



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-04-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	250
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7934
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	20
Andre medlemmer i gruppen:	241

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Når graviditeten ikke går som planlagt

Ekstrauterin graviditet og kvinnehelse

When the pregnancy does not go as planned

Ectopic pregnancy and women's health

Kandidatnummer: 250 & 241

Bachelor i desentralisert sykepleie, Bergen

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder: Bente Dahle Sylta

Innleveringsdato: 12.05.2023

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

Sammendrag

Sykepleiere har et stort ansvar for pasienter i deres sykdomsforløp. Ekstrauterin graviditet er blant de svangerskapskomplikasjonene som krever at sykepleiere er til stede for kvinnen gjennom en sårbar og psykisk tung tid. Kvinnen gjennomgår en krise i livet og sitter gjerne igjen med mange forskjellige inntrykk og spørsmål rundt hennes tilstand. Fra oppdagelsen av ekstrauterin graviditet til behandling, skjer det mye og i høyt tempo. Dette kan være svært belastende for kvinnen. I ettertid av behandlingen sliter mange kvinner psykisk og fysisk. Oppgaven ser nærmere på hvordan sykepleier kan gi god omsorg og oppfølging til kvinner som har gjennomgått en ekstrauterin graviditet. I oppgaven inkluderer og reflekterer vi med sykepleierfilosof Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi i møtet mellom pasient og sykepleier. Oppgaven vektlegger sykepleiers bevissthet på pasientens psykososiale behov for støtte, samt viktigheten av kunnskap og kompetanse om tilstanden for å sikre økt trygghet for kvinner i møte med helsevesenet. Erfaringer vi har gjort oss peker på for lite forskning og oppfølging i etterkant av tilstanden.

Nøkkelord: Ekstrauterin graviditet, kvinnehelse, sårbarhet, krise, støtte, sykepleier-pasient relasjon, Kari Martinsen, veiledning, kommunikasjon og samhandling.

Summary

Nurses have a great responsibility for patients during all serious illnesses. Ectopic pregnancy is among the pregnancy complications that require nurses to be present for the women, during a vulnerable and psychologically difficult time. Women experience a crisis in her life and is often left with many different impressions and questions about her condition. From the discovery of an ectopic pregnancy to treatment, are there many phases a woman goes through, at a fast pace. This can be very stressful for women. After the treatment, many women struggle mentally and physically. The thesis will take a closer look at how nurses can provide good care and follow-up to women who have been through an ectopic pregnancy. We have included and reflected nursing author Kari Martinsen's philosophy of care in the relationship between nurses and their patients. The thesis emphasizes the nurse's awareness of the patient's psychosocial requirements. It also shows the importance of knowledge and competency about ectopic pregnancy to ensure increased safety for women in the healthcare system. We have gained an understanding that shows too little research and awareness in the aftermath of ectopic pregnancy.

Keywords: Ectopic pregnancy, women's health, vulnerability, crisis, support, nurse-patient relationship, Kari Martinsen, guidance, communication, and interaction.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing for valg av problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaring	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Manuell søk.....	4
2.2 Systematisk søk.....	5
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.4 Kildekritikk	6
2.5 Etske overveielser	6
2.6 Metodekritikk.....	6
3.0 Resultat.....	7
4.0 Teoretisk rammeverk.....	10
4.1 Ekstrauterin graviditet.....	10
4.1.1 Behandlingsalternativer	10
4.2 Krise- og krisesituasjoner.....	11
4.3 Informasjon og kommunikasjon	12
4.3.1 Skam og skyldfølelse	12
4.4 Sykepleiefaglig perspektiv	13

4.4.1 Kommunikasjon i krisesituasjoner	14
4.4.2 Juridisk rammeverk og lovverk	14
4.5 Kari Martinsen	15
4.5.1 Omsorg	15
4.5.2 Sårbarheten og sansingen	15
4.5.3 Tid, tilstedeværelse og hurtighet.....	16
5.0 Diskusjon.....	17
5.1 Sårbarhet etter en ekstrauterin graviditet	17
5.2 Ivaretagelse av kvinnens opplevelser.....	19
5.3 Betydningen av informasjon og kommunikasjon	20
5.4 Møtet med helsevesenet	22
5.5 Mer forskning på området.....	23
6.0 Avslutning	25
7.0 Litteraturliste	26
Vedlegg 1. Pio-skjema	29
Vedlegg 2. Søkematrise.....	30
Vedlegg 3. Litteraturmatrise.....	32

1.0 Innledning

Kvinnehelse har lav status. Det vises i forskning og finansielle ordninger i helsevesenet, og hvordan kvinnehelse i for liten grad prioriteres i dagens helsevesen. Kunnskapsbroen brister også på mange steder. Selv om det er kunnskap om at for eksempel hjertelidelser rammer kvinner forskjellig fra menn, så når dette ikke fram. Det er også mangel på undervisning i temaet, som er gjenkjennbart for oss gjennom sykepleierutdanningen (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Kvinnehelse har vært i vinden den siste tiden på sosiale medier og det har blitt utarbeidet en ny NOU rapport. Flere kvinner har delt sine historier og engasjert seg med et fellesbudskap: prioriter forskning på kvinnehelse og helsetilbudet for kvinner.

I 1999 ble det utarbeidet en egen offentlig utredning om kvinnehelse, NOU 1999: 13 kvinners helse i Norge. Den avdekket en gjennomgående mangel på kjønns spesifikk kunnskap og kjønnsperspektiver i medisinsk forskning. Mye medisinsk kunnskap bygger i hovedsak på mannen som norm, som resulterer i at det fortsatt er manglende kunnskap om sykdommer som er mer typiske for kvinner. Kvinner får heller ikke alltid like god diagnostisering og behandling for sykdommer som rammer begge kjønn (Kvinnehelseportalen, 2018, s.6-7).

Dette er et utdrag fra innledningen til rapporten om kvinnehelse fra 2018, forprosjektet til kvinnehelseportalen.no. Rapporten understreker hvor viktig det er å fremme kjønnsperspektivet hos fagmiljøer for å kunne satse mer på forskning innenfor kvinnehelse, bedre behandlingstilbudet til kvinner og på generell basis øke kunnskapen på området.

I Norge er det et stort antall kvinner som lider av ulike kjønnsrelaterte sykdommer og plager som ikke har fått informasjon eller nok kunnskap om tilstanden sin. En av disse tilstandene er ekstrauterint svangerskap, som vil si at det befruktete egget fester seg utenfor livmoren. Dette gjelder 1-2% av alle graviditeter, hvor de fleste (97%) fester seg i egglederen. I akutt fase gir tilstanden smerter og blødninger som kan være så stor at den gir anemi (Helsedirektoratet, 2016).

I denne oppgaven vil vi presentere og diskutere hvordan sykepleier kan møte kvinner som gjennomgår en ektrauterin graviditet på en omsorgsfull måte. Vi vil ha fokus på kvinnen og hennes behov. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker at de skal ha et helhetlig omsorgsfokus i møte med den enkelte pasient. Pasienter har ved akutt og kritisk sykdom individuelle behov for å mestre sin situasjon. For å ivareta de psykososiale behovene, må kvinnen føle seg sett og ivaretatt (Norsk sykepleieforbund, 2019).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har gjennom yrkes- og praksiserfaring fått stor interesse for kvinnehelse og stilt oss selv spørsmål om hvorfor det ikke er nok kunnskap og forskning, samt formidling av forskning om kvinnehelse til allmennheten. Etter å ha vært i kirurgisk praksis på gynekologisk avdeling opplever vi at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan være spesielt utfordrende når det gjelder å informere kvinner om egen kropp og helse. Dette er fordi sykepleiere generelt har for lite kunnskap om kvinnekroppen (Korsvik, 2020, s. 21). Vi mener at som sykepleier bør du ha innsikt i kvinnekroppen og belastninger som kan utvikles i en krisesituasjon, for å kunne skape trygghet og gi god individuell behandling til den enkelte kvinne. Dette har vært grunnlaget for valg av vårt tema, samt at vi syntes det er spennende å skrive om noe som det ikke er så mye forskning på fra før.

Vi ønsker at det skal være et likeverdig helsetilbud for kvinner og menn. Det krever større åpenhet og dialog rundt kvinnehelse og alle helseutfordringene de har. Vi vil bryte stillheten og skammen over et tabubelagt tema ved å belyse viktigheten av kunnskap, forskning og informasjon til den enkelte kvinne som står alene i sorgen etter en ektrauterin graviditet.

1.2 Problemstilling

Vi ønsker å belyse tematikken gjennom problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier legge til rette for omsorgsfull sykepleie til kvinner som har gjennomgått en ektrauterin graviditet?

