



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	237
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7973
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	108
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Å miste sitt barn

Psykososial ivaretagelse av kvinner som gjennomgår spontanabort

Losing a child

Psychosocial care to women undergoing miscarriage

Kandidatnummer: 237

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 12. mai 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Background: 7000-8000 women are treated for miscarriage every year in Norwegian hospitals. Women that experience miscarriage typically experience physical symptoms as well as several different psychosocial symptoms. 15-20 percent of all recognized pregnancies result in miscarriage, and it can therefore be said that miscarriage is a common outcome of a pregnancy. Many women are left with feelings of grief and loss, guilt, or thoughts that the child wasn't wanted enough after discharge from the hospital.

Purpose: To ensure good and comprehensive nursing care for the women undergoing a miscarriage, it's equally important for nurses to take care of both physical symptoms and the psychological and emotional symptoms the women experience during a miscarriage. My hypothesis was that nurses with insight into both the physical and psychosocial dimensions of miscarriage will be equipped to provide good care to the women undergoing miscarriage. Based on this, I wanted to explore what the women experiencing miscarriage needs for the psychosocial aspect of a miscarriage to be addressed.

Research question: How can nurses take care of the psychosocial needs of women undergoing miscarriage in hospitals?

Method: Literature review is used as method to answer the research question. This involved doing literature searches, collecting and evaluating different research and literature. Five research articles were sourced from PubMed and CINAHL. Literature was obtained from Oria and the nursing program's curriculum list.

Results: Women undergoing a miscarriage feel a lack of follow-up during hospitalization, and they desire emotional interaction with nurses. The women feel that their miscarriage is reduced to something medical, and that the healthcare professionals doesn't share their experience of losing a child. Women undergoing miscarriage have a significant need for information that needs to be recognized for the women to be able to process both the physical and psychological aspects of the miscarriage.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Innledning	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning av problemstilling	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori	3
2.1 Spontanabort.....	3
2.2 Sykepleie ved en gynekologisk/dagkirurgisk avdeling.....	4
2.3 Joyce Travelbees menneske-til-menneske-teori	4
2.4 Profesjonell kommunikasjon og personorientert omsorg.....	5
2.4.1 Empowerment	6
2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer	6
2.4.3 Lovverk	6
2.5 Kriseteori	7
2.6 Stiftelsen Amatea.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Design	8
3.2 Søkeprosess	8
3.2.1 PICO.....	8
3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	10
3.2.3 Litteratursøk	10
3.3 Kritisk vurdering av artikler	11
3.4 Analyse og syntese	12
3.5 Etiske vurderinger.....	12
4.0 Resultat	13
4.1 Anerkjenn følelsene mine	13
4.2 Anerkjenn barnet mitt.....	14

4.3 Informer meg.....	15
5.0 Diskusjon.....	17
5.1 Resultatdiskusjon	17
5.1.1 Å anerkjenne kvinnens følelser	17
5.1.2 Å anerkjenne kvinnens barn	19
5.1.3 Å informere kvinnen	21
5.2 Metodediskusjon.....	24
6.0 Konklusjon	25
6.1 Implikasjoner for praksis	25
Litteraturliste.....	26
Vedlegg 1: Søketabell.....	30
PubMed.....	30
CINAHL	31
Vedlegg 2: Tabellmatrise	36
Vedlegg 3: Litteratormatrise	40
Artikkel 1: TIDIG FÖRLUST - Kvinnors opplevelse av missfall	40
Artikkel 2: Women's experience of early miscarriage: implications for nursing care	42
Artikkel 3: "Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage"	44
Artikkel 4: 'It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage	46
Artikkel 5: 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage.....	48

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1: PICO	9
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Kvinnehelse er et område med stadig økt oppmerksomhet, og regjeringen presenterte i 2021 at kvinnehelse var et tema de ønsket å satse på ved å oppnevne et kvinnehelseutvalg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). I begynnelsen av mars 2023 leverte kvinnehelseutvalget en utredning til regjeringen, og det ble for første gang siden 1999 publisert en norsk offentlig utredning som tar for seg kjønnsforskjeller og kvinners helse i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Kvinnehelseutvalget har brukt en definisjon av kvinnehelse som tar utgangspunkt i “sykdommer og helseplager som bare rammer kvinner, sykdommer og helseplager som rammer flere kvinner enn menn, og sykdommer og helseplager som har andre konsekvenser for kvinner enn for menn” (NOU, 2023: 5). Basert på ovennevnt definisjon kan man konkludere med at kvinnehelse er et vidt begrep som rommer forskjellige helseplager. En av tilstandene som inngår i NOU 2023: 5, og dermed går under kvinnehelse, er spontanabort.

En spontanabort oppstår dersom fosteret dør før det kan overleve utenfor livmoren (Acharya & Maltau, 2015, s.117). En regner med at 15-20 prosent av alle erkjente svangerskap ender i spontanabort. Det er sannsynlig med store mørketall i denne statistikken ettersom mange spontanaborterer uten å vite at man er gravid - noe som gjør at kvinnen oppfatter spontanaborten som en forsinket menstruasjon (Jerpseth, 2022, s.206; Steen, T.B., 2018). Årlig behandler norske sykehus 7000-8000 kvinner for spontanabort (Jerpseth, 2022, s.206). Det er derimot langt flere kvinner som gjennomgår spontanabort hvert år, men ikke alle krever behandling ettersom kroppen i en del tilfeller klarer å støte ut fosteret på egen hånd (Acharya & Maltau, 2015, s.120).

Kvinner som gjennomgår spontanabort opplever fysiske symptomer som blødning og smerter, i tillegg til flere psykologiske symptomer (Jerpseth, 2022, s.207). Til tross for at spontanabort er et relativt vanlig utfall ved graviditet, sitter mange kvinner igjen med følelse av sorg og tap, skyldfølelse eller tanker om at barnet ikke var ønsket “nok”. For å sikre god og helhetlig sykepleie til kvinnene som gjennomgår spontanabort, vil det være viktig at sykepleier ivaretar både de fysiske og de psykososiale symptomene kvinnene opplever under spontanaborten (Jerpseth, 2022, s.207-208).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Kvinnehelse er et område jeg engasjerer meg i. Dermed er det naturlig for meg å skrive en bacheloroppgave om dette temaet. På sikt ønsker jeg å ta master i jordmorfag eller helsesykepleie, og jeg ønsket derfor å fordype meg i noe jeg både vil møte som sykepleier på vanlig sengepost og som jordmor/helsesykepleier. Spontanabort er en diagnose jeg som snart ferdig sykepleier har følt meg lite rustet til å møte, og jeg ønsket derfor å lære mer om temaet. Hypotesen min gikk ut på at en sykepleier med innsikt i både den fysiske og psykososiale dimensjonen ved en spontanabort vil være bedre rustet til å gi god sykepleie til kvinnen som gjennomgår spontanaborten. Jeg ønsket på bakgrunn av dette å utforske hva kvinner trenger av sykepleie for å få ivaretatt også det psykososiale aspektet ved en spontanabort.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta psykososiale behov hos kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus?

1.4 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven tar for seg kvinner i fertil alder som gjennomgår tidlig spontanabort og trenger behandling ved en gynekologisk eller dagkirurgisk avdeling. Da oppgaven handler om psykososiale behov, inkluderes studier hvor kvinnene opplevde svangerskapet som positivt og ønsket. Dette fordi det er sannsynlig at disse kvinnene sitter igjen med negative følelser som må bearbeides. Ulikheter i synet på spontanabort med tanke på religion, kultur og helsevesenets rolle og funksjon gjør at subjektgruppen begrenses til Norden og vestlige land, inkludert Australia. På denne måten sikres overføringsverdi mellom resultatene og norske kvinner. Mange kvinner som gjennomgår spontanabort har med seg en partner, og sykepleiere har en viktig rolle i å gi psykososial støtte også til pårørende. For å avgrense oppgavens omfang vil derimot ikke pårørendes behov diskuteres i oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Spontanabort: Grensen mellom spontanabort og dødfødsel er satt til uke 22, ettersom fosteret, jf. definisjonen, ikke vil overleve utenfor livmoren før 22 fullgatte svangerskapsuker (Norsk helseinformatikk, 2022).

2.0 Teori

2.1 Spontanabort

Et svangerskap som uten behandling opphører før fullgatte 22 uker defineres som spontanabort (Kristoff, 2017, s. 424). Dersom spontanaborten skjer innen svangerskapsuke 12 kalles det en tidlig spontanabort, mens sene spontanaborter skjer etter 12 fullgatte uker (Acharya & Maltau, 2015, s.117). Hvert år ender mer enn 15 prosent av erkjente, kliniske svangerskap i Norge i spontanabort, derav 80 prosent før utgangen av 12. svangerskapsuke (Jerpseth, 2022, s.206). De fleste tilfeller av tidlig spontanabort har en tilfeldig årsak uten vesentlig økt risiko for gjentakelse. Andre vanlige årsaker kan være infeksjoner, anatomiske avvik eller forhold ved mors livsstil som røyking eller alkohol (Acharya & Maltau, 2015, s.117). Alder kan også være en årsak, og risikoen for spontanabort øker til omtrent 50 prosent dersom kvinnen er i 40-årene (Acharya & Maltau, 2015, s.117; Magnus et al., 2019).

Ved spontanabort er blødning det vanligste symptomet, og for en del av kvinnene ledsages blødningen av moderate smerter og utstøtning av svangerskapsprodukter (Acharya & Maltau, 2015, s.118). Andre fysiske symptomer kan være kvalme og uvelhet. Dersom blødningen er stor og inneholder koagler kan kvinnen komme i risiko for å utvikle hypotensjon og sjokkutvikling (Jerpseth, 2022, s.207). Konservativ behandling, altså ingen behandling, vil være tilstrekkelig i de fleste tilfeller av spontanabort. Dersom kvinnen trenger behandling i sykehus foregår dette enten kirurgisk ved hjelp av utskraping av uterinhulen, eller medikamentelt ved at livmorhalsen modnes og støter ut fosteret (Acharya & Maltau, 2015, s.120; Norsk legemiddelhåndbok, 2019).

