



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-04-2024 09:00 CEST
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2024 14:00 CEST
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave
<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2024 VÅR
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)

### Deltaker

Kandidatnr.:

117

### Informasjon fra deltaker

Antall ord \*:

7784

Egenerklæring \*:

Ja

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

Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	2
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Emosjonell omsorg ved spontanabort

Emotional care in case of miscarriage

**Kandidatnr. 117**

Bachelorutdanning for sjukepleie

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

omsorgsvitenskap/Sjukepleie Bergen

Innleveringsdato: 10. 05. 2024

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Summary**

**Background:** About 12-15% of pregnancies in Norway lead to miscarriage. This is an important issue to raise awareness of, as the rate of miscarriage will persevere or even increase according to research. During my surgical practice at a small local hospital, I encountered a woman experiencing miscarriage for the first time. I felt insecure about what this woman needed in her situation as well as I felt insufficient as to care for her emotional needs.

**Research issue:** How can nurses take care of women's emotional needs after a miscarriage?

**Method:** By using the method of a literature study this thesis will discuss the issue on the grounds of literature, nursing theory, legislation, my experience as a nursing student and research.

**Results:** Women are missing a sense of compassion from nurses as they go through a miscarriage in a hospital setting. Women wish that the nurses would take time to provide information and to acknowledge the loss they are going through. Nurses on the other hand often feel overwhelmed at work and often feel like they don't get to provide as much compassion and information as wanted. Nurses also miss guidelines telling them how to help women deal with miscarriages. Compassion fatigue is a problem for some nurses as they feel they are not able to provide the care women need seeing that the nurses experience miscarriage often.

**Conclusion:** Findings show that a calm environment, empathy, information and support is important for women going through miscarriage because these factors satisfy womens emotional needs for care, recognition, confirmation, safety and intimacy. Women also signal that time is important for them to feel seen and cared for. In order for nurses to be equipped to care for these women, nurses also need to take care of their own needs.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon og teoretisk perspektiv .....</b>	<b>6</b>
1.1 Innleiing.....	6
1.2 Bakgrunn for val av tema.....	6
1.3 Å «kjønne» medisin.....	7
1.4 Spontanabort .....	7
1.5 Risikofaktorar ved eit svangerskap.....	8
1.6 Oppfølging etter spontanabort.....	8
1.7 Sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee.....	9
1.8 Emosjonelle behov og krav .....	10
1.9 Lovverk.....	11
<b>2.0 Problemstilling.....</b>	<b>12</b>
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1 Design.....	13
3.2 PICo .....	13
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.4 Litteratursøk.....	15
3.5 Utval- og kritisk vurdering av artiklane .....	15
3.6 Analyse.....	16
<b>4.0 Resultat av funn.....</b>	<b>17</b>
4.1 Kvinners møte med sjukepleiar og helsevesenet .....	17
4.2 Sjukepleiar sitt møte med pasient .....	18
4.3 Den einsame sorga og hjelpemiddel for å kome seg gjennom .....	19
4.4 Manglande informasjon.....	20
<b>5.0 Drøfting.....</b>	<b>21</b>
5.1 Å skape eitt ope og trygt miljø for pasientane .....	21
5.2 Å normalisere utan å bagatellisere sjukepleie ved spontanabort .....	23

5.3 Etterspørsel og tilbud går ikkje overeins.....	24
5.4 Metodediskusjon.....	25
<b>6.0 Oppsummering og implikasjonar for praksis.....</b>	<b>26</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg 1: Skjema for søkehistorikk .....</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 2: Litteraturmatrise .....</b>	<b>32</b>
<b>Vedlegg 3: Sjekkliste for kvalitativ studie.....</b>	<b>38</b>

## Oversikt over figurar

Figur 1: PICO på norsk .....	14
Figur 2: PICO på engelsk .....	14
Figur 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
Figur 4: Søk i Cochrane 06.03.24.....	30
Figur 5: Søk i Cinahl 06.03.24 .....	30
Figur 6: Søk i PubMed 07.03.24 .....	30
Figur 7: Søk i Cinahl 08.04.24 .....	30
Figur 8: Søk i Cinahl 08.04.24 .....	31
Figur 9: Søk i Cochrane 08.04.24.....	31
Figur 10: Litteratormatrise .....	32

