

BACHELOROPPGAVE

Et barn for lite

Ruth Marie Haug

Tina Gotteberg Hove

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie

Førde

Veileder: Bente Gunn Melheim

Innleveringsdato: 30.11.2018

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, § 10.

*En liten spire plantet i meg
og med den, håpet om det som skulle bli deg*

*Den lille spiren var så velkommen,
jeg tenkte at den ikke kunne bli annet en fullkommen*

*En dag visnet den lille spiren bort
og med den, håpet og gleden like fort*

*Den lille spiren ble erstattet av tomrom
men vil alltid ha plass i mitt hjerterom*

*Sorgen banet sin lange veg
etter spiren som engang var plantet i meg
(Tina Gotteberg Hove, 2018)*

Sammendrag

Tittel

Et barn for lite

Bakgrunn

Hvert år blir 7-8000 kvinner behandlet for spontanabort på norske sykehus. Man regner i gjennomsnitt med at ca 25% av alle kvinner vil oppleve å miste et barn i svangerskapet. Dersom kvinnen føler at hun ikke får tilstrekkelig oppfølging av følelsene hennes gjennom en slik hendelse, kan hun ha større sjanse for å oppleve psykiske plager som depresjon og angst i ettertid. Selv om våre erfaringer fra praksis var at de fleste kvinner opplevde god omsorg, møtte vi også de som mente at det var manglende ivaretagning av det følelsesmessige aspektet. Vi ønsket derfor å finne ut mer om hva kvinner trenger i en slik situasjon, og hvordan man skal opptre som sykepleier i møte med disse pasientene.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomgår en spontanabort?

Metode

Vi har i denne oppgaven brukt litteraturstudie som metode. Oppgaven er løst ved å søke, samle inn og vurdere forskning og litteratur. Forskningsartiklene har vi funnet på SveMed+ og Academic Search Elite. For å finne annen litteratur brukte vi Oria og høyskolens pensumsliste. I tillegg til litteraturen vi har funnet, har vi trukket inn egne erfaringer fra praksis.

Oppsummering

Flere kvinner rapporterer at de ikke føler seg godt ivaretatt psykisk når de gjennomgår en spontanabort. Det er derfor viktig at sykepleierne er tilstede og prøver å etablere en relasjon til kvinnen tidlig i forløpet, ved å legge til rette for god kommunikasjon og gi kvinnen rom til å snakke om følelsene sine. Kvinnen har rett på informasjon, og det er viktig at denne informasjonen gis på rett tid i forhold til hennes reaksjon. Gjennom god ivaretagning kan sykepleieren fremme sorgprosessen og mestringsfølelsen hos kvinnen.

Nøkkelord

Spontanabort, omsorg, relasjon, kommunikasjon, empowerment, informasjon, sorg

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	2
1.3 Fremgangsmåte.....	3
2 METODE	4
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Søk etter forskningsartikler.....	4
2.3 Søk etter annen litteratur	5
2.4 Kildekritikk.....	6
3 TEORI	8
3.1 Sykepleie på en gynekologisk avdeling	8
3.1.1 Informasjon og støtte.....	9
3.2 Spontanabort tidlig i svangerskapet	10
3.3 Sorg.....	11
3.4 Kommunikasjon.....	12
3.4.1 Relasjon	13
3.5 Omsorg	14
3.6 Empowerment.....	14
4 PRESENTASJON AV FUNN.....	15
4.1 Artikkel en	15
4.2 Artikkel to	16
4.3 Artikkel tre.....	16
4.4 Artikkel fire	17
4.5 Artikkel fem	18
5 DRØFTING	19
5.1 Når sorg og omsorg går hånd i hånd	19
5.2 Den viktige samtalen	21
5.2.1 Kommuniser med meg	22
5.2.2 Informasjon til den sørgende kvinnen.....	23
5.3 Å skape mestring i sorgen	25

6 KONKLUSJON.....	26
7 BIBLIOGRAFI.....	27
VEDLEGG 1	30
VEDLEGG 2	32
VEDLEGG 3	34
VEDLEGG 4	36
VEDLEGG 5	38
VEDLEGG 6	40

1 INNLEDNING

Abort er et ord som i lang tid har skapt debatter verden over. Dette kan være fordi abort også kan handle om kvinners rett til å avbryte et uønsket svangerskap. Temaet har fått mye oppmerksomhet og vært svært omdiskutert. Det er store forskjeller land imellom på om kvinner har rett til selvbestemt abort. Noe som derimot ikke har vært så mye omsnakket er abortene som skjer spontant, der kvinnene ufrivillig mister et ønsket svangerskap. For noen kvinner er en spontanabort en traumatisk livshendelse, og en av de største sorgene de har opplevd. Spontanaborter er derimot ikke anerkjent som et tap av samfunnet, og kvinnens følelser rundt dette blir derfor oversett av forskere og helsearbeidere som ofte har fokuset rettet på de fysiske aspektene av en slik abort (Evans, 2012).

Verdens helseorganisasjon definerer spontanabort som en utstøtning av et foster som veier 500 gram eller mindre (Nesheim, 2016). Hvert år blir 7-8000 kvinner behandlet for spontanabort på norske sykehus (Flohr & Wold, 2008, s. 19). Selv om 7-8000 er et stort tall i seg selv, finnes det i tillegg trolig store mørketall. Dette fordi flere av de som spontanaborterer i de første ukene ikke er klar over at de gjennomgår en spontanabort, og derfor ikke kontakter helsevesenet. Disse tilfellene kalles «missed abortion». I gjennomsnitt regner man med at ca 25% av alle kvinner, det vil si en av fire, vil oppleve å miste et barn i svangerskapet i løpet av sitt fruktbare liv (Flohr & Wold, 2008, ss. 19-20).

Risikoen for spontanabort varierer fra 9% i aldersgruppen 20-24 år til 75% i aldersgruppen over 44 år (NHI, 2017), og forekommer som oftest før de første 12 ukene av svangerskapet. De fleste spontanaborter skjer innen de første 12 ukene av graviditeten, men grensen mellom en abort og en fødsel trekkes derimot ved utgangen av 22. svangerskapsuke (Flohr & Wold, 2008, ss. 19-20). Selv om det å spontanabortere ikke er en uvanlig hendelse, er det likevel svært sårt for kvinnen som opplever det (NHI, 2017). Kvinner som gjennomgår en spontanabort har større sjanse for å oppleve psykiske plager som depresjon og angst i ettertid, da de føler at de ikke får tilstrekkelig oppfølging for følelsene deres gjennom prosessen (Chojenta, Harris, Reilly, Forder, Austin & Loxton, 2014). Det å se hele kvinnen, ikke bare det fysiske som skjer under en slik hendelse, er derfor en svært viktig del av det å utøve sykepleie. Gjennom god kommunikasjon kan sykepleier bygge en relasjon til kvinnen og veilede henne gjennom en slik sorgprosess (Helsenorge, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleierstudenter som har vært innom ulike helse-og omsorgsinstitusjoner i løpet av vår studie. Gjennom våre praksisperioder har vi gjort oss noen erfaringer med kvinner som går igjennom spontanabort. Selv om våre erfaringer fra praksis var at de fleste kvinner opplevde god omsorg, møtte vi også de som mente det var manglende ivaretaking av det følelsesmessige aspektet. En kvinne som spontanaborterer er i en utrolig sårbar situasjon og har stor sjanse for å oppleve psykiske plager i etterkant, om hun ikke får god veiledning når hendelsen inntreffer (Chojenta, et al., 2014). Vi finner også forskning som understøtter påstanden om at sykepleierne ofte ikke vet hvordan de skal møte disse pasientene, noe som igjen gjør det vanskeligere for kvinnen å hankses med situasjonen hun er i.

På bakgrunn av egne praksiserfaringer og forskningsfunn ønsket vi derfor å se mer på hva kvinner som spontanaborterer trenger, og hvordan sykepleier bør møte disse pasientene.

1.2 Problemstilling med avgrensing

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomgår en spontanabort?

Vi har avgrenset problemstillingen vår til å gjelde kvinner i fertil alder som vi møter på en gynekologisk avdeling. Fokuset vil være på de som opplever en spontanabort før 22.svangerskapsuke, og som da befinner seg i første, eller starten av andre trimester. På bakgrunn av oppgaven sitt omfang vil vi ha fokus på kvinnen, og ikke hennes partner. Dette er også med tanke på at flere kvinner ikke har fast partner. Vi ser at faktorer som kvinnen sin alder og erfaring kan ha innvirkning på mestring av en spontanabort, men vi har valgt å ikke utdype dette nærmere i oppgaven.

1.3 Fremgangsmåte

Oppgaven er delt inn i seks ulike kapitler. I det første kapitlet presenterer vi hva som gjør spontanabort til et dagsaktuelt tema. Videre tar vi opp hvorfor temaet er relevant for utøving av sykepleie, og bakgrunn for vårt valg av tema. I kapittel to beskriver vi metoden som er brukt, hvordan vi søkte etter ulike teori og forskning knyttet til vår problemstilling. Videre har vi utført en kritisk vurdering av forskningslitteraturen.

I det tredje kapitlet presenterer vi teori knyttet til sykepleie på en gynekologisk avdeling. Det blir lagt vekt på informasjon og støtte ved spontanabort tidlig i svangerskapet. Vi har også presentert teori knyttet til kommunikasjon og relasjonsbygging med kvinner som gjennomgår spontanabort. Videre er det lagt vekt på sorgreaksjonen disse kvinnene kan få, og betydningen av empowerment i en slik situasjon.

I det fjerde kapitlet presenterer vi de fem forskningsartiklene som vi vurderte som relevante for oppgaven. For å bidra til å svare på problemstillingen vil vi i det femte kapitlet drøfte teori, forskning og egne erfaringer opp mot hverandre. Til slutt er det konklusjon, der vi igjen svarer kort på problemstillingen, og får en oversikt over hva artikkelen handler om. Til slutt i oppgaven har vi lagt ved ulike vedlegg som vi har brukt for å finne og tolke forskningen.