En spontanabort vil også føre til psykiske symptomer, og sterke psykososiale reaksjoner kan forekomme hos kvinnene (Jerpseth, 2022, s.208). Flere kvinner får en følelsesmessig tilknytning til barnet i magen allerede fra de finner ut at de er gravide (Flohr & Wold, 2008, s.16). Det er derfor sannsynlig at mange av kvinnene som gjennomgår spontanabort føler sorg over å miste fosteret, og spontanaborten beskrives av flere som voldsom og sjokkerende (Jerpseth, 2022, s.208). Forskning viser til at kvinner sitter igjen med traumer og høyt subjektivt stress, samt betydelig økt angst og depresjon i tiden etter spontanaborten (Broen et al., 2006, avsnitt 17). Kvinnen vil lete etter årsaker til spontanaborten, og vil ofte klandre seg selv for å ha gjort for mye eller for lite, eller for å ikke ha ønsket seg barnet nok (Jerpseth, 2022, s.208).

2.2 Sykepleie ved en gynekologisk/dagkirurgisk avdeling

Når en kvinne henvises til gynekologisk eller dagkirurgisk avdeling for mistenkt spontanabort, skal det først stilles en diagnose ved hjelp av anamnese, kliniske funn og vaginal ultralydundersøkelse (Acharya & Maltau, 2015, s.120). I timene etter diagnostisering og behandling, skal kvinnen observeres med tanke på blødning for å oppdage eventuelle komplikasjoner som hypovolemi eller hypovolemisk sjokk (Jerpseth, 2022, s.209). Sykepleier har også ansvar for å smertelindre kvinnen, og administrere eventuell immunglobulin, intravenøs væske og blodtransfusjon i tilfeller hvor legen ordinerer dette. Kvinnene skrives som regel ut fra avdelingen samme dag som inngrepet er foretatt, og bør få tilbud om en utreisesamtale i forbindelse med dette (Jerpseth, 2022, s.209).

I tillegg til fysisk ivaretagelse av kvinnen har sykepleieren en viktig rolle i å ivareta psykososiale behov under innleggelsen. Sykepleierens rolle under gynekologisk undersøkelse er å forberede, støtte og veilede kvinnen (Jerpseth, 2022, s.208-209). Kvinnene vil ofte være smerte- og sjokkpreget i tiden før, under og etter inngrepet, og vil derfor ha et stort informasjonsbehov. Sykepleieren må lytte til kvinnens fortelling og skape rom for dialog og refleksjon. For å få til dette, er det en fordel om samme sykepleier følger kvinnen før, under og etter behandling. Dette vil gjøre det enklere å på kort tid klare å skape et tillitsforhold som åpner for god samtale med kvinnen. I tillegg kan sykepleieren på denne måten lettere sørge for at det gis konsistent informasjon (Jerpseth, 2022, s.209).

2.3 Joyce Travelbees menneske-til-menneske-teori

Hensikten med sykepleie er å skape en mellommenneskelig relasjon der sykepleieren kan hjelpe med å forebygge og mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2007, s.41). Menneske-til-menneske-forholdet er et viktig virkemiddel her, og skjer gjennom fire faser som til slutt kulminerer i gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og den med sykepleiebehov (Travelbee, 2007, s.172). Under presenteres de fire fasene i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet.

Fase 1: Det innledende møtet. Sykepleier og pasient møtes for første gang. De observerer, bygger opp antakelser og gjør seg opp en mening om hverandre (Travelbee, 2007, s.186-187).

Fase 2: Fremvekst av identiteter. Sykepleier og pasient mottar inntrykk av den andres personlighet. Sykepleier fanger opp hva individet tenker, oppfatter og føler om situasjonen (Travelbee, 2007, s. 188-189). Sykepleier blir bevisst på egen oppfatning av individet og erkjenner det unikt individuelle ved individet, noe som bidrar til fremveksten av empati (Travelbee, 2007, s.192).

Fase 3: Empatifasen. Sykepleier “tar del” i den andres sinnstilstand, men verken tenker eller føler som den andre (Travelbee, 2007, s.193). Sykepleier setter seg inn i og forstår den andres behov, noe som danner grunnlaget for et ønske om å hjelpe den andre (Travelbee, 2007, s.200).

Fase 4: Sympati og medfølelse. Sykepleier har medfølelse og kommuniserer at individet betyr noe (Travelbee, 2007, s.200-201). Sykepleier omsetter sin sympati og medfølelse til sykepleiehandlinger, og resultatet blir en tillitsfull relasjon mellom de to menneskene (Travelbee, 2007, s.209).

2.4 Profesjonell kommunikasjon og personorientert omsorg

Personorientert omsorg forutsetter at sykepleieren ser på pasienten som et unikt og uerstattelig individ, og at pasienten behandles som et menneske med et eget levd liv fremfor et sykdomskasus eller en arbeidsoppgave (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.101-102).

Profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert (Eide & Eide, 2017, s.16). Sykepleieren ser pasienten som en hel person med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer, samt egne mål for helse og livssituasjon. Sykepleier får tak på personens helseprosjekt, det vil si hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen (Eide & Eide, 2017, s.16). Det foreligger fire sentrale elementer som blir forutsetningen for å utøve god profesjonell kommunikasjon: å anerkjenne pasientens perspektiv, å forstå pasientens psykososiale kontekst, å få felles forståelse som stemmer med pasientens verdier og å dele makten, altså stimulere pasienten til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2017, s.17).

2.4.1 Empowerment

Empowerment er en “prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv” (Helsedirektoratet, 2018, 4. avsnitt). Empowerment kan sammenliknes med brukermedvirkning, og er et virkemiddel i god profesjonell kommunikasjon for å bidra til selvbestemmelse og mestring (Kristoffersen, 2019, s.351). Ved å bevisst styrke pasientens empowerment kan sykepleier bidra til at pasienten mobiliserer egne ressurser for å gjennomføre og vedlikeholde endringer i livet sitt for å nå et helseprosjekt (Kristoffersen, 2019, s.351).

2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer

Kapittel to i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere presiserer at sykepleier skal ivareta hver pasients verdighet og integritet ved å sikre “retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk sykepleierforbund, u.å.). For å ivareta retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp har sykepleieren ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og understøtte håp, mestring og livsmot. For å fremme retten til medbestemmelse skal sykepleier gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienten på en måte som gjør at pasienten kan ta et selvstendig og faktabasert valg (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

2.4.3 Lovverk

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sitt tredje kapittel reguleres pasienters rett på informasjon og medvirkning. Her står det blant annet at pasienten har rett på informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand i tillegg til innholdet i helsehjelpen vedkommende mottar. I tillegg har pasienten krav på informasjon om risikoer og bivirkninger som foreligger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

I helsepersonelloven (1999) står det at den som utøver helse- og omsorgstjenester plikter å gi informasjon til den eller de som har krav på det. Informasjonen skal gis blant annet etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetslovens §3-2 (Helsepersonelloven, 1999, §10).

2.5 Kriseteori

Ifølge psykiater Johan Cullbergs kriseteori (1989), består et kriseforløp av fire faser. Fasene skiller seg ikke klart fra hverandre, men inndelingen er allikevel et godt verktøy til å orientere seg i krisens forløp (Cullberg, 1989, s.122). Sjokkfasen er den umiddelbare reaksjonen ved en krise, og varer alt fra et kort øyeblikk til noen døgn. Individet distanserer seg fra virkeligheten, og klarer ikke ta inn eller bearbeide hendelsen. Fra utsiden kan det se ut som at individet har kontroll, mens personen selv ofte vil ha problemer med å huske hva som er blitt sagt og gjort i denne fasen (Cullberg, 1989, s.123-124). I reaksjonsfasen får individet øynene opp for hva som har skjedd eller skal skje, og individet opplever mange plutselige inntrykk. På grunn av dette mobiliseres forsvarsmekanismer i forsøk på å undertrykke virkeligheten (Cullberg, 1989, s.124). I bearbeidingsfasen begynner individet å bli mer fremtidsrettet, og vil etterhvert bevege seg over i nyorienteringsfasen hvor vedkommende lever videre med opplevelsene uten at disse er et hinder for dagliglivet (Cullberg, 1989, s.132-134).

2.6 Stiftelsen Amatheia

I dag oppfordres kvinner til å snakke med familie og venner, eventuelt fastlegen for å bearbeide det følelsesmessige aspektet etter spontanabort (Helsenorge, 2021, delkapittel 7). Stiftelsen Amatheia er ifølge sine nettsider “den eneste landsdekkende helsetjenesten som tilbyr oppfølging før og etter abort” (Amatheia, u.å., avsnitt 1). Organisasjonen er offentlig finansiert gjennom helsedirektoratet og tilbyr informasjon om blant annet spontanabort. Amatheia tilbyr gratis veiledning både skriftlig og per telefon, og legger til rette for åpen samtale rundt tema som fremtiden og kvinners egne opplevelser og følelser etter spontanaborten (Amatheia, u.å., avsnitt 6).

3.0 Metode

3.1 Design

Denne oppgaven er utformet etter modell for litteraturstudie. En litteraturstudie defineres som «en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2020, s.77). I en litteraturstudie finner og systematiserer man ulik litteratur, før man kritisk gjennomgår litteraturen og sammenfatter funnene som er gjort (Thidemann, 2020, s.77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leserne en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som finnes på det området problemstillingen etterspør, i tillegg til at man beskriver for leseren hvordan man selv har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2020, s.78).

3.2 Søkeprosess

I starten av søkeprosessen ble det foretatt et innledende litteratursøk i ulike databaser som er relevante for sykepleiefaget. Søkeord som ble brukt var “spontaneous abortion”, “nursing care” og “mental health”. Det ble også identifisert aktuell og relevant pensumlitteratur for temaet. Gjennom innledende litteratursøk og skumlesing av pensum ble gode søkeord identifisert, og det ble dannet et innblikk i hva som fantes av forskning rundt problemstillingen.

3.2.1 PICO

For å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar ble det utarbeidet et PICO-skjema (Thidemann, 2020, s.82). Rammeverket PICO tar for seg fire elementer som ofte er med i forskningsspørsmål: populasjon, intervensjon, sammenlikning av tiltak og utfall (Helsebiblioteket, 2021). Etersom sammenlikning av tiltak ikke var relevant for problemstillingen ble dette punktet utelatt. De norske ordene som ble identifisert gjennom PICO ble satt inn i terminologibasen MeSH for å finne gode medisinske og helsefaglige termer til søket (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 1: Ferdig utfylt PICO-skjema

<i>PICO</i>	P Kvinner som har gjennomgått spontanabort i sykehus	I Sykepleieprosess	C Ikke relevant	O Psykiske symptomer/utfordringer
<i>MeSH-termer</i>	Spontaneous abortion Early pregnancy loss Miscarriage Women	Nursing process Nursing care Health care Support	Ikke relevant	Mental health Mental hygiene Psychosocial support Experience Support After miscarriage

3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur ytterligere, er det nyttig å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2020, s.83). I den følgende tabellen presenteres kriteriene som ble brukt i litteratursøket til denne litteraturstudien.