1.3 Avgrensning for valg av problemstilling

Kvinnehelse er et omfattende, stort og spennende tema. Etter å ha lest nasjonale rapporter og forskning rettet mot kvinnehelse, har hovedbudskapet deres vært at det er brukt for lite ressurser på forskning. Formålet med oppgaven vår er å øke interessen og fremme kjønnsperspektivet til fagmiljøer, men også til allmenheten. Oppgaven er avgrenset til kvinner i fertil alder som har erfart eller gjennomgått en ektrauterin graviditet. Vi har valgt å ikke avgrense til en spesifikk alder, da kvinner innenfor fertil alder kan være bredt. Det er lite forskning på dette området, noe som gjør at vi ikke har avgrenset om det er planlagt eller ikke planlagt graviditet. Arenaen vi møter kvinnen på vil være i en oppfølgingsfase der kvinnen har gjennomgått svangerskapskomplikasjonen.

1.4 Begrepsavklaring

Her vil vi kort definere begreper som er relevante i oppgaven. Begrepene utdypes ytterligere i teorikapittelet.

Ekstrauterin graviditet, *graviditas extrauterina* er graviditet hvor det befruktete egget slår seg ned og utvikles utenfor livmoren (Nylenna, 2017, s. 124). En kan bruke begge begrepene, ekstrauterin graviditet eller ektopisk svangerskap, men vi velger å referere til betegnelsen *ekstrauterin graviditet* i oppgaven.

Krise er en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen (Cullberg, 2007, referert i Renolen 2015, s. 184).

Omsorg er et begrep om omfatter både en holdning ovenfor andre (omtanke og følelsesmessig engasjement), og aktiviteter som utføres til beste for mennesker som trenger hjelp på grunn av sviktende helse eller manglende evner (omsorgsarbeid) (Nylenna, 2017, s. 358).

2.0 Metode

I metodekapittelet blir fremgangsmåten vår beskrevet frem til resultatene våre. Under de neste punktene vil litteraturstudie som metode presenteres, manuelle og systematiske søk samt inklusjons- og eksklusjons kriterier før vi til slutt viser til helsebibliotekets sjekklister for kildekritikk av studiene vi har funnet. Videre vil de inkluderte forskningsartiklene presenteres i resultatdelen.

Metode er den systematiske fremgangsmåten benyttet for å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Metoden anvendt i oppgaven er litteraturstudie. Metoden omfatter systematisk og manuelt søk av litteratur, kritisk vurdering av forskningsartikler, drøfting av funnene og avslutningsvis en sammenfatning av temaet (Thidemann, 2019, s. 74-79).

2.1 Manuell søk

I søkeprosessen (januar 2022 - mai 2023) for å finne aktuell, relevant og oppdatert faglitteratur har vi gjennomført manuelle og strukturelle søk. Det har vært krevende å finne forskning om temaet og denne problematikken har også vært gjentakende i studiene vi har lest.

Den innledende søksfasen startet med manuelle søk, hvor vi søkte etter aktuelle fagbøker i pensumlitteratur, nasjonale retningslinjer og rapporter om kvinnehelse. Til disse søkene ble Oria og Google Scholar benyttet.

Vi har også anvendt *snøballmetoden* til å finne relevant litteratur ved å se i litteraturlisten i ulike kilder, for deretter å gå til original kilden (Dalland, 2020, s. 151). Det har vært søkt i fag- og temaaktuelle nettsider. Herunder: lovdata, tidsskriftet sykepleie, helsedirektoratet, norsk sykepleieforbund, amatheia og helsebiblioteket. Det har vært søkt etter aktuelle nasjonale retningslinjer, NOU rapporter. 2. mars 2023 kom det ut en ny NOU rapport om kvinnehelse. Denne rapporten er høyest aktuell, og inneholder ny og oppdatert informasjon om kvinnehelse.

Som teoretiker har vi valgt å støtte oss til sykepleier og filosof Kari Martinsen, hun har en tilnærming til mennesket som vi ønsker å utøve. Begreper som omsorg og sårbarhet har derfor vært relevante søkeord til vår problemstilling.

2.2 Systematisk søk

PICO rammeverket ble anvendt for å gjøre problemstillingen avgrenset, presis og søkbar.

PICO står for problem, intervention, comparison og outcome (Helsebiblioteket, 2021).

Rammeverket hjalp oss med å utarbeide søkeord og kombinere søkeord for å spisse og avgrense søk i søkedatabaser. Vi endte opp med et PIO-skjema (Vedlegg 1), da vi ikke skulle sammenligne et tiltak med et annet.

Databasene som vi har gjennomført søk i, baserer seg på anerkjent litteratur og gode fagressurser for sykepleiere, med nordisk og engelsk språklig litteratur. Google Scholar ble brukt i starten av søksfasen for å innhente søkeresultater fra flere akademiske databaser, men ble ikke brukt i videre søking. PubMed har blitt brukt, men med lite søkeresultater. Cinahl er den databasen vi har brukt mest, og som har vist seg å være mest aktuell for oss, i forhold til medisinsk og sykepleiefaglig forskning. Se vedlegg 2, søkematrise for oversikt over søk gjennomført i databasene.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjons kriterier hjelper med å avgrense og spisse søket. Det gjør søket mer treffbart. Grunnet lite forskning på feltet har det ikke vært definert mange kriterier, slik at det var enklere å finne forskning.

Kriteriene vi har satt oss for å kunne benytte forskningsartiklene har vært at det ikke skal omhandle eldre kvinner, og heller ikke kvinner med komorbide sykdommer. Dette er fordi vi ville ha resultater med yngre kvinner som er fertile og friske fra før av. Alle etnisiteter blir tatt med i kriteriene. Studier som var eldre enn 10 år ble ekskluderte fordi vi ville ha den nyeste forskningen på feltet. Vi har og valgt å inkludere studier fra andre land. Vi vil inkludere fertile kvinner som har erfart og gjennomgått en ekstrauterin graviditet, og er i en fase hvor de får oppfølging fra sykepleiere. Partner blir ekskludert i oppgaven.

I oppgaven bruker vi studier som har en kvalitativ tilnæringsmetode der hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser (Thidemann, 2019, s. 76).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en viktig prosess som innebærer å vurdere og evaluere kilder for å bestemme deres pålitelighet, nøyaktighet og relevans. Kildekritikk går også ut på å vurdere hvor holdbar og gyldig litteraturen man finner er opp mot problemstillingen man bruker. Det er et samlebegrep for metoder som brukes for å skille og verifisere opplysninger fra antagelsene (Dalland, 2020, s. 140).

Det har blitt arbeidet systematisk med å søke etter litteratur og forskning som har vært relevant for problemstillingen. Studiene vi har inkludert i oppgaven har blitt kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2018).

2.5 Etiske overveielser

Studiene som har blitt inkludert i oppgaven har blitt etisk godkjent ved ulike etiske komitéer og universiteter. Se litteraturmatrise (vedlegg 3) for utdypende informasjon om etiske overveielser.

Etiske overveielser vi har gjort knyttet til litteraturstudiet har vært etter oppgavetekniske retningslinjer til HVL og referansestiler til APA 7th .

2.6 Metodekritikk

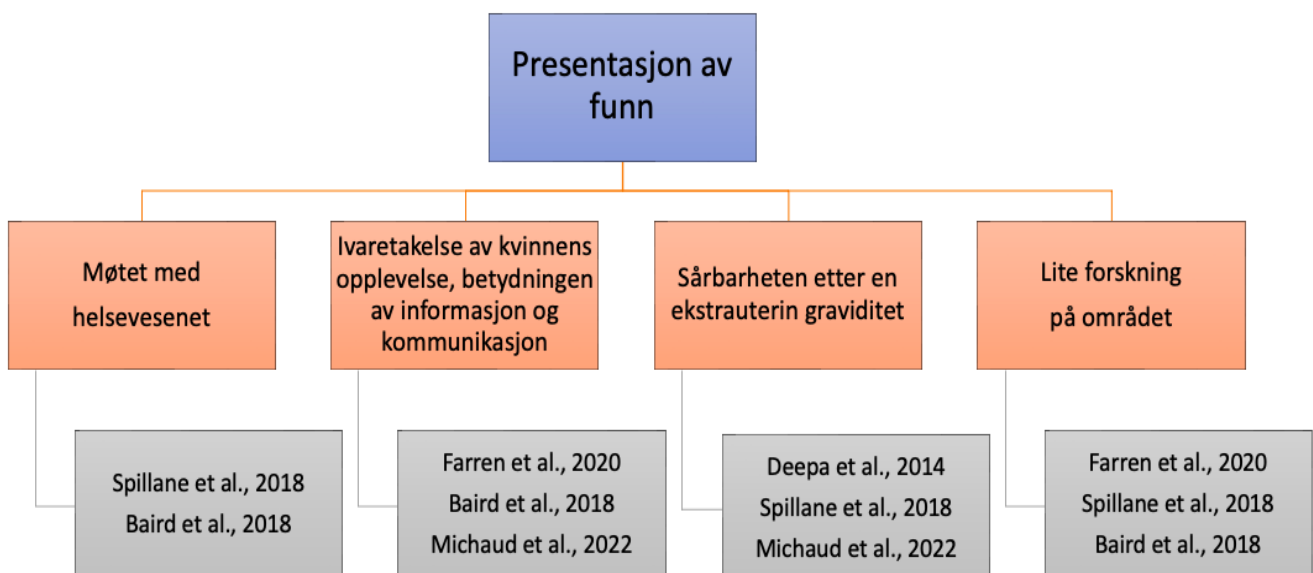
Det medfølger alltid styrker og svakheter i hver oppgave som blir skrevet. Vi ønsker å belyse noen av oppgaves begrensinger. Svakheter med oppgaven har vært i forhold til å finne litteratur, forskning og artikler som var relevant for vår problemstilling. Det er lite forskning på sårbarheten og psykiske påkjenninger til kvinner som har gjennomgått en ekstrauterin graviditet, i tillegg til oppfølging. Dette gjorde at det var begrenset antall forsknings artikler som ble inkludert. Det har også vært ulike begreper som vi har valgt å ekskludere til tross for at begrepene hadde vært naturlig å bruke, som for eksempel trygghet. Trygghet har en individuell betydning for hver enkelt person, noe som gjør definering av begrepet komplisert.