2 METODE

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for valg av metode og dens relevans i forhold til oppgavens problemstilling. Videre vil vi forklare vårt søk etter forskningsartikler og avgrensninger vi har gjort for søket. Vil også belyse valg av annen teori, og hvorfor vi mener denne er viktig. Til slutt vil vi se på hvilken relevans litteraturen vi har valgt har for oppgaven, og hvilke styrker og svakheter den innehar.

2.1 Valg av metode

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie henter man data fra allerede eksisterende forskning og teori, og er en metode som hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger (Dalland, 2017, s. 52). Vår problemstilling handler om hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som gjennomgår en spontanabort. For å svare på problemstillingen ønsker vi å finne litteratur og forskningsartikler om kvinner sine opplevelser, og hvordan sykepleier kan imøtekomme disse. Spørsmål om erfaringer og opplevelser krever studier hvor det er brukt en kvalitativ forskningsmetode (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012). Vi vil derfor søke i kilder som inneholder kvalitativ forskning.

2.2 Søk etter forskningsartikler

Før vi starter å søke er det viktig at vi har en klar spørsmålsformulering. Et presist spørsmål bør inneholde informasjon om hvem vi er interessert i, hvilke tiltak vi er interessert i og hvilke utfall som er av interesse (Nortvedt et al., 2012, s. 30). PICO er et rammeverktøy som kan hjelpe med dette. P står for population (populasjon), I for intervention (intervensjon), C for comparison (sammenligning) og O for outcome (utfall) (Nortvedt et al., 2012, s. 33). For å søke etter kvalitativ forskning kan det være nok å bruke populasjon og intervensjon. Populasjonen vi ønsket å finne ut om er kvinner som gjennomgår spontanabort, og intervensjonen er sykepleietiltak som kommunikasjon og ivaretagelse.

Det meste av forskning er publisert på engelsk, og for å få tilgang til det søkte vi med engelske søkeord. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artikler, bøker, og andre publikasjoner. Store databaser bruker ofte emneord kalt for MeSH, som står for Medical Subject Headings (Nortvedt et al., 2012, s. 58). Fordelen med standardiserte emneord er at du ikke trenger å

tenke på synonymer, ulike staveformer, og entalls-/flertallsendelser når du søker. Vi søkte med emneordene; abortion, spontaneous”, ”communication” og ”pregnancy” i databasene Academic Search Elite , Oria og Svemed+. Academic Search Elite er en tverrfaglig artikkeldatabase som vi har tilgang til som studenter, og den innehar artikler fra både vitenskapelige og generelle tidsskrifter for mange fagområder. Den gir også tilgang til fulltekst artikler. Oria er ein søkeressurs som gir tilgang til biblioteket sine samlede ressurser. Vi brukte også SveMed+ for å finne de engelske søkeordene, samt søk etter nordiske forskningsartikler.

Vi ønsket å finne anerkjent forskning av god kvalitet. Et viktig prinsipp er da å først lete etter oppsummert forskning før du leter etter enkeltstudier (Nortvedt et al., 2012, s. 44). Oppsummert forskning kan være kvalitetsvurderte studier og systematiske oversikter. Det kan også være gode faglige retningslinjer, der anbefalingene støtter seg på studier og oversikter som er systematisk samlet inn og kvalitetsvurdert (Nortvedt et al., 2012, s. 49).

Det var også viktig å finne oppdatert forskning, og vi avgrenset derfor søket til tidsperioden 2008-2018. Søket ble utført 8.oktober 2018. Søkeord, databaser og antall treff er vedlagt i oppgaven (Vedlegg 1). For å finne relevante studier som kunne bidra til å svare på problemstillingen vår leste vi overskrifter og abstrakt på artiklene. Vi leste alle overskriftene på artiklene vi fikk opp, og abstrakt på de artiklene som hadde relevante overskrifter. Ett ev kriteriene vi så etter var om artiklene hadde et sykepleierperspektiv. Ettersom problemstillingen vår handler om ivaretagelse, var det viktig at forskningsartiklene inneholdt dette. Vi hadde opprinnelig åtte artikler, men valgte bort tre, da disse ikke var relevante, og fordi de ikke hadde et sykepleierperspektiv. Kvinnenes erfaringer fra en spontanabort er sentralt for vår oppgave, og vi har derfor valgt ut kvalitative forskningsartikler som har som mål å forstå og belyse kvinnens erfaringer eller opplevelser. Etter å ha lest gjennom de åtte artiklene vi opprinnelig hadde valgt ut, satt vi igjen med fem artikler som var relevante for vår problemstilling. Artiklene er presentert i kapittel 4.

2.3 Søk etter annen litteratur

I tillegg til forskningsartikler har vi brukt pensumbøker av nyere dato som vi har nyttet gjennom sykepleiestudiet. Dette for å beskrive metoden vi har brukt, belyse tema og for å finne relevant teori til problemstillingen vår. Vi har brukt fagbøker som ”Metode og oppgaveskriving” av Dalland (2017), ”Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie” av Grov & Holter (2015), ”Kommunikasjon i relasjoner” av Eide & Eide (2012), ”Klinisk sykepleie 2” av Almås, Stubberud, & Grønseth (2010) og ”Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3” av Knutstad (2015).

For å finne andre bøker relevant til vår problemstilling har vi brukt Oria. Vi brukte først søkeordet "spontanabort" og fikk 127 treff. For å avgrense antall treff søkte vi i tidsperioden 2008-2018 og valgte den litteraturen som var tilgjengelig på Høgskolen på Vestlandet. Vi avgrenset også til bare å få opp bøker, og fikk da to treff. Vi valgte å ta med den første boken "Barnet som ikke ble: en bok om spontanabort, senabort og dødfødsel" av Flohr & Wold (2008), fordi denne inneholdt relevant teori om temaet spontanabort og viste seg nyttig i forhold til vår oppgave.

Videre brukte vi søkeordet "Sorg" fordi vi tenker at sorg kan være en reaksjon på tap. For å avgrense antall treff søkte vi også her i tidsperioden 2008-2018 og valgte den litteraturen som var tilgjengelig på Høgskolen på Vestlandet. Vi fikk da 83 treff og valgte å ta med den første boken "Sorg" av Røkholt, Bugge, Sandvik, & Sandanger (2018), fordi denne var av ny dato og aktuell for problemstillingen.

Gjennom Helsetilsynet sine nettsider fant vi "Retningslinjer for håndtering av aborterte fostre" (Helsetilsynet, 2001), som vi har valgt å ta med i oppgaven vår. Vi har også brukt nettsider som Helsenorge, Store Norske Leksikon (SNL) og Norsk helseinstitutt (NHI) med søkeord som "spontanabort" og "svangerskap" for å finne relevant teori knyttet til vårt tema.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og å validere den litteraturen du har funnet. Det er en metode som man kan bruke for å finne ut om kilden er troverdig eller ikke, og som skiller verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten med dette er at leseren skal få ett innblikk i refleksjonene vi har gjort oss om hvilken gyldighet og relevans litteraturen har, når det gjelder å belyse vår problemstilling (Dalland, 2017, ss. 152-153). Vi har gjennom vår tolkning av forskningsartiklene tatt i bruk IMRAD-prinsippet, da de fleste vitenskapelige artikler er bygd opp etter dette. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et. al., 2012, s. 69).

Våre forskningsfunn var hovedsakelig primærstudier med kvalitativt design, men to av artiklene var oversiktsartikler der forfatterne har gjort en litteraturgjennomgang. Når en artikkel er en primærstudie, vil det si at kunnskapen er ny (Dalland, 2017, s. 162), og som oftest resultat fra ett konkret forskningsprosjekt (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Fordelen med kvalitativt design er at man går i dybden og kan få mange opplysninger av få informanter. Samtidig kan det være en svakhet at de fleste av våre forskningsfunn er primærstudier, da resultatet i disse bygger på funn i en enkelt studie. Funns fra ulike kvalitative studier vil også kunne forsterke hverandre, dersom funnene er de samme

(Nortvedt et al., 2012, s. 72). Vi har derimot også to oversiktsartikler, der styrken er at resultatet bygger på flere studier om samme tema (Nortvedt et. al., 2012, s. 49), noe som styrker resultatet.

For å vurdere artiklene vi har valgt, brukte vi Helsebibliotekets "Sjekkliste for oversiktsartikkel" og "Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie" (Helsebiblioteket, 2016). Vi fant at artiklene var av god metodisk kvalitet, og med et representativt utvalg for vår problemstilling. Sjekklistene er presentert i vedlegg 2-6.

Konteksten der studiene var gjennomført er gynekologiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten, noe som er relevant for oppgaven sin problemstilling. En svakhet kan være at studiene hovedsakelig er utført ved utenlandske sykehus i Storbritannia og USA, der organisering og kvalitet kan være forskjellig fra norske sykehus. Her tenker vi spesielt på hvordan sykepleier ivaretar kvinner som gjennomgår spontanabort. Likevel vil mest sannsynlig kvinner sin opplevelse av det å gjennomgå spontanabort være lik på tvers av ulike land, og ha overføringsverdi til vår kontekst. Derimot skal det også nevnes at noen av studiene er hentet fra Skandinavia som er mer lik den norske konteksten.

3 TEORI

I dette kapitlet vil vi presentere ulike teoretiske knyttet til vår problemstilling. Vi trekker inn teori om sykepleie på en gynekologisk avdeling, som er den konteksten vi har valgt å fokusere på i oppgaven vår. I tillegg har vi valgt å si noe generelt om temaet spontanabort og hva som skjer med fostrene i denne prosessen. Dernest presenterer vi teori knyttet til kommunikasjon og relasjonsbygging i forhold til sorgreaksjonen disse kvinnene kan få. Videre ser vi på at informasjon og støtte er en viktig faktor i håndteringen av en spontanabort, og har derfor også valgt å innlemme dette i teorikapitlet. Til slutt nevner vi betydningen av empowerment i en slik situasjon.