Tabell 2: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert innen siste 15 år	Subjektgruppe som har gjennomgått 3 spontanaborter på rad (habituell abort)
Studier utført i land med overføringsverdi til norske forhold/kultur	Artikler som ser på dødfødsel (etter uke 22)
Kvinner mellom 18-45 år	Artikler skrevet på andre språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk
På sykehus: gynekologisk, evt. dagkirurgisk avdeling	
Forskningsartikkel med IMRaD-struktur	

Underveis i søkeprosessen måtte søket utvides fra artikler publisert siste 10 år til artikler publisert siste 15 år, da det ikke var nok relevante treff publisert de siste 10 årene.

3.2.3 Litteratursøk

Det ble gjort søk etter litteratur i flere sykepleiefaglig relevante databaser, henholdsvis CINAHL, Joanna Briggs Institute (JBI) EBP Database, Medline, PsycINFO, PubMed og SveMed+. Søkene ble utført i perioden januar-mars 2023. CINAHL og PubMed viste flest relevante resultater for problemstillingen, og det ble derfor søkt videre her. De to databasene refererer til litteratur, hovedsakelig tidsskriftartikler, om sykepleie og andre tilgrensende fag (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Sentrale søkeord i søkeprosessen var “miscarriage”, “women”, “experience”, “nurse” og “health care”. En fullstendig oversikt over søk gjort i

CINAHL og PubMed, databasene de inkluderte forskningsartiklene ble identifisert i, presenteres i vedlegg 1.

I søkene ble det identifisert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvantitativ forskning presenterer objektiv og eksakt faktakunnskap basert på tall og nøyaktige regneoperasjoner. Kvalitativ metodetilnærming tilegner seg kunnskap om menneskelige egenskaper rundt et tema; eksempelvis holdninger, forventninger, tanker, motiver, opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2020, s.76). I kvalitativ metode ønsker man dybdekunnskap gjennom innhenting av mye informasjon fra få undersøkelsesenheter. Dette gjøres ofte gjennom intervju, observasjon eller dokumentanalyse (Thidemann, 2020, s.76). Da problemstillingen utforsker kvinners behov for psykososial støtte ved en spontanabort, er det naturlig å bruke kvalitativ forskning for å undersøke hvilke erfaringer og tanker kvinnene selv sitter igjen med etter spontanaborten.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

For å vurdere om forskningsartiklene var relevante, vurderte jeg tittelen, leste gjennom sammendraget og så om artikkelen var bygget opp etter IMRaD-struktur. IMRaD-strukturen brukes for å bygge opp vitenskapelige artikler, og står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Søk & skriv, 2022). Ved å ekskludere artiklene som ikke var bygget opp etter IMRaD-struktur satt jeg igjen med vitenskapelige artikler fremfor fagartikler.

Artiklene som virket relevante og var bygget opp etter IMRaD ble videre grundig gjennomlest. Artiklenes relevans til problemstillingen ble kontinuerlig vurdert gjennom leseprosessen. Det ble også foretatt en kritisk vurdering av kvaliteten på artiklene. Dette ble gjort ved hjelp av Helsebibliotekets egne sjekklister som er utarbeidet for å lette arbeidet når man foretar en kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). For å kritisk vurdere artiklene i litteraturstudien ble Helsebibliotekets “Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel” og “Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie” benyttet (Helsebiblioteket, 2016).

3.4 Analyse og syntese

I analysen merker man seg hovedtemaene i teksten (Thidemann, 2020, s.92). Her arbeider man både på et beskrivende, analyserende og reflekterende nivå, og det er viktig å hele tiden tenke over problemstillingen (Thidemann, 2020, s.93). Ved å gjøre dette ble problemstillingen et analyseredskap i teksten, og fungerte dermed som et rammeverk mens jeg identifiserte elementene i artikkelen som hadde det innholdet problemstillingen etterspør. Etter å ha lest artiklene grundig og sammenfattet temaene som fremkommer i resultatdelen, så jeg etter likheter og ulikheter i artiklene, samt om temaene var gjennomgående i flere av artiklene (Thidemann, 2020, s.93). For å synliggjøre dette satte jeg opp en tabellmatrise, hvor temaene som kom frem ble utgangspunktet for resultatdelen i denne litteraturstudien. Tabellmatrisen presenteres i vedlegg 2. For å få god oversikt over hovedelementene både i den enkelte forskningsartikkelen og alle artiklene samlet sett ble det også utarbeidet en litteraturmatrise (Thidemann, 2020, s.95). Denne presenteres i vedlegg 3.

3.5 Ethiske vurderinger

For å sikre bruk av etisk forsvarlige studier er de generelle forskningsetiske retningslinjene til De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) benyttet. Retningslinjene sikrer at personene som deltar er respektfullt behandlet og at forskningen har gode konsekvenser (evt. akseptable uheldige konsekvenser). Forskningsprosjektet skal være rettferdig utformet og utført, samt at forskeren må følge de anerkjente normene og opptre ansvarlig og åpent (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Som forfatter av en litteraturstudie som inkluderer forskning jeg ikke har gjennomført selv, har jeg ansvar for å være oppdatert på de forskningsetiske retningslinjene, og sørge for at jeg ikke har benyttet studier som bryter disse. De norske retningslinjene gjelder til tross for at jeg har benyttet meg av studier fra utlandet (Høgskulen på Vestlandet, 2022).

4.0 Resultat

Totalt er 5 studier inkludert i denne oppgaven. Av disse er 2 studier systematiske oversiktsartikler, mens de 3 resterende er kvalitative enkeltstudier. Gjennom tabellmatrisen- og litteratormatrisen (se vedlegg 2 og 3) ble det foretatt en tematisk analyse av studiene. Det ble av resultatene identifisert 3 overordnede tema i studiene som sier noe om kvinnens psykososiale behov ved en spontanabort: “Anerkjenn følelsene mine”, “Anerkjenn barnet mitt” og “Inform meg”

4.1 Anerkjenn følelsene mine

Kvinner som har gjennomgått spontanabort rapporterer symptomer som mangel på kontroll, frykt, tomhet, sinne, nød, redsel, skyld, hjelpeløshet og håpløshet (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.793; Radford & Hughes, 2014, s.1459). Samtlige studier peker også på at sorg er et sentralt tema etter gjennomgått spontanabort (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.795; Radford & Hughes, 2014, s.1461; Robinson, 2014, s.179; Rowlands & Lee, 2010, s.280-281). En spontanabort er motstridende for kvinnens forventninger om et sunt svangerskap, og resulterer i sorg (Robinson, 2014, s.179). Kvinnen vil sørge både over å ha mistet egen identitet som mor og/eller kvinne, og å ha mistet et barn (McLean & Flynn, 2012, s.795; Radford & Hughes, 2014, s.1461; Rowlands & Lee, 2010, s.281).

Allerede tidlig i graviditeten etableres et forhold til graviditeten og fosteret. Kvinnenes identitet utvikler seg fra å være kvinne til å være mor (Ancker et al., 2012, s.33). Kvinnen ser på fosteret som et barn i et tidlig stadium av svangerskapet, og forskningen viser til at kvinnen foretrekker å referere til fosteret som sitt barn (Ancker et al., 2012, s.34; Radford & Hughes, 2014, s.1461-1462; Rowlands & Lee, 2010, s.281). På grunnlag av dette kan en tidlig spontanabort i eksempelvis uke seks sette dype, emosjonelle spor hos kvinnen som ikke kan erstattes med et nytt barn, og sporene etter barnet de har mistet vil følge dem resten av livet (Ancker et al., 2012, s.34; Robinson, 2014, s.178).

Flere av kvinnene fra studiene rapporterte at de savnet oppfølging under innleggelsen. De opplevde at støtten de mottok fra helsepersonellet ikke var tilstrekkelig for å få bearbeidet sorgprosessen de var i (Radford & Hughes, 2014, s.1462; Robinson, 2014, s.179; Rowlands & Lee, 2010, s.282). I tillegg til å være i kontakt med sykepleier i forbindelse med prosedyrer,

hadde kvinnene et ønske om emosjonell interaksjon med sykepleieren da de opplevde behov for medfølelse fra helsepersonell under spontanaborten (McLean & Flynn, 2012, s.792; Radford & Hughes, 2014, s.1460; Robinson, 2014, s.179; Rowlands & Lee, 2010, s.282). Behovet for medfølelse går ut på å få forståelse og empati fra sykepleier, blant annet for sorgen kvinnen opplever over å ha mistet barnet sitt (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.792; Rowlands & Lee, 2010, s.281).

I den systematiske oversikten til Radford & Hughes (2014, s.1462) og den kvalitative studien til Ancker et al. (2012, s.34) pekes det på at kvinnene har behov for å prate om spontanaborten. Ved å tilrettelegge for samtale mellom kvinnen og sykepleieren, får kvinnene bearbeide spontanaborten ved å oppleve å bli tatt på alvor for sine følelser, og motta oppriktig forståelse for sorgen over barnet som ikke ble (Ancker et al., 2012, s.34).

4.2 Anerkjenn barnet mitt

Flere av kvinnene i de inkluderte studiene opplevde å bli møtt av helsepersonell som hadde et medisinske fokus på spontanaborten (Ancker et al., 2012, s.33-34; Robinson, 2014, s.179). Kvinnene satt igjen med følelsen av at det emosjonelle aspektet ved spontanaborten ble oversett, og at det ble forventet at kvinnen skulle være klar til å forlate sykehuset dersom somatisk tilstand var stabil (Rowlands & Lee, 2010, s.282). Spontanaborten ble et medisinsk faktum fra helsepersonellens side. Flere av kvinnene tolket medisinsk terminologi som ufølsomme kommentarer, og satt igjen med en følelse av at helsepersonellet var "kalde" og manglet empati (Ancker et al., 2012 s.34; McLean & Flynn, 2012, s.792; Robinson, 2014, s.179; Rowlands & Lee, 2010, s.280).