Til tross for lite forskning og litteratur, var det positivt at både forskningen og litteraturen vi fant hadde mange likheter når det gjelder problematikken som vi nevner ovenfor, selv om artiklene og forskningsprosjektene er fra ulike steder i verden.

3.0 Resultat

Etter endt søkeprosess endte vi opp med å inkludere fem studier i oppgaven. Først vil det bli presentert en tabell med funnene og videre blir det presentert et sammendrag av resultatene fra hver artikkel.

Vi har valgt å legge fram artiklene i en tabell, der det vises hvilket tema hver artikkel faller inn under, noe som gjør det mer oversiktlig når vi skal diskutere funnene. Vi måtte sette grenser for hvilket tema artiklene skulle settes under, da alle nevnes litt i hvert tema. Se vedlegg 3, litteraturmatrise for utdypende informasjon om artiklene.



Tabell 1.

Artikkel 1: Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. (Farren et al., 2020)

- Studiet belyser hvordan kvinner takler livet etter en spontanabort eller ektrauterin graviditet. Hensikten var å måle tegn til PTSD, angst og depresjon hos kvinner første måned, tre måneder og ni måneder etter tapet av graviditeten. Resultatet var at kvinnene scoret høyt på undersøkelsene etter en måned. Tallet var redusert etter ni måneder, men resultatet viser at selv om tallene var lavere ved ni måneder, var det fortsatt forhøyet at oppfølgingen av kvinner bør forbedres.

Artikkel 2: Factors that determine patient satisfaction after surgical treatment of ectopic pregnancy: improving the patient journey! (Deepa et al., 2014)

- Studiet omfatter fornøyelsen av pasienter etter å ha gjennomgått en ektrauterin graviditet som blir behandlet kirurgisk med en oppfølgings samtale via telefon eller fysisk ved sykehuset. Det var flere faktorer som ble inkludert; ventetiden fra diagnosen til operasjon, blodtap, innleggelsestid og kommunikasjon før og etter behandlingen. Resultatet viser at flest kvinner var fornøyd og satt pris på oppfølging. Mange tok ikke til seg all informasjon som ble presentert under oppholdet, da kvinnen ikke var helt til stede psykisk. Informasjon som ble presentert skriftlig og oppfølgings samtalen viste seg å være svært betryggende, ifølge studiet.

Artikkel 3: Irish women's experience of Ectopic pregnancy (Spillane et al., 2018)

- I denne forsknings artikkelen var det syv irske kvinner som deltok, noe som gjorde at det ble en begrenset studie. Resultatet konkluderte med lite oppfølging og støtte fra helsevesenet, noe som gjorde at hælbredningstiden tok lengre tid, og var økt psykisk belastende for kvinnen. Studiet viser at det bør være bedre og tettere oppfølging av kvinner som har gjennomgått ektrauterin graviditet for å sikre at støtte og kommunikasjon blir ivaretatt.

Artikkel 4: Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study (Baird et al., 2018)

- Resultatet fra dette studiet viser at de fleste kvinnene følte det var kaos i akuttmottaket, lite informasjon ble formidlet, lite tid til å snakke og få støtte fra helsepersonell. Det viser at akuttmottaket ikke ivaretar kvinner på det psykiske behovet når de gjennomgår en spontanabort. Økt forskning på området og bedre behandling i akuttmottaket er nødvendig for å betrygge kvinner som gjennomgår spontanabort.

Artikkel 5: Psykisk sårbarhet etter ekstrauterin graviditet (Michaud et al., 2022)

- Artikkelen er en status artikkel, der det ble innhentet data fra ulike forsknings artikler og intervjuer som konkluderte med økt psykisk sårbarhet hos kvinner som har gjennomgått en ekstrauterin graviditet, i sammenligning til spontanabort. Ved den videre oppfølgingen i ettertid, konkluderes det med at de kvinnene som fikk god oppfølging fra helsevesenet resulterte i mindre psykiske og fysiske påkjenninger.

4.0 Teoretisk rammeverk

I teoridelen vil ektrauterin graviditet som svangerskapskomplikasjon beskrives med behandlingsalternativer. Deretter vil de psykososiale reaksjoner i krisesituasjon, behov og kommunikasjon presenteres før det sykepleiefaglige perspektivet vil uttrykkes i tillegg til juridisk rammeverk og lovverk. Til slutt vil Kari Martinsen sin sykepleiefilosofi kort presenteres. Vi vil gå dypere inn på pasientens psykososiale behov i diskusjonsdelen.

4.1 Ekstrauterin graviditet

Et ekstrauterint svangerskap er et svangerskap hvor det befruktete egget fester seg og utvikler seg utenfor livmoren. I 97% av tilfellene fester egget seg i egglederen (tubargraviditet), men det kan også feste seg i cervix, ovariet eller andre steder i abdomen. Kvinner som har hatt en egglederbetennelse (salpingitt), har 6-7 ganger større risiko for å gjennomgå en ekstrauterin graviditet. I tillegg vil intrauterin prevensjon (spiral) og tidligere ekstrauterin graviditet øke risikoen. Hoved symptomet er smerter, ofte lokalisert på den siden graviditeten er. En kan også få symptomer som sparsommelig vaginal blødning, forsinket menstruasjon og at graviditetssymptomer ikke er like fremtredende som ved en vanlig graviditet. Ekstrauterin graviditet kan være livstruende og medfører alltid tap av graviditeten (Jerpeseth, 2020, s. 157).

Ifølge en studie fra Danmark utgjør ekstrauterine graviditeter ca. 1% av graviditeter, av 903 registrerte tilfeller i 2018 (Michaud et al., 2022, s. 1). I Norge er 1-2% av alle graviditeter utenfor livmoren, men dette er ikke ut ifra registrerte tilfeller. Det er ingen spesifikk statistikk på svangerskapskomplikasjonen i Norge (Helsedirektoratet, 2016).

4.1.1 Behandlingsalternativer

Det finnes ulike behandlingsalternativer ved en ekstrauterin graviditet. Forhold som er avgjørende er kvinnens symptomer, nivåer av humant choriongonadotropin (hCG) i serum, graviditetens lokalisasjon, omfanget av skader i egglederen, om det er fri væske i buken og til syvende og sist kvinnens barneønske (Jerpeseth, 2020, s. 157).

Alternativene er enten operasjon hvor en da fjerner en hel eller deler av egglederen med fosteranlegget i. En kan behandles med utskraping som oftest utføres for å minske vaginalblødning eller en kan behandles konservativt dersom kvinnen har moderate symptomer og et hCG nivå under en viss verdi om kvinnen har et sterkt ønske om å bevare egglederen. Alle alternativene krever sykehus innleggelse og oppfølging av helsepersonell (Jerpeseth, 2020. S. 157-158).

4.2 Krise- og krisesituasjoner

Ordet *krise* henger sammen med det greske ordet “krinein” som betyr “å drømme”. Denne sammenhengen viser til at kriser har med vanskelige, men også viktige og konstruktive ting i livet som bedømmelse, vurdering, verdier og valg. Kriser skjer ikke bare i ulykker, det er også vekstpunkter (Falk, 2010, s. 10).

“Krise er et ord som ofte blir misbrukt ved at det benyttes feilaktig ved mindre eller moderate belastninger eller ved langvarige vanskelige situasjoner. En krise kjennetegnes imidlertid ved at det foreligger en nyoppstått situasjon med store påkjenninger. Situasjonen gjør at viktige verdier trues, og vanlige mestringsmetoder ikke strekker til. Det oppstår en psykisk ubalanse. I klinisk arbeid ser vi mest traumatiske kriser (reaksjon utløst av plutselig, uventet, ofte overveldende eller truende, opplevelser eller hendelser). Med livskriser forstår vi psykisk ubalanse utløst av en normal livshendelse, slik som naturlig fødsel, naturlige dødsfall, flytting hjemme fra og lignende (Ekeberg, 2019, s. 270)”

Når tidligere lærdom ikke er nok til at man klarer å forstå og mestre situasjonen som har oppstått, oppstår det en krise. Den samme type situasjon kan passere mer eller mindre ubemerket hos en person og oppleves som en katastrofe for en annen. Dette henger sammen med tidligere erfaringer, hvilke betydning den enkelte tillegger det som har skjedd og hvilke mestringsstrategier man har. I tillegg har nettverk og sosial støtte stor betydning (Wiklund, 2016, s. 213).