3.1 Sykepleie på en gynekologisk avdeling

Gynekologisk sykepleie handler om sykepleie til kvinner som har plager eller sykdom i kvinnelige kjønnsorganer. Sykepleieren møter kvinnene både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (Knutstad, 2015, s. 833).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer sykepleie som *“En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 2001). Den dreier seg alltid om mennesker, enten direkte eller indirekte, og er derfor en mellommenneskelig prosess. I følge Norsk Sykepleierforbund skal grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2016).

Når en spontanabort inntreffer må kvinnen bestemme seg for om hun vil fjerne fosteret medisinsk eller kirurgisk, dersom kroppen ikke ordner opp selv. Om hun ønsker å fjerne det medisinsk, blir dette gjort ved tabletter som blir plassert i skjeden. Dersom hun ønsker kirurgi, blir fosteret fjernet ved en utskrapning. Hun må uansett overvåkes på gynekologisk avdeling på grunn av blødningsfare. I hovedsak gjelder dette de kvinnene som spontanaborterer etter uke åtte, men også de som mister før. Kvinnene kan bli inneliggende i sykehus gjennom behandlingen om de ønsker det for tryggheten sin skyld (Flohr & Wold, 2008).

Kvinnen vil som oftest først møte en sykepleier når hun blir innlagt på en gynekologisk avdeling. Det er hensiktsmessig om samme sykepleier både tar imot kvinnen, deltar på undersøkelsen og følger henne opp i tiden etterpå. Dette kan bidra til at det blir lettere å skape et tillitsforhold til kvinnen, noe som vil være nødvendig for kommunikasjonen videre (Jerpseth, 2010, s. 46). Pasienten må selv få fortelle hvordan hun opplever sin situasjon. Det at sykepleieren skaper tillit og bekreftelse er viktig for om opplevelsen blir god eller ikke (Jerpseth, 2010, s. 18).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016) sier følgende om sykepleierens oppgaver i forhold til pasienten og deres rettigheter:

§2 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.

§2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.

§2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

§2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

§2.5 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.

§2.9 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

3.1.1 Informasjon og støtte

Sykepleieren skal støtte og hjelpe pasienten gjennom utredning og behandling. Det kan hjelpe kvinnen å mestre situasjonen hun er i dersom sykepleieren skaper forutsigbarhet ved å forberede pasienten på de ulike stegene i utredning og behandling. Informasjon og veiledning bør skje før, under og etter undersøkelsen (Jerpseth, 2010, s. 19). Informasjonen skal i følge Nightingale være presis og korrekt, noe som vil si at sykepleieren skal være informert og alltid vite hvordan hennes pasienter har det (Karoliussen, 2011). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 skal *"pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger"* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Kvinner som spontanaborterer er ofte preget av sjokk og smerte før inngrepet. Mange kvinner er redde og usikre i akutfasen. Det å informere om hva som skal skje og hvorfor, er derfor svært viktig (Jerpseth, 2010, s. 47). Behovet for, og kravet til informasjon har endret seg. Mengden med informasjon har økt, samtidig som den skal formidles på kortere tid. Muligheten til informasjon og opplæring blir begrenset av den korte tiden kvinnen er inneliggende. Sykepleieren må derfor planlegge og fordele informasjon og opplæring, slik at noe tilbys kvinnen før innleggelse, noe under innleggelse og noe etter at hun har kommet hjem (Knutstad, 2015, s. 833).

3.2 Spontanabort tidlig i svangerskapet

Grensen mellom en spontanabort og en fødsel er som nevnt i innledningen, trukket i 22. svangerskapsuke. De ulike stadiene i et svangerskap blir ofte snakket om som trimester. Et trimester er en periode på tre måneder, og svangerskapet deles inn i tre ulike trimester. Første trimester omfatter de første 12 ukene av svangerskapet, andre trimester er fra 13-28. svangerskapsuke og tredje trimester omfatter den siste delen av svangerskapet, som er fra 29-40. svangerskapsuke (Nesheim, 2018). En spontanabort skjer derfor innen kvinnen har kommet halvveis i svangerskapet, altså i første eller starten av andre trimester. Omtrent en av fire svangerskap ender i spontanabort, men selv om det å spontanabortere har blitt en relativ vanlig hendelse, er det likevel svært sårt for kvinnen som opplever det (NHI, 2017).

Et av de mest vanlige spørsmålene som forbindes med en spontanabort er «hvorfor skjer det?». Den eksakte årsaken til spontanaborten blir sjeldent undersøkt, men de fleste spontanaborter skjer på grunn av genetiske problemer som hindrer barnet i å utvikle seg normalt (Helsenorge, 2015). Den vanligste grunnen til at de fleste spontanaborter forekommer tidlig i svangerskapet, skyldes kromosomfeil (Flohr & Wold, 2008, ss. 23-24). *”En spontanabort påvirker stort sett alle områder i livet. Kroppen er preget av det som har skjedd, følelsene kan være i høyspenn og en skal reorientere seg i forhold til hverdagen og den ”avbrutte” fremtiden”* (Flohr & Wold, 2008, s. 34). Et svangerskap fører kvinnen inn i en dypere følelsesmessig tilstand. Kraftige og uventede reaksjoner er dermed ikke uvanlig i forbindelse med en spontanabort. Spontanabort kan fremkalle følelser og holdninger en ikke var klar over at en hadde. Det å kjenne at en ikke kan holde på det som man med hele sitt hjerte ønsker å beskytte, er en overveldende og vond opplevelse. Å snakke om det kan i seg selv være en viktig bearbeidelse (Flohr & Wold, 2008, ss. 36-37).

I 2001 kom Statens helsetilsyn med retningslinjer for hvordan sykehusene skal håndtere aborterte fostre. Aborterte fostre omfatter fostre både fra provosert- og spontanabort. Formålet med disse retningslinjene er å sikre en respektfull og ensartet håndtering av aborterte fostre ved landets sykehus. Retningslinjene er veiledende, og gjelder den rutinemessige håndteringen av aborterte fostre og informasjon til kvinnen om håndteringen. Når det gjelder kvinner som har spontanabort på sykehus, bør kvinnen få muntlig informasjon av sykehuset om hvilke valg hun har (Helsetilsynet, 2001).

Når aborten inntreffer før utgangen av 12.svangerskapsuke blir fosteret håndtert på samme måte som annet biologisk materiale ved sykehuset, jf. Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner sykehusinfeksjoner av 5.juli i 1996 nr. 699. Når aborten inntreffer etter 12.svangerskapsuke blir fosteret anonymt satt ned på en kirkegård, med mindre kvinnen gir uttrykk for at hun ønsker en annen håndtering av fosteret. Dersom kvinnen skulle ønske en annen ordning av håndteringen enn sykehusets rutiner, skal sykehuset etterkomme dette så langt som det er mulig. Dette gjelder aborter som inntreffer både før og etter 12.svangerskapsuke.

De andre ordningene kvinnen kan velge mellom, er blant annet kirkegård med minnelund, avskjedsseremoni eller begravelse av fosteret. Dersom hun ønsker en avskjedsseremoni eller en begravelse, bør sykehuset formidle kontakt med en sykehusprest eller en forstander av et trossamfunn om dette skulle være aktuelt. Kvinnen kan også velge at fosteret blir håndtert på samme måte som annet biologisk materiale, selv om aborten tok sted etter 12.svangerskapsuke (Helsetilsynet, 2001).

3.3 Sorg

Når et foster dør i mors mage, vekker det mange følelser. En av de mest vanlige er sorg. Sorgen er ofte et resultat av tapte forventninger. Selv om de fleste kvinner som gleder seg over en påbegynt graviditet frykter spontanabort, tar forventningsgleden lett overhånd. En danner seg gjerne en forestilling om det fremtidige barnet og har kanskje allerede begynt å tenke på hvordan det kommer til å se ut, hvem det kommer til å ligne på, og noen har kanskje allerede tenkt på et navn. Det er ofte disse forventningene og tapet av den forventede fremtiden som baner vei for den sterke sorgen (Flohr & Wold, 2008, ss. 22-23).

Sorg er ordet vi bruker når vi mennesker sørger, og når vi opplever betydningsfulle tap. På det individuelle nivået betegner sorg alle opplevelsene, uttrykkene, reaksjonene og responsene som følger etter betydningsfulle tap. Sorgprosessen er forsøket på å tilpasse seg endringene og mestre utfordringene som tapet har skapt. Denne handler om å integrere tapet og den betydningen det har i livet, og om å finne måter å leve videre med tapet. Hvordan man opplever sorgen er individuelt både når det gjelder variasjon i intensitet, uttrykk og varighet. Den påvirkes også av forholdene før, under og etter tapshendelsen (Flohr & Wold, 2008, s. 11).

Tap oppleves betydningsfullt i den grad at det griper sterkt inn i livet til den etterlatte. Å miste noen nære kan reise store eksistensielle spørsmål, og utfordre grunnleggende oppfatninger om livet og tilværelsen. Planer og håp for fremtiden blir uaktuelle og verden blir kanskje ikke så forutsigbar og rettferdig som før (Flohr & Wold, 2008, s. 13). For dem som mister et barn i svangerskapet, ligger mye av sorgen i rommet for «det som ikke kommer til å skje». De sitter igjen med en istykkerslått fremtid, som det ikke er så lett å invitere andre inn i. Å takle denne sorgen vil derimot være enklere for kvinnen dersom sorgarbeid og akseptering fremmes av helsevesenet. Det er viktig at helsepersonell er tilstede slik at hun får sette ord på sine følelser, og får vite at det er normalt å føle sterk sorg og skyld (Knutstad, 2015, s. 853).

