

BACHELOROPPGAVE

Når drømmen brister

Hvordan kan sykepleier gjennom samtale hjelpe kvinner i ettertid av en spontanabort?

av

Elise Risahagen

Kandidatnummer: 33

Bachelor i sykepleie

SK152

November 2016

Antall ord: 7000

Veileder: Solveig Sægrov



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

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

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

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

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 33, Elise Risahagen

JA NEI

Sammendrag

Tittel

Når drømmen brister

Bakgrunn for valg av tema

I Norge er det om lag 7000-8000 kvinner som årlig blir behandlet for spontanabort. Jeg har alltid hatt en interesse for dette temaet, og har fått erfaring med det både som sykepleierstudent, venninne, familiemedlem og som kollega. Etter samtale med dem sitter jeg igjen med inntrykket at tiden etter tapet var en meget krevende tid for dem, og at de føler de ble sendt hjem uten den kunnskapen, informasjonen og hjelpen de trengte for å kunne komme seg videre i livet.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom samtale hjelpe kvinner i ettertid av en spontanabort?

Fremgangsmåte

For å kunne svare på problemstillingen utførte jeg et litteraturstudie med drøfting. Jeg har brukt relevant teori og forskning fra 5 ulike forskningsartikler, faglitteratur og egne erfaringer fra privaten og praksis.

Oppsummering

Kvinner som har gjennomgått en spontanabort er ofte preget av sorg, smerte, sjokk, krise og redsel. Hun har et stort behov for informasjon og bekreftelse på både sine fysiske og psykiske symptomer. Funnene i faglitteratur og forskning viser at dannelsen av en trygg relasjon mellom sykepleier og kvinnen kan føre til en "bedre" opplevelse. Dette kan resultere i at kvinnen føler seg forstått, respektert og ivaretatt på en helhetlig måte. God relasjonsbygging vil føre til bedre kommunikasjon og at kvinnen aktivt lytter og tar til seg det som sykepleieren formidler til henne.

Ingen visste du

"Så trist å høre om spontanaborten kjære, men du kan umulig ha vært veldig langt på vei."

... eksisterte.

Ingen visste du

"Det er jo ikke som om du har mistet en ekte person."

... var ekte.

Ingen visste du

"Vel det var trolig ikke et levedyktig foster.

Så det er nok like greit."

...var perfekt.

Ingen visste du

"Du kan jo alltid få en til!"

... var unik.

Ingen visste du

"Du har jo allerede et nydelig barn. Vær fornøyd!"

... var elsket for deg selv.

Ingen visste om deg

... utenom oss

Og vi vil alltid huske

... Deg.

Av Jan Cosby

Oversatt til Norsk av Elise Risahagen

(Viser til vedlegg 1)

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	PROBLEMSTILLING	1
1.2	AVGRENSING	2
1.3	OPPBYGGING AV OPPGAVEN	2
2	METODE	3
2.1	VALG AV METODE	3
2.2	SØKE – UTVALGSPROESSEN – FORSKNING	3
2.3	SØKE – OG UTVALGSPROESSEN – BØKER	4
2.4	KILDEKRITIKK.....	4
3	TEORI	6
3.1	SPONTANABORT	6
3.2	JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	6
3.2.1	<i>Menneske-til-menneske-forholdet</i>	7
3.3	TRYGGHET	8
3.3.1	<i>Relasjonstrygghet</i>	8
3.3.2	<i>Stole-på-andre-trygghet</i>	8
3.3.3	<i>Kunnskaps-og kontrolltrygghet</i>	8
3.4	KOMMUNIKASJON	9
3.4.1	<i>Hjelpende kommunikasjon</i>	9
3.5	SORG.....	9
3.6	SPONTANABORT OG SAMFUNNET	10
3.6.1	<i>Hvilke helsetjenester er tilgjengelig?</i>	10
3.6.2	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	10
3.7	HVA SIER FORSKNINGEN?	10
4	DRØFTING	14
4.1	ET TRYGT MØTE.....	14
4.2	DEN STILLE SORGEN	15
4.3	INFORMASJON GITT I SAMTALE VED UTREISE	17
5	KONKLUSJON.....	20
	LITTERATURLISTE	21
	VEDLEGG 1	23

1 Innledning

Svangerskap som går til grunne før det har gått 22 uker blir definert som en spontanabort (Kristoff, 2016, p. 424). Det er om lag 7000-8000 kvinner årlig som behandles for spontanabort i Norge (Jerpseth, 2011). Det skilles mellom to forskjellige typer spontanaborter; tidlig spontanabort og sein spontanabort. Tidlig spontanabort vil si at man mister før det har gått 12 uker og sein spontanabort er når man mister mellom uke 12-22 (Ulvund, 2013, pp. 850-851). I alle svangerskap er det en risiko på rundt 25% for spontanabort (Kristoff, 2016, p. 424). Årsakene til spontanabort er mange; alt i fra feilutvikling eller kromosomfeil hos embryoet, infeksjoner eller hormonelle faktorer hos mor og placentafeil eller alvorlig veksthemning (Kristoff, 2016, pp. 424-425). Hvis kvinnen har hatt tre eller flere spontanaborter etter hverandre kalles det Habituelle aborter (Kristoff, 2016, p. 424). I ettertid av en spontanabort kan kvinnen oppleve skyldfølelse, symptomer på traumatisk stressreaksjoner, depresjon og angst (Ulvund, 2013, p. 853). Disse følelsene kan vare i alt i fra dager til flere uker eller måneder (Ulvund, 2013, p. 853).

Dette temaet er noe jeg alltid har hatt en interesse for. Jeg har erfaring med det temaet både via venner, familie, kollegaer og gjennom praksis. I samtaler blir det tydelig at kvinnene ikke har det godt og føler seg kastet tilbake i hverdagen uten noen form for støtte fra helsevesenet. Som snart ferdig utdannet sykepleier reagerer jeg på dette og synes det er rart at dette ikke blir tatt tak i av helsevesenet.

Jeg har tenkt mye på hvordan jeg som sykepleier kan gi kvinnene den nødvendige informasjonen og hjelpen de trenger til å takle hverdagen som kommer og for å oppsøke profesjonell hjelp/støtte etter utskrivelse. Det var etter disse møtene jeg bestemte meg for å skrive min Bachelor om dette.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom samtale hjelpe kvinner i ettertid av en spontanabort?