Det er fire ulike faser man går igjennom i et kriseforløp. Det innebærer sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Fasene kan overlappe i hverandre (Wiklund, 2021, s.195-196). Dette blir utdypet nærmere i diskusjonskapitlet.

I en akutt krisesituasjon er det viktig at sykepleier er forberedt og har en strategi for hva som skal gjøres. Den første oppgaven er å etablere trygghet. Dette kan gjøres på ulike måter, men hensikten er å trygge pasienten ved å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette gjøres gjennom kommunikasjon, som blir beskrevet senere i kapittelet. Videre i forløpet er det nødvendig å gi informasjon og struktur til pasienten (Ekeberg, 2019, s. 274).

4.3 Informasjon og kommunikasjon

En traumatisert person kan ha dårlig kontakt med følelsene sine og problemer med å bearbeide informasjon, planlegge og reagere (Wiklund, 2016, s. 213). Den dramatiske situasjonen krever at både kvinnen og en eventuell partner/pårørende får god informasjon når de ankommer sykehuset og underveis i forløpet. Er situasjonen svært akutt og kvinnen må haste opereres bør kun nødvendig informasjon gis, som hva som er i ferd med å skje og hvilke tiltak som må iverksettes. I etterkant av det operative inngrepet kan sykepleieren gå gjennom hele hendelsesforløpet og hjelpe kvinnen til å forstå og sortere tankene når hun er mottagelig for det (Jerpeseth, 2020, s. 158-159).

I forkant av en samtale med pasienter kan det være gunstig å påpeke at en har taushetsplikt. Taushetsplikt er noe alle helsepersonell har og er nedfelt i internasjonale konvensjoner og ulike lovverk (Helsepersonelloven, 1999, §21). Det er straffbart å bringe informasjon videre i yrkessammenheng. Pasienten skal føle seg trygg på at det som blir sagt forblir mellom pasienten og sykepleieren, men også for å skape tillit (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 260).

4.3.1 Skam og skyldfølelse

Følelsene våre er viktig for helsen vår. Ved hjelp av følelsene kan vi merke om en situasjon er truende eller trygg, bra for oss eller ikke. Følelsene spiller også inn i forbindelse med sykdom og lidelser. Psykiske lidelser er i stor grad forbundet med følelsesmessige reaksjoner som skam. Man kan føle skam fordi kroppen har endret seg eller at man ikke får til ting som normen sier at man burde (Wiklund, 2016, s. 55).

Å få barn kan være en av livets største begivenheter. Det er for noen kvinner deres kall å bringe liv til verden. Når dette ikke går som det skal, kan en føle seg mislykket og en gjennomgår en traumatisk krise. Når man føler seg mislykket og utilstrekkelig gir dette uttrykk i skyld og skamfølelse, selvavstraffelse og destruktivitet. Krisen kan gjøre at en ikke føler seg sett eller bekreftet, og selv om man er omgitt av sine nære og kjære kan man føle seg ensom og alene i sorgen. I en slik situasjon er det viktig med støtte og forståelse, spesielt fra sin nærmeste omkrets, men også fra et trygt og godt helsevesen som ivaretar kvinnen etter tapet og følger opp kvinnen etter behovene hun søker (Wiklund, 2016, s. 215).

4.4 Sykepleiefaglig perspektiv

“I sykepleien er den overordnede verdien å fremme pasientens beste, forstått som å lindre, respektere pasientens egne valg, fremme helse, forebygge sykdom og lignende. På den måten kan en alltid forstå etiske handlinger i sykepleien som at de må oppfylle krav til måloppnåelse” (Nortvedt, 2017, s. 48).

Sykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet, retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Forsvarlig sykepleie består av flere ulike faktorer som henger sammen. Der inngår både juridiske, faglige, etiske rammer og prinsipper for yrkesutøvelsen i møte med pasienten og pårørendes behov. Selve grunnlaget i sykepleien baserer seg på hvordan sykepleien utøves i praksis. I tillegg til dette omhandler sykepleie en helhetlig tilnærming til mennesket som tar hensyn til pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Sykepleiefaget tar sikte på å fremme helse og forebygge sykdom, samt bidra til å helbrede og lindre lidelser hos dem som er syke. Å være sykepleier innebærer at man har kunnskap og ferdigheter som til sammen utgjør den grunnleggende kompetansen som forventes av sykepleiere. I *forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning (2019)* stilles det krav om sluttkompetanse til sykepleiere for å sikre at denne kompetansen generelt er lik for alle sykepleiere (NSF, 2022, s. 6-10).

4.4.1 Kommunikasjon i krisesituasjoner

Kommunikasjon i krisesituasjoner er en kritisk faktor for å opprettholde pasientsikkerhet og sikre effektiv håndtering av situasjonen. Kommunikasjon er en av de viktigste faktorene som påvirker pasientsikkerheten i en krisesituasjon. Det er avgjørende at sykepleieren klarer å kommunisere klart og tydelig med pasienten og annet helsepersonell, da dette bidrar til å sikre at pasienten får riktig behandling. Sykepleieren kan overføre “smittsom ro” ved å formidle ro og sikkerhet gjennom sin væremåte ovenfor pasienten. Pasienten er i en situasjon som oppleves akutt og mulig livstruende, og de er da spesielt følsom ovenfor alt som kan oppfattes som tilnærming eller avisning (Dreyer, 2019, s. 98).

Sykepleieren må kunne kommunisere med pasienten på en empatisk og forståelsesfull måte. Den som er i krise, har behov for å bli sett og få bekreftet at de har det vanskelig. Det er ikke nødvendig å si så mye, bare man tilkjenner at man ser og forstår at pasienten har det vanskelig. Dette kan hjelpe pasienten til å føle seg mer rolig og trygg i en stressende situasjon. God kommunikasjon i krisesituasjoner krever også at sykepleieren har en god forståelse av pasientens medisinske tilstand og hvilke behandlingsalternativer som er tilgjengelige. Dette kan hjelpe sykepleieren til å kommunisere effektivt og gjøre raske og riktige beslutninger i situasjoner der tiden er kritisk (Ekeberg, 2019, s. 274-275).

4.4.2 Juridisk rammeverk og lovverk

“Pasienter og pårørende skal ha tilgang på sykepleiepraksis av god kvalitet. Bestemmelsene om forsvarlighet er tatt inn i lovverk for å sikre at befolkningen har lik tilgang på tjenester av god faglig kvalitet for å styrke tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og helse- og omsorgs-tjenesten, og for å ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (NSF, 2022, s. 5)”

Lovverk er sentralt i utøvelsen av all sykepleie. Alt som blir gjort i arbeidshverdagen skal være innenfor lovens rammer. Pliktene og rettighetene fra yrkesetikken er også uttrykt i gjeldende lovverk, eksempelvis lov om helsepersonell, lov om pasientrettigheter, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten. Brudd på lovverk gir strafferettslige konsekvenser, mens brudd på yrkesetiske retningslinjer vil gi utestenging fra fagforening (Sneltvedt, 2021, s. 97). Sentrale lover som vises til i oppgaven er henholdsvis helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Helsepersonelloven §10 sier at “den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til 3-4” (1999). Paragraf 21 i helsepersonelloven gjelder taushetsplikten hvor “helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legeme- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (1999).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 har “pasienten rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (1999).

4.5 Kari Martinsen

Kari Martinsen (f.1943) er en norsk sykepleier og filosof som har utviklet sine tanker gjennom et langvarig arbeid med faget og et omfattende forfatterskap. Hennes arbeid betegnes som omsorgens fenomenologi, noe som understreker den sterke vekten på grunnleggende verdier som preger tenkningen og fokuserer på pasientens opplevelse av å være syk og behovet for å møte pasienten med empati og forståelse. Sykepleietenkningen tar primært opp grunnleggende spørsmål knyttet til menneskers natur og livsvilkår, og de konsekvenser dette grunnsynet har for sykepleie som yrkesvirksomhet (Kristoffersen, 2011, s. 247-248).

4.5.1 Omsorg

Begrepet omsorg er hjørnesteinen i Martinsen sin sykepleietenkning, og i det begrepet ligger det mye. Martinsen beskriver ordet omsorg som alt som kan sies om en søsters forhold til sine pasienter (Martinsen, 2017, s.14). Hvordan omsorgen utøves faglig, kroppslig og via kommunikasjon gir ulike opplevelser for pasientene. Fellesnevneren er at det handler om en trang til å hjelpe som er selve kjernen i all virkelig sykepleie. Det handler om hjertelaget.

4.5.2 Sårbarheten og sansingen

Når du har vært utsatt for fysiske og psykiske påkjenninger i livet, kan sårbarheten komme til uttrykk. Ikke alle liker å vise sine sårbare sider, men for de fleste er det godt når noen ser deg i sorgen og tar deg på alvor, som når du mister et barn. Kari Martinsen sier at:

“Å være profesjonell er også å våge å være menneske, det vil si også å være åpen for følelser som setter en i en tilbakeholdenhet og lar den andre tre frem. Det er følelser som sansingen åpner for. Det er følelser som skam og aktelse (2014, s.12)”

Mye av dette handler om å tørre å stå i stillheten og i dette tilfelle, la kvinnen få tre frem. Stillheten gir ro og ettertenksomt rom som gjør det mulig å åpne seg for verden, også for lukt, berøring og syn – i tålmodighet, i tilbakeholdenhet og i langsomhet. Det krever at sykepleieren lytter, og det krever at det er ro i oss og omkring oss. Da blir oppmerksomheten rettet mot den andre (2021, s. 52-53).