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles eller ha en forbindelse med (Eide & Eide, 2012, s. 17). I følge Joyce Travelbee foregår det kommunikasjon ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, både når de snakker sammen og når de er tause. Det etableres dermed et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet hjelper sykepleieren til å nå deres mål og hensikt, og at pasienten får sine sykepleiebehov ivaretatt. Disse behovene må først identifiseres for at de skal kunne ivaretas. Sykepleieren kan finne ut om pasientens behov gjennom observasjon og kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 142).

Det er flere grunner til at sykepleiere må være gode til å kommunisere. Pasienten kan være i en ny og sårbar situasjon. Den kan føle at den har liten eller ingen kontroll over det som skjer. Situasjonen kan derimot oppleves som mer håndterbar dersom pasienten får forståelig informasjon ved hjelp av støttende og empatisk kommunikasjon. Men kommunikasjon handler om mer enn å formidle noe selv. Som sykepleier må man også være tilstede og lytte til det pasienten sier, og registrere det nonverbale som kommer til uttrykk (Eide & Eide, 2012, ss. 16-17). Dersom sykepleieren viser at den er tilgjengelig for pasienten og har tilstedeværelse, kan det bidra til at pasienten føler seg ivaretatt.

Det er også viktig å huske på at pasienter reagerer også ulikt, og enhver pasientsituasjon er unik. Sykepleiere står ofte i vanskelige situasjoner, og det kan da være vanskelig å vite hva en skal si av og til. Å endre tilnærming fra pasient til pasient vil derfor være nødvendig (Heyn, 2015, s. 363).

3.4.1 Relasjon

Relasjon kommer fra det latinske ordet *relatio*, som betyr at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Begrepet relasjon brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2012, s. 17). Relasjonen er viktigere enn det som konkret blir sagt og gjort. Pasienten tolker det sykepleieren sier og gjør ut fra hva hvilken relasjon de har (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178). Kvaliteten på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren har stor betydning for om pasienten endrer seg i positiv retning. Relasjonen har også betydning for om pasienten kommer fram med sine opplevelser, tanker, meninger og følelser. Undersøkelser viser også at måten sykepleieren møter pasienten på, har stor betydning for pasientens holdning til det sykepleieren gjør (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 25).

Vi er alle sårbare. En sykepleier kan ramme noe av det mest sentrale i pasientens liv, nemlig selvfølelsen. Pasientens forhold til seg selv kan rammes gjennom møtet med sykepleieren, fordi sykepleieren kan få den andre til å føle seg hjelpeløs, avvist og skamfull (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 179). Det er viktig at handlingene man gjør i arbeid med mennesker står i forhold til den relasjonen man har med dem. Dersom relasjonen er trygg og stabil, vil sykepleieren og pasienten kunne være mer direkte med hverandre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 28). I en trygg relasjon mellom pasient og sykepleier kan kritiske kommentarer bli vurdert og tatt imot som hjelp og omtanke. Dersom relasjonen ikke er god, kan de samme kommentarene bli oppfattet som avvisning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178).

3.5 Omsorg

Omsorg innebærer omtanke og beskyttelse, tilsyn og varsomhet. Det er nødvendig for helse og velvære, og er en nødvendig forutsetning for selve livet. Omsorg forstås forskjellig, og kan komme til uttrykk på ulike måter, men handler om åpenhet og aksept i et sykepleierperspektiv (Karoliussen, 2011, s. 156). Dersom pasienten føler at den blir sett og hørt, erfarer den gjerne også at hjelpen er omsorgsfull. Omsorg og faglig skjønn er helt avgjørende i sykepleien. Som menneske trenger vi at noen bryr seg om oss (Alvsvåg, 2015, s. 156). Hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjør om pasienten erfarer faglig skjønn og omsorg. I relasjonen mellom sykepleier og pasient er tillit og åpenhet viktig. Hvordan vi er til stede, hvordan vi ser og tar på pasienten, hva vi sier og hvordan vi sier det kan være avgjørende for om pasienten vil ha tillit og åpenhet til sykepleieren. Måten vi er til stede på og opptrer rundt pasienten avgjør også om handlingene vår gir uttrykk for omsorg (Alvsvåg, 2015, s. 161).

3.6 Empowerment

Empowerment i helsesammenheng handler om å gi pasienten makt til noe, og å gjøre pasienten sterkere med hensyn til deres eget liv og rettigheter (Tveiten & Boge, 2014, s. 16). Individuell empowerment handler om individets muligheter til å ha kontroll over eget liv, selvkontroll, og å ha tro på egen evne til mestring. Begrepene empowerment og mestring henger tett sammen. Ved å fremme empowerment vil man fremme den enkeltes ressurser, slik at de kan mestre hverdagen og hverdagens utfordringer, og dermed oppleve kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 67).

Kjernen i begrepet empowerment er *power*, som betyr styrke, kraft eller makt. Makt er også forbundet med tillit. I empowermentprosessen er det derfor viktig at den som hjelpes, har tillit til hjelperen (Tveiten & Boge, 2014, ss. 17-19). Hjelperen må ha en dialog med den som hjelpes, og dialogen må ivareta tillit, trygghet og anerkjennelse. For å være hjelper i empowermentprosessen er det nødvendig med kompetanse. Denne kompetansen kan innebære kunnskap, ferdigheter og holdninger (Tveiten & Boge, 2014, ss. 20-21).

4 PRESENTASJON AV FUNN

4.1 Artikkel en

Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care av Eleanor J Radford & Mark Hughes (2014).

Dette er en oversiktsartikkel som har som hensikt å reportere resultatene av empiriske studier om kvinners opplevelser ved spontanabort, som skjer innen uke 16 av svangerskapet. Databasene forfatterne har brukt for å finne disse empiriske studiene er PsycINFO, MEDLINE, CINAHL og British Nursing Index. Metoden de har brukt er litteraturstudie, ved å vurdere ni forskjellige artikler fra 1990 – 2010. Alle de ni studiene som ble vurdert hadde kvalitativt design.

Funnene viser at å oppleve en spontanabort i et tidlig stadium potensielt kan være psykisk ødeleggende for kvinnen og at man ikke skal undervurdere hvor ødeleggende det kan være, selv om det skjedde tidlig i svangerskapet. Temaet «hva jeg føler» gikk igjen hos de fleste kvinnene. De gav uttrykk for at de trengte erkjennelse for de emosjonelle følelsene deres og de fysiske symptomene de opplevde både under og etter spontanaborten. Funnene indikerte også intensiteten og dybden av de negative følelsene kvinnene opplevde under spontanaborten. De mest vanlige følelsene var ensomhet, fornektelse, nød, sjokk, isolasjon og sorg. Flere av kvinnene følte også at de ikke bare mistet ett barn, men også rettighetene og identiteten til å være en mor. Noe av de viktigste kvinnene trakk frem var empatien, sympatien og forsikringen fra sykepleierne, og så på denne som uvurderlig. Sykepleierne var sentrale for deres trivsel og helbredelse. Alt i alt konkluderer studien med at det er et stort behov for at sykepleierne legger til rette for god kommunikasjon, informasjon og forståelse for å hjelpe kvinnen med å takle spontanaborten både under og etter.

4.2 Artikkel to

Emotional care for womes who experience miscarriages av Rachel Evans (2012).

Dette er en oversiktsartikkel som har som hensikt å reportere resultatene av empiriske studier om hvordan sykepleiere kan gi emosjonell støtte og hjelp til kvinner som opplever en spontanabort på en gynekologisk avdeling i første eller andre trimester. Forfatteren har brukt databaser som CINAHL, PubMed, Cochrane Library, British Nursing Index, MEDLINE, MIDIRS og PsycINFO for å finne de empiriske studiene hun har vurdert. Metoden hun har brukt er litteraturstudie, ved å vurdere 36 forskjellige artikler fra 1990 – 2010. 33 studier med kvalitativt design og tre med kvantitativ forskningsmetode. Studien inkluderer verdensdeler som Europa, Nord Amerika, Afrika, Asia og Oseania.

Det kommer frem i resultatene at flere kvinner synes det er svært sårt å oppleve en spontanabort. Empatiske og flinke sykepleiere har en viktig rolle i kvinnens tilhelingsprosess etter en slik hendelse, og kan være instrumentale for å forebygge langsiktige psykiske plager. Funnene viser også til at en gynekologisk avdeling kan være svært travel og at sykepleierne synes de får for liten tid til å ta seg av kvinnene på grunn av deres korte liggetid. I tillegg viser studien til at sykepleierne mener at ikke har de rette verktøyene for å tilnærme seg en kvinne i en slik situasjon, og at det derfor burde gis kurs til dem om hvordan de kan ivareta pasientene emosjonelt i en travel hverdag.

4.3 Artikkel tre

Early miscarriage as `matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit av Fiona Murphy & Susan Philpin (2009).

Dette er en kvalitativ studie med mål om å undersøke sykepleien som blir utøvd til en kvinne går gjennomgår en spontanabort før uke 16 på en gynekologisk avdeling. Metoden forskerne har brukt er tredelt. Åtte kvinner deltok i studien, og det ble gjennomført en observasjon av disse i 20 måneder etter at spontanaborten hadde funnet sted. De ble også gjennomført intervju med kvinnene for å få en dypere forståelse. Også sykepleierne som var tilstede under spontanaborten ble intervjuet. Til slutt ble det gjort dokumentasjonsanalyse av nøkkeldokumenter som pleieplaner.