1.2 Avgrensning

Samtalen skal finne sted på sykehus, ved en føde og gynekologisk avdeling og skal være før utreise. Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til kvinner i fertil alder som har vært igjennom en eller flere spontanaborter og deres følelser, tanker og opplevelser i ettertid av dette. Jeg har valgt å ha fokuset på hvordan disse kvinnene i ettertid opplevde at livet utartet seg etter å ha spontanabortert. Graviditeten var ønsket.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Jeg har delt oppgaven inn i 5 deler ut fra retningslinjene for bacheloroppgaven. I første del viser jeg til innledning og bakgrunn for valg av tema og problemstilling. I andre del har jeg metodekapittelet, der jeg presenterer valg av metode og legger frem søke- og utvalgsprosessen og kildekritikk av litteratur som brukes i oppgaven. I tredje del har jeg teorikapittelet der jeg presenterer faglitteraturen og artiklene jeg bruker for å bygge opp under problemstillingen min. I fjerde del drøfter jeg teorien jeg har brukt, resultatene fra forskningen og egne erfaringer opp i mot min problemstilling. I den femte delen har jeg konklusjonkapittelet.

2 Metode

Metode er vårt hjelpemiddel i møte med noe vi skal undersøke og hjelper oss å innhente den nødvendige informasjonen (Dalland, 2012, p. 112). Innen samfunnsvitenskapen skiller vi mellom kvantitativt orienterte og kvalitativt orienterte metoder. Kvantitative metoder tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som gir mulighet til å foreta regneoperasjoner, som for eksempel gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Kvalitative metoder tar sikte på å finne mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge disse metodene skal bidra til en bedre forståelse av samfunnet og hvordan vi som enkeltmenneske og i grupper handler og samarbeider (Dalland, 2012, pp. 112-114).

2.1 Valg av metode

I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode. Dette innebærer å anvende og drøfte forskning som allerede eksisterer (Dalland, 2012). For å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet for å kunne bedømme konklusjonen (Forsberg & Wengström, 2013, p. 26). Jeg har søkt i databaser etter både forskningsartikler og faglitteratur som jeg mener er relevant til temaet. Jeg benytter meg også av faglitteratur fra pensum i sykepleierutdanningen. I tillegg til dette kommer jeg til å bruke egen erfaring fra praksis.

2.2 Søke – utvalgsprosessen – Forskning

Jeg startet søket på databasen Academic Search Elite og valgte å inkludere Medline og Cinahl With Full Text inn i søket for å øke sjansen for å finne flere gode artikler. Jeg avgrenset søket ved å kun bruke artikler fra 2005-2016. Fra jeg valgte tema for oppgaven har jeg hatt det klar for meg hva jeg ønsker at artiklene skal omhandle og gi svar på. Søkeprosessen gikk derfor raskt. Jeg begynte med søkeordet "Miscarriage" og fikk 9244 treff. På søk nr.2 la jeg til; and "grief and loss" og fikk 93 treff. Siden jeg vil ha fokuset på kvinnes opplevelser, følelser og tanker la jeg til søkeordet; and "experience" og endte opp med 42 treff. Jeg var enda ikke helt fornøyd, jeg ville at studiene skulle være sykepleierrelatert. Av den grunn la jeg til søkeordet; and "nursing" og fikk 15 treff. Jeg leste gjennom overskriftene og abstraktene til artiklene og valgte deretter ut seks artikler som jeg leste gjennom. Av disse var det fire artikler jeg fant relevant til oppgaven; Artikkel 1 "Woman's

experiences of early miscarriage: implications for nursing care”, Artikkel 2 ”Shrouds of silence: Tree women’s stories of perental loss”, Artikkel 3 ”Context and evolution of Women’s responses to miscarriage during the first year after loss” og Artikkel 4 ”Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: A randomized study.”

Jeg var enda ikke helt fornøyd og ville ha en artikkel til. Jeg benyttet meg da av databasen SveMed+ og brukte søkeordet ”spontanabort”, jeg fikk 126 treff. Jeg avgrenset søket ved å huke av for ”peer reviewed tidsskrifter” og ”lås online” og fikk 32 treff. Jeg var ikke helt fornøyd, så jeg avgrenset søket med å bare få opp artikler og endte opp med 18 treff. Jeg leste over overskriftene og sammendragene og bestemte meg for å bruke artikkel nr.6 ”Tidlig förlust. Kvinnors upplevelse av missfall”.

2.3 Søke – og utvalgsprosessen – bøker

I denne oppgaven har jeg valgt å ta i bruk en del faglitteratur fra pensumet i sykepleieutdanningen, da det er kvalitetssikret og anbefalt av Høyskolen. Jeg brukte søkemotoren ”Oria” for å finne relevant faglitteratur. Jeg krysset av at jeg bare ville ha faglitteratur som bøker. Jeg søkte på ”spontanabort” uten å finne noe som var relevant for min oppgave. På søk nr.2 brukte jeg søkeordene ”sykdom” OG ”svangerskap” OG ”abort”, jeg fikk 1 treff ”Obstetikk og gynekologi”, som var relevant til mitt tema, ved siden av den i bokhyllen fant jeg ”Graviditet og fødsel” som også var relevant. Jeg har blitt anbefalt å benytte meg av boken ”Mellommenneskelig forhold i sykepleie”.

2.4 Kildekritikk

Når en skriver en stor oppgave er det viktig å være kritisk og vurderende ovenfor kildene man bruker. Betydningen av kildekritikk er å karakterisere og vurdere litteraturen som skal bli tatt i bruk. Dette gjelder også andre kilder som man bruker (Dalland, 2012, p. 67). Kildekritikk er et samlebegrep for forskjellige metoder som er brukt for å skille mellom bekreftede opplysninger og spekulasjoner (Dalland, 2012, pp. 66-67). Ved kildekritikk er det to sider. Den første handler om å finne den litteraturen som best mulig belyser min problemstilling (kildesøking/litteratursøking). Den andre er å kunne gjøre rede for den litteraturen jeg har valgt å bruke (Dalland, 2012, p. 68).

For å vurdere forskningsartiklene har jeg benyttet meg av sjekklister fra kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Jeg har slik fått vurdert gyldigheten, holdbarheten og relevansen til artiklene. Jeg valgte artikler som ble publisert for under 10 år siden, for å slik benytte meg av den nyeste forskningen. Alle mine forskningsartikler omhandler kvinners opplevelse og erfaringer med spontanabort og møte med tiden i ettertid av tapet, så jeg har vurdert disse som meget relevant for min oppgave.

Tre av mine utvalgte forskningsartikler har en kvalitativ framgangsmåte, noe som passer bra for oppgaven, da kvalitative metoder er med på å fange opp kvinnenens opplevelse av tapet (Dalland, 2012, p. 112). Den ene forskningsartikkelen er en åpen randomisert studie, i dette tilfellet vil det vil si at det er to grupper der den ene gruppen får flere oppfølginger mens den andre (kontrollgruppen) får vanlig oppfølging. Gruppene blir så sammenlignet. Jeg anser denne som meget relevant da den viser om det er forskjeller mellom gruppene (Dalland, 2012, p. 140).