Sårbarheten er en menneskelig tilstand, og alle mennesker kan oppleve sårbarhet i ulike situasjoner i livet. Martinsen fokuserer på at det er viktig å anerkjenne og håndtere sårbarheten for å kunne gi best mulig omsorg når sykepleierne selv kjenner på sårbarhet i møte med pasienter som har det vanskelig. Sårbarheten viser at livet er skjørt, at vi er feilbare mennesker og at vi er avhengig av hverandre for det livet møter oss med (2021, s. 60).

4.5.3 Tid, tilstedeværelse og hurtighet

Sentralt i Martinsen sin omsorgsfilosofi står begrepet *å være til stede*, som innebærer at sykepleieren fullt og helt er til stede med pasienten i øyeblikket og har evnen til å forstå og respondere på pasientens behov. Martinsen skriver mye om tid og dens betydning i møte med helsevesenet. Hun argumenterer med at tid er en viktig faktor for å gi omsorgsfull sykepleie, men at tidspress og en travel hverdag kan føre til at sykepleiere ikke har tilstrekkelig tid til å gi god omsorg. Tidspress kan føre til at sykepleieren heller velger å fokusere på praktiske oppgaver, fremfor å gi pasientene den omsorg og oppmerksomhet de trenger. Martinsen forklarer at tid ikke bare handler om antall minutter eller timer, men om kvaliteten på tiden som brukes. Det er et krysspress der sykepleieren skal være effektiv, kunne standardisere og ha overblikk over komplekse situasjoner med ulike former for dokumentasjon og tidsmålinger av tiltak, og samtidig være lydhør over den enkelte pasient (2021, s. 60-67).

5.0 Diskusjon

I diskusjonen anvender vi teorigrunnlaget og resultat fra forskning til å belyse og drøfte problemstillingen. Resultatene gir ikke nødvendigvis svar på problemstillingen, men gir en anledning til å diskutere den. Hensikten vil være rettet mot hvordan sykepleier kan legge til rette for omsorgsfull sykepleie til kvinner som har gjennomgått en ekstraputerin graviditet.

5.1 Sårbarhet etter en ekstraputerin graviditet

Å stå ovenfor en kritisk situasjon hvor en taper et foster kan være svært dramatisk og traumatiserende for kvinner, og medfører ofte en psykisk påkjenning (Wiklund, 2016, s. 213). Dette kan være uavhengig av om graviditeten var ønsket eller ikke. En fysisk påkjenning fører ofte til en psykisk påkjenning i en eller annen grad.

Ifølge statusrapporten *Psykisk sårbarhet etter ekstraputerin graviditet* er forekomsten av psykisk sårbarhet etter et tidlig graviditetstap veldokumentert. Det er påvist et økt nivå av angst, depresjon og PTSD (Michaud et al. 2022, s. 1). Dette er viktige elementer å ta med i den videre behandlingen av kvinnene, for å forsikre seg om at hun blir godt ivaretatt og fulgt opp av profesjonelle som kan stå i situasjonen sammen med henne. Ved lite støtte og ikke tilfredsstillende informasjon til pasienten fortløpende, viser det seg at kvinner sliter med å akseptere diagnosen sin. Dette fører til lengre psykisk påkjenning enn nødvendig (Spillane et al., 2018, s. 1).

Studiet til Spillane et al. (2018, s. 4-5) viser til at kvinnene ønsket en mulighet til å diskutere sine erfaringer for å hjelpe dem med å utvikle en forståelse for tapet og anerkjenne deres sorg. Flere av kvinnene i studien syntes det var manglende oppfølging. Når det ikke er rom for å gi kvinnene tid til å uttrykke seg og kjenne på følelsene de sitter med blir ikke det psykiske behovet møtt. Et tiltak kunne vært å tilby kvinnene sorgrådgivning eller andre arenaer hvor kvinner som har vært i samme situasjon kan møtes å dele sine erfaringer.

For å forberede kvinnen på det hun har i vente bør sykepleieren iverksette tiltak i forkant, under og etter behandlingen. Deepa et al. (2014, s. 4) viser i sin studie at god kommunikasjon pre-operativt, adekvat smertelindring og utdeling av postoperative brosjyrer før utskrivning, resulterte i god tilfredsstillende score hos kvinnene. Det må poengteres at en score på et skjema gir en indikasjon på tilværelsen, men det er særs viktig at kvinnen også får snakket om sin opplevelse i etterkant. Skriftlig informasjon kan derimot bidra til oppbevaring av informasjon når kvinnen ikke er mentalt til stede på tidspunktet under krisesituasjonen (Spillane et al., 2018, s. 5).

Martinsen belyser viktigheten av tilstedeværelse og at som sykepleier må man tørre å trå inn i den andre sin lidelse med bevissthet på egen sårbarhet og makt. Bruker sykepleieren makten i relasjonen, så løftes kvinnen opp. På den måten mener Martinsen at en er gjensidig utlevert til hverandre (2021, s. 60-63). Samspillet mellom sykepleier og pasient har mye å si, hvordan relasjonen mellom dem er. Er det god relasjon og tillit til hverandre er det lettere å åpne seg opp for det som er sårt og vanskelig. Det fordrer at sykepleier er til stede, lytter og oppmerksomheten er rettet mot kvinnen. Sykepleier må vise forståelse og empati i møte med henne og hennes sårbarhet etter en ekstrauterin graviditet.

Kvinnene sitter ofte igjen med spørsmål og frykt for fruktbarheten sin. I studiet til Spillane et al. gav kvinner uttrykk for at de følte seg motvillige til å prøve å bli gravide igjen etter hendelsen, og at det var liten tid til å prosessere utfallet og behandlingen av fertilitetsproblemene. Videre kommer det frem at kvinnene aldri forutså noe potensielt problem med graviditeten før deres lykke raskt ble erstattet med forvirring, sorg og skyld.

Mange av kvinnene var også selektive med å dele diagnosen med venner og familie for å unngå å forklare tapet (Spillane et al., 2018, s. 2-3). Dette kan handle om at kvinnene selv ikke har nok kunnskap og informasjon om tilstanden til å kunne snakke om det. Det er heller ikke en "allmenn kjent" tilstand, noe som kan gjøre det mer komplisert og sårt å forklare for kvinnen.

5.2 Ivaretagelse av kvinnens opplevelser

Det sykepleiefaglige perspektivet starter med god kunnskap og kjennskap til svangerskapsrelaterte sykdommer. Kvinnens tilstand vil også avgjøre hvilke observasjoner og tiltak som må settes i verk. Datainnsamling og kliniske vurderinger vil være essensielle i møte med kvinnen, men også ivaretagelsen av de grunnleggende behovene (Jerpeseth, 2020, s. 158).

Kvinner som har gjennomgått et ekstrauterint svangerskap er i en krisesituasjon, og trenger individuelle former for omsorg. Noen kan trenge en hånd og holde i, eller en som står ved deres side og veileder dem gjennom sorgen, mens andre trenger at du bare er til stede og lytter. Omsorg er et vidt begrep og har forskjellig betydning for den enkelte. I møte med kvinnen er det da viktig å spørre: *hva er viktig for deg?*

Oppmerksomheten er viktig i sykepleierens faglige skjønn. Uten oppmerksomhet kan en ikke skjønne. Det vil si med oppmerksomheten som kommer med berørtheten, skapes rommet til å skjønne i. Stillheten er en forutsetning for forståelse, hvor en da trekker seg tilbake og lar kvinnen være i sentrum av sine følelser (Martinsen, 2021, s. 51-52). Når kvinnen gjennomgår en krisesituasjon, trenger hun ro i seg og rundt seg.

Kriser fremstår i ulike faser, men forløpet er individuelt. I den første fasen når kvinnen kjenner på symptomer som for eksempel smerter og blødning kan kvinnen gå inn i en sjokkfase. Sjokkfasen kan vare fra noen timer eller til noen dager. Her har kvinnen vært gjennom en operasjon og komt seg gjennom den mest traumatiske fysiske påkjenningen. Etter dette beveger kvinnen seg over i reaksjonsfasen, som regnes som den andre delen av akuttfasen. Her blir man overveldet av sterke følelsesmessige reaksjoner som for eksempel skam, frykt, sorg, sinne og et behov for å forstå det som har skjedd. Det er her vi ønsker å møte kvinnene å bearbeide tanker og følelser for å tilrettelegge en trygg og god oppfølging (Wiklund, 2016, s. 217). Omsorg til kvinnen skal utøves fortløpende gjennom hele sykdomsforløpet, fra mottaket til utskrivelse.