# 1.0 Introduksjon og teoretisk perspektiv

## 1.1 Innleiing

Denne oppgåva set søkelys på kvinners oppleving med å gjennomgå ein spontanabort. Det blir spesielt sett på korleis ein som sjukepleiar kan imøtekomme kvinners emosjonelle behov etter ein spontanabort og då spesielt kvinner som er innlagt på sjukehus. Oppgåva er strukturert inn i forskjellige kapittel med underoverskrifter for å gje lesar oversikt over kva som ventar. Det blir fyst presentert teori, etterfølgt av ei problemstilling. Det blir deretter forklart korleis forskning er innhenta før dette blir presentert og drøfta rundt. Oppgåva avsluttast med ei konklusjon og eitt svar på problemstillinga.

Omtrent 12-15% av graviditetar endar med spontanabort (Magnus et al., 2019). I ein norsk studie basert på innmeldt data til fødselsregisteret, pasientregisteret og induisert abort registeret ser ein at risikoen for spontanabort varierer stort basert på forskjellige faktorar. Ein av faktorane som auka sjansen for spontanabort var alder over 30 år hjå den fødande. I Norge var gjennomsnittsalder for fødande i 2020 31,4 år og gjennomsnittsalderen stig stadig (MacSali et al., 2023). Ein kan dermed ved å samanlikne risikofaktor og faktisk statistikk sjå korleis spontanabort i Norge mest sannsynleg kjem til å vere eitt problem som varar ved og kanskje også aukar i åra som kjem. Som sjukepleiarstudent og snart nyutdanna sjukepleiar kjem dette til å vere ei pasientgruppe eg vil møte. Det er eitt sårbart tema som må bli snakka meir om og ved å fordjupe meg i dette kan eg bidra på min framtidige arbeidsplass med kunnskap kring dette.

## 1.2 Bakgrunn for val av tema

Då eg var i kirurgisk praksis møtte eg for fyrste gong ei kvinne som hadde gjennomgått ein spontanabort. Etter den gong har talet på kvinner eg har møtt auka. Det har vore stor forskjell på kor ynskt graviditeten var og kor mykje emosjonell støtte desse kvinnene eller para har hatt behov for. Det desse situasjonane har til felles er ei kjensle eg som helsepersonell kjenner på når det kjem til å strekke til og å tilby den støtta som dei forskjellige pasientane har ynskt i sin situasjon. For kva er eigentleg rett tilnærming? Det finst det nok ingen fasitsvar på. Men, kva kan eg som helsepersonell gjere for å kunne ivareta desse pasientane på best mogleg måte?



### 1.3 Å «kjønne» medisin

Kvinnehelseomgrepet er eit omgrep som har eksistert lenge, men som nyleg har blitt meir aktuelt. Desverre er ein forvaltningsstruktur som varetek kjønn og kjønnsforskjellar innanfor helse mangelfull, noko som er ein kontradiksjon til den politiske ambisjonen om å løfte kvinnehelse fram (NOU 2023: 5, 2023, kap 1.1). Kvinner som står fram med sine historier frå helsetenesta visar til mangelfull oppfølging innanfor tenestene. Mykje av den medisinske kunnskapen me har i dag er konstruert rundt sjukdom hjå menn og korleis ein kan behandle menn som lid av forskjellige sjukdommar (Brunstad, 2017, s. 93). Kvinners helse har lav status og blir samanlikna med helsa til menn, sjølv om det er to vidt forskjellige området med unike behov, utfordringar og biologiske eigenskapar. Mann og kvinne er biologisk forskjellige ned på cellenivå og ein kan dermed sjå korleis sjukdom kan opptre forskjellig hjå dei to kjønna (Brunstad, 2017, s. 93). Sidan denne oppgåva handlar om kvinner og deira oppleving med spontanabort blir derfor ordet kvinne eksklusivt brukt om den biologiske kvinna.