Studiene peker på at de fysiske symptomene kvinnen opplever i forbindelse med spontanaborten, som smerter og blødning, preger det psykososiale aspektet til kvinnen (McLean & Flynn, 2012, s.793; Radford & Hughes, 2014, s.1460; Robinson, 2014, s.178; Rowlands & Lee, 2010, s.282). Kvinnene opplevde at de ikke var forberedt på smerteopplevelsen spontanaborten medførte, og det kommer frem at synet av blod og blodkoagler førte til frykt og angst hos kvinnen. Kvinnen fikk også bekreftet at kroppen var i en prosess hvor den kvittet seg med barnet hun hadde drømt om og lengtet etter (Ancker et al., 2012, s.33-34; Radford & Hughes, 2014, s.1460; Robinson, 2014, s.178). De somatiske aspektene ved spontanaborten henger altså tett sammen med de psykososiale aspektene ved

spontanaborten, og helsepersonell må derfor ta hensyn til både kvinnens fysiske og psykiske behov under spontanaborten (Robinson, 2014, s.178).

Også selve prosessen rundt diagnostisering av spontanaborten og ventetid på sykehuset viser seg å ha sammenheng med kvinnens psykiske velvære (McLean & Flynn, 2012, s.793; Rowlands & Lee, 2010, s.282). Kvinnene i de inkluderte studiene hadde ulike opplevelser fra sykehuset, men felles for opplevelsene var at de opplevde lang ventetid og ubeleilig sted for ventingen. En kvinne måtte eksempelvis dele rom med fem andre pasienter på en kirurgisk avdeling under spontanaborten. En annen kvinne forteller om påkjeningen av å sitte på venterom med flere lykkelige gravide kvinner/par som skulle på ultralyd for å se barnet i magen - mens kvinnen selv skulle på ultralyd for å få bekreftet at spontanaborten var ferdig, og at det ikke var svangerskapsrester igjen i livmoren (McLean & Flynn, 2012, s.793; Rowlands & Lee, 2010, s.282).

4.3 Informer meg

Kvinner som gjennomgår spontanabort klandrer ofte seg selv og føler skyld for at graviditeten opphørte (Ancker et al., 2012, s.34; Radford & Hughes, 2014, s.1462). Kvinnene føler de ikke har gjort nok for å beskytte barnet i magen, og vil lete etter årsaker knyttet til for eksempel egen livsstil og klandre seg selv for å ikke ha spist riktig, trent nok eller hvilt nok (Ancker et al., 2012, s.34; Radford & Hughes, 2014, s.1462; Robinson, 2014, s.179). Kvinnene finner derimot som regel ikke en logisk forklaring, noe som fører til økt psykisk belastning i form av frustrasjon, stress og ytterligere økt skyldfølelse (Radford & Hughes, 2014, s.1462).

Forskningen peker på at utfyllende informasjon fra helsepersonell var avgjørende for kvinnenes evne til å bearbeide både de fysiske og psykososiale aspektene ved spontanaborten. Mangel på god informasjon førte til en opplevelse av å ikke ha kontroll, frykt og forvirring hos kvinnene (Ancker et al., 2012, s.33; Radford & Hughes, 2014, s.1461; Robinson, 2014, s.180). Å ikke være forberedt på den fysiske prosessen man skal gjennomgå, eller de psykiske følgene en spontanabort kan gi, har negativ effekt på kvinnenes psyke og bidrar til økt stressnivå for kvinnen (Robinson, 2014, s.178).

Studiene viser altså til at kvinnene ikke opplever å ha fått tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell; til tross for at kvinner som gjennomgår spontanabort har et stort

informasjonsbehov (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.792-793; Radford & Hughes, 2014, s.1461-1462; Robinson, 2014, s.178-179; Rowlands & Lee, 2010, s.281). Studiene peker på ulike måter å gi informasjon til kvinnene på, men viser også til at informasjonen kvinnene får ikke samsvarer med informasjonen kvinnene har behov for. Dette fører til at kvinnene ved utskrivelse ikke er fornøyd med informasjonen de har mottatt (McLean & Flynn, 2012, s.793; Rowlands & Lee, 2010, s.281).

Måten helsepersonell kommuniserer informasjonen på har mye å si for kvinnens opplevelse av informasjonen hun mottar (Robinson, 2014, s.179). Dårlig kommunikasjon fra helsepersonellet side førte til at kvinnene opplevde dårlig ivaretagelse. Noen av kvinnene rapporterte at helsepersonell mangler kunnskap om hvordan de skal gi god informasjon på en sensitiv måte (Rowlands & Lee, 2010, s.280). I tillegg til god informasjon fra helsepersonell, ønsker kvinnene skriftlig informasjon som er tydelig på hva de kan forvente, både fysisk og psykisk, etter spontanaborten (McLean & Flynn, 2012, s.792). Til tross for dette ser man at kvinnene som har mottatt slike skriftlige informasjonsbrosjyrer ser på disse som lite hjelpsomme i tiden etter spontanaborten (Robinson, 2014, s.178). Kvinnene savner også muligheten til å kunne stille spørsmål til helsepersonell for å tilegne seg informasjon rundt det de lurer på (Ancker et al., 2012, s.34; Radford & Hughes, 2014, s.1461-1462).

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet skal det ved hjelp av teori og forskningsresultater diskuteres hvordan sykepleier kan ivareta psykososiale behov hos kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehuset. Diskusjonen ta utgangspunkt i det norske helsevesenets prinsipper og system til tross for at forskningen ikke er utført på norske kvinner. Forskningen brukt i litteraturstudien er derimot fra land med overføringsverdi til Norge med tanke på religion, kultur og helsevesenets rolle/funksjon. Derfor vil resultatdiskusjon med utgangspunkt i norske rammer likevel være relevant.

5.1.1 Å anerkjenne kvinnens følelser

Ved mistanke om spontanabort som skal behandles ved sykehuset kommer kvinnen først til undersøkelse og diagnostisering. Deretter iverksettes behandling, og etter observasjon i avdelingen skrives hun ut (Acharya & Maltau, 2015, s.120; Jerpseth, 2022, s.209). Diagnosen spontanabort er motstridende for kvinnens forventninger om å ha et sunt svangerskap, og resultatene fra flere av de inkluderte studiene viser at kvinnen opplever symptomer som mangel på kontroll, frykt, redsel og sorg (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.793; Radford & Hughes, 2014, s.1459; Robinson, 2014, s.178).

I det spontanaborten blir et faktum, viser forskningen at kvinnene opplever manglende støtte for å få bearbeidet sorgprosessen som er satt i gang (Radford & Hughes, 2014, s.1462; Robinson, 2014, s.179; Rowlands & Lee, 2010, s.281). Ved å se til Johan Cullbergs kriseteori (1989) kan man konkludere med at kvinnene vil gå inn i sjokkfasen i det spontanaborten diagnostiseres. Sjokkfasen varer i alt fra sekunder til noen døgn, og kvinnen vil distansere seg fra virkeligheten. Hun vil ikke lenger være i stand til å ta inn eller bearbeide at hun gjennomgår en spontanabort (Cullberg, 1989, s.123-124).

Ettersom vanlig prosedyre ved norske sykehus er at kvinnen skrives ut samme dag som inngrepet er foretatt, kan flere av kvinnene fremdeles være i sjokkfasen ved hjemreise. Det må dermed diskuteres hvilke rammer som foreligger i det norske helsevesenet for at sykepleiere skal være i stand til å ivareta kvinnene som gjennomgår spontanabort i sjokkfasen. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det blant annet at sykepleier skal verne pasientens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, u.å.). For å

gjøre dette må sykepleieren blant annet ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg og bidra til å understøtte håp, mestring og livsmot.

Med tanke på det korte tidsrommet kvinnene er i avdelingen, må sykepleierne raskt etablere kontakt og støtte kvinnene før, under og etter behandling. Dette må gjøres på en måte som ivaretar kvinnene som opplever en krise og har ulike psykososiale behov. En god metode for sykepleier å etablere denne kontakten på, vil være å aktivt møte kvinnen for å observere og gjøre seg opp en mening om hvordan kvinnen har det. På denne måten entrer sykepleieren den første fasen i Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2007, s.186). I det første møtet må sykepleieren ha fokus på personorientert kommunikasjon, og aktivt gå inn for å forstå hva kvinnens helseprosjekt er (Eide & Eide, 2017, s.16).

Kvinner som gjennomgår spontanabort har behov for emosjonell interaksjon med sykepleieren, i tillegg til kontakt under prosedyrene som gjennomføres i avdelingen (McLean & Flynn, 2012, s.792; Radford & Hughes, 2014, s.1460; Robinson, 2014, s.179; Rowlands & Lee, 2010, s.281). Kvinnene har også et stort behov for medfølelse, forståelse og empati over å ha mistet barnet og identiteten sin (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.792; Rowlands & Lee, 2010, s.280-281). For å oppnå dette, må sykepleieren jobbe videre med menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleieren kan etter hvert evne å se kvinnen "bak" pasienten, og når sykepleieren anerkjenner kvinnens perspektiv på spontanaborten vil også en forståelse av pasientens psykososiale kontekst følge med (Eide & Eide, 2017, s.17; Travelbee, 2007, s.187). På denne måten får sykepleieren og kvinnen en felles forståelse for situasjonen, og de to vil knyttes mer til hverandre. I denne prosessen vokser det frem en relasjon som vil gjøre sykepleieren i stand til å gå inn i empatifasen hvor sykepleieren har en forutsetning for å gi kvinnen empatien hun trenger (Travelbee, 2007, s.192).

Mange kvinner vil, som nevnt innledningsvis i kapitlet, kunne være i en sjokkfase under sykehusinnleggelsen. Et etablert forhold mellom sykepleier og kvinnen vil allikevel gjøre sykepleier i stand til å ta del i kvinnens sinnstilstand – til tross for at kvinnen selv ikke nødvendigvis tar inn eller bearbejder hendelsen. På denne måten kan sykepleier evne å sette seg inn i og forstå kvinnens behov, og det vil dannes et grunnlag for at sykepleieren kan gå inn i den siste fasen i menneske-til-menneske-forholdet hvor sykepleieren viser oppriktig sympati og medfølelse overfor kvinnen (Travelbee, 2007, s.193).