Funnene avslørte at det er en stor forskjell i oppfattelsen av hva som skjer mellom sykepleiere og kvinnene under en spontanabort. For sykepleierne er dette en svært vanlig hendelse, da dette gjerne er noe de er borti hver dag på jobben. For kvinnene er denne opplevelsen av å miste et barn unik. En viktig grunn for at man har forskjellige oppfattelser handler også om forskjeller i kulturelle normer, som kan gjøre til at kvinnene ser på fosteret annerledes. For noen kvinner er fosteret bare det, et foster, mens andre kvinner allerede på det tidlige stadiet tenker på fosteret som en baby. Studien konkluderer med at det å oppleve en spontanabort er relativt vanlig i og med at det skjer med veldig mange kvinner, men at tapet likevel er unikt for kvinnen og at sykepleierne må etterkomme behovene deres både fysisk og psykisk.

4.4 Artikkel fire

Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study av Ana Paula Forte Camarneiro, Juraci Conceicao Silveira Cardoso Maciel & Rosa Maria Garcia de Silveira (2015).

Målet med denne kvalitative, fenomenologiske studien er å undersøke og forstå kvinners opplevelse av en spontanabort, når det er første gangen hun er gravid og mister før uke 13. Studien tar for seg hvilken omsorg kvinner som opplever dette trenger når situasjonen står på. Dataene ble samlet gjennom intervju av seks deltakere og ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Resultatene viser at essensen i fenomenet er den knuste drømmer som kommer fra å plutselig miste en ønsket graviditet. Flere av kvinnene følte at de ikke bare mistet ett barn, men også en fremtid. Noen av de vanligste følelsene etterpå var sorg, hjelpeløshet, emosjonelle smerter og skyldfølelse.

Studien konkluderer med at spontanabort er et offentlig helseproblem, og krever en spesiell tilnærming fra sykepleiere og andre helsearbeider når en kvinne opplever dette. Sykepleierne på en gynekologisk avdeling er i front når det gjelder å hjelpe disse kvinnene. Selv om kvinner opplever en spontanabort ulikt, er det en kompleks prosess som krever psykisk støtte fra helsepersonell for å veilede dem gjennom tapet.

4.5 Artikkel fem

Deciding treatment for miscarriage – experiences of women and healthcare professionals av Mette Linnet Olesen, Anette H. Graungaard & Gitte R. Husted (2014).

Dette er en kvalitativ studie, som har en grunnteoretisk tilnærming. Den har som mål å belyse hvordan en kvinnes følelser rundt det å oppleve en spontanabort påvirker valget hennes om hvordan hun ønsker å fjerne fosteret etter at det har dødd. Inklusjonskriteriet for kvinnene var at de hadde mistet før uke 13. Data ble samlet gjennom delvisstrukturerte intervju med seks kvinner som hadde valgt og gjennomgått enten kirurgisk eller medisinsk behandling for en spontanabort.

Kvinner som opplever at fosteret dør ved en spontanabort blir møtt med valget om de ønsker å fjerne fosteret ved utskraping eller tablettform, om kroppen ikke ordner opp selv. Funnene viser at dette valget blir gjerne overveldende for kvinnen da det blir presentert på et tidspunkt de er psykisk sårbare. Studien konkluderte med at kvinnenes valg om å enten velge utskraping eller avslutte graviditeten ved tablettform ble styrt av deres sårbare følelser. De hadde på forhånd fått god informasjon, men siden kvinnene ikke følte at de ikke ble godt nok ivaretatt psykisk når dette skjedde, klarte de ikke å ta til seg informasjonen som ble gitt.

5 DRØFTING

I dette kapittelet vil vi drøfte teori og forskningsfunn opp mot egne erfaringer og synspunkt. Først vil vi drøfte hvordan kvinnen kan oppleve sorg og tap under en spontanabort, og hva som da er viktige sykepleietiltak. Videre vil vi drøfte betydningen av kommunikasjon og en god relasjon mellom sykepleier og kvinnen. Deretter vil vi se på hvordan sykepleier kan fremme mestring i en slik sårbar situasjon.

5.1 Når sorg og omsorg går hånd i hånd

Sorg er det ordet vi bruker, når vi mennesker opplever betydningsfulle tap. Både tap og sorg er menneskelige erfaringer, som kan inneholde sterke savn og lengsler, dyp fortvilelse og håpløshet. Kjernen av sorgen henger sammen med det som er mistet, som i dette tilfellet er det som skulle blitt ett barn, mistet i spontanabort (Røkholt et al., 2018, s.11-13). Selv om de fleste kvinner som gleder seg over en påbegynt graviditet frykter spontanabort, tar forventningsgleden lett overhånd. En danner seg gjerne en forestilling om det fremtidige barnet og har kanskje allerede begynt å tenke på hvordan det kommer til å se ut, hvem det kommer til å ligne på, og noen har kanskje allerede tenkt på et navn. Når en kvinne mister et ønsket barn i spontanabort, blir denne sorgen derfor stor (Flohr & Wold, 2008, ss. 22-23).

Å oppleve en spontanabort har tidligere ikke blitt ansett som et tap av samfunnet, da det på mange måter er en av kroppens naturlige prosesser og har økt forekomst verden over (Evans, 2012). Vi har selv merket at folk generelt kan diskutere dette uten å bli enige. Dette er fordi at folk har ulike oppfatninger om når et foster er et foster, og når et barn er et barn. Enkelte mener at det ikke er et barn før det er levedyktig utenfor mors mage, mens andre mener det er et barn allerede når livet er plantet.

Den siste tiden har det blitt noe økt oppmerksomhet rundt senfølgene av en spontanabort. Flere av våre forskningsfunn viser til at kvinnene er utsatte for å utvikle psykiske plager som depresjon, isolasjon og angst etter et slikt tap. I følge Murphy & Philpin (2009) handler noen av grunnene til dette blant annet om at de sørger over et stort tap uten å få anerkjennelse for at de har mistet noe, og uten å ha en grav å sørge over. En av de andre sentrale grunnene til at de psykiske plagene oppstår i etterkant, er fordi at kvinnene ikke føler at de får hjelp fra helsepersonell til å takle følelsene sine når de gjennomgår en spontanabort på sykehuset (Evans, 2012).

Evans (2012) fant at noen kvinner følte seg nedprioriterte på sykehuset sammenlignet med andre pasienter som hadde mer alvorlige fysiske tilstander. Dette gjorde til at kvinnene følte seg alene og tilsidesatt med sorgen og tankene. Sorg og omsorg er nemlig to ord som går hånd i hånd, da omsorgen ofte er viktigst når man sørger over et tap, og man trenger omsorg for å overleve sorgen. Omsorg kan forstås forskjellig og komme til uttrykk på ulike måter, men handler om åpenhet og aksept i sykepleie. Det innebærer omtanke og beskyttelse, tilsyn og varsomhet (Karoliussen, 2011, s. 156).

Radford & Hughes (2014) forteller at et av de viktigste temaene som gikk igjen var «hva jeg føler». Kvinnene hadde et behov for at følelsene deres ble anerkjent av sykepleierne, og at de følte seg sett. Det var viktig for dem at de hadde noen som støttet dem og kunne hjelpe dem å takle de negative følelsene deres, som var på sitt mest intensive mens spontanaborten pågikk. Behovet understrekes av Evans (2012) som også påpeker viktigheten av å gi trygghet til kvinnene, med fravær av tidspress. Tidspress spiller nemlig en viktig rolle for både sykepleieren og kvinnen. I studien til Camarneiro et al. (2015) blir dette med tiden spesielt understreket, da de påpeker at noen av sykepleierne synes at det er vanskelig å støtte kvinnen på grunn av den korte liggetiden. Dette er noe vi også kjenner igjen i egne erfaringer. Når en pasient kommer inn på en gynekologisk avdeling for en spontanabort blir denne gjennomført enten medisinsk eller kirurgisk. Dersom det ikke er noen komplikasjoner med prosedyrene, er kvinnen som regel ikke inne på avdelingen lengre enn et døgn. Den korte tiden de er inne, i tillegg til andre arbeidsoppgaver og pasienter, kan gjøre det utfordrende å få god nok tid til å ivareta de slik man ønsker.

Til tross for at vi kjenner oss igjen i tidspresset, kjenner vi oss også igjen i funnene til Radford & Hughes (2014) og Evans (2012) når det gjelder kvinnenes behov for å bli sett og støttet. I praksis erfarte vi at bare ved å våge å være tilstede, uttrykker man omsorg ovenfor kvinnen. Det å være trygg på sykepleierrollen, og vise at man bryr seg kan gjøre at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Kvinnene i studien til Radford & Hughes (2014) trakk frem at empatien, sympatien og forsikringen de fikk fra sykepleierne var uvurderlig. De mente at sykepleierne var sentrale for deres trivsel og helbredelse. Vi tenker også at det er viktig å huske på at alle kvinner reagerer ulikt, og at ikke alle ønsker en hånd å holde i hele tiden. Noen foretrekker å få lov til å fordøye situasjonen alene, men det er likevel viktig at også disse føler seg sett.

5.2 Den viktige samtalen

I følge Travelbee foregår kommunikasjon ved ethvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for, både når de snakker sammen og når de er tause. Det etableres dermed et menneske-til-menneske-forhold, også kjent som en relasjon. Dette forholdet hjelper sykepleieren til å nå deres mål og hensikt ved at pasienten får sine sykepleiebehov ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 142). Kvaliteten på relasjonen mellom pasient og sykepleier har stor betydning for om pasienten kommer frem med sine opplevelser, tanker, meninger og følelser. Undersøkelser viser også at måten sykepleieren møter pasienten på, har stor betydning for pasientens holdninger til det sykepleieren gjør (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 25).