### 1.4 Spontanabort

Av legeforeningen blir spontanabort definert som «[...] spontant tap av en intrauterin graviditet før fullgatte 22. svangerskapsuke» (Berner et al., 2023). Dersom ein spontanabort skjer i løpet av dei fyrste 12 vekene karakteriserast det som ein tidleg spontanabort og det er i løpet av desse 12 vekene 80% av spontanabortane oppstår (Hagtvedt, 2019, s. 83). Vanlegaste årsaka til tidleg spontanabort er kromosomavvik hjå fosteret. Frå byrjinga av 13. svangerskapsveke til og med veke 22 kallast det sein spontanabort. Etter fullgatte veke 22 i svangerskapet heiter det ikkje spontanabort dersom fosteret døyr. Ein karakterisera då et avbrote svangerskap som ein prematur fødsel, eller dødfødsel. Dersom tre eller fleire graviditetar med same partnar endar i spontanabort kallast dette for habituell abort (Hagtvedt, 2019, s. 83).

Det er tre forskjellige typar spontanabort: truande abort, partiell abort og fullstendig abort (Berner et al., 2023). Truande abort diagnostiserast ved at det er pågåande bløding frå skjeden før fullgatte 22. svangerskapsveke saman med svake smerter hjå den gravide. Livmorhalsen er lukka og fosteret lever (Hagtvedt, 2019, s. 83). Partiell abort kan delast inn i tre undergrupper: spontanabort der det er gravidrestar i livmorhola; graviditet med gestasjonssekk der eitt embryo ikkje har utvikla seg; og ein graviditet der ein finn eitt intrauterint fosteranlegg utan hjerteslag der det ikkje har vore bløding, altså ein «missed abortion» (Berner et al., 2023). Fullstendig spontanabort inneber at alt vev er støtt ut av livmora (Berner et al., 2023). I nokre

tilfelle er det behov for utskraping av livmor etter ein spontanabort og omtrent 30% av kvinner som opplever spontanabort har behov for medikamentell behandling (Hagtvedt, 2019, s. 83).

### **1.5 Risikofaktorar ved eit svangerskap**

Det er fleire risikofaktorar som kan føre til at eitt svangerskap ikkje går som planlagd. Som tidlegare nemnt er alder over 30 år hjå fødande forbundet med auka risiko og det er også dette som er den fremste risikofaktoren for spontanabort (Berner et al., 2023). Faktorar som er mindre framstående, men også viser seg å være assosiert med risiko er blant anna over- og undervekt, alkoholinntak og røyking eller snusing hjå mor . Sjukdom hjå foreldre kan også føre til auka sjanse for spontanabort (Berner et al., 2023; Hagtvedt, 2019, s. 79, 109).

Ein norsk studie visar at svangerskapshistorikk har betydning for sjanse for spontanabort (Magnus et al., 2019). Kvinner som tidlegare hadde opplevd dødfødsel eller spontanabort viste seg å være meir utsett for spontanabort enn kvinner som var fyrstegongsfødande. Ein ser også at risikoen aukar for kvar spontanabort kvinna går igjennom. Tidlegare svangerskapskomplikasjonar kunne også føre til eitt svangerskap med auka risiko der kvinner som hadde opplevd prematur fødsel, keisarsnitt og svangeskapsdiabetes i tidlegare svangerskap var utsett. Studien konkludera med at den største risikofaktoren for spontanabort var alder over 30 år hjå mor (Magnus et al., 2019).

### **1.6 Oppfølging etter spontanabort**

I 2020 vedtok stortinget at alle kvinner som gjennomgår spontanabort skal få tilbod om oppfølging av helsepersonell (NOU 2023: 5, 2023, kap 1.3). Årsrapport frå helseregionane visar at dette blir følgt opp av alle sjukehus utanom eitt, kva sjukehus dette er blir ikkje spesifisert. Kva oppfølging kvinnene får tilbod om visar seg å vere mykje opp til tilfeldighetane då det ikkje er spesifisert kva type oppfølging kvinnene skal få og heller ikkje kva helsepersonell som skal følge dei opp. I NOU rapporten anerkjenner utvalet at det er behov for meir systematisert oppfølging for kvinner etter ein spontanabort. Det mange fastlegar og jordmødrer som tilbyr dette på eige initiativ, men det er per no ingen koordinering på dette som kan føre til at fleire ikkje får tilbod og at fleire kan velje å avstå då ein må betale eigenandel for denne oppfølgingssamtalen. Ein prøver å sjå til Sverige der ein

slik ordning er sett i verk. Dette går då ut på at kvinner som er i kontakt med sjukehus ved spontanabort får informasjon av sjukepleiar om mogleg oppfølging hjå jordmor eller fastlege (NOU 2023: 5, 2023, kap 1.3).