Et viktig samarbeid er det tverrfaglige samarbeidet en sykepleier iverksetter for å kunne gi kvinnen den omsorgen hun trenger. Dette kan være for eksempel en psykolog, sexolog eller en lege. Å ha ulike profesjoner som er spesialiserte på ulike områder kan bidra med å gi en helhetlig, individuell og trygg oppfølging til kvinnen.

Kvinner fortalte om følelsene de hadde i forbindelse med graviditetstap, som inkluderte tristhet, skam, nervøsitet, bekymring, frykt, skyldfølelse, ensomhet, hjelpeløshet, sorg og motvilje mot å akseptere virkeligheten. Erfaringer var forvirring og frykt rundt den traumatiske opplevelsen av graviditetstap. I denne situasjonen måtte flere kvinner vente i flere timer i akuttmottaket og opplevde at helsepersonell ikke tok de på alvor i en situasjon som kvinnene oppfattet som en nødsituasjon (Baird et al., 2018, s.3). Med hensyn til kvinners opplevelser, bør det være et klinisk blikk på sykepleieres følsomhet for de psykologiske implikasjoner av tidlig graviditetstap (Farren et al., 2020, s.11). Dette kan føre til forbedring av ventetider, behandling, kommunikasjon og oppfølging.

5.3 Betydningen av informasjon og kommunikasjon

God kommunikasjon avgjøres av konteksten og hvordan budskapet formidles i samhandlingen med pasienten. I arbeid med mennesker er det imidlertid uheldig dersom en blir mer opptatt av å gi informasjon eller å få tak i informasjon fra den andre. Andre sider ved samhandlingen kan være langt viktigere å ta tak i for å kunne utøve god sykepleie. For eksempel er det som regel lettere å utveksle informasjon og forstå hverandres meninger dersom vi i forkant har kommunisert slik at vi har bygd opp en bærende relasjon preget av tillit, trygghet og en følelse av kontakt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241-242).

Kommunikasjon handler ikke bare om hva vi sier og hvordan vi sier det, men også hvordan vi tar imot og responderer på det som blir sagt. Omsorgsfull kommunikasjon forutsetter at vi er til stede (Wiklund, 2016, s. 287). Å gi informasjon om sykdom, behandling og pleie er en viktig og utfordrende oppgave for sykepleiere. Pasienten skal være tilstrekkelig informert, ha bearbeidet og forstått den informasjonen som er blitt sagt. Informasjon er en rettighet som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) en rettighet som samtidig innebærer en tilsvarende forpliktelse for sykepleieren til å gi tilpasset og god informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10).

I studiet utført av Farren et al. (2020), vises det at kvinner har økt forekomst av posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon etter en mislykket graviditet. Tallene er skremmende høye i studiet, kort tid etter hendelsen (139 av 487 fikk påvist PTSD, 119 av 492 angst og 53 av 492 depresjon). Tilbakemelding viser at det var dårlig kommunikasjon og informasjon til kvinnene som deltok. Etter ni måneder hadde tallene senket seg, men var fremdeles forhøyet. Det bør være mer fokus på posttraumatisk stresslidelse (41 av 249), angst (43 av 249) og depresjon (13 av 249) i oppfølgingen fra helsevesenet (Farren et al., 2020, s.1). De første tallene viser hvor mange kvinner som deltok i studiet ved oppstarten. Etter ni måneder var det betydelig færre som deltok.

Denne problematikken går igjen i flere forskningsartikler. Betydningen av informasjon og god kommunikasjon er essensiell for at kvinner skal føle seg sett som menneske, og ikke bare et *nummer i rekken*. De er mennesker med egne følelser og tanker, som bør bli behandlet med respekt og medmenneskelighet.

Behovet for informasjon og kommunikasjon gjelder for hele forløpet, ikke bare på postoperativ avdeling, men også fra akuttmottak og preoperativt. I studien til Baird et al. (2018) gav kvinner tilbakemelding på sin opplevelse fra akuttmottaket, hvor det var kaos, lite informasjon og psykisk støtte, samt flere hadde lite kunnskap om spontanabort eller ekstrauterin graviditet (Baird et al., 2018, s.1). Flere rapporterte at det var uklart hvorfor graviditeten var mislykket, hvordan forløpet ville være framover, og de ønsket mer informasjon om tilstanden og psykisk støtte i denne perioden (Baird et al., 2018, s.3-4). Konklusjonen etter studiet var at dette er en påminnelse til helsevesenet om at psykisk støtte er like viktig å ivareta som den fysiske støtten. Det kan være en fordel å implementere intervensjoner for å fremme best mulig pasient kontakt og behandling (Baird et al., 2018, s.5).

Sykepleier bør ha kunnskap om hvilke ressurser som finnes for kvinnene, men må først og fremst møte kvinnen, være til stede og tilrettelegge for samtale og informasjon. Ved å sette av tid og inviterer kvinner til samtale kan kvinnen uttrykke hvilke behov hun trenger å bli møtt på. Sykepleier skal veilede i sykdomsforløpet, formilde kvinnens tanker og bekymringer til legen, og være som et talerør for henne. Dersom kvinner får informasjon om ulike ressurser, kan de i etterkant ta kontakt med støttegrupper eller rådgivningstjenester slik at kvinnen føler seg ivaretatt og blir tatt på alvor i en vanskelig situasjon.

5.4 Møtet med helsevesenet

Tiden vi har til rådighet i møte med kvinnene kan være knapp, men hvordan vi bruker tiden er med på å forme kvinnenens opplevelse av situasjonen. Dagens helsevesen består nettopp av begrenset tid. Det er for mange pasienter og for mange oppgaver for den enkelte sykepleier i en ellers travel hverdag.

Martinsen beskriver dagens helsevesen med ord som økonomiske innsparinger, lønnsomhet, produktivitet, kunde og bruker, og en tid som skal utnyttes som en ressurs en disponerer over. Det er en instrumentell bruk av tid, som ikke har rom for omveier og forsinkelser. Kvaliteten i arbeidet knyttes til hastighet, og til minst mulig bruk av målbar tid til hvert enkelt gjøremål (Martinsen, 2021, s. 43). Dette er gjenkjennbart, at det ikke alltid er rom for å kunne sette seg ned og ta seg tid til kvinnen som sitter i en krisesituasjon og kjenner på mange forskjellige følelser og tanker. Sykepleierens kjerneoppgave er å ivareta pasientens grunnleggende behov, som inngår i de fysiske, psykiske, åndelige og kulturelle behov. For å få dekket alle disse behovene, er det viktig med nok tid til å kunne utføre tiltak rettet mot dem.

Kvinner som har blitt intervjuet i ettertid av møte med helsevesenet sitter igjen med følelsen av lite empati, støtte og omsorg fra helsepersonell. Atmosfæren ved utskrivelsen er ofte kaotisk, da rommet til pasienten som blir utskrevet skal bli vasket og klargjort til neste kvinne, som nesten alltid er rett rundt hjørnet. Når travelheten er såpass gjennomsluktig hos helsepersonell, kan pasienten sitte igjen med en følelse av å bli oversett og ikke tatt hensyn til (Spillane et al., 2018, s. 5). Selv om sykepleiere gjerne vil bruke tid på å støtte, lytte og svare på pasients spørsmål, lar ikke tiden strekke seg til i en travel arbeidsdag med mange pasienter å følge opp. En av de mange egenskapene sykepleiere bør ha er å beholde roen sammen med pasienten, til tross for hvordan de har det i avdelingen. Viser sykepleier ro, vil det smitte over på pasienten, noe som til gjengjeld vil skape en bedre atmosfære hos pasienten.

Hvorfor får kvinner disse inntrykkene? Hva er det som gjør at sykepleiere fremstår å være travel? Sykepleiere lærer gjennom studiet å se pasienten, vise omsorg og empati overfor dem. I teorien er det lagt opp til å ha god tid til å gjennomføre prosedyrer og bruke tid sammen med pasienten, men i praksis er dette en utfordring grunnet tidspresset. Med økningen av arbeidsoppgaver og lite tid, kan fokuset skiftes vekk fra de grunnleggende behovene, uten at sykepleiere nødvendigvis er bevisst på det.

Konklusjonen i flere av forsknings artiklene har vært å implementere opplæring blant helsepersonell i kontakt med kvinner som gjennomgår eller har gjennomgått en ekstrauterin graviditet, oppfølging og gjerne en sjekklister før utskrivelse kan forbedre kvaliteten av de grunnleggende behovene til pasienten (Spillane et al., 2018, s.5) (Baird et al., 2018, s.4). Ved å få slike implementasjoner kan helsevesenet og sykepleiere kvalitetsforsikre behandlingen og oppfølgingen til hver enkelt kvinne. Det skal påpekes at faren ved sjekklister er at handlinger blir rutine, og rutiner sperrer for sansingen. Du *ser* uten å ha sett pasienten (Martinsen, 2021, s. 62). Dette kan være en påminnelse om viktigheten med å utøve empatisk og helhetlig omsorg i møte med pasienter.