Den siste forskningsartikkelen er en solomon fire-gruppe randomisert studie, der originalstudien hadde to kontrollgrupper og to forsøksgrupper. Analysen har lagt vekt på den ene av gruppene.

For å vurdere faglitteraturen som ikke er en del av pensum har jeg undersøkt om informasjonen er i konflikt eller samsvar med den informasjonen som er kjent fra før. Jeg har sammenlignet informasjonen fra to eller flere bøker som omhandler spontanabort. Jeg fant ut at mye av det samme går igjen, men at det er noe forskjell alt ettersom hvor spesialisert boken var eller om boken er ment for helsepersonell eller foreldrene. Jeg har vært nøye på å ikke gå over 10 år tilbake i tid, for å forsikre meg om kildens nøyaktighet. Men har likevel benyttet meg av boken "Generell Sykepleie 2, Pasient og sykepleier-samhandling, opplevelse og identitet" fra 2000, da den var relevant. Joyce Travelbees bok og "Graviditet og fødsel" har en liten svakhet ved at de er oversatt til norsk av en helt annen forfatter og dette kan føre til feiltolkninger i boken.

Det viste seg krevende å finne forskningsartikler skrevet på norsk, så jeg har valgt å benytte meg av fire engelske artikler og en svensk. Ved at de er skrevet på svensk og engelsk, kan dette skape rom for feiltolkninger ved at man kan misforstå meningen med artikkelen, ord og setninger. Dette kan derfor være en svakhet ved oppgaven.

3 Teori

3.1 Spontanabort

Dersom man mister før uke 12 kalles dette tidlig spontanabort. Mister man mellom uke 12-22 regnes dette som en sein spontanabort (Ulvund, 2013, pp. 850-851). Tidlig spontanabort utgjør om lag 80% av spontanabortene. Risikoen for å spontanabortere øker med kvinnes alder (Acharya & Maltau, 2015, p. 117). Hovedsymptomet ved spontanabort er blødning, ofte ledsaget av moderate til sterke smerter som kan komme av utstøtning av svangerskapsprodukter. Noen kvinner angir at de typiske symptomene på graviditeten har avtatt eller forsvunnet helt (Acharya & Maltau, 2015, p. 118).

For å stille diagnosen blir kvinnen henvist til gynekolog som tar en ultralydundersøkelse. Ved spontanabort er sykehusinnleggelse sjeldent nødvendig. Kvinnen innlegges da med store blødninger eller dersom spontanaborten er inkomplett. Inkomplett spontanabort innebærer at livmoren ikke har støtt ut alt på egenhånd. Missed abortion; når et foster er dødt men ikke støtt ut, er også grunn til innleggelse (Kristoff, 2016, p. 424). Inkomplett abort og missed abortion kan behandles ved bruk av vaginalstikkpiller; disse får livmoren til å trekke seg sammen slik at alt kommer ut. Dersom ønsket effekt av medikamentell behandling ikke oppnås benyttes kirurgi; restene i livmoren skrapes vekk eller suges ut. Kirurgi benyttes også ved sterke smerter eller blødninger. Det oppstår sjeldent komplikasjoner knyttet til spontanabort, men hvis de oppstår, innebærer det blant annet blodtap og infeksjoner i livmoren (Kristoff, 2016, p. 425).

3.2 Joyce Travelbees Sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926-1973) var opptatt av de mellommenneskelige forholdene i sykepleien og hvordan man kan finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). I boken presenterer Travelbee sykepleie som en interaksjonsprosess som har fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999). Hun mente at mennesket er et unikt individ, både likt og ulikt alle andre. Vi mennesker er individer som hele livet er i vekst, endring og utvikling. Hun minner oss på at sykepleie alltid skal dreie seg om mennesker; pasienter, sykepleier og om familie. Som sykepleier skal man ikke ha handlinger som mål, men som en metode til å hjelpe andre mennesker (Travelbee, 1999).

3.2.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Å etablere et menneske-til-menneske-forhold er et viktig virkemiddel. Dette gjør at sykepleieren lettere kan hjelpe og veilede kvinnen. Kvinnen kan slik klare å meste lidelsen og sorgen, og kanskje finne mening i det som har skjedd (Travelbee, 1999, p. 171). Et slikt forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og kvinnen anerkjenner hverandre som unike mennesker og ikke under betegnelsene "pasient" og "sykepleier". Å få et slikt forhold er viktig for å gjøre sykepleieren i stand til å oppfylle målet og hensikten sin (Travelbee, 1999, p. 171). En annen grunntanke er at et sånt forhold blir etablert etter at sykepleieren og pasienten har gått igjennom fire faser.

Fase 1: *Det innledende møtet*; når sykepleieren møter kvinnen for første gang. Sykepleieren vil da observere, få antakelser og gjøre seg opp meninger om denne kvinnen, det samme skjer også motsatt vei (Travelbee, 1999, p. 186).

Fase 2: *Framvekst av identitet*; Evnen til å verdsette kvinnen som et unikt individ, og ikke som en kategori, og etablere en tilknytning til henne (Travelbee, 1999, p. 188).

Fase 3: *Empatifasen*; Empati er en erfaring som oppstår mellom to eller flere individ. Det er evnen til å kunne leve seg inn og ta del i kvinnens psykiske situasjon/opplevelse. Det er en prosess der personene klarer å se forbi den andres ytre adferd og klare å sette seg inn i den andres indre opplevelse (Travelbee, 1999, p. 193). Som sykepleier skal en ta del i kvinnens situasjon og psykiske tilstand, men en står likevel på utsiden.

Fase 4: *Sympati og medfølelse*; Et utspring fra empatiprosessen, men et skritt videre ved at det er et grunnleggende ønske eller trang om å få lindret sine plager (Travelbee, 1999, p. 200). Sympati og medfølelse blir formidlet med at en som sykepleier har personlig interesse og omsorg for kvinnen. Man formidler da godhet, omsorg og varme, som blir opplevd som ekte. Sympati og omsorg kan aldri være et skuespill, da kvinnen vil forstå at det ikke er ekte.

Gjensidig forståelse og kontakt; Når man har gått igjennom de fire fasene oppstår det gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og kvinnen (Travelbee, 1999, p. 211). Dette skjer når sykepleieren handler konsekvent slik at kvinnens plager lindres (Travelbee, 1999, p. 212).