### **1.7 Sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee**

I oppgåva har eg velt å bruke sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee sin teori om sjukepleie då hennar teori og synspunkt er relevant i samanheng med problemstillinga. Travelbee sin teori baserer seg på at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess mellom sjukepleiar og et individ, ein familie eller eitt samfunn der sjukepleiar sitt mål er å hjelpe med førebygging eller meistring innanfor sjukdom og liding. Teorien går også ut på at ein om nødvendig skal hjelpe å finne mening i desse erfaringane (Travelbee, 1999, s. 29).

Ein mellommenneskeleg prosess er ein prosess mellom to menneske der begge menneska har behov som treng å verte oppfylt (Travelbee, 1999, s. 177). Sjukepleiar kan tilby best pleie til sin pasient gjennom å oppfylle sine behov gjennom kontakten med pasient og meningsfull kommunikasjon med kollegaer og andre. Om ein sjukepleiar har mangelfull oppfylting av sine behov, kan ein heller ikkje forvente at vedkommande kan tilfredsstille pasienten sine behov. Nøkkelordet for å komme i mål med ein mellommenneskeleg prosess er relasjon. Relasjonen treng gjensidig innsats for å bygge og oppretthalde, men ansvaret ligg alltid hjå den profesjonelle sjukepleiaren og ikkje hjå den pleietrengande (Travelbee, 1999, s. 178).

Travelbee definerer ordet menneske som «[...] et unikt og uerstattelig individ – en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller kommer til å leve» (Travelbee, 1999, s. 54). Ved møte med pasientar må ein som sjukepleiar forstå seg på at same situasjon kan opplevast forskjellig for menneske. Det finst like mange reaksjonar, som det finst menneske og ein må tilpasse seg heretter. Travelbee legg vekt på at kvart enkelt menneske skilje seg ut på sin eigen unike måte og at dette ikkje definerast av arv og miljø åleine, men også gjennom dei livserfaringane mennesket er igjennom (Travelbee, 1999, s. 57).

Ei livserfaring alle menneske vil møte på i løpet av sitt liv, enten det er psykisk, fysisk eller åndeleg, er liding (Travelbee, 1999, s. 98). Korleis ein opplever lidinga og om ein ser tyding i situasjonen er individuelt for alle menneske, men måten ein kan klare å lage tyding ut av lidinga kan ha ytterlegare tyding for korleis mennesket skal klare å kome seg igjennom ein

slik fase av livet. Travelbee betraktar liding som ei erfaring som variera i intensitet, varigheit og djupn. Det er noko nesten alle menneske vil kome seg ut av for å sleppe lidinga. Ikkje alle klarar å uttrykke dette, og det treng ikkje då bety at dette er fordi vedkommande nyter å lide. Det kan like gjerne bety at vedkommande har lidd alt for intenst over alt for lang tid og får dermed ei «ikkje bry seg» haldning. Travelbee understrekar at til desse menneska er det også viktig å tilby hjelp og prøve å forstå, slik at ikkje lidinga når ytste stadium, den apatiske likesæla (Travelbee, 1999, s. 99-100).

«Kvifor meg?»-reaksjonen er ein sær sars vanleg reaksjon på sjukdom og liding og er truleg eitt resultat av manglande aksept ovanfor at dette skjer med «akkurat meg». Ein slik manglande aksept kan føre til ei rekke kjenslemessige reaksjonar, deriblant ein tendens til å leite etter noko, eller nokon å halde ansvarleg for det som har skjedd (Travelbee, 1999, s. 103-104). Det er dermed ein viktig del av sjukepleiar sitt ansvar å fremje håp hjå desse pasientane som opplever liding (Travelbee, 1999, s. 117). Travelbee skriv at «Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige.». Målet med å fremje håp er å vise at det er ei løysing på problema eller ein veg ut av det som opplevast vanskeleg. (Travelbee, 1999, s. 117).