For at sykepleier på best mulig måte skal kunne gi kvinnen en opplevelse av å bli tatt på alvor for sine følelser, må sykepleieren lytte til kvinnens fortelling og tilrettelegge for dialog (Jerpseth, 2022, s.209). Kvinnen vil dermed være mer mottakelig for den psykososiale omsorgen hun mottar, da en tillitsfull relasjon vil redusere stress og gjøre kvinnen i stand til å reflektere og kommunisere med sykepleieren. Ettersom det er et relativt kort tidsrom å etablere en tillitsfull relasjon på, understrekes viktigheten av at samme sykepleier, så langt det lar seg gjøre, følger opp kvinnen gjennom innleggelsen (Jerpseth, 2022, s.209). På denne måten kan sykepleieren klare å skape et godt tillitsforhold med kvinnen. Dette vil kunne styrke grunnlaget for at kvinnen føler seg ivaretatt og anerkjent av sykepleieren.

5.1.2 Å anerkjenne kvinnens barn

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleiere skal sikre pasientens rett til å ikke bli krenket for å ivareta pasienters verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Til tross for dette opplever kvinner som gjennomgår spontanabort at helsepersonell utelukkende fokuserer på diagnosen. Spontanaborten blir et medisinsk faktum, og kvinnene opplever at det emosjonelle aspektet ved spontanaborten degraderes (Ancker et al., 2012, s.33-34; Robinson, 2014, s.179). Medisinsk terminologi fra helsepersonell øker kvinnens inntrykk av at det ikke foreligger følelser rundt spontanaborten, og kvinnene sitter igjen med en følelse av at helsepersonellet er «kalde» og mangler empati (Ancker et al., 2012, s.33-34; McLean & Flynn, 2012, s.792; Robinson, 2014, s.178-179; Rowlands & Lee, 2010, s.282).

Flere av kvinnene i de inkluderte studiene rapporterte om ufølsomme kommentarer hvor helsepersonell ikke anerkjente følelsene kvinnene hadde for barnet, og heller ikke anerkjente at kvinnen så på fosteret som sitt barn ved tidspunktet for spontanaborten (Ancker et al., 2012, s.33-34; Radford & Hughes, 2014, s.1462; Rowlands & Lee, 2010, s.281-282). I artikkelen til Rowlands & Lee (2010) forteller en kvinne om en slik opplevelse i møte med fastlegen sin:

My own GP said to me, 'Well you're lucky you didn't get too attached to it then.' And I just went, 'Huh?' I actually was really attached, really, really, really, attached. And that wasn't helpful. She was just ... not clever. So when, I mean, when the medical professionals as well are so just dismissing it as a non-event that doesn't help us either it's like, 'Well, if it's a non-event then why am I so upset?'. (Rowlands & Lee, 2010, s.280)

Målet med sykepleie er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og å lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, u.å., punkt 2). Sykepleieren har ansvar for å hjelpe kvinnen

som gjennomgår spontanabort med flere mål enn bare å få fjernet fosteret og de fysiske plagene. Likesom Travelbees menneske-til-menneske-forhold er nødvendig for å anerkjenne kvinnens følelser, er det også nødvendig for at sykepleier evner å forstå at kvinnen ser på fosteret som sitt barn. Når forståelsen og empatien er til stede vil sykepleier kunne få medfølelse og sympati med kvinnen, og kvinnen vil oppleve at sykepleieren anerkjenner barnet hun har mistet. På denne måten oppfyller sykepleieren målene om å fremme og gjenopprette helse, og å lindre lidelse. Ved å møte kvinnen med empati og anerkjennelse vil man unngå at kvinnen opplever sorgen over barnet som urimelig, og man sikrer dermed kvinnens rett til å ikke bli krenket.

Sykepleiere skal sammen med retten til å ikke bli krenket sikre pasientens rett til medbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, u.å., punkt 2). Gjennom å møte kvinnens følelser og å benytte seg av god profesjonell kommunikasjon, kan sykepleieren styrke kvinnens empowerment. Kvinnen får da identifisert og mobilisert sine egne ressurser, og vil være i bedre stand til å ta kontroll over følelsene rundt å ha mistet sitt barn. Hun vil også ved hjelp av empowerment få bedre forutsetning til å ta selvstendige valg som hjelper henne til å gjøre de endringene hun har behov for i mestringsprosessen rundt spontanaborten (Kristoffersen, 2019, s.351).

God kommunikasjon mellom sykepleieren og kvinnen kan tenkes å være en viktig faktor i prosessen for å sikre pasientens rett til medbestemmelse og å ikke bli krenket. God profesjonell kommunikasjon skal være helsefremmende og motiverende for kvinnen, og sykepleier skal fremme selvbestemmelse, tilknytning og mestring (Eide & Eide, 2017, s.17-19). Her kan man igjen se viktigheten av å fremme empowerment i kommunikasjonen med kvinnen for å styrke kvinnens egne ressurser.

For å utøve god profesjonell kommunikasjon er det viktig at sykepleieren anerkjenner kvinnens perspektiv på spontanaborten. Selv om mange kvinner vil være i sjokkfasen under innleggelsen, vil flere av kvinnene også bevege seg over i reaksjonsfasen. Kvinnene vil begynne å forstå og anerkjenne at kroppen er i en prosess hvor den kvitter seg med det kvinnen tenker på som et ønsket barn (Ancker et al., 2012, s.33-34; Radford & Hughes, 2014, s.1461; Robinson, 2014, s.179). Ved hjelp av et menneske-til-menneske-forhold og fokus på empowerment i sjokkfasen, vil sykepleieren i større grad kunne være i stand til å møte kvinnen i reaksjonsfasen. Sykepleieren kan gi sympati og medfølelse, og kan lettere ta del i

kvinnens reaksjon over å ha mistet barnet. Sykepleien som gis blir dermed omsorg på et følelsesmessig nivå, samtidig som sykepleier har forutsetning til å forstå kvinnen og styrke hennes empowerment videre (Travelbee, 2007, s.200-201).

5.1.3 Å informere kvinnen

Kvinner klandrer ofte seg selv for spontanaborten, og forskningen er tydelig på at utfyllende informasjon under innleggelsen er avgjørende for at kvinnen skal klare å bearbeide de fysiske og psykososiale aspektene ved aborten (Ancker et al., 2012, s.34; Radford & Hughes, 2014, s.1462; Robinson, 2014, s.179-180). Informasjon til pasienter reguleres i flere lover og retningslinjer, og er viktig for å sikre at pasienter har innsikt i egen situasjon, og eventuelt forutsetning til å foreta valg. I kapittel to i de yrkesetiske retningslinjene står det blant annet at sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienten (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Pasient- og brukerrettighetsloven understreker også at pasienter har rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, helsehjelp, risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Dette støttes opp av helsepersonelloven som viser til blant annet pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 når den regulerer hvilken informasjon helsepersonell plikter å gi pasientene sine (Helsepersonelloven, 1999, §10).

Kvinner som gjennomgår spontanabort trenger altså konkret og utfyllende informasjon for at den psykiske belastningen skal reduseres. Kvinnene har i tillegg til stort informasjonsbehov et lovfestet krav på informasjon, og sykepleiere har plikt til å informere. Til tross for dette viser forskningen at kvinner som spontanaborterer ikke opplever å få tilstrekkelig informasjon under innleggelse i sykehus (Ancker et al., 2012, s.33; McLean & Flynn, 2012, s.792-793; Radford & Hughes, 2014, s.1461-1462; Robinson, 2014, s.178-179; Rowlands & Lee, 2010, s.281). Som diskutert tidligere, er kvinnene i en krise under spontanaborten. Da det varierer hvor lenge sjokkfasen varer, vil det være individuelt hvor mottakelig kvinnene er for informasjon fra sykepleieren (Cullberg, 1989, s.123). På grunnlag av forskningsresultatene og lovverket kan man allikevel konkludere med at kvinnene må få utfyllende informasjon. Det må videre diskuteres hvilken informasjon kvinnene skal få på ulike tidspunkt under innleggelsen, i tillegg til hvordan informasjonen skal kommuniseres.

Under den gynekologiske undersøkelsen i diagnostiseringsfasen skal kvinnen kle av seg og vise sine mest intime deler av kroppen, samtidig som hun gjerne er smertepreget (Jerpseth, 2022, s.185). Sykepleiers rolle under prosedyren er å forberede, støtte og veilede kvinnen, og

kvinnen vil sannsynligvis ha stort informasjonsbehov til tross for at hun er i en sjokktilstand hvor hun ikke er i stand til å bearbeide informasjonen som gis (Jerpseth, 2022, s.208-209). For å ivareta kvinnens informasjonsbehov under utredning og behandling vil det dermed være nødvendig å redusere kvinnens stressnivå, ettersom økt stressnivå hos kvinnene gjør dem mindre mottakelig for informasjonen som gis (Ancker et al., 2012, s.33-34; Radford & Hughes, 2014, s.1461; Robinson, 2014, s.179-180). Her ser man igjen verdien av at samme sykepleier følger pasienten gjennom innleggelsen slik at et godt menneske-til-menneske-forholdet etableres. Dette vil skape trygghet hos kvinnen, og en tillit og tilknytning til sykepleieren (Jerpseth, 2022, s.209).

De yrkesetiske retningslinjene påpeker at informasjonen sykepleier gir skal være tilstrekkelig, men tilpasset (Norsk sykepleierforbund, u.å., punkt 2). Sykepleieren vil ved hjelp av en god relasjon skape rom for dialog og refleksjon med kvinnen, og på denne måten få avdekket hvilken informasjon kvinnen behøver. Dermed kan det gis informasjon som samsvarer både med informasjonsbehovet og den fasen av kriseforløpet kvinnen befinner seg i.

Måten helsepersonell kommuniserer informasjonen på har mye å si for kvinners evne til å motta informasjon (Robinson, 2014, s.179-180). Dårlig kommunikasjon vil gjerne føre til at kvinnen opplever dårlig ivaretagelse. Dette kan svekke tillitsforholdet mellom sykepleieren og kvinnen, og kvinnen vil være mindre mottakelig for informasjon (Rowlands & Lee, 2010, s.280). God profesjonell kommunikasjon under innleggelsen er altså en viktig forutsetning for at kvinnene skal føle seg ivaretatt og informert av sykepleier, ved at sykepleier fremmer tilknytning og mestring (Eide & Eide, 2017, s.17-19).

Ved utskrivning er mange kvinner misfornøyd med informasjonen de har mottatt, og flere rapporterer at de savner mulighet til å stille spørsmål (Ancker et al., 2012, s.34; McLean & Flynn, 2012, s.793; Radford & Hughes, 2014, s.1462; Rowlands & Lee, 2010, s.281).