3.3 Trygghet

Trygget er et viktig brobyggende element i kontakten mellom sykepleieren og kvinnen. Tillitt og trygghet er en forutsetning for at det skal kunne utvikles dypere mellommenneskelig samhandling mellom de to (Hanssen, 2000). Trygghetsbegrepet har blitt knyttet til to dimensjoner: *indretrygghet* og *ytretrygghet*. Indretrygget har en sammenheng med kvinnens oppvekst, om den har vært positiv og trygg. Indretrygghet har også en sammenheng med om kvinnen har en forankring i et livssyn. Ytretrygghet er relatert til det livet vi lever og ens assosiasjon med omverdenen. Den ytretryggheten kan dels inn i tre undergrupper: *relasjonstrygghet*, *stole-på-andre-trygghet* og *kunnskaps-og kontrolltrygghet* (Hanssen, 2000, pp. 83-84) (Thorsen, 2012, p. 119).

3.3.1 Relasjonstrygghet

Denne typen trygghet er knyttet sammen med nære og gode relasjoner. Det er viktig at kvinnen har en opplevelse av tilgjengelighet og at sykepleieren er der for henne. I møte med kvinnen er det viktig at sykepleier skaper en trygg relasjon mellom dem. Som er preget av åpenhet, gjensidighet, ærlighet, forståelse, aksept og en evne til å nå hverandre (Thorsen, 2012, p. 119).

3.3.2 Stole-på-andre-trygghet

Denne typen trygghet er knyttet til kvinnens behov for å oppleve å bli ivaretatt på en forsvarlig og trygg måte av sykepleieren. Ved en spontanabort kan kvinnen oppleve mangel på kontroll over situasjonen og at livet hennes er truet, hun trenger da å kunne føle seg trygg på den personen som skal hjelpe henne (Thorsen, 2012, p. 120). Kvinnen trenger å kunne stole på at sykepleien passer på henne, hjelper henne gjennom og ønsker henne godt.

3.3.3 Kunnskaps-og kontrolltrygghet

Denne typen trygghet kan gå ut på at pasienten vet hva som skjer, hva som kommer til å skje og hvordan ting er. For at kvinnen skal klare å stole på sykepleieren er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap om hva og hvorfor hun handler som hun gjør. Sykepleieren behøver kunnskap om pasientens fortid hvis det er faktorer der som kan spille en rolle i kvinnens opplevelse av situasjonen (Thorsen, 2012, pp. 120-121).

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte signaler og tegn mellom to/flere parter. Begrepet kommer fra det latinske ordet; *comunicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2010, p. 17).

3.4.1 Hjelpende kommunikasjon

Kommunikasjon er en av de viktigste redskapene man har som sykepleier (Eide & Eide, 2010). I alle møter mellom sykepleier og pasient foregår det kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt. All interaksjon mellom sykepleier og kvinnen, gir sykepleieren anledning til å bli bedre kjent med henne som menneske og skaper en mulighet for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom dem (Travelbee, 1999, p. 171).

”Kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre – å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte” (Eide & Eide, 2010, p. 12).

God og hjelpende kommunikasjon kan bestå av en rekke elementer som å speile følelser, være empatisk og lyttende, skape en åpen situasjon følge verbalt og nonverbalt, gjenta nøkkelord og uttrykk. Man må vise at man anerkjenner, ser og prøver å forstå kvinnen for å kunne hjelpe henne til å selv kunne forstå og vurdere situasjonen bedre (Eide & Eide, 2010, p. 16).

3.5 Sorg

”Sorg er en betegnelse på tilstanden knyttet til tapsopplevelser” (Renolen, 2008, p. 177). Sorg kan medføre følelsesmessige krisereaksjoner som angst, depresjon, sinne, skyld, søvn forandringer, uvirkelighetsfølelse, konsentrasjons-og hukommelsesproblemer (Renolen, 2008, pp. 177-178). Det varierer fra kvinne til kvinne når hun opplever at det er en baby hun bærer og ikke et embryo (Jerpseth, 2011, p. 45). Så selv om tapet skjer tidlig i svangerskapet, kan en kvinne likevel oppleve sorg ovenfor det hun mistet. Spontanaborten har blitt beskrevet som sjokkerende, voldsomt og som å miste en del av seg selv (Radford & Hughes, 2015). Kvinnene opplever at det er vanskelig å forstå

hva som har skjedd og opplever følelse av tap og sterk sorg. Kvinnene kjenner ofte på skyldfølelse for noe de har gjort/ikke gjort eller tenkt før de mistet (Jerpseth, 2011, p. 45).

3.6 Spontanabort og samfunnet

3.6.1 Hvilke helsetjenester er tilgjengelig?

Jeg har vært innom nettsidene til helseregionene i Norge, men finner veldig lite eller ingen tilbud. Jeg har også vært innom flere internettforum og det som går igjen er at det ikke er noe ordentlig tilbud til disse kvinnene. Noen kvinner forteller om kontakt på eget initiativ med enten psykolog, jordmor eller Amatheia, en helsetjeneste som arbeider etter lov om svangerskapsavbrudd (Amatheia, veiledningstjeneste for gravide, 2016, 30.10).

3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”(Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Norsk sykepleierforbund definerer yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I følge disse skal sykepleieren:

2.3 Ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

2.9 Ha ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

(Norsk Sykepleierforbund, 2016).

3.7 Hva sier forskningen?

Women’s experiences of earlymiscarriage: implications of nursing care

(Radford & Hughes, 2015).

I denne studien ble det gjort en strukturert litteraturgjennomgang av 9 kvalitative forskningsartikler. Dette ble gjort for å undersøke hva tidligere forskning kunne fortelle om kvinnenes opplevelse av å gjennomgå en spontanabort for så å sammenligne funnene. I litteraturgjennomgangen kom det frem at nyheten om graviditeten var en stor og viktig begivenhet i kvinnenes liv og at selv om spontanaborten skjer tidlig i en graviditet, må ikke effekten av den undervurderes. I forskningen kom det fram fire dominerende temaer som gikk igjen hos kvinnene i alle de 9 studiene;

1. *"Hva føler jeg?"* Kvinnene trengte bekreftelse og forståelse ovenfor sine følelser og fysiske symptomer i ettertid av spontanaborten.
2. *"Ha omsorg for meg og snakk med meg."* Kvinnene hadde et ønske om samtale, informasjon og kunnskap fra helsepersonell.
3. *"Meg, min baby og andres."* Mange kvinner hadde en følelse om at de hadde sviktet og mistet rettigheten til å bli mor og det å bli identifisert som mor.
4. *"Hjelp meg å takle fremtiden"* Kvinnene følte på at spontanaborten hadde forandret hennes tanker og perspektiv angående fremtiden. Avhengig av kvinnenes biografi. En kvinne som allerede hadde barn fra før av kunne reagere på en annen måte enn en kvinne som ikke allerede hadde barn. Kvinnene opplevdet det som vanskelig at det ikke var mulig å finne ut hva som var årsaken til spontanaborten.