Både Radford & Hughes (2014) og Evans (2012) kommenterer i sine studier temaet «kommuniser med meg». For kvinnene var det viktig at sykepleierne var tilgjengelige for å snakke med dem og lytte til dem om tankene deres rundt hva som hadde skjedd. Dette kan sykepleier gjøre ved å legge til rette for samtalen. Det er også hensiktsmessig om det er samme sykepleier som har tatt imot, og fulgt henne gjennom prosedyren, som tar denne samtalen. Når man skal ha denne samtalen er det viktig å huske på at alle mennesker er unike, som Travelbee (2001, s.57) sier. Kvinnene vil derfor ha behov for at sykepleieren tilnærmer seg dem på ulike måter. Hvilken tilnærming som passer best for kvinnen, må avgjøres gjennom observasjoner. Vi tror også at det er viktig at det er lurt å ha samtalen på et eget rom, slik at kvinnen får ro når hun skal åpne seg. I praksis møtte vi en kvinne som også understreket behovet av at det var viktig at sykepleieren satt seg ned, når hun skulle snakke med henne. Dette var fordi at hun følte at sykepleieren var mer utilgjengelig når hun stod og pratet, da det hele tiden følte som om at hun måtte gå videre til neste pasient. Denne pasientens utsagn understreker hvor viktig det er at sykepleieren skaper ro og trygghet i samtalen, som også Radford & Hughes (2014) skriver i sin studie.

Evans (2012) og Camarneiro et. Al (2015) fant at skyldfølelse var noe som gikk igjen hos de fleste kvinnene, og som de også hadde behov for å snakke om. I denne sammenheng stilte flere av de spørsmål til hvorfor spontanaborten skjedde og hva de hadde gjort galt. Det er ikke uvanlig å lete etter en mening med det som har skjedd. Alle disse tankene og skyldfølelsen kommer ofte som et resultat av sorgen og sjokket av å miste (Røkholt et al., 2018, s.11-13).

Dette var noe vi ofte møtte på i praksis. De fleste kvinnene var lei seg, frustrerte og fortvilte. Flere ønsket også svar på hvorfor det skjedde med akkurat dem, og hva de kunne gjort annerledes for å unngå situasjonen de hadde havnet i. Noe av det uheldige med spontanaborter er at man ofte ikke vet årsaken. Årsakene kan være mange, men en av de vanligste grunnene til at spontanaborter forekommer tidlig i svangerskapet, skyldes gjerne kromosomfeil som hindrer barnet fra å utvikle seg normalt (Flohr & Wold, 2008, ss. 23-24). I slike tilfeller erfarte vi at det var viktig å sette seg ned med dem og forklare dem at de mest trolig ikke kunne gjort noe annerledes, og at spontanaborten var kroppens naturlige måte å ordne opp på. Selv om samtalen ikke gjorde sorgen noe lettere, gjorde den gjerne til at kvinnene klarte å akseptere hva som hadde skjedd, som åpnet mulighetene for å prøve å tenke fremover. Forskningen til Evans (2012) støtter også opp dette, samtidig som det ble bekreftet i studien at kvinner som ikke fikk denne samtalen, hadde større tendenser for å pådra seg skylden for at spontanaborten hadde hendt.

Det er også viktig å understreke at ikke alle ønsker å snakke om det, på lik linje som at ikke alle kvinner ønsker omsorg. Det kan ta tid før kvinnen er kommet over sjokket og klarer å åpne seg for sykepleier eller andre støttespillere. Ut i fra pasientens tilbakemeldinger og observasjoner av reaksjonsmønster kan man finne ut om kvinnen ønsker en samtale eller om hun ønsker å fordøye det alene. At kvinnen ikke ønsker å snakke med en gang, betyr derimot ikke at hun skal bli glemt, da noen bare trenger litt lengre tid enn andre før de er klare for å åpne seg. Dette er viktig at sykepleieren som hjelper kvinnen husker på, som også blir understreket i studien til Camarneiro et al. (2015)

5.2.1 Kommuniser med meg

Sykepleiere er ofte gode på praktiske prosedyrer grunnet mengdetrening. Det å snakke med noen og skulle gi omsorg for noen i en sårbar situasjon som spontanabort kan derimot være vanskelig for de fleste, da også sykepleiere. Både Radford & Hughes (2014) og Evans (2012) fant i sine studier at det var et stort behov for tilrettelagte kurs for sykepleiere på gynekologisk avdeling, for hvordan man skulle kommunisere med kvinnen i denne situasjonen. Kursene ble etterspurt av sykepleierne selv, på bakgrunn av at de følte at de ikke hadde de rette verktøyene for å føre en slik samtale på en god måte. Flere av sykepleierne var redde for å si noe feil eller gjøre noe galt som kunne føre til at kvinnene ble enda tristere enn de allerede var. I flere tilfeller førte dette til at sykepleierne selv ble emosjonelt utslitt av hele situasjonen. Noen av sykepleierne måtte også ta ut sykemelding, da de ble så utmattet av situasjonen. Resultatet ble at kvinnene ikke følte seg ivaretatt og at sykepleierne ikke følte at de utøvde god nok pleie.

De yrkesetiske retningslinjene, som nevnt i kapittel 3.1, snakker om sykepleierens oppgaver i forhold til pasienten og deres rettigheter. Blant annet sier de at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» jf. §2.9, (NSF, 2016). Dersom sykepleierne skal klare dette forutsetter det at de får god opplæring eller kurs for måter å imøtekomme disse kvinnene på skikkelig måte. Selv om Evans (2012) derimot uttrykker at det er ett stort behov for videreutvikling i form av kurs, stiller også noen av funnene hennes spørsmål til om dette skulle være nødvendig, da de som ytret dette hadde sykepleierutdanning. På tross av disse funnene, konkluderer likevel Evans (2012) med at det bør tilbys tilleggskurs i kommunikasjon og omsorg da etterspørselen er stor fra sykepleierne, som ikke synes at grunnutdanningen er nok for å hankses med denne situasjonen.

5.2.2 Informasjon til den sørgende kvinnen

På samme tid som det er viktig at kvinnene får snakke ut om sine følelser og får bekreftelser fra sykepleierne, er det også viktig at hun får all informasjon som hun trenger. Olesen et al. (2015) fant i deres studie at kvinnenenes behov for å snakke om følelsene sine, hang sammen med evnen til å absorbere informasjonen som ble gitt.

Et av punktene som går under viktig informasjon til kvinnen som går igjennom en spontanabort, er informasjonen rundt valget om å fjerne fosteret medisinsk eller kirurgisk. Når hun skal ta dette valget er det viktig at hun er innforstått med hva de ulike prosedyrene innebærer og eventuelle følger av begge. Dette er viktig for at kvinnen skal ta det valget som er rett for henne, og hennes kropp. Olesen et al. (2015) fant at kvinnenenes emosjonelle følelser ofte overskygget valget deres, fordi de ble bedt om å velge et alternativ, før de hadde fått muligheten til å anerkjenne det som hadde hendt. Dette gjorde til at flere følte i ettertid at de tok feil valg, som gjorde sorgprosessen enda vanskeligere å bearbeide. Evans (2012) sin studie støtter opp under dette, da hun fant at kvinner som blir gitt informasjonen på en god måte var mer fornøyde med valget sitt, og opplevde mindre psykiske plager i etterkant.

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, er det viktig at pasienten blir gitt all nødvendig informasjon om egen helsetilstand, og om helsehjelpen hun får (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For noen kvinner kan det være overveldende å skulle ta til seg all informasjon på samme tid. Det betyr derimot ikke at man skal spare på noe av informasjonen for å gjøre det enklere. Som klart understreket i Pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten ha tilpasset informasjon. I praksis erfarte vi at det er viktig å huske på å gi rett informasjon til rett tid. Den viktigste informasjonen skal alltid gis, men kan tilpasses ut ifra hva pasienten trenger og ønsker å vite i den gitte situasjon. I tillegg til å gi muntlig informasjon, bør og skal det alltid gis skriftlig informasjon i tillegg. I forhold til spontanabort handler det mye om at flere av kvinnene fremdeles kan være i sjokk når de mottar informasjonen, noe som gjør at de kanskje ikke får med seg alt som blir sagt. Dette blir også understreket av Evans (2012) i hennes studie. Det vil derfor være viktig at informasjonen blir gjentatt.

Noe som kanskje er det tøffeste for kvinnene med spontanaborten, er hva som skal skje med fosteret når det kommer ut. I studien til Murphy & Philpin (2009) kommenterte sykepleierne i intervjuet at de fleste kvinnene så på fosteret som en baby, selv om de bare vare opp til 16 uker på vei. Hvorvidt fosteret derimot ser ut som en baby avhenger nettopp av hvor gammelt det er. I 2001 kom helsetilsynet med retningslinjer for hvordan sykehusene skal håndtere aborterte fostre som er både mindre eller mer enn 12 uker gamle. Formålet med disse retningslinjene er å sikre en respektfull og ensartet håndtering av aborterte fostre ved landets sykehus. Håndteringen av fosteret kan enten skje på samme måte som håndteringen av annet biologisk materiale, eller i form av begravelse (Helsetilsynet, 2001). I praksis erfarte vi begge deler. Når kvinnene ønsket å se fosteret før en eventuell begravelse, stelte vi de til beste evne og la de fint i en pappkiste. I anledninger der kvinnen ønsket det, tok vi også fot- og håndavtrykk av fosteret og gav det til kvinnen. Noen synes at det er enklere å forholde seg til det som har skjedd ved å få velge begravelse. På denne måten har fosteret, som de så på som deres baby, blitt lagt til fred på en fin måte og kvinnene har en grav å sørge ved. Vi har derimot også sett i praksis at noen synes dette blir for overveldende, og de fortrekker at fosteret blir tatt bort i stillhet og håndtert som annet biologisk materiale.

5.3 Å skape mestring i sorgen

Både Camarneiro et al. (2015), Evans (2012) og Radford & Hughes (2014) viser til at det å gjennomgå en spontanabort, potensielt kan være psykisk ødeleggende for kvinner. Noen av den effektene som kan oppstå er blant annet angst, depresjon, isolasjon og andre former for sorg. Alle disse studiene trekker frem hvor mye sykepleierens ivaretagelse av kvinnen har å si mens de er inne på sykehuset. Men like viktig som å ivareta de mens de er innenfor sykehusets vegger, er å forberede dem på det som møter de når de kommer hjem.