Informasjonen kvinnene får under innleggelse samsvarer altså ikke med kvinnenes informasjonsbehov. Dersom man ser til Cullbergs kriseteori (1989) kan det hende kvinnen har fått tilstrekkelig informasjon, men at hun har vært i sjokkfasen og ikke forstått informasjonen. Uavhengig av om kvinnene har fått informasjonen og ikke husker det, eller om sykepleieren har kommunisert dårlig, må man diskutere hvordan kvinnen kan oppleve at informasjonsbehovet er dekket ved utskrivelse slik at hun ikke klandrer seg selv for spontanaborten i etterkant av innleggelsen. Eksempelvis kan kvinner med høyere alder

klandre seg selv da økende alder gir økt risiko for spontanabort. Det vil være viktig å sikre tett oppfølging og god informasjon til disse kvinnene for å sikre at de forstår at alder ikke nødvendigvis var årsaken (Acharya & Maltau, 2015, s.117-118; Magnus et al., 2019).

Før kvinnen skrives ut, bør hun få tilbud om en utreisesamtale hvor hun kan få utfyllende muntlig og skriftlig informasjon (Jerpseth, 2022, s.209). Dersom samme sykepleier som har vært med under behandlingen også er med på utreisesamtalen vil det foreligge gode forutsetninger for å ha en utfyllende utreisesamtale hvor sykepleieren kan repetere den viktigste informasjonen som har kommet frem gjennom den enkelte kvinnes pasientforløp. Det er også viktig å diskutere hvor utreisesamtalen gjennomføres, da ulik plassering på avdelingene påvirker opplevelsen av spontanaborten (Rowlands & Lee, 2010, s.282). Det kan tenkes at det vil være forstyrrende for kvinnen å ta utreisesamtalen på et rom sammen med andre gravide kvinner eller kvinner med barn, og at kvinnen bør skjermes for både synet og lyden av små barn etter spontanaborten. På denne måten kan det tenkes at kvinnen vil være mest mulig mottakelig for informasjonen som skal gis.

Fra kvinnenes side er det ønskelig med skriftlig informasjon som er tydelig på hva de kan forvente fysisk og psykisk etter utskrivelse. Forskningen viser at dette behovet ikke dekkes, og at kvinner som har mottatt brosjyrer ved utskrivelsen ikke opplever disse som nyttige (McLean & Flynn, 2012, s.792; Robinson, 2014, s.178). For at kvinnene skal få mest mulig ut av den skriftlige informasjonen kan det tenkes at det vil være en fordel dersom kvinnen mottar brosjyren før utreisesamtalen, slik at hun kan stille eventuelle spørsmål til brosjyren under samtalen. Kvinnen bør også få kontaktinformasjonen til avdelingen for å tydeliggjøre at hun kan ta kontakt dersom hun skulle ha spørsmål i etterkant av samtalen. Mange kvinner vil oppleve det som trygt dersom sykepleieren avtaler å ringe en uke etter utskrivelsen (Jerpseth, 2022, s.210). Dette er ikke etablert praksis i Norge og gjennomføres derfor sjelden.

Kvinnene har ofte behov for å prate om opplevelsen i etterkant av spontanaborten (Ancker et al., 2012, s.34; Radford & Hughes, 2014, s.1462). Ved at sykepleier har kunnskap og informerer om oppfølgingstilbud, vil kvinnenes psykososiale behov ivaretas til tross for at kontakten med avdelingen er kortvarig. Som forklart i kapittel 2.6 er stiftelsen Amatheia “den eneste landsdekkende helsetjenesten som tilbyr oppfølging før og etter abort” (Amatheia, u.å.). Som sykepleier vil det være relevant å ha kunnskap om blant annet denne organisasjonen, da de har kontorer flere steder i landet i tillegg til en åpen og gratis hjelpelinje. Ved å informere

kvinnen godt om slike tilbud, vil sykepleieren indirekte sikre forsvarlig helsehjelp også etter utskrivelse ved at kvinnen vet hvem de kan kontakte ved behov for videre samtale.

5.2 Metodediskusjon

Som bachelorstudent har jeg begrenset erfaring med å skrive litteraturstudie. Dette kan være en svakhet for oppgaven, noe som kan gjenspeiles i blant annet søkeord og valg av databaser/studier. Ettersom egen søkestrategi ikke nødvendigvis er ferdig utviklet, kunne søkeprosessen vært utført annerledes, eksempelvis med andre søkeord/kombinasjoner av søkeord. Fra PICO ble ett og ett ord fra de ulike delene av PICO kombinert med AND, fremfor å inkludere alle termene fra hele skjemaet i ett søk. Ved å søke annerledes kunne det blitt identifisert studier som kunne gitt en noe annerledes vinkling på oppgaven.

Det kan også tenkes at valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier spiller en rolle i påvirkningen av hvilke treff man får. Ettersom databasene som ble benyttet i søk er anerkjente databaser, forventes det likevel en høy grad av pålitelighet i studiene. Bruk av sjekklister til Helsebiblioteket (2016) styrker påliteligheten. Litteraturstudien har også en svakhet i at mesteparten av den inkluderte litteraturen er på engelsk, noe som kan ha ført til misforståelser i analyseprosessen.

At søket måtte utvides fra 10 til 15 år gjør at studiene ikke representerer de nyeste dataene. Som nevnt innledningsvis er kvinnehelse et dagsaktuelt tema, og det kan være sannsynlig at det foreligger relevante endringer i helsevesenets håndtering av spontanabort i tidsrommet fra artiklene ble publisert til dags dato. Man ser allikevel at det er fellestrekk i forskningen som viser at kvinnene i de kvalitative studiene har noen tydelige felles behov ved spontanaborten, uavhengig av når eller hvor spontanaborten fant sted. På denne måten kan det tenkes at kvinnenenes opplevelser og behov etter spontanaborten er representativ for kvinner også i dag.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien har sett på hvordan sykepleiere kan ivareta psykososiale behov hos kvinner som gjennomgår spontanabort i sykehus. Kvinner som opplever spontanabort gjennomgår en sorgprosess, og har flere omfattende psykososiale behov. Kvinnene trenger anerkjennelse fra sykepleier, både når det gjelder egne følelser og anerkjennelse av barnet hun opplever å ha mistet. Kvinnene har også et stort informasjonsbehov, og utfyllende og god kommunikasjon har mye å si for kvinnens opplevelse av sykepleien hun mottar.

Som sykepleier har man ikke bare ansvar for å gjenopprette helse og lindre lidelse, men også å fremme helse og forebygge sykdom. Relasjonsbygging mellom sykepleieren og kvinnen har vist seg å være verdifullt, og ved å gå inn i et menneske-til-menneske-forhold med kvinner som spontanaborterer vil sykepleiere være i stand til å møte kvinnen der hun er i sin krise. På denne måten får sykepleieren avdekket hvilke behov hver enkelt kvinne har, og relasjonen vil gjennom behandlingsforløpet gjøre det enklere for sykepleieren å forstå og anerkjenne følelsene til kvinnen. Ved hjelp av god profesjonell kommunikasjon og personorientert sykepleie kan kvinnen utrustes med tilstrekkelig og tilpasset informasjon på en måte som styrker empowerment hos kvinnen, slik at hun er i stand til å ta kontroll over egen situasjon og kan mobilisere egne ressurser for å oppnå mestring i sorgen. På grunn av kort tidsrom i avdelingen for kvinnene som gjennomgår spontanabort, er det viktig å informere kvinnene om hvilke tilbud som finnes også i etterkant av spontanaborten da mange kvinner rapporterer at de har behov for å prate om hva de har vært gjennom i etterkant av innleggelsen.

6.1 Implikasjoner for praksis

Spontanabort er en subjektiv opplevelse, og det er vanskelig å generalisere hvilke psykososiale behov kvinnene har basert på de kvalitative studiene som er identifisert i denne litteraturstudien. Fellestrekket i studiene er likevel at kvinnene har behov for personorientert og individuell omsorg, og at det må skapes rom for at kvinnene får kommunisert ut sine opplevelser. Som sykepleier bør man derfor støtte opp om kvinner som står frem med sine erfaringer rundt å møte helsevesenet i forbindelse med spontanabort. Sammen med disse kvinnene kan sykepleierne etterlyse mer forskning som kan gi en enda bredere kunnskap om hva helsevesenet kan gjøre for å på best mulig måte gi helhetlig og god sykepleie til kvinnene som gjennomgår en livsforandrende prosess - nemlig å miste sitt barn.

Litteraturliste

- Acharya, G. & Maltau, J.M. (2015). Spontan abort og ektopisk graviditet. I Maltau, J.M., Molne, K. & Nesheim, B-I (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3.utg, s.117-126). Gyldendal.
- Amathea. (U.å.). *Om Amatheia*. <https://amathea.no/om-amathea/>
- Amathea. (U.å.). *Spontanabort*. <https://amathea.no/tjenester/etter- abort/spontanabort/>
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S. & Botond, A. (2012). TIDIG FÖRLUST - Kvinnors opplevelse av missfall. *Vård i Norden*, 32(1), s. 32-36.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740831203200107>
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, Ø. (2006). Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning*, 2006; 1(1), 24-31.
<https://sykepleien.no/forskning/2006/11/kvinnens-psykiske-reaksjoner-pa-spontan-og-provosert-abort>
- Cullberg, J. (1989). *Mennesker i krise og utvikling*. (2. utg.). Aschehoug.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10.februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Forskningsetikk.no.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal.
- Flohr, J. & Wold, K. (2008). *Barnet som ikke ble: en bok om spontanabort, senabort og dødfødsel*. Emilia forlag.

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *4.1 Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016, 24.oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket. (2021, 30.september). *Kunnskapsbasert praksis*. Kunnskapsbasertpraksis.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (2018, 30.januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere#apiUrl>

Helsenorge. (2021, 9.april). *Spontanabort*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/spontanabort/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 26.november). *Tre nye medlemmer i*

Kvinnehelseutvalget og justert mandat. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/tre-nye-medlemmer-i-kvinnehelseutvalget-og-justert-mandat/id2889869/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 2.mars). *Kvinnehelseutvalget leverte sin utredning*.

Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kvinnehelseutvalgets-leverte-sin-utredning/id2965065/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

Høgskulen på Vestlandet. (2022, 02.februar). *Personvern og personopplysninger i forskning*.