Shrouds of silence: Three women's stories of prenatal loss

(St.John, Cookie & Goopy, 2006).

I denne studien ble det brukt en beskrivende og utforskende kvalitativ metode med mini-biografier fra tre kvinner som har opplevd spontanaborter, dødfødsel og neonatal død (barn som dør innen de første fire leveuker). Målet med denne studien var å gi en stemme til disse kvinnene slik at de kunne dele sine erfaringer. Kvinnenes historier avslører tragedie, smerte, dyp sorg, isolasjon, sinne og selvbredelse i møte med tapet av en baby. Den identifiserer behovet for sensitiv omsorg, informasjon og mer kunnskap om eventuelle tidligere tap fra sykepleierene. Kvinnene ønsker støttende rådgivning, noen å snakke med og strategier som de kan bruke i ettertid av spontanaborten og i møte med en ny graviditet. Studien konkluderer med at det trengs mer forskning på akkurat dette temaet.

Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss

(Swanson, Connor, Jolley, Pettianato & Wang, 2007).

Dette er en sekundær studie av en tidligere solomon fire-gruppe randomisert studie. Studien gir en beskrivelse av kvinners følelser angående sin egen spontanabort etter 1 uke, 6 uker, 16 uker og 52 uker. Beskrivelsene til kvinnene ble rangert i tre grupper;

1. *"Leget/Helbredet"* Uttrykket lettelse, aksept, takknemmelighet og håp for framtiden.
2. *"Aktivt sørgende"* Følelse av langvarig sorg og tap av den svært ønskede babyen. Rundt 4 måneder etter spontanaborten kunne de oppleve vekslinger mellom sorg, forsiktig håp for framtiden og følelse av angst og tap.
3. *"Overveldet"* Følelse av skyld, engstelse, depresjon, tap av kontroll og forvirring. Problemer med å takle livet videre. De opplevde spontanaborten som meningsløs vold/krenkelse som etterlot den forvirret, tom og frakoblet.

De som følte seg overveldet etter 1 uke, opplevde at det gikk bedre fra uke 6. Responsen i uke 1 varierte for dem som hadde en historie med spontanabort eller opplevde negative livshendelser eller seksuell distansering etter tapet. Responsen etter et 1 år varierte for dem som igjen hadde blitt gravid, født eller spontanabortert, opplevde store mengder negative livshendelser etter tapet eller opplevd mellommenneskelig eller seksuell distansering fra sin partner. Resultatene ble ikke påvirket av gestasjonal alder ved tap eller av å få flere barn.

Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: A randomized study

(Adolfsson, Berterö & Larsson, 2006).

Dette er en åpen randomisert studie om kvinner som har opplevd spontanabort. Den inneholder informasjon om to forskjellige grupper kvinner, der den ene får mer oppfølging enn den andre. De ser så på forskjellen i tilhelingsprosessen til de forskjellige gruppene. Det var 88 kvinner som deltok.

- *Gruppe 1;* De 43 kvinnene som kom i denne gruppen fikk flere oppfølgingstimer med en jordmor, etter 21-28 dager etter å ha mistet og igjen etter 3 måneder.
- *Gruppe 2;* De 45 kvinnene som kom i denne gruppen fikk bare en standard oppfølging av jordmor etter 3-4 måneder.

Det var en 30% større reduksjon i sorg i gruppe 1 enn i gruppe 2, når man sammenligner første og andre måling. De største forskjellene var i skalaene for aktiv sorgprosess og utfordringer med mestring. Kvinnene med diagnosen missed abortion hadde som gruppe en betydelig høyere PGS-score ved begge besøkene, særlig i aktiv sorgreaksjon og utfordringer med mestring, uavhengig av type oppfølgingsmøte. PGS er en sorgskala som inkluderer skyldfølelse og angst.

Tidlig förlust. Kvinnors opplevelse av missfall

(Ancker, Gebhardt, Andreassen & Botond, 2012).

I denne studien ble intervjuene semistrukturert og analysert med en kvalitativ innholdsanalyse. Det ble valgt ut seks kvinner mellom 31 og 40 år som hadde spontanabortert flere ganger. Det blir lagt fokus på kvinnenenes opplevelser og følelser rundt dette. Studien viser at kvinnene følte seg alene med følelsene sine rundt spontanaborten og opplevde en hel rekke følelser. Det ble identifisert flere behov hos kvinnene som for eksempel behov for å føle seg forstått, at noen lytter til dem og gir dem oppmerksomhet, trygghet og respekt. Kvinnene opplevde ikke at disse behovene ble møtt i helsevesenet. Det kommer fram at det er ønskelig med rutinemessige oppfølginger der kvinnenenes opplevelser blir tatt i betraktning.

4 Drøfting

Her forsøker jeg å besvare min problemstilling ”*Hvordan kan sykepleier gjennom samtale hjelpe kvinner i ettertid av en spontanabort?*”. Jeg vil prøve å beskrive hvordan sykepleieren kan hjelpe kvinner som har spontanabortert videre gjennom å etablere en trygg og god relasjon mellom dem og ved å gi informasjon og støtte før kvinnens hjemreise.

4.1 Et trygt møte

Et trygt møte er grunnmuren i relasjonen og kan føre til en ”bedre” opplevelse, økt tillitt mellom sykepleier og kvinnen og at kvinnen tar til seg kunnskapen og informasjonen som blir gitt henne før utreise (Travelbee, 1999).

Å gjennomgå en spontanabort kan skape sterke reaksjoner og følelser som kan være vanskelig for kvinnen å dele med andre. Kvinnene opplever i mange tilfeller sorg, redsel, krise og hjelpeløshet (Ancker et al., 2012) (Radford & Hughes 2015) (St.John et al. 2006) (Swanson et al., 2007) (Adolfsson et al., 2006). Som sykepleier er det viktig å gå varsomt fram for å finne ut hvilken tilknytning akkurat denne kvinnen har til fosteret hun bærer og huske på at dette er en helt spesiell situasjon for henne. Sykepleieren bør sette seg inn i forventningene til svangerskapet, samt tankene og drømmene kvinnen hadde rundt graviditeten. Ved å sette seg inn i dette kan sykepleieren bedre forstå kvinnens reaksjoner og handlinger (Travelbee, 1999). Det kommer fram i Ancker et al. (2012), Radford & Hughes (2015) og Swanson et al. (2007) sine studier at flertallet av kvinnene opplevde at det var en baby de hadde i magen. Min erfaring er at kvinnens syn på fosteret varierer veldig, noen ser på fosteret som en baby fra dagen de oppdager at de er gravid, andre anser det som et foster fram til de har kommet forbi de første 12 ukene, begynner å kjenne bevegelser eller får se det på ultralyd. Det er viktig at sykepleieren er klar over denne tilknytningen slik at hun ikke krenker kvinnens følelser eller ”starter” en sorg som kvinnen i utgangspunktet ikke følte på.