Det er derimot mye skyldfølelse og ansvarsfraskrivelse skjult i travlehetens tempo. Den etiske konflikten der sykepleieren må gå på akkord med det hun mener er riktig og godt for pasienten, og som hun innser hun kunne gjort for pasienten, gir moralsk stress (Martinsen, 2021, s. 65). Møtet mellom sykepleier og pasient har sine utfordringer, hvor begge parter kan kjenne på utilstrekkelighet og stress. Samspillet kan forbedres med god kommunikasjon hvor sykepleieren gir klare instruksjoner på hva hun skal og når hun skal sette av tid til kvinnen. Dette gir en forutsigbarhet ovenfor pasienten, som kan være med på å bygge en tillit mellom dem.

5.5 Mer forskning på området

Forskning er en viktig del av utviklingen og innovasjonen i mange fagfelt. Innenfor helse, teknologi, samfunnsvitenskap og miljø er det stadig behov for mer forskning for å møte utfordringene som oppstår. Forskning krever ofte store ressurser, både økonomisk og menneskelig. Det kan være utfordrende å finansiere forskningsprosjekter, og det kan ta lang tid før resultatene av forskningen kan implementeres i praksis. Likevel er forskning en viktig investering for samfunnet og for framtiden, og det er viktig å fortsette å støtte og investere i forskning på ulike områder. I tillegg tar kritisk kunnskap sikte på å avdekke og forklare samfunnsmessige forhold og hvordan disse forholdene påvirker menneskers levekår og livsbetingelser. Den kritiske kunnskapen kan i neste omgang brukes til å endre uønskede forhold, slik som vi ønsker å belyse med vår problemstilling (Dalland, 2021, s 50).

Det er generelt veldig lite forskning på ektrauterin graviditet, noe som vi kan konkludere med da det har vært en stor utfordring å finne forskning som er relevant for problemstillingen. Artiklene vi har inkludert i oppgaven påpeker også hvor lite forskning det er på fagfeltet. Det forventes høyere antall spontanabort og ektrauterin graviditet i framtiden, grunnet kvinner avventer med å få barn til en høyere alder, noe som kan øke sannsynligheten for komplikasjoner under graviditeten (Farren et al., 2020). Videre påpekes det i studien til Farren et al. (2020, s. 1-2) at de fleste studiene mangler store kohorter med langvarig oppfølging hvor vurderingen av tapet og et vellykket svangerskap i etterkant har en sammenheng.

Overraskende nok viser studien fra Deepa et al. (2014, s. 1-5) at det per dags dato kun er publisert en studie om pasienttilfredshet etter en ektrauterin graviditet. Forrige studie er fra tidlig 2000-tallet. Her må vi poengtere at studien vi viser til er fra 2014, og at det i etterkant er kommet flere studier om pasienttilfredshet, men det er fortsatt lite. Ser vi videre på studien fra Spillane et al. (2018, s. 1) konkluderes det med at kvinner ser på graviditetstapet som en stor livskrise. De ser også på gjennomgang av publisert litteratur, som igjen viser til lite eller ingen forskning på temaet når det gjelder det følelsesmessige aspektet etter tapet.

Baird et al. (2018, s. 1) argumenterer med at 1 av 5 svangerskap ender i spontanabort. Til tross for hyppigheten, er tidlig graviditetstap fortsatt en understudert del av kvinnehelse. Når dette tallet er så høyt, setter vi også spørsmålsteget med hvorfor det er så lite prioritert. Selv om spontanabort og ektrauterin graviditet er to forskjellige tilstander, er det fortsatt mange likehetstrekk ved det fysiske og psykiske aspektet.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi sett nærmere på hvordan sykepleiere kan legge til rette for omsorgsfull sykepleie til kvinner som har gjennomgått en ekstrauterin graviditet.

Fordypningen vi har gjort i temaet har gitt oss en større forståelse for hvordan sykepleiere bør møte kvinner i krise og hvilke behov som må ivaretas. Vi hadde et ønske om å løfte frem kvinnehelse, og da spesielt ekstrauterin graviditet på grunn av den manglende forskningen og kunnskapen rundt tematikken.

Tankene vi har hatt i forhold til ekstrauterin graviditet og kvinnehelse har vært gjennomgående i forsknings artiklene. Med denne oppgaven setter vi lys på ekstrauterin graviditet og utdanningsprogrammenes mangelfulle pensum om kvinnekroppen (Korsvik, 2020, s. 21). Tilstanden fremstår å ikke være anerkjent blant folk flest. Dette har vi fått bekreftet. Når vi legger frem oppgaven vår, får vi ofte oppfølgingsspørsmål som: *hva er det?* Dette tyder på for liten oppmerksomhet rundt svangerskapskomplisjonen, som også kan gjøre det mer kritisk for kvinnen hvis tilstanden ikke oppdages tidlig nok.

Med nok ressurser, faglig utvikling og tilstrekkelig med tid vil sykepleiere stå i god posisjon til å bidra til omsorgsfull sykepleie til kvinner i en krisesituasjon. Ved å implementere forebyggende arbeid som mer undervisning under utdanning, veiledning, kurs og seminarer om ekstrauterin graviditet og kvinnehelse generelt, bidrar det til økt kompetanse og forståelse på området. Dette skaper en større trygghet for kvinnen når hun er i situasjonen og for sykepleier som skal veilede henne. Medmenneskelige egenskaper hos sykepleier er en forutsetning for at kvinnen opplever helsetjenesten som trygg og av tilfredsstillende kvalitet.

Ulempen med implementering er at det tar gjerne langt tid og helsepersonell er ofte fornøyd med metodene som allerede blir brukt (Løvsletten, 2013). Det tar tid og krever nye måter å tenke på. Søkeprosessen bidro til at vi fikk et innblikk i hva som finnes av forskning rundt tematikken, og vi ble oppmerksomme på hvor lite kunnskap og ressurser som er brukt på kvinnehelse.

Mer forskning på området kunne fått frem verdifull informasjon, som også hadde vært høyst aktuell for allmennheten. Med denne oppgaven har vi belyst viktigheten av kunnskap og kompetanse om ekstrauterin graviditet, og løftet frem en sterkere stemme for kvinnehelse.

7.0 Litteraturliste

- Baird, S., Gagnon, M. D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R. & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 113-117.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Deepa, J., Oladimeji, O. & Funlayo, O. (2014). Factors that determine patient satisfaction after surgical treatment of ectopic pregnancy: improving the patient journey! *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 178, 60-65.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.038>
- Dreyer, K. (2019). Kommunikasjon og samhandling i medisinsk nødmeldetjeneste. I J. E. Haugen (Red.), *Akutt medisin – utenfor sykehus* (s. 91-109). Gyldendal.
- Ekeberg, Ø. (2019). Akutt psykiatri. I J. E. Haugen (Red.), *Akutt medisin – utenfor sykehus* (s. 269-302). Gyldendal.
- Falk, B. (2010). *At være der hvor du er*. (3. utg.). Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Farren, J., Jalnbrand, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Calster, B. V., Wynants, L., Timmerman, D., Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 222(4), 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Hansen, M. (2019). *Behandling av ekstrauterint svangerskap ved Universitetssykehuset Nord-Norge i perioden 2006-2016: En kvalitetssikringsstudie*/[Masteroppgave, UIT Norges Arktiske Universitet].
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/16189/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Helsebiblioteket. (2021, 30, september). *Kunnskapsbasertpraksis.no*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsebiblioteket (2018, april). *Sjekklister*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Helsedirektoratet (2016, 18. november). *Ekstrauterint svangerskap (W80)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/kvinnelige-kjonnorganer-inkl-bryster-x/ekstrauterint-svangerskap-w80#ad8e77ee-5e04-4ac2-ab94-3aad2291c6f1-begrunnelse>

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

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A729b

Jerpeseth, H. (2020). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (s. 133-168). Gyldendal akademisk.

Korsvik, T. R. (2020). *Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger – En kartlegging av læringsmål om kjønn og kvinnehelse i utdanningene medisin, sykepleie, psykologi, vernepleie og fysioterapier*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.

https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/rapport_kilden_kjonn_og_kvinnehelse_i_helseprofesjonsutdanninger_2020.pdf

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 207-280). Gyldendal akademisk.

Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien*, 101(2), 47-49.

<https://sykepleien.no/forskning/2013/01/fagutvikling-i-praksis>

Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.