HVL. <https://www.hvl.no/forskning/forskningsetikk/personvern/>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. Hvl.

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjukepleie>

Jerpseth, H. (2022). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G, Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*, (6.utg, bind 2, s.183-212). Gyldendal.

Kristoff, A. (2017). Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling*, (s. 421-439). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2019). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s.349-406).

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2019). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., bind 1, s.89-138).

Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N-H., Weinberg, C. R. & Håberg, S. E. (2019, 20.mars). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *TheBMJ*.

<https://www.bmj.com/content/364/bmj.1869>

McLean, A. & Flynn, C. (2012). It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage. *Qualitative Social Work*, 12(6), s. 782-798.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1473325012464099>

Norsk helseinformatikk. (2022, 13.januar). *Å miste barnet i mors liv*. Nhi.

<https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsykdrommer/komplikasjoner-i-svangerskapet/a-miste-barnet-i-mors-liv/>

- Norsk legemiddelhåndbok. (2019, 3.januar). *L.15.4 Misoprostol*.
<https://www.legemiddelhandboka.no/L15.1.4/Misoprostol>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. Hentet 30.mars 2022.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen - om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Radford, E. J. & Hughes, M. (2014). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), s. 1457-1465.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12781>
- Robinson, J. (2014). Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. *British journal of midwifery*, 22(3), s. 175-181.
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2014.22.3.175>
- Rowlands, I. J. & Lee, C. (2010). The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), s.274-286. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646831003587346>
- Steen, T.B. (Podcastgjest). (2018, 5. februar). Spontanabort med overlege Thorbjørn Brook Steen. I *Foreldrerådet*. Acast. <https://play.acast.com/s/foreldreradet>
- Søk & Skriv. (2022, 5.desember). *IMRaD-modellen*. Sokogskriv.no.
<https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon>
- Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utgave). Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.

Vedlegg 1: Søketabell

PubMed

Dato for søk	Søkenummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valg av artikkel
17.januar 2023	S1	Miscarriage	Full text 2012-2023	17429	
	S2	Womens experience	Full text 2012-2023	62476	
	S3	Guilt	Full text 2012-2023	5797	
	S4	S1 AND S2 AND S3	Full text 2012-2023	9	Treff nr. 3: <i>Women's experiences of early miscarriage: implication for nursing care</i>

CINAHL

Dato for søk	Søkenummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valg av artikkel
22.januar 2023	S1	Miscarriage	Full text Peer reviewed Europe	263	
	S2	Health care	Full text Peer reviewed Europe	28332	
	S3	S1 AND S2	Full text Peer reviewed Europe	25	Treff nr. 8: <i>Early bereavement: womens experience of miscarriage</i>
13.mars 2023	S1	Miscarriage	Linked full text 2010-2023	440	

			English language Peer reviewed		
	S2	Nursing care	Linked full text 2010-2023 English language Peer reviewed	4902	
	S3	S1 AND S2	Linked full text 2010-2023 English language Peer reviewed	5	

	S4	Experience	Linked full text 2010-2023 English language Peer reviewed	34518	
	S5	S1 AND S4	Linked full text 2010-2023 English language Peer reviewed	51	Treff nr. 17: <i>Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage</i>
	S6	Health care	Linked full text 2010-2023 English language	54756	

			Peer reviewed		
	S7	Support	Linked full text 2010-2023 English language Peer reviewed	59463	
	S8	S1 AND S7 AND S8	Linked full text 2010-2023 English language Peer reviewed	11	Treff nr. 6: <i>'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage.</i>
14.mars 2023	S1	Women		444929	
	S2	Experiences		191450	

	S3	After miscarriage		119	
	S4	S1 AND S2 AND S3	Abstract available 2012-2023	7	Treff nr. 5: <i>It's not just a pap-smear: Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage</i>

Vedlegg 2: Tabellmatrise

Hovedtema	Undertema	Tidig förlust – kvinnors opplevelse av missfall.	Early bereavement: womens experience of miscarriage	Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage	It's not just a pap- smear: Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage	'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage.
<i>“Anerkjenn følelsene mine”</i>	Relasjon til barnet etableres tidlig i svangerskapet	x				x
	Sorg, frykt, depresjon, angst, uro	x		x		x
	Sorg over å miste identitet som forelder/kvinne		x			

	Refererer til fosteret som baby/barn	x	x			x
	Sorg over tapet vil være med videre, kan ikke erstattes med et nytt barn	x		x		
	Behov for forståelse og empati	x			x	x
	Behov for å prate om opplevelsen	x	x			
	Ønsker anerkjennelse, medfølelse og emosjonell interaksjon med sykepleier	x	x	x	x	x
	Støtten fra helsepersonell dekker ikke behovet for	x	x			x

	støtte, savner oppfølging under innleggelse					
<i>“Anerkjenn barnet mitt”</i>	Helsepersonell ser på det medisinske aspektet ved spontanaborten	x		x		
	Kvinnen opplever at det psykososiale aspektet ignoreres, spontanaborten blir medisinsk faktum/diagnose	x		x	x	x
	Medisinsk terminologi, ufølsomme kommentarer og mangel på empati fra helsepersonell			x	x	x
	Fysiske symptomer preger kvinnen		x	x	x	x

	psykososialt, sammenheng mellom fysisk prosess og psykisk reaksjon					
<i>“Informer meg”</i>	Kvinnen har informasjonsbehov	x	x	x	x	
	Kvinnen har ikke fått tilstrekkelig informasjon ved utskrivelsen	x	x	x	x	x
	Kvinnen har behov for kommunikasjon med helsepersonell	x	x	x		
	Kvinnen opplever skyld/klandrer seg selv, søker årsak til spontanaborten	x	x	x		

Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Artikkel 1: TIDIG FÖRLUST - Kvinnors opplevelse av missfall

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Thérèse Ancker, Anja Gebhardt, Sissel Andreassen & Agnes Botond (1.mars 2012)	Hensikten med studien var å beskrive den sørgende kvinnes opplevelse av tidlig spontanabort.	Kvalitativ studie Det ble brukt semistrukturerte forskningsintervju for å kartlegge ulike emosjoner og behov ved spontanabort. Kvinnene fikk selv velge sted for intervjuet. Lokalene var beskyttet for innsyn og forstyrrende elementer for å skape et avslappende miljø. Spørsmålene åpnet for at kvinnen skulle ha mulighet til å fortelle om sine	Informasjon om studien ble publisert på et internettforum for foreldre som blant annet inneholdt et diskusjonsforum om spontanabort. Kvinner som var interessert tok selv kontakt via e-post. Disse kvinnene fikk ytterligere informasjon om studiene og intervjuene. Seks	Resultatene i studien viser at spontanaborten hadde en signifikant påvirkning på kvinnens liv. Flere psykologiske behov ble avdekket; hvorpå det viktigste var behovet for å føle seg forstått, og å ha noen som aktivt lyttet og kunne gi dem trygghet. Kvinnene hadde også behov for å oppleve respekt vedrørende tapet av fosteret de allerede hadde fått tilknytning til, og så på som sitt barn. Dette var behov kvinnene ikke	Alle kvinnene som er inkludert i studien fikk kjennskap til studien via samme internettforum der de var, eller hadde vært aktive i diskusjoner om spontanabort. De representerer dermed muligens en gruppe kvinner som har spesifikke uttalte behov for å håndtere spontanaborten, og de kan gjennom diskusjonene på internett

	<p>erfaringer med egne ord. Spørsmålene dreide seg rundt kvinnens syn på moderskap, opplevelse av eget selvbilde og kvinnens relasjoner til andre i forbindelse med spontanaborten.</p> <p>Intervjuene varte i snitt 90 minutter. Intervjuene ble tatt opp og deretter analysert med en kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>kvinner mellom 31 og 40 år som hadde spontanabort i løpet av uke 4-14 under en ønsket graviditet ble valgt ut. Samtlige av disse hadde spontanabortert i løpet av de siste 2 årene, og hadde trengt kontakt med helsevesenet i forbindelse med dette.</p>	<p>hadde fått tilstrekkelig dekket i møte med helsevesenet. Resultatene viste at kvinnene hadde sterke emosjonelle reaksjoner på spontanaborten, og det var ønskelig å få rutine i helsevesenet på å kalle kvinnene inn til en oppfølgingssamtale for å sikre at alle aspekter ved kvinnens opplevelse av spontanaborten ble ivaretatt.</p>	<p>ha påvirket hverandre når det kommer til ordvalg og uttrykk. Utvalget i studien kan ha blitt begrenset til kvinner som er komfortable med å bli intervjuet, men dette kan igjen være en styrke ettersom de selv har tatt initiativ for å være med og dermed har hatt et genuint ønske om å dele sine opplevelser.</p>
--	---	--	---	--

Artikkel 2: Women's experience of early miscarriage: implications for nursing care

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat
Eleanor J Radford & Mark Hughes (13. desember 2014)	Hensikten med studien var å undersøke kvinnens opplevelse av tidlig spontanabort (før uke 16).	<p>Studien er en systematisk oversikt med litteraturstudie som metode.</p> <p>Studien har tatt for seg kvalitative primærstudier som ser på kvinners opplevelse av tidlig spontanabort. Oversikten har inkludert studier fra 1990 og framover.</p> <p>Det ble gjort søk i 4 databaser med samme søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p>Etter søket leste forfatterne gjennom sammendraget på</p>	<p>Etter å ha gjort søk ble totalt 47 sammendrag lest. Av disse ble 22 av studiene lest og gjennomgått med tanke på validitet og inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p>13 av studiene ble ekskludert, mens 9 studier ble inkludert i oversikten:</p> <p>4 primærstudier fra Storbritannia og 1 primærstudie fra</p>	<p>Resultatene i studien peker på 4 overordnede tema/følelser som er gjentakende i de 9 studiene:</p> <p>“Hva jeg føler”: kvinnen trenger anerkjennelse for både fysiske og psykiske symptomer på diagnosetidspunktet, under og etter tidlig spontanabort. Kvinnene uttrykte isolasjon, ensomhet, benektelse, nød, sjokk og sorg. Kvinnene identifiserte at empati, sympati og beroligelse fra sykepleierne var gunstig for psykisk velvære og bearbeidelse av hendelsen.</p> <p>“Bry deg om meg, og kommuniser med meg”: kvinnene hadde behov for kommunikasjon, kunnskap og informasjon når det kom til interaksjon og intervensjon fra sykepleier. Kvinnene opplevde frykt og mangel på kontroll, og trengte spesifikk informasjon rundt det fysiske som skjedde/skulle skje under behandling av spontanaborten.</p>