Sykepleieren må tilnærme seg kvinnen på en slik måte at det blir naturlig for henne å dele tankene, smerten og følelsene sine med sykepleieren. Som sykepleier har man ansvar for å legge til rette en trygg og tillitsfull relasjon mellom seg selv og kvinnen for å kunne hjelpe henne å mestre den krevende situasjonen, reaksjonene og følelsene som følger med (Jerpseth, 2011) (Thorsen, 2012) (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette stemmer også overens med Travelbee’s menneske-til-menneske-forhold (1999). Jeg har ved flere anledninger erfart at det i slike sårbare situasjoner er lurt

at én sykepleier har ansvaret. Slik kan det dannes en god og trygg relasjon mellom dem og kvinnen slipper å forholde seg til mange personer (Thorsen, 2012).

Det kommer fram i Radford & Hughes (2015) og Swanson et al. (2007) sine studier at kvinner som har gjennomgått en eller flere spontanaborter ofte i ettertid forteller om følelsen av å ikke ha kontroll over situasjonen og hvor vanskelig dette var. De forteller de hadde en opplevelse om at livet deres var i fare og at de ikke viste hvordan de skulle håndtere dette. I slike situasjoner er det viktig at kvinnen føler seg trygg på sykepleieren. Kvinnen må få opplevelsen av at sykepleieren har kunnskapen og kompetansen som trengs for at hun skal bli ivaretatt på en trygg og forsvarlig måte, at sykepleieren gjør alt hun kan for å hjelpe henne og ønsker henne godt (Thorsen, 2012) (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

For å kunne gi kvinnen den best mulige støtten, hjelpen og individuelle pleien bør sykepleieren bli kjent med kvinnen som et unikt menneske og sette seg inn i kvinnens forhistorie (Travelbee, 1999) (Norsk Sykepleierforbund, 2016) (Thorsen, 2012). Hun bør kartlegge faktorer som antall barn, eventuell partner, tidligere spontanaborter og om fosteret var unnfanget med prøverør. Sykepleieren kan tilegner seg det meste av denne informasjonen med å lese i pasientens journal, da det ikke alltid er gunstig å stille mange spørsmål.

4.2 Den stille sorgen

"Små sorger taler høyt, de store tier stille."

-Lucius Annæus Seneca

I psykiatripraksisen snakket jeg med en psykiatrisk sykepleier om spontanabort, hun omtalte det som "den stille sorgen". Hun fortalte om kvinner som isolerte seg fra samfunnet, bebreidet seg selv og ikke klarte å gå videre. Hun fortalte at de ofte følte de hadde sviktet som kvinne og opplevde at de hadde et stort tomrom i livet sitt. Det denne sykepleieren fortalte om sorg, isolasjon, bebreidelse og tomrom finner støtte i Ancker et al. (2012), Radford & Hughes (2015), St.John et al. (2006), Swanson et al. (2007) og Adolfsson et al. (2006) sine studier.

Jeg syns navnet "den stille sorgen" er meget beskrivende ovenfor sorgen mange av disse kvinnene opplever. Noen tenker kanskje; "Hvorfor tar de det så hardt? Det var jo ikke et ordentlig barn enda, det var jo bare er foster". Men det som kommer fram både i faglitteraturen og i Ancker et al. (2012),

Radford & Hughes (2015) og Swanson et al. (2007) sine studier er at mange av kvinnene allerede tidlig i svangerskapet følte seg som en mor. De tenkte på fosteret som en baby og mange hadde lagt planer og drømmer for flere år fram i tid (Jerpseth, 2011). De sørger på den måten ikke bare over barnet de mistet, men også over det som en gang kunne blitt. I Ancker et al. (2012) sin studie kommer det fram at for mange kvinner er det å få bli mor noe av det største som har skjedd dem.

”Det var egentligen precis på gränsen att man ser att det finns något hjärta som tickar så där, och det såg jättest fint ut och allting var precis så som det skulle och han var – det var en han nämmeligen – han var fem och en halv millimeter lång” (Ancker et al., 2012, p. 33).

I Radford & Hughes's studie (2015) fant de at de vanligste følelsene som kan dukke opp i møte med en spontanabort er isolasjon, ensomhet, nød, fornektelse, sjokk og sorg. Dette blir også støttet opp av St. John et al. (2006), Swanson et al. (2007) og Ancker et al. (2012). Det kommer tydelig frem at det for kvinnen i tillegg til å være en stor fysisk belastning også kan være en stor psykisk belastning. Kvinnene har behov for støtte og omsorg på begge punktene (Radford & Hughes, 2015).

Spontanabort er ikke et omdiskutert tema i dagens samfunn. Det virker ikke som om det er et tema som lett blir tatt opp og at de som opplever det holder det for seg selv og sine nærmeste. I Ancker et al. (2012) sin studie kommer det fram at kvinnene føler at spontanabort er noe skammelig og tabubelagt. De misliker å måtte fortelle andre om det og føler at de hele tiden må bære en maske. Det er trist å lese om at noen kvinner opplever det så vanskelig og jeg har tenkt mye på hvorfor de opplever det slik? Min opplevelse er at det kan ha sammenheng med kvinnes selvbebreidelse å gjøre. Mange kvinner opplever sterk selvbebreidelse i møte med en spontanabort, de får ofte skyldfølelse ovenfor noe de har gjort/ikke gjort, tenkt eller sagt før de mistet (Jerpseth, 2011). De kan føle at kroppen har sviktet dem, at de har sviktet som kvinne og mistet sin rett til å bli mor, dette går igjen i Ancker et al. (2012), Radford & Hughes (2015) og Swanson et al. (2007) sine studier. Som sykepleier er det viktig at man tar pasientens sorg på alvor og opptrer respektfullt i møte med kvinnen. I Ancker et al. (2012) sin studie viser de til en kvinne sin opplevelse av spontanaborten; *Og så skulle du bare bli liggende der, mens barnet ditt skulle i toalettet og bare spyles bort. Det var ingenting verdt. Det ble ikke sett på som mitt barn.*

For noen er spontanabort ekstra vondt og hverdagen kan oppleves svært krevende i etterkant. Det er flere kvinner som utvikler depresjon etter å ha opplevd en eller flere spontanaborter Swanson et al. (2007), Adolfsson et al. (2006) og Renolen (2008). I Swanson et al. (2007) sin studie ble det kjent at en gruppe kvinner opplevde dette. Kvinnene opplevde tap av tro, smerter, angst, redsel, ensomhet,

depresjon, desperasjon og en følelse av å bli gal. Etter ett år kommer en av kvinnene med denne uttalelsen;

” I know others don’t know what to say or do. My husband says my expectations of others are too high. I feel very selfish. I feel very lonely. I cry almost every day. I feel very depressed. I feel overwhelmed. I feel desperate. And it all suddenly feels like a downward spiral. I feel like I am going crazy. ” (Swanson et al., 2007, p. 8).

