.Thesen (Red.), *Svangerskapsomsorg* (4.utg., s.220-261). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Døvre, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red). *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S., & Ekeberg, Ø. (2006). Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning* 01-2006. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2006/11/kvinnens-psykiske-reaksjoner-pa-spontan-og-provosert-abort>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Evans, Rachel (2012). Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26 (42): 35-41. Hentet fra:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=f12c792c-133a-4c0d-bdd2-044c4a692c5c%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZW hvc3QtbGl2ZQ== - db=c8h&AN=2011595950>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Helse Bergen. (12.02.15). *Gynekologisk poliklinikk* .Hentet 12.februar 2015 fra
<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/Kvinneklinikken/gynekologisk-avdeling/gynekologisk-poliklinikk/Sider/side.aspx>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hente3.februar 2015
<http://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- HSH. (2014, 11.desember). Databaser og nett-tjenester. Hentet 6.februar 2015 fra
<http://www.hsh.no/biblioteket/fagressurser/databaser.htm#CINAHL>
- Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.G Stubberud & R. Grønseth. (Red.). *Klinisk Sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Juvkam, K.H., & Gudim, H.B. (2008). *Gynekologi-kort og godt*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U.Knutstad (Red.), *Sentrale begreper I klinisk sykepleieboken 2* (3. utg., s.108-123). Oslo: Akribe AS.
- Mehta M, Pattanayak RD. Follow-up for improving psychological well- being for women after a miscarriage: RHL commentary (last revised: 1 January 2013). *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization. Hentet fra:
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd008679_mehtam_com/en/index.html

- Molven, O. (2011). Helsepersonells rettigheter og plikter. I I.M Holter & T.E Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s.329-345). Oslo: Akribe AS.
- Murphy F; Merrell J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (11): 1583-91. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x>
- Nesse, S.(2010). Sykepleie ved dagkirurgisk behandling. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4 utg., s.339-355). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- NSF(2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepeleiere. Hentet den 13. Februar 2015 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Rosenbrink, M., Zekaj, M., & Adolfsson, A. (2012). Kvinnors opplevelser av tidlig graviditet, etter att ha upplevt et teller flera missfall tidigare I livet. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden* 2012 Spring; 32 (1): 32-36.
- Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale Begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3.utg., s.137-181). Oslo: Akribe AS
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

6.0 Vedlegg til oppgaven

6.1 Vedlegg 1- Søketabell

Tabell 1- Søk i CINAHL 10.januar 2015

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing (Limit)	Resultat	Artikler som ble funnet
S1	Miscarriage	Full text and publication date 2004-2014	171 treff	
S2	Nursing	Full text and publication date 2009-2014	59,303 treff	
S3	S1+S2	Full text and publication date 2009-2014	11 treff	Nr. 1: <i>"Emotional care for women who experience miscarriage"</i> Og Nr. 4: <i>"Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage"</i>
S4	Nursing care	Full text and publication date	23,773 treff	

		2009-2014		
S5	S1+S4	Full text and publication date 2009-2014	8 treff	
S6	Emotions	Full text and publication date 2009-2014	1,984 treff	
S7	S1+S6	Full text and publication date 2009-2014	4 treff	Nr 1: <i>"Early bereavment: Womens experiences of miscarriage"</i>
S8	Spontaneous abortion	Full text and publication date 2009-2014	266 treff	
S9	Care after miscarriage	Full text and publication date 2009-2014	13 treff	Nr 6: <i>"Upfront: Care after miscarriage"</i>

Tabell 2- Søk i SweMed+ 10.januar 2015

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing (Limits)	Resultat	Artikler som ble funnet
S1	Spontan abort	Peer reviewed tidsskrifter og les online	27	Nr. 4: <i>"Kvinner opplevelser av tidlig graviditet, etter att ha opplevt ett eller flera missfall tidigare i livet"</i>
S2	Spontan abort	Peer reviewed tidsskrifter, les online og norsk	7	Nr. 3: <i>"Kvinner psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort"</i>

6.2 Vedlegg 2- Oversiktstabell

Artikkel	<i>"Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage"</i> av Fiona Murphy & Joy Merrell.	<i>"Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort"</i> av Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Seierstad Bødtker & Øivind Ekeberg.	<i>"Kvinnors opplevelser av tidlig graviditet, etter at ha opplevd ett eller flere missfall tidligere i livet"</i> av Malin Rosebrink, Milihate Zekaj & Annsofie Adolfsson.	<i>"Early bereavement: women's experiences of miscarriage"</i> av Thérèse Ancker, Anja Gebhardt & Sissel Andreassen.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å utforske kvinners erfaringer ved å ha gjennomgått en spontan abort på sykehus ved gynekologisk avdeling.	Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort.	Hensikten med studien er å beskrive kvinners opplevelser tidlig i svangerskapet når de har blitt gravide igjen etter å ha spontanabortert en eller flere ganger før.	Hensikten med denne studien er å beskrive den sørgende kvinnens opplevelse av tidlig spontanabort.
Metode og datasamling	Denne studien er en kvalitativ, etnografisk studie som finner sted på en gynekologisk	Dette er en kvantitativ studie. Kvinnene ble spurt om de ville være med i studien etter at de våknet opp av narkosen, før de	Dette er en kvalitativ studie med et fenomenologisk perspektiv. Forskerne brukte jordmødre som en	Dette er en kvalitativ studie. Kvinnene valgte selv plass for intervju. Det