		<p>artiklene med relevant tittel.</p> <p>Dersom studiene fremdeles var relevant ble hele artikkelen lest for å avgjøre om studiene var valide og overholdt inklusjons- og eksklusjonskriteriene som var satt.</p> <p>For å vurdere validiteten ble CASP benyttet. Dersom studien var valid og overholdt satte inklusjons- og eksklusjonskriterier ble den inkludert i oversikten.</p>	<p>henholdsvis Storbritannia, USA, Australia, Canada, Israel og Sverige.</p> <p>Av disse 9 studiene fremkommer opplevelsene til 211 kvinner som har gjennomgått spontanabort.</p>	<p>“Meg, mitt barn og andre”: Kvinner opplevde personlig tap og tap av en allerede etablert identitet som mor. Kvinnene så på embryoet/fosteret som et barn, og opplevde at de fikk minimal psykisk støtte fra andre rundt det å ha mistet noe de opplevde som barnet sitt.</p> <p>“Hjelp meg med å håndtere fremtiden”: noen kvinner følte seg skyldig og mente de kunne klandres for aborten. De lette etter årsaker til at de hadde spontanabortert. Mange opplevde frustrasjon, stress og skyldfølelse rundt å ikke finne en åpenbar årsak til spontanaborten.</p> <p>Det var varierende resultater rundt å returnere til jobb, hvor noen opplevde det som vanskelig mens andre brukte det som en “flukt fra spontanaborten”.</p>
--	--	---	---	---

Artikkel 3: “Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage”

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Joanne Robinson (1.mars 2014)	Hensikten med studien var å vurdere viktigheten av å informere og støtte kvinner som har gjennomgått tidlig spontanabort, samt på hvilken virkning	Studien er en systematisk oversikt som har tatt for seg temaet “tidlig spontanabort”. Metoden som er brukt i datainnsamlingen er litteraturstudie. Det er gjort søk i databasene CINAHL, Medline, PsychInfo, Amed og Ovid. Nøkkelord i søkene var: “miscarriage, abortion, spontaneous, early pregnancy loss” og “patient information,	5 studier av varierende størrelse er brukt i oversikten. Studiene er hovedsakelig fra Europa, henholdsvis Storbritannia, Frankrike, Belgia og Sverige. I tillegg er en studie fra Australia inkludert.	Tidlig spontanabort vil gi både fysiske og psykiske symptomer hos kvinnen som er viktig å ivareta. De fysiske symptomene henger tett sammen med de psykiske reaksjonene. Tidlig spontanabort er en unik opplevelse som må anerkjennes og som krever personorientert sykepleie. Mangel på omsorg fra helsepersonell under og etter spontanaborten kan ha negativ innvirkning på kvinnens psykiske helse og velvære, noe som kan resultere i at kvinnen ikke får bearbeidet spontanaborten og vil være preget av denne i lang tid etter hendelsen.	Brukt et par mindre studier i oversikten. Dette begrenser påliteligheten til resultatene. Allikevel vil sammenlikning av studiene reise et grunnlag for hva som trengs av videre forskning knyttet til psykologisk støtte av kvinner som gjennomgår spontanabort.

	<p>informasjon og støtte har på kvinnenes opplevelse</p>	<p>patient education, communication, follow up, aftercare”</p> <p>Inklusjonskriteriene brukt i studien er spontanabort som skjer før uke 20, og forskning relatert til ivaretagelse av kvinner under og/eller etter spontanaborten.</p>	<p>Antall deltakere i artiklene varierer fra 9-305 kvinner.</p>	<p>God formidling av informasjon vil gi kunnskap og forståelse, samt tilrettelegge for tilbakevinning av kontroll og økt mestring. I tillegg vil god informasjon redusere nød, frykt og angst hos kvinnen.</p> <p>God omsorg for kvinner som gjennomgår tidlig spontanabort krever at sykepleierne har gode kunnskaper og ferdigheter rundt spontanabort, og at de klarer å skape et støttende miljø for kvinnen. Kursing av helsepersonell kan være nødvendig for å oppnå dette.</p>	
--	--	---	---	---	--

Artikkel 4: 'It's not just a pap-smear': Women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Alexis McLean & Catherine Flynn (1.november 2012)	Hensikten med studien er å gjennom et sosialfaglig perspektiv få lokal kunnskap fra Australia vedrørende kvinners opplevelse av sykehusbehandling etter	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju som metode. Intervjuene ble gjennomført fysisk. Valg av metode og intervjuform ble gjort for å sikre at deltakerne fikk uttrykt sin egen, subjektive opplevelse uten å oppleve å ha strenge grenser rundt intervjuet. Kvinnene skulle være i et miljø de opplevde som støttende, og som kunne gi god respons og støtte til deltakeren dersom hun skulle oppleve stress eller andre ubehagelige følelser under intervjuet. Intervjuene ble tatt opp mens de ble utført, og deretter transkribert av den første forfatteren.	For å få tak i deltakere annonserte forfatterne reklame for studien på et forum for foreldre, i tillegg til at reklamen ble sendt ut på mail til den første forfatterens kollegaer som igjen kunne sende reklamen videre til relevante aktører. For å få delta i studien måtte man være en kvinne som hadde søkt helsehjelp ved enten et offentlig eller privat sykehus i tiden rundt spontanaborten, og at spontanaborten skjedde	Funnene i studien tyder på at kvinnene ikke mottok den pleien og behandlingen de hadde behov for. Det kommer frem at fokuset på det fysiske som skjer under spontanaborten tar fokus fra og ekskluderer behandling for de emosjonelle og psykososiale symptomene kvinnen opplever. I ettertid sitter kvinnene	Utvalget og lokalisasjon av studien er begrenset grunnet praktiske årsaker rundt studien. Datainnsamlingen ble begrenset til å foregå over en 8-ukers periode. Studien inkluderer en spesifikk

	<p>gjennomgått spontanabort.</p>	<p>Den andre forfatteren deltok i fagfellevurderingen av dataene og temaene som ble presenterte.</p> <p>For å i enda større grad sikre troverdigheten til resultatene fikk alle deltakerne gjennomgå transkripsjonene sine, og fikk en oversikt over temaene som ble identifisert i analysen.</p> <p>Tematisk analyse ble valgt som analytisk metode.</p>	<p>innen uke 20.</p> <p>Totalt 12 kvinner meldte interesse i å delta i studien. 6 av disse passet inn i studiens kriterier og deltok i studien.</p> <p>Kvinnene hadde et aldersspenn som varierte fra 31-41 år, og alle kvinnene hadde oppsøkt forskjellige sykehus under spontanaborten.</p>	<p>igjen med en følelse av mangel på anerkjennelse og forståelse fra sykehuspersonell, og at det var lite kontinuitet i behandlingen. Dette gjorde det vanskelig å få en relasjon til helsepersonellet, samt god informasjon og veiledning underveis.</p>	<p>gruppe kvinner med engelskspråklig bakgrunn som har tilgang til pc, har mailadresse og mulighet til å bruke internett.</p>
--	----------------------------------	---	---	---	---

Artikkel 5: 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat
Ingrid Jean Rowlands & Christina Lee (2.januar 2010)	Artikkelens hensikt var å identifisere tema knyttet til kvinners opplevelse av å håndtere og mestre spontanabort, for å få innblikk i hvordan man kan støtte australske	Kvalitativ studie som har brukt semistrukturert intervju som metode for datainnsamling. Intervjuene var individuelle, og det ble brukt 5 spørsmål for å fremme generell diskusjon rundt kvinnens opplevelse av egen evne til å håndtere spontanaborten, og faktorer som hjalp eller hindret henne i å håndtere prosessen. Alle intervjuene begynte med det samme spørsmålet: "What helped you cope with your miscarriage?". Dersom deltakerne ikke spontant svarte på de andre spørsmålene som var oppsatt, ble disse brukt som oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Disse spørsmålene dreide seg rundt hva som ikke hjalp for å håndtere spontanaborten, hvilke råd man ville gitt til andre kvinner som gjennomgår spontanabort og hva kvinnene tenkte om	Kvinner som hadde gjennomgått spontanabort de siste to årene ble invitert til å delta i studien. Invitasjonen ble sendt ut som reklame i et nyhetsbrev knyttet til et universitet, som ble sendt ut digitalt til ansatte. 9 kvinner mellom 35-42 år ble intervjuet. 7 var gift, mens 2 var separert/skilt. 6 av kvinnene var av	Kvinner samhandling med andre har mye å si for inntrykket hun sitter igjen med etter spontanaborten. Å anerkjenne tapet kvinnen gjennomgår blir identifisert som en viktig faktor for at kvinnen skal håndtere spontanaborten på en bedre måte. Det kommer tydelig frem av forskningen at kvinnene opplever dårlig kommunikasjon med helsepersonell, i tillegg til det som oppleves som lite adekvat emosjonell pleie og informasjon. Det kan være viktig å undervise

<p>kvinner etter de har gjennomgått spontanabort.</p>	<p>informasjonen de fikk om egen spontanabort. I tillegg ble det åpnet for at kvinnene kunne fortelle om andre ting dersom de hadde noe usagt som de følte var viktig å få frem angående opplevelsen de hadde gjennomgått.</p> <p>Alle intervjuene ble gjennomført og transkribert av den første forfatteren for å sikre troverdighet og validitet av innsamlet data. Etter analysen ble den andre forfatteren involvert i diskusjonen rundt funnene og de to forfatterne sammenfattet også egne resultater med eksisterende kvalitativ forskning på feltet.</p>	<p>europaisk opprinnelse, 1 av asiatiske opprinnelse mens 2 av kvinnene beskrev seg som australske. 6 av kvinnene hadde en universitetsgrad. Ingen av kvinnene hadde vært/var i behandling for psykisk sykdom.</p>	<p>helsepersonell i psykososiale aspekter ved spontanabort, ettersom det er her kvinnene opplever manglende kompetanse.</p> <p>Kvinner som gjennomgår spontanabort ønsker bedre informasjon og mer sensitiv utøvelse av pleie etter spontanaborten. Det pekes på at kursing av helsepersonell rundt kommunikasjon ved spontanabort kan være hensiktsmessig.</p>
---	--	--	---