Jeg har erfart at kvinner som har opplevd en eller flere spontanaborter ofte i ettertid har problemer i møte med gravide eller små barn, dette blir støttet opp av Ancker et al. (2012), Radford & Hughes (2015), St.John et al. (2006) og Swanson et al. (2007). Kvinner har fortalte meg om sårbarhet når venner og bekjente offentliggjør graviditeter. De beskriver det da som urettferdig og kan oppleve sjalusi. Det kan også være vanskelig å møte små barn, da de ofte får kvinnene til å tenke på hvor gammel deres baby hadde vært, om de hadde fått jente eller gutt eller hvordan livet deres hadde blitt om de ikke hadde mistet. Noe av det samme kommer fram i St.John et al. (2006) sin studie der kvinnene var misunnelige på andre kvinnenes glede og lykke under graviditeten. De oppfattet de som naive og ikke forberedt på at de kunne oppleve å miste barnet de ventet.

4.3 Informasjon gitt i samtale ved utreise

Ved en spontanabort er ofte kvinnen preget av redsel, smerter, usikkerhet, uvitenhet, sorg, forvirring og sjokk. Disse følelsene forsvinner ikke nødvendigvis når spontanaborten er fullført eller når hun reiser fra sykehuset. Det kommer tydelig fram i Ancker et al. (2012), Radford & Hughes (2015), St.John et al. (2006), Swanson et al. (2007) og i Adolfsson et al. (2006) sine studier at følelsene kan vedvare lenge etter tapet og være med på å senke kvinnens livskvalitet både med tanke på forholdet mellom kvinnen, partneren, sosiale liv og eventuelle senere svangerskap.

Som sykepleier er det lett å tenke at det ikke alltid er så mye man kan gjøre i slike krevende og såre situasjoner. Man er verken lege eller psykolog og etter at kvinnen har dratt fra avdelingen, vil du kanskje aldri møte henne igjen. Det er med andre ord lett å undervurdere sykepleierollen og den støtten og hjelpen man har mulighet til å gi mens kvinnen fortsatt er på avdelingen. I Radford & Hughes’s studie (2015) viste resultatet hvor uvurderlig kvinnene opplevde omsorgen, sympatien, empatien og oppmuntringen de fikk fra sykepleierne. Og at de i ettertid følte at denne støtten og omsorgen hadde vært til hjelp i helingsprosessen.

Min erfaring tilsier at slike situasjoner kan gjøre sykepleier rådvill og usikker på fremgangsmåter. I frykt for å forverre situasjonen trekker en seg bort fra kvinnen. Radford & Hughes (2015) og Ancker et al. (2012) fant ut i sine studier at kvinnene ved flere anledninger følte at sykepleierene distanserte seg fra dem og overlot dem til seg selv. Kvinnene følte at de ble sett på som et "nummer" i rekken som sykehuset måtte bli kvitt så fort som mulig. Som det kommer fram i Joyce Travelbee's teori om menneske-til-menneske-forhold, er etableringen av en slik relasjon et godt virkemiddel sykepleieren kan bruke for å kunne hjelpe og veilede kvinnen i den utrolig krevende situasjonen hun er i. En god relasjon mellom kvinnen og sykepleieren øker sjansene for at kvinnen aktivt lytter og tar til seg informasjon (Travelbee, 1999).

Før utskrivelse bør kvinnen få tilbud om utreisesamtale. Av erfaring vet jeg at det kan variere om denne samtalen blir sammen med bare sykepleieren eller om gynekologen også deltar. I sammenheng med denne samtalen er det viktig at kvinnen får tilbudet om å ha med partneren sin og at de får litt tid før samtalen til å kunne tenke ut om de har noen spørsmål de ønsker å få svar på (Jerpseth, 2011, p. 47). Som sykepleier er det viktig at en skaper en åpen situasjon, der kvinnen og hennes partner får snakket ut om det de har på hjertet og at sykepleieren aktivt lytter til dem (Eide & Eide, 2010). I Ancker et al. (2012) Radford & Hughes (2015) og Swanson et al. (2007) sine studier blir det uttrykt hvor viktig det er at paret får informasjon om at det er helt vanlig og akseptabelt å være lei seg og sørge over det de har mistet. Det kan være godt for paret å bli informert om at sorgen etter et slikt tap kan uttrykke seg veldig forskjellig hos dem og at man som et par sjeldent er på samme sted i sorgprosessen (Jerpseth, 2011) (Madsen, 2009).

Å informere om at en spontanabort i mange tilfeller er en kroppslig respons på ett ugjennomførbart svangerskap, hvor årsaken ofte er knyttet til fosteret, kan være godt for paret. Det er også vanlig at fosteret og morkaken blir sendt inn til patologisk laboratorium for å se om de kan finne ut hva årsaken var (Jerpseth, 2011). Det å finne årsaken kan gjøre det lettere for kvinnen, da de ofte føler på selvbekredelse og plager seg selv med tanken på at det er deres feil (Ancker et al., 2012) (Radford & Hughes, 2015) (Swanson et al., 2007) (St.John et al., 2006). Sykepleieren skal også informere paret om at alle foster over 16 uker begravnes, dersom paret har ønske om det kan også foster under 16 uker begravnes. Noen par ønsker kanskje også å kunngjøre hendelsen i form av en dødsannonse (Jerpseth, 2011). Det kan være godt for dem å vite at fosteret ikke bare blir kastet, men at det blir begravet og håndtert med verdighet.