	<p>avdeling ved et sykehus i Storbritannia. Studien foregikk gjennom 1 år og 8 måneder. Tre hoved metoder ble brukt for å samle inn data. I løpet av denne tidsperioden observerte man pasientene en gang i uken ved at man arbeidet sammen med sykepleierne. Ulike dokumenter, som sykepleie planer, ble gjennomgått og analysert. Både helsepersonell og de kvinnene ble intervjuet. Lengden på intervjuene med helsepersonellet varte mellom 22-60 minutter og fokuserte på deres rolle i</p>	<p>reiste hjem. De som ville være med ble senere kontaktet og intervjuet av ANB som er spesialist i psykiatri. Intervjuene fant sted i en periode over seks år, der kvinnene ble kontaktet etter 10 dager, 6 seks måneder, 2 år og 5 år etter aborten. Intervjuene var delvis strukturerte, slik at de inkluderte selvutfylling av spørreskjemaer og tester, samtale, og at kvinnene skrev ned tanker de hadde om aborten. Av de 120 kvinnene som deltok, fullførte 91% alle 4 intervjuene, og hele 39 av 40 kvinner som hadde opplevd spontan abort.</p>	<p>”mellommann” for å nå frem til sine informanter. Via e-post ble det sendt informasjon om studien og deltakerinformasjon til jordmødre rundt om i landet. Muntlig informasjon om studien ble gitt på et landsomfattende personalmøte for jordmødre. Jordmødrene ringte rundt til kvinner å spurte om de ville la seg intervju. Intervjuene startet med et åpent spørsmål: ”<i>du har blitt gravid, forteller meg hvordan det føles?</i>”. Forfatteren viste interesse for hva kvinnen sa med ulike uttrykk som ”mmm” og ” jeg forstår”. Intervjuene spiltes inn på bånd og varte i 30-60 minutter. De ble utført i 2010.</p>	<p>var ikke innsyn i lokalene som ble brukt og forstyrrende momenter ble fjernet. Man prøvde så å skape et avslappende miljø. Samtaleteknikken var halvstrukturert. Spørsmålene åpnet opp for at kvinnene skulle fortelle om sine opplevelser og selv formulere disse i ord. Spørsmålene handlet om kvinnenens syn på graviditeten, deres opplevelse og selvbylde, samt deres relasjon til andre i samband med aborten. Samtalen ble spilt inn ved</p>
--	--	---	--	--

	<p>forhold til å sørge for pleie til kvinnene. Intervjuene med kvinnene foregikk hjemme hos dem selv og varte mellom 35-90 minutter og fokuserte på hvordan de hadde opplevd spontan aborten, behandlingen og pleien de ble gitt. Intervjuene ble tatt opp på tape og transkribert i etterkant.</p>			<p>hjelp av en diktafon. Intervjuene varte i gjennomsnitt 90 minutter. Intervjuene ble gjennomført høsten 2009.</p>
Utvalg	<p>I studien deltok 8 kvinner som hadde gjennomgått en tidlig spontan abort, samt 16 helsepersonell med ulike profesjoner som arbeidet ved avdelingen.</p>	<p>120 kvinner, kvinner (spontan abort: n=40, provosert abort: n=80) mellom 18-45 år som kom til gynekologisk avdeling ved sykehuset i Buskerud ble inkludert i studien. Unntaket var i</p>	<p>Utvalget var gravide kvinner som tidligere hadde spontanabortert en eller flere ganger og som befant seg i graviditetsuke 6-17. Inklusjonskriteriene var at de skulle være fylt 18 år,</p>	<p>Informasjon om studien ble lagt ut på et internett forum for foreldre. Kvinnene som var interessert i å delta i studien sendte en interesse e-post. De fikk så en mail med</p>

		ferien, og kvinner som fylte forhåndsbestemte kriterier for eksklusjon.	være svensktalende og bosatt i "Skaraborgs län", Sverige. Forfatterne hadde et begrenset geografisk område.	ytterligere informasjon om studien og intervjuene. 6 kvinner mellom 31 og 40 år deltok i studien. Aborten hadde inntruffet mellom graviditetsuke 4 og 14, og samtlige hadde hatt kontakt med sykehuset i forbindelse med aborten.
Resultat	Tre tydelige faser dukket opp i forhold til kvinnenes erfaring med spontan-abort og sykehus: de første tegnene og bekreftelsen på at de gjennomgikk en abort, tapet av barnet og de som skjer rett etter hendelsen. At kvinnene kom seg på	Hele 47,5 % av kvinnene med spontan abort skåret høyt på en eller begge deltestene av den psykologiske traumetesten IES ti dager etter aborten. De hadde også sterke følelser av sorg og tap. Sammenlignet med normalbefolkningen hadde de betydelig mer angst og depresjon ved det første intervjuet. Vel et halvt år etter	Alle kvinnene kjente glede over graviditeten sin. For noen av dem var gleden blandet med uro, en uro for å oppleve en spontanabort igjen. De ville helst ikke oppleve tapet og sorgen som hadde oppstått når de hadde abortert før. Kvinnene som kunne fortelle om følelsene sine til familie og venner	Flere psykologiske behov ble identifisert, hvor det viktigste var at de følte at noen forsto de, og at noen var der sammen med dem og lyttet oppmerksomt når de snakket, gi dem trygghet og respektere at de sørget over