Empowerment i helsesammenheng, vil si å gi pasienten makt til noe, og å gjøre pasienten sterkere med hensyn til deres eget liv og rettigheter (Tveiten & Boge, 2014, s. 16). Begrepene empowerment og mestring henger tett sammen. Ved å fremme empowerment vil man fremme den enkeltes ressurser, slik at de kan mestre hverdagen og hverdagens utfordringer, og dermed oppleve kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 67). Evans (2012) fant at når sykepleierne fremmet sorgprosessen, ble mestring oppnådd. Dette er fordi at det å takle hverdagen ble enklere for kvinnene etter at de kom hjem. Sorgprosessen og mestring kan fremmes ved å anerkjenne at kvinnene har lidd et tap. Knutstad sin teori (2015, s. 853) styrker dette, da han skriver at sorgen vil være enklere å takle dersom sorgarbeid og akseptering fremmes av helsevesenet.

Mestring av sorgen kan også fremmes ved å støtte dem og oppfordre dem til å snakke om det med andre. Flere synes at å få dele sine erfaringer er lindrende, men ikke alle har noen å dele med det. Vi kan selv tenke oss at det er utfordrende å kontakte noen å snakke med, da dette er et sårt og vanskelig tema i utgangspunktet. Sykepleier bør derfor ha med seg dette i møtet med kvinnen og sette henne i kontakt med fastlege eller psykolog om dette er ønskelig.

Selv om flere kvinner kan oppleve etterreaksjoner og psykiske plager, må man ikke glemme at sorg er en naturlig prosess og at noen kvinner blir lettet når de får komme hjem og kan legge det bak seg. Sykepleier bør derimot også oppfordre disse kvinnene til å ringe til avdelingen etter at hun er kommet hjem, dersom hun har spørsmål eller har behov for å prate.

6 KONKLUSJON

Kvinner som spontanaborderer rapporterer at de ikke føler seg ivaretatt på sykehuset. Dette er fordi de føler seg nedprioritert i forhold til andre pasienter, noe som fører til at de ikke får dekket de behovene de har i situasjonen. Samtidig har forskning vist at denne pasientgruppen er spesielt utsatt for å utvikle psykiske plager i etterkant, om de ikke blir godt nok ivaretatt. Sykepleierne påstår at mangel på kunnskap og tid hindrer dem i å kunne gi god nok sykepleie. Forskning støtter dette og viser at sykepleiere har behov for økt kompetanse i kommunikasjon for å gi god nok omsorg til disse kvinnene. Teori sier videre at det er viktig at sykepleierne våger å være tilstede, og prøver å etablere en relasjon til kvinnen tidlig i forløpet, samt gi rom for å snakke om følelsene rundt det som har skjedd. Kvinnene sine reaksjoner og behov vil variere, og det er derfor viktig at sykepleiere utøver faglig skjønn og tilpasser kommunikasjon og informasjon ut fra dette. Det kan også være viktig med både muntlig og skriftlig informasjon om forløpet, og hva som skal skje.

Gjennom god ivaretaking kan sykepleieren også fremme sorgprosessen og mestring når kvinnen skal reise hjem og takle situasjonen på egenhånd. Om hun trenger ekstra oppfølging bør sykepleier sette henne i kontakt med fastlege eller psykolog, og gi henne nummeret til avdelingen som hun kan ringe om hun skulle ha noen spørsmål.

Til slutt vil vi nevne at vi kjenner flere som har delt sine opplevelser rundt det å gjennomgå en spontanabort. Noen hadde hendt for flere år siden, mens noen var mer nylig. Flere har fortalt at de nesten ikke har snakket om det tidligere, i frykt for å ikke bli forstått. Dette bekreftes av teori og forskning som også sier at vi vet for lite om kvinnens følelser rundt spontanabort i dagens samfunn, og at dette er et tema som er viktig å sette lys på. Spontanabort er en sensitiv hendelse og kvinnene som går igjennom dette, har behov for god ivaretaking fra sykepleierne, da psykiske plager som depresjon, angst og isolasjon har større sjanse for å oppstå uten.

7 BIBLIOGRAFI

- Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (Red.). (2010). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 156-178). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Askheim, O. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Camarneiro, A. F., Maciel, J. C., & Garcia da Silveira, R. M. (2015, Januar 6). *Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study*. Hentet fra Journal of Nursing Referencia: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14064>
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M.-P., & Loxton, D. (2014, April 14). *History of Pregnancy Loss Increases the Risk of Mental Health Problems in Subsequent Pregnancies but Not in the Postpartum*. Hentet fra Public Library of Science: doi: 10.1371/journal.pone.0095038
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, R. (2012, Juni 15). *Emotional care for women who experience miscarriage*. Hentet fra RCN Publishing: DOI:10.7748/ns2012.06.26.42.35.c9160
- Flohr, J., & Wold, K. (2008). *Barnet som ikke ble - en bok om spontanabort, senabort og dødfødsel*. Oslo: Emilia Press AS.
- Grov, E., & Holter, I. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsenorge. (2015, Desember 27). *Spontanabort*. Hentet Oktober 11, 2018 fra <https://helsenorge.no/gravid/spontanabort>

- Helsetilsynet. (2001, Oktober 17). *Retningslinjer for håndtering av aborterte fostre*. Hentet Oktober 11, 2018 fra Statens helsetilsyn:
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/regelverk/rundskriv/htil_gamle_run_dskriv/ik-9-2001.pdf
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. Grov, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 363-398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 17-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Knutstad, U. (2015). *Utøvelse av klinisk sykepleie - sykepleieboken 3*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Murphy, F., & Philpin, S. (2009, Oktober 17). *Early miscarriage as "matter out of place": An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit*. Hentet fra International Journal of Nursing Studies: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.10.011
- Nesheim, B.-I. (2016, september 8.). *Spontan abort*. Hentet oktober 24., 2018 fra Store medisinske leksikon: https://sml.snl.no/spontan_abort
- Nesheim, B.-I. (2018, juli 25.). *Graviditet*. Hentet oktober 24., 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/graviditet>
- Nesheim, B.-I. (2018, April 3). *Trimester*. Hentet November 20, 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/trimester>
- NHI. (2017, November 29). *Spontanabort*. Hentet Oktober 11, 2018 fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsykdommer/komplikasjoner-i-svangerskapet/spontan-abort/?page=all>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- NSF. (2016, Mai 23.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet November 7., 2018 fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Olesen, M. L., Graungaard, A. H., & Husted, G. R. (2014, Juli 17). *Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals*. Hentet fra Scandinavian Journal of Caring Sciences: doi: 10.222/scs.12175
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.
- Radford, E. J., & Hughes, M. (2014, Desember 13). *Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care*. Hentet fra Journal of Clinical Nursing: doi: 10.1111/jocn.12781
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Røkholt, E., Bugge, K., Sandvik, O., & Sandanger, H. (2018). *Sorg*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS .
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten, & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelser og pedagogikk* (ss. 13-25). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG 1

Systematisk treff i databaser

Database	Søkenummer	Søkedato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valg av artikkel
Svemed+	S1	23. oktober 2018	Spontanabort	Peer reviewed tidsskrifter og les online	32 treff	<i>Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals</i>
Academic Search Elite	S1	8. oktober 2018	Miscarriage		11144 treff	
	S2	8. oktober 2018	Nursing care		57165 treff	
	S1 AND S2	8. oktober 2018	Miscarriage AND Nursing care	Full tekst og årstall 2008-2018	11 treff	<i>Emotional care for women who experience miscarriage</i>

Academic Search Elite	S1	8. oktober 2018	Miscarriage		11144 treff	
	S2	8. oktober 2018	Early loss		4600 treff	
	S3	8. oktober 2018	Nursing		221277 treff	
	S1 AND S2 AND S3	8. oktober 2018	Miscarriage AND early loss AND nursing	Full tekst og årstall 2008-2018	8 treff	<i>Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study</i>
	S1 AND S2 AND S3	8. oktober 2018	Miscarriage AND early loss AND nursing	Full tekst og årstall 2008-2018	8 treff	<i>Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care</i>
	S1 AND S2 AND S3	8. oktober 2018	Miscarriage AND early loss AND nursing	Full tekst og årstall 2008-2018	8 treff	<i>Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynecological unit</i>

VEDLEGG 2

Sjekkliste for oversiktsartikkel

Oversiktsartikkel	Women´s experiences of early miscarriage: implications for nursing care
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja. Studien har som hensikt å reportere resultatene av empiriske studier om kvinners opplevelser ved tidlig spontanabort.
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	Ja. Forfatterne har tatt med kvalitative studier som handler om kvinners perspektiv og opplevelser fra spontanabort. Studiene inkluderte kvinner som hadde spontanabort opp til 16. svangerskapsuke.
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Forfatterne vurderte 9 kvalitative artikler som var publisert mellom 1990-2010. Databasene forfatterne har brukt for å finne disse empiriske studiene er PsycINFO, MEDLINE, CINAHL og British Nursing Index.
4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja. Forfatterne har brukt et validert kritisk vurderingsverktøy fra Critical Apprai-Sal Skills Program til å evaluere studien og finne ut kvaliteten på funnene.
5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja. Artikkelen har en oversikt over hvor de forskjellige studiene har blitt utført, hvilke metoder de brukte, antall kvinner som deltok i studiene og hovedfunn i de ulike studiene.