Meyer, C., Abbas, N. A., Amundsen, T. K., Eia, H., Fundingsrud, H. P., Innerdal, C. R., Kennair, L. E. O., Kornmo, T. S. M., Løchen, M. L., Nielsen, P. V., Sagabråten, S. O., Schjelderup, H. C., Skjerve, I., Swård, E. T., Tiller, H., Tranvåg, O., Vatland, A. & Abrahamsen, M. (2023). *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydning av kjønn for helse* (NOU 2023:5). Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/nou/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>

Michaud, S. J., Clausen, H. V. & Amirian, I. (2022). Statusartikel: Psykisk sårbarhet efter ekstrauterin graviditet. *I Ugæskr Læger*, 184, 1-9.

https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2022-04/v11210890_web.pdf

- Norsk sykepleierforbund. (2022). *Forsvarlighet – om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*.
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Kvinnehelse på kvinnedagen*. Hentet 08. mars 2023 fra: <https://www.nsf.no/artikkel/kvinnehelse-pa-kvinnedagen>
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: En innføring i sykepleierens etikk*. (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Nylenna, M. (2017). *Medisinsk ordbok*. (8 utg.). Kunnskapsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – en innføring i psykologi for helsefag*. Fagbokforlaget
- Rødland, A. W., Andersen, A., Anderssen, J., Andreassen, H., Diaz, E., Gerds, E., Lie, A. K., Magnus, J., Mogstad, K. L., Schei, B., Solbrække, K. N., Staff, A. C., Sundby, J., Swård, E. T., Sørbye, S., Vangen, S. & Wallenius, M. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse?* (Kvinnehelserapport 150518). Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse. https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/kvinnehelserapport_final_150518_med_i_sbn.pdf
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.
- Skorstad, M., Halland, F., Berner, E. & Svenningsen, R. (2021). *Ektopisk graviditet*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/ektopisk-graviditet/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Spillane, N., Meaney, S. & O' Donoghue, K. (2018). Irish women's experience of Ectopic pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 16, 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.002>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Wiklund, L. G. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.
- Wiklund, L. G. (2021). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.

Vedlegg 1. Pio-skjema

P: Hvem / Patient or problem	I: Hva / Intervention	O: Resultat / Outcome	
Womens health	Nurse-patient-relations	Experience	OR
Female	Nurse role	Knowledge	
Health	Communication	Crises	
Female sickness	Support	Sexuality	
Ectopic pregnancy	Involvement	Needs	
	Collaboration	Care	
	Postoperative	Vulnerability	
Kvinnehelse	Sykepleier-pasient-relasjon	Opplevelser	
Kvinner	Sykepleier rolle	Kunnskap	
Kvinnesykdom	Kommunikasjon	Krise	
Ekstrauterin graviditet	Støtte	Seksualitet	
	Samhandling	Behov	
	Samarbeid	Omsorg	
	Postoperativ	Sårbarhet	
AND			

Vedlegg 2. Søkematrise

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert
25.1.23	Cinahl	Kvinnehelse ung akutt situasjon	Etter 2019	30	0	0
02.03.23	Cinahl	Nurse-patient relations AND pregnancy ectopic	Etter 2014	2954	3	1
02.03.23	Cinahl	Communication in ectopic pregnancy	Etter 2014	5182	5	0
06.03.23	Google Scholar	Ekstrauterin graviditet	Etter 2018	134	9	1
21.03.23	Snøballsøk (Dalland, 2017)	Søk gjennom litteraturlisten i «Factors that determine patient satisfaction after surgical treatment of ectopic pregnancy: improving the patient journey!»	Etter 2013	4	4	2
26.03.23	Helsebiblioteket	Graviditet utenfor livmor	Ingen	55	0	0
29.03.23	Cinahl	Vulnerability after ectopic pregnancy	Etter 2014	3068	3	1
29.03.23	Cinahl	Ectopic pregnancy	Etter 2013	4778	0	0
30.03.23	Cinahl	Patient experience ectopic pregnancy (apply equivalent subjects)	Etter 2013	130	0	0

30.03.23	Cinahl	Vulnerability, after ectopic pregnancy	Etter 2020	1106	3	1
04.04.23	Pubmed	Ectopic pregnancy	Etter 2015	4106	0	0
04.04.23	Pubmed	Vulnerability after ectopic pregnancy	Ingen	6	0	0

Vedlegg 3. Litteratormatrise

Forfatter(e) (Publiserings år)	Tittel på artikkel	Tidsskrift	Hensikten med studie	Metode	Hovedfunn/ resultat	Etiske overveielser
Farren, J. Jalmbrant, M. Falconieri, N. Mitchell-Jones, N. Bobdiwala, S. Al-Memar, M. Tapp, S. Calster, B. V. Wynants, L. Timmerman, D. Bourne, T. (2020)	Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study	American Journal of Obstetrics & Gynecology	Undersøke nivået av PTSD, depresjon og angst til kvinner som har gjennomgått spontanabort eller ekstrauterin graviditet etter ni måneder.	En kohort studie utført i London ved tre sykehus. Det ble sendt e-post til kandidater som inneholdt «Hospital Anxiety and Depression Scale og Posttraumatic stress Diagnostic Scale» (Farren et al., 2020, s. 1), der kvinner skulle fylle ut skjemaene etter 1, 3 og 9 måneder. 737 kvinner takket ja til å være med, hvor av 492 svarte ved 1 måned, 426 ved 3 og 338 etter 9 måneder.	Det vises at kvinner opplever høyt nivå av PTSD, angst og depresjon tidlig etter spontanabort og ekstrauterin graviditet, men etter 9 måneder er nivået betydelig mindre, men fortsatt forhøyet nok til at konklusjonen er at det bør være mer fokus på støtte og oppfølging av kvinnene.	Denne studiet ble etisk godkjent av Research Ethics Service og South-West Exeter.
Deepa, J.	Factors that	European	(1) Identifisere	En kohort studie som gikk	Resultat konkluderte	Etisk

<p>Oladimeji, O. Funlayo, O. (2014)</p>	<p>determine patient satisfaction after surgical treatment of ectopic pregnancy: improving the patient journey!</p>	<p>Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</p>	<p>faktorer som påvirker i hvor stor grad kvinner blir tilfredsstillte i og etter behandlingen; (2) evaluere pasient kjennetegn og opplevelser rundt diagnosen; (3) generelt tilfredshet av innleggelse opplevelsen for å kunne forbedre omsorgs kvaliteten</p>	<p>over 4 år ved et universitet sykehus i London. Seks uker etter utskrivelsen ble kvinner ringt eller satt opp til time ved sykehuset til å utfylle en spørreundersøkelse om tilfredshet rundt behandlingen. Det var 324 kvinner som ble operert i denne tidsperioden, hvor av 299 ble med i studiet.</p>	<p>med god kommunikasjon og informasjon, både på pre- og postoperativ hadde positiv effekt psykisk hos kvinnen og ved fysiske smerter. Oppfølging ved telefonsamtale viste seg å neste like god effekt som fysisk oppmøte.</p>	<p>godkjenning er innhentet fra Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.</p>
<p>Spillane, N. Meaney, S. O' Donoghue, K. (2018)</p>	<p>Irish women's experience of Ectopic pregnancy</p>	<p>Sexual & Reproductive Healthcare</p>	<p>Få en større forståelse overfor kvinners opplevelse av ekstrauterin graviditet.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturert intervjuer. Det var syv kvinner som deltok, der behandlingen var medisinsk eller kirurgisk. Tematikken for kategoriene i intervjuene var som følge: bearbeider knuste forventninger,</p>	<p>Resultatet konkluderte med lite oppfølging og støtte fra helsevesenet, noe som gjorde at helbrederen tiden tok lengre tid og var økt psykisk belastende. Studiet viser at det bør være bedre og tettere</p>	<p>Denne studiet ble etisk godkjent av Clinical Research Ethics Committee of the Cork Teaching Hospitals.</p>

				behandling og kommunikasjon fra helsepersonell, oppfølging og akseptering av diagnosen.	oppfølging av kvinner som har gjennomgått ekstrauterin graviditet for å sikre støtte og kommunikasjon blir ivaretatt.	
Baird, S. Gagnon, M. D. deFiebre, G. Briglia, E. Crowder, R. Prine, L. (2018)	Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study	Sexual & Reproductive Healthcare	(1) Få forståelse overfor hvorfor kvinner drar til akuttmottaket (AKM) ved mistanke om spontanabort; (2) hvordan kvinner opplever behandling og tiden brukt i AKM.	Kvalitativ studie med semistrukturert telefonintervjuer. Det var 67 kvinner som ble rekruttert til å delta i studiet, der av 10 ble med. Intervjuene ble gjennomført 1-3 uker etter besøket i AKM og hadde fire kategorier: følelser rundt spontanabort, grunnlaget for å besøke AKM, opplevelse av å være i AKM og opplevelse etter å ha dratt fra AKM.	Flest kvinner følte det var kaos i AKM, lite informasjon formidlet, lite tid til å snakke og få støtte fra helsepersonell. Det viser at AKM ikke møter kvinner på det psykiske behovet som kvinner har når de gjennomgår en spontanabort. Økt forskning på området, og bedre behandling i AKM er nødvendig for å betrygge kvinner som gjennomgår spontanabort.	Denne studiet ble etisk godkjent av både Institutional Review Boards of The Institute for Family Health og ER's affiliated School of Medicine.

Michaud, S. J. Clausen, H. V. Amirian, I. (2022)	Psykisk sårbarhet etter ekstrauterin graviditet	Ugeskrift for læger	Undersøke psykisk sårbarheten til kvinner etter å gjennomgått ekstrauterin graviditet	Statusartikkel som bruker 16 forskningsartikler til å drøfte målet med artikkelen.	Viser økt psykisk sårbarhet hos kvinner som har gjennomgått en ekstrauterin graviditet, i sammenligning til spontanabort. Ved oppfølging i etter tid, ser det at kvinner nedsetter sårbarheten.	Status artikkel som innhentet data fra etisk godkjente artikler.
---	---	---------------------	---	--	---	--