	<p>sykehus var veldig viktig, da sykepleierne og annet helsepersonell ivaretok deres psykiske, fysiske og emosjonelle behov.</p>	<p>spontan aborten hadde imidlertid de verste plagene gitt seg.</p>	<p>var mindre urolige.</p>	<p>tapet av barnet. Det er også ønskelig at man med tanke på kvinnes emosjonelle reaksjoner får en rutine på å følge opp disse kvinnene, hvor hele erfaringen kvinnene har med spontanaborten bli tatt i betraktning.</p>
--	--	---	----------------------------	---

6.3 Vedlegg 3- Kritisk vurdering av forskningsartikler

Artikkelen ”*Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage*” er en kvalitativ studie. Tillatelse til å gjennomføre denne studien ble hentet fra sykehuset selv, samt forskningsetisk komité. Studien har som mål å utforske kvinners opplevelse av å gjennomgå en spontanabort på sykehus. Forskerne observerte kvinnene, samtidig som de intervjuet både kvinne og helsepersonell på avdelingen. På bakgrunn av dette er utvalget hensiktsmessig, da vi får både kvinnenes og sykepleiernes uttalelser. Hovedfunnene i undersøkelsen kommer klart frem og funnene er nyttige da de kan utvide vår kunnskap og forståelse. Resultatene i studien vil jeg gjerne bruke i oppgaven min, da jeg synes de er relevante for problemstillingen.

Artikkelen ”*Early bereavement: women’s experiences of miscarriage*” er også en kvalitativ artikkel. Den har gjennomgått forskningsetiske overveielser. Kvinnene tok selv kontakt for at de ville være med i studien. Kvinnene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt, at de når som helst kunne avbryte deltagelsen i studiet når som helst. Hensikten med studien kommer tydelig frem da den er å beskrive den sørgende kvinnens opplevelse av tidlig spontan abort. Som det står i artikkelen gir en kvalitativ tilnærming oss innsyn i kvinnenes opplevelser, og på den måten vil vi få en økt forståelse for hvordan de har det i etterkant av en spontan abort. Ved hjelp av intervjuer, som blir brukt i denne studien, kan man kartlegge ulike følelser og behov kvinnene har. Resultatene kommer godt frem i artikkelen, og de er med på å svare på problemstillingen til denne oppgaven.

Artikkelen ”*Kvinnors opplevelser av tidlig graviditet, etter att ha opplevt ett eller flera missfall tidigare i livet*” er en kvalitativ artikkel. Studien har en tydelig IMRaD-struktur og er vurdert og godkjent av forskningsetisk komité i Gøteborg. Forfatterne ville forstå hvordan kvinnene, som tidligere hadde opplevd spontanabort, nå opplevde sin graviditet i mellom uke 6-17. Denne artikkelen er relevant for oppgaven da man ut i fra resultatene ser hvor viktig det er å tilnærme seg denne gruppen kvinner rett for at

de skal klare å kjenne glede og våge å se fremover i deres neste graviditet. Både metode og resultatene blir diskutert i slutten av artikkelen. Artikkelen har jeg vurdert som god ut i fra en sjekkliste.

Artikkelen "*Kvinnens psykiske reaksjoner på en spontan og provosert abort*" er en kvantitativ artikkel. Den er fagfellevurdert, noe som vil si at artikkelen er kritisk vurdert før den ble publisert i *Sykepleien Forskning*. Problemstillingen i studien er klart formulert, da hensikten er å kartlegge de psykiske ettervirkningene i de 5 første årene etter aborten. Utvalget ble inkludert i studien på en tilfredsstillende måte da det ble gjort igjennom samtykke. Dataene ble samlet inn ved intervju og spørreskjema. Den psykologiske traumetesten IES er oversatt til norsk og brukt i mange andre norske studier. HADS er også en skala som er mye brukt internasjonalt for å måle angst og depresjon. Spørreskjemaet som ble brukt i studien er laget til denne undersøkelsen, men er svært likt andre skjemaer som er brukt. Det er ikke gjort rede for ikke-responder, men hele 39 av 40 kvinner som hadde opplevd spontanabort fullførte studien, så svarprosenten er høy nok for å inkludere denne artikkelen i denne oppgaven, da det er denne gruppen oppgaven omhandler. I tillegg er det en styrke ved at deltakerne ble intervjuet hele 4 ganger over 5 år. Resultatene kommer tydelig frem gjennom tabeller og i den skriftlige resultatdelen i artikkelen. Jeg synes dette var en god, kvantitativ artikkel i tillegg til at undersøkelsen var utført i Norge, inkluderte jeg den i studien min.