Det bør også informeres om foreninger og støttegrupper for par som har mistet sitt barn. I mange av foreningene har de sorggrupper der deltagerne kan få snakket ut om sine tanker og problemer med mennesker som har vært igjennom det samme. Det kommer fram i St.John et al. (2006) sin studie at kvinnene opplevde dette som positivt og uvurderlig. Kvinnene opplevde det som frigjørende å få snakke om og sette ord på spontanaborten. De følte da at det ble lettere å håndtere (Ancker et al., 2012). Det må også informeres om at mange par og enkeltpersoner har god hjelp av profesjonell støtte i form av for eksempel timer med psykolog (Madsen, 2009). I Ancker et al. (2012), Radford & Hughes (2015), St.John et al. (2006), Swanson et al. (2007) og Adolfsson et al. (2006) sine studier kommer det tydelig fram at kvinnene hadde et sterkt ønske om å få snakke med noen og få oppfølging, men at dette i mange tilfeller ikke ble oppfylt. Kvinnene måtte da søke denne hjelpen på egenhånd, noe de ikke alltid har overskudd til etter en slik påkjennelse. Jeg har selv undersøkt om det er tilbud til kvinner som har spontanabortert, men har ikke funnet noe. Sykepleieren bør i samråd med legen forhøre seg med kvinnen om hun ønsker å bli henvist til samtaler med psykolog og kan også tilby seg å ringe kvinnen etter en tid for å høre hvordan hun har det (Jerpseth, 2011, p. 47).

Samtalen skal også inneholde informasjon om tiden framover med tanke på fysiske symptomer som infeksjonstegn, smerter, blødning, brystsprenge, forsiktighetsregler og eventuell kommende graviditet (Jerpseth, 2011, p. 47). Ved å grundig informere kvinnen og partner kan sykepleieren spare de for redselen, forvirringen, usikkerheten og påkjennelsen som kan oppstå hvis det kommer enda en overraskende faktor inn i bildet. Det er av den grunn viktig at kvinnen blir godt informert om de forskjellige fysiske symptomene hun kan oppleve i ettertid av spontanaborten i tillegg til de psykiske (Radford & Hughes, 2015). I Radford & Hughes's studie (2015) forteller kvinnene at de ønsket grundig, konkret og praktisk forklaring angående sin fysiske omsorg og at følelsen av mangel på kontroll kunne komme fra mangelen på informasjon og kunnskap.

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg svart på følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier gjennom samtale hjelpe kvinner i ettertid av en spontanabort?”

Det viser seg å være få tilbud til kvinner som har spontanabortert. Etter å ha skrevet oppgaven har jeg sett hvor viktig det er for kvinner i en slik situasjon å føle seg trygg på sykepleieren. Forskningen viste at kvinnene opplevde en god relasjon til sykepleieren som uvurderlig og at det hadde en positiv gevinst for helingsprosessen ved at kvinnene fikk tillitt til sykepleierens kompetanse og kunnskap. En slik relasjon kan dermed føre til at kvinnen er mer mottakelig for den informasjonen, rådene og støtten sykepleieren gir henne under utreisesamtalen. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått en større innsikt i hvor krevende og tungt det kan oppleves for en kvinne å gjennomgå et slikt tap og hvor utfordrende tiden etter utskrivelsen kan være. For mange er tiden preget av sorg, selvbredelse, fortvilelse og motløshet.

Forskningen understreker viktigheten av god individuell behandling, forståelse, omsorg, aksept og støtte ovenfor kvinnen. Det er stort fokus på kvinnens opplevelser, tanker og følelser i forbindelse med tapet og hvor viktig det er at hun får bekreftelse og støtte på disse punktene. Det er svært viktig for kvinnen og hennes partner at de får kunnskap om at deres følelser og reaksjoner er helt normale. De trenger informasjon om måter de kan komme seg gjennom denne krevende tiden og at det finnes flere alternativer som for eksempel støttegrupper og samtaler med psykolog. Ved å utruste kvinnen med nødvendig informasjon og kunnskap på sykehuset, kan en bidra til at tiden etter tapet ikke blir like utfordrende ved at det dannes en forutsigbarhet for kvinnen, slik at hun igjen er forberedt på hvilke fysiske og emosjonelle symptomer som kan oppstå i ettertid.

Litteraturliste

- Acharya, G., & Maltau, J. M. (2015). Spontan abort og ektopisk graviditet. I J. M. Maltau, K. Molne, & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og Gynekologi* (3. utg., ss. 117-126). Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Adolfsson, A., Berterö, C., & Larsson P. G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: A randomized study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(3.),330-335. DOI: 10.1080/00016340500500709
- Amathea, Veiledning for gravide. (2016). *Om Amathea*. Hentet 30.10 fra <http://www.amathea.no/om-amathea/>
- Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). TIDLIG FÖRLUST. Kvinnors opplevelse av misfall. *Vård i Norden*, 32(1.), 32-36.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm : Natur & Kultur .
- Hanssen, I. (2000). Kommunikasjon. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell Sykepleie 2, Pasient og sykepleier-samhandling, opplevelse og identitet* (1. utg., ss. 63-108). Oslo, Norge: Universitetsforlaget AS.
- Jerpseth, H. (2011). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (4. utg., ss. 17-50). Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 421-439). Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Madsen, S. A. (2009). Sorg og tap ved abort. I D. Taxbøl (Red.), *Graviditet og fødsel, Alt om unnfangelse, fosteretsutvikling og forberedelse til fødsel* (B. Engen, Overs., ss. 214-219). Oslo, Norge: H.Aschehoug & Co.

- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 30.10 fra <http://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 19.10.16 fra <https://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11/12.), 1457-1465. DOI: 10.1111/jocn.12781
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker, innføring i psykologi for helsefag*. Bergen, Norge: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- St. John, A., Cooke, M., & Goopy, S. (2006). SHROUDS OF SILENCE: Three women's stories of prenatal loss. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3.), 8-12.
- Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S. N., Pettinato, M., & Wang, T. (2007). Context and Evolution of Women's Responses to Miscarriage During the First Year after Loss. *Research in Nursing & Health*, 30(1.), 2-16. DOI: 10.1002/nur.20175
- Thorsen, R. (2012). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie, Bind 3, Pasientfenomener og utfordringer* (ss. 105-126). Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ulvund, I. (2013). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie, Sykepleieboken 3* (ss. 832-892). Oslo, Norge: CAPPELEN DAMM AS.

Vedlegg 1

Re: Permission to use your poem? - Elise Risahagen

Page 1 of 1

Re: Permission to use your poem?

Jan Cosby

to 24.11.2016 14:12

til Elise Risahagen <elise_risahagen@hotmail.com>;

Hello, Elise.

I am pleased to hear you would like to use my poem, *Nobody Knew You* in your paper. You certainly have my permission to use it, including my name.

Are you a student at Webster U.?

Best,
Jan Cosby

From: Elise Risahagen <elise_risahagen@hotmail.com>
Sent: Wednesday, November 23, 2016 5:19:07 PM
To: janicecosby71@webster.edu
Subject: Permission to use your poem?

Hello.

I am a Norwegian nursing student, I am now at the end of my education and I'm writing my Bachelordegree about miscarriage. And I want to use your poem "Nobody knew you" in my Bachelor. Do I have your permission to use your poem?

I really hope that I get a response.

Regards
Elise Risahagen