<p>6. Hva er resultatene?</p>	<p>Funnene viser at å oppleve en spontanabort i et tidlig stadium potensielt kan være psykisk ødeleggende for kvinnen og at man ikke skal undervurdere hvor ødeleggende det kan være, selv om det skjedde tidlig i svangerskapet. Alt i alt konkluderer studien med at det er et stort behov for at sykepleierne legger til rette for god kommunikasjon, informasjon og forståelse for å hjelpe kvinnen med å takle spontanaborten både under og etter.</p>
<p>7. Hvor presise er resultatene?</p>	<p>Fordi resultatene er hentet fra 9 studier med kvalitativ metode, som er basert på menneskers egne erfaringer, velger vi å tro at resultatene er presise.</p>
<p>8. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja. Studien sier at det er et betydelig behov for at sykepleiere skal tilby informasjon, empatisk kommunikasjon og forståelse for å hjelpe kvinner til å takle det som har skjedd og fremtiden etter en spontanabort.</p>
<p>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?</p>	<p>Ja, alle viktige utfallsmål ble vurdert.</p>
<p>10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?</p>	<p>Ikke relevant spørsmål for vår oppgave</p>

VEDLEGG 3

Sjekkliste for oversiktsartikkel

Oversiktsartikkel	Emotional care for women who experience miscarriages
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja. Hensikten med studien er å reportere resultatene av studier om hvordan sykepleiere kan gi emosjonell støtte og hjelp til kvinner som opplever en tidlig spontanabort på en gynekologisk avdeling.
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	Ja. Artikkelen inkluderer studier som handler om følelsesmessig omsorg for kvinner som opplever spontanabort.
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Forfatteren vurderte 36 forskjellige artikler fra 1990-2010, der 33 studier hadde kvalitativt design og 3 studier hadde kvantitativ forskningsmetode. Forfatteren har brukt databaser som CINAHL, PubMed, Cochrane Library, British Nursing Index, MEDLINE, MIDIRS og PsycINFO.
4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Forfatterne brukte den kritiske retningslinjen IMRaD når de gjennomgikk artiklene.
5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Artikkelen har ikke slått sammen resultatene fra studiene i en metaanalyse.

6. Hva er resultatene?	Det kommer frem i resultatene at flere kvinner synes det er svært sår å oppleve en spontanabort. Empatiske og flinke sykepleiere har en viktig rolle i kvinnens tilhelingsprosess etter en slik hendelse, og kan være instrumentale for å forebygge langsiktige psykiske plager. Funnene viser også til at en gynekologisk avdeling kan være svært travel og at det derfor burde gis kurs til sykepleierne om hvordan de skal finne tid til å ta seg emosjonelt av pasientene i en travel hverdag.
7. Hvor presise er resultatene?	Ettersom forfatteren har vurdert 36 forskjellige studier med både kvalitativ- og kvantitativ metode velger vi å se på resultatene som troverdige.
8. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja. Artikkelen sier at dyktig pleie av kvinnene som opplever spontanabort har en viktig rolle i den langsiktige emosjonelle utvinningen av disse pasientene. Det kan også bidra til å forhindre psykologiske problemer. Den sier også at det er viktig at det blir gitt opplæring av sykepleiere som har omsorg for kvinner som opplever spontanabort.
9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja, alle viktige utfallsmål ble vurdert.
10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ikke relevant spørsmål for vår oppgave.

VEDLEGG 4

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ studie	Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Målet med studien er å undersøke sykepleien som blir utøvd til en kvinne som gjennomgår en tidlig spontanabort på en gynekologisk avdeling.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig fordi studien har som mål å forstå og belyse erfaringer og opplevelser.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja. Metoden forskerne har brukt er tredelt. 8 kvinner deltok i studien, og det ble gjennomført en observasjon av disse i 20 måneder etter at spontanaborten hadde hatt sted. De ble også gjennomført intervju med kvinnene for å få en dypere forståelse. Også sykepleierne som var tilstede under spontanaborten ble intervjuet. Til slutt ble det gjort dokumentasjonsanalyse av nøkkeldokumenter som pleieplaner.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. 10 sykepleiere, 3 leger og 3 ultrasonografer var intervjuet, i tillegg til 8 kvinner som hadde opplevd spontanabort.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. det ble gjennomført en observasjon av de 8 kvinnene i 20 måneder etter at spontanaborten hadde skjedd. De ble også gjennomført intervju med kvinnene for å få en dypere forståelse

<p>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Ja. Siden forskeren har innflytelse på prosessene for datainnsamling, analyse og tolkning ble det tatt en refleksiv holdning som påvirket og formet de vedtakene som ble tatt.</p>
<p>7. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Ja. Studien var godkjent av de relevante forskningsetiske komitéene. De viktigste etiske problemene som ble identifisert var informert samtykke, anonymitet, konfidensialitet og potensielle fordeler og skade for deltakerne fra deres involvering i studien.</p>
<p>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Ja. Alle dataene ble analysert ved bruk av tematisk analyse der intervjuets notater ble lest, opp til flere ganger, nøkkelmønstre identifisert og gruppert i temaer og kategorier. Resultatet var et samlet kart over kjerne temaene og kategorier fra alle datakilder.</p>
<p>9. Er funnene klart presentert?</p>	<p>Ja. Funnene avslørte at det er en stor forskjell i oppfattelsen av hva som skjer mellom sykepleiere og kvinnene under en spontanabort. For sykepleierne er dette en svært vanlig hendelse, da dette gjerne er noe de er borti hver dag på jobben. For kvinnene er denne opplevelsen av å miste et barn unik.</p>
<p>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Funnene er nyttig fordi de sier at selv om spontanabort er relativt vanlig, er tapet likevel unikt for kvinnen og at det er viktig at sykepleierne etterkommer kvinnenes behov, både fysisk og psykisk. Resultatene kan dermed være til hjelp i praksis.</p>

VEDLEGG 5

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ studie	Experiences of spontaneous abortion in primigravidae during the first trimester of pregnancy: a phenomenological study
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Målet med denne studien er å undersøke og forstå kvinners opplevelse av en spontanabort, når det er første gangen hun er gravid og mister i første trimester.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig fordi studien har som mål å belyse erfaringer og opplevelser.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja. Dataene ble samlet gjennom intervju av seks deltakere og ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Studien har inkludert seks kvinner som opplevde spontanabort i deres første trimester.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. Dataene ble samlet inn gjennom ustrukturerte intervjuer som startet med åpne spørsmål. Kriteriene for deltakerens var at de hadde opplevd spontanaborten for under 6 måneder siden, i førstetrimester, at de ikke følte seg hemmet av å snakke om opplevelsen og at de kunne snakke godt muntlig.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja. Konteksten som datasamlingen har blitt gjort i er beskrevet.

<p>7. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Ja. Deltakerne ble kontaktet før intervjuene og gav deres informerte samtykke. Anonymitet var umulig å få til, men løftet om konfidensialitet ble garantert og navnene deres ble erstattet med identifikasjonsnumre.</p>
<p>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Ja. Dataene ble samlet inn gjennom intervju og ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse.</p>
<p>9. Er funnene klart presentert?</p>	<p>Ja. Resultatene viser den knuste drømmen som kommer fra å plutselig miste en ønsket graviditet. Flere av kvinnene følte at de ikke bare mistet ett barn, men også en fremtid. Noen av de vanligste følelsene etterpå var sorg, hjelpeløshet, emosjonelle smerter og skyldfølelse</p>
<p>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Funnene fra studien er nyttig og kan overføres til praksis fordi den sier at det krever en spesiell tilnærming fra sykepleiere når en kvinne opplever en spontanabort. Studien sier også at det kreves psykisk støtte fra helsepersonell for å veilede dem gjennom tapet.</p>

VEDLEGG 6

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ studie	Deciding treatment for miscarriage – experiences of women and healthcare professionals
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Målet med studien er å belyse hvordan en kvinnes følelser rundt det å oppleve en spontanabort påvirker valget hennes om hvordan hun ønsker å fjerne fosteret etter at det har dødd.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig fordi studien har som mål å belyse erfaringer og opplevelser.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja. En semi-strukturert intervju guide ble brukt for å tillate fleksibilitet til å utforske deltakernes største bekymring. Intervjuveiledningen ble kontinuerlig justert i henhold til nye funn for å utforske og sammenligne funn og mønstre
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Studien inkluderte 6 kvinner som hadde valgt og gjennomgått enten kirurgisk eller medisinsk behandling for en spontanabort.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. Data ble samlet gjennom delvisstrukturerte intervju.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja. Konteksten som datasamlingen har blitt gjort i er beskrevet.

<p>7. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Ja. På grunn av kvinnens sårbare situasjon ble det gjennomført etisk refleksjon. Skriftlig informert samtykke ble hentet fra pasienter etter at de fikk både muntlig og skriftlig informasjon om deltakelse i studien. Tillatelse ble innhentet fra alle deltakerne for å digitalisere intervjuene. I henhold til dansk lov er intervjustudier unntatt fra etisk gjennomgang. Dette ble bekreftet av etikkutvalget i hovedstadsregionen, Danmark. Datahåndtering ble godkjent av Datatilsynet.</p>
<p>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Ja. Intervjuene ble lest flere ganger for å sikre jording i data og å validere analysene. Notater, inkludert refleksjoner og hypoteser om koder, kategorier og deres fellesforhold ble skrevet som verktøy for å opprettholde og utvikle analysene.</p>
<p>9. Er funnene klart presentert?</p>	<p>Ja. Studien konkluderer med at dersom kvinnene ikke føler at de blir godt nok ivaretatt psykisk under en spontanabort, klarer de ikke å ta til seg informasjonen som blir gitt. Kvinner som opplever at fosteret dør ved en spontanabort blir møtt med valget om de ønsker å fjerne fosteret ved utskraping eller tablettform, om kroppen ikke ordner opp selv. Funnene viser at dette valget blir gjerne overveldende for kvinnen da det blir presentert på et tidspunkt de er psykisk sårbare.</p>

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Funnene er nyttig fordi studien sier at kvinnene må bli godt ivaretatt psykisk for å kunne ta til seg informasjonen som blir gitt. Det kan derfor overføres til praksis ved at sykepleiere ivaretar kvinnen når de er psykisk sårbare.
--	--