### **1.8 Emosjonelle behov og krav**

I følge Institutt for biovitenskap (2023) er emosjonar avanserte hjernefunksjonar som deltek i styring av åtferd. Kjensler er det bevisste kjenslemessige uttrykket av emosjonar. Indikatorar på emosjonar er ansiktsuttrykk, stemmeleie, kroppsspråk, gråt, tårer og latter (Institutt for biovitenskap, 2023). Mykje tyder på at menneske er i stand til å lese ein omsorgsperson sine kjensler frå dei er ni månadar gamle (Eide & Eide, 2021, s. 382). Helsepersonell kan då frå denne alderen av spele ei viktig rolle på å være til stades og vere nokon ein kan vende seg til for anerkjenning og støtte i situasjonar der ein kjenner seg engsteleg eller einsam (Eide & Eide, 2021, s. 383). Emosjonelle behov menneske har er for eksempel behov for tørst, omsorg, anerkjenning, bekreftelse, trygghet og nærheit (Følelseskompasset, 2024).

Grunnleggande sjukepleie visar til ei undersøking gjort av Statens arbeidsmiljøinstitutt i 2018 som rapportera at sjukepleie er yrket med høgast emosjonelle krav (Kristoffersen et al., 2021, s. 382). Dette inneber at ein i stor grad må framstå profesjonell i yrkesrolla si ved å

kontrollere og regulere egne kjensler og kjensleuttrykk for å imøtekomme pasientens forventningar ovanfor kva kjensler det er akseptabelt å uttrykke eller undertrykke. Å stå i slike høge emosjonelle krav over lang tid er krevjande og kan disponere for depresjon og å bli utbrent (Kristoffersen et al., 2021, s. 383-384). Sjukepleiarar er også i risikograppa for å utvikle «compassion fatigue», oversett til norsk: omsorgstrøtthet (Unhjem, 2020). Omsorgstrøtthet kan kjenneteiknast av blant anna utmatting, nedsett konsentrasjon, kjensle av å ikkje strekke til, redusert empati, ansvarsfråskrivning og irritabilitet (Vang, 2021).

## **1.9 Lovverk**

Pasient- og brukerrettighetsloven skildrar rettighetane pasientar og brukarar har ovanfor helse- og omsorgstenesta (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette inneber at pasientane har rett på blant anna helse- og omsorgstenester, informasjon og innsyn. Formålet med lova er å fremje tillit og sosial trygghet mellom pasient og helsetenesta, og ivareta respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Pasientane har i fylgje lova rett på medverknad ved gjennomføring av helsetenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Pasienten har då rett på å medverke val rundt forsvarlege og tilgjengelege tenesteformer og undersøkings- og behandlingmetodar. Helsepersonell har ansvar for å tilpasse informasjon til den enkelte si evne til å ta i mot informasjon slik at den enkelte individ har innsikt i kva informasjon som blir gitt og kva valmoglegheiter som finst. Pasient har også rett på å ha ønska pårørande til stades dersom dette lar seg gjennomføre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie fastslår i punkt 1.1 at sjukepleiar har ansvar for å yte omsorgsfull sjukepleie, ivareta pasientens behov og understøtte menneskets ressursar, meistring, håp og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2023). Punkt 1.3 fortel korleis sjukepleiar har ansvar for å gi informasjon på ein måte som er forståeleg og tilpassa pasient og pårørande sin kultur, deira språkferdigheter, kognitive funksjon, og psykiske behov (Norsk sykepleierforbund, 2023).

## 2.0 Problemstilling

For å kome fram til ei problemstilling er det nytta innleiande søk for å sjå om ein i det heile får svar på det ein spør etter i problemstillinga (Thidemann, 2023, s. 74). Søket var ikkje for å finne relevant litteratur, og vart dermed ikkje skrive ned. Søk på problemstilling viste at det er mogleg å finne litteratur innanfor dette tema, og dermed er problemstillinga aktuell.

Problemstillinga vart dermed:

*«Korleis kan sjukepleiar ivareta kvinners emosjonelle behov etter ein spontanabort?»*

Oppgåva har eitt sjukepleiarfagleg perspektiv og hensikta er dermed å undersøkje korleis ein som sjukepleiar kan imøtekomme kvinners emosjonelle behov etter ein spontanabort. Det er tenkt at kvinnene vert møtt på sjukehus og då enten i poliklinikk, akuttmottak eller på sengepost. Søkelyset er retta mot kvinner som opplever spontanabort før utgangen av svangerskapsveke 22. Eg har velt å fokusere på spontanabort i alle vekene til og med 22, då eg tykkjer det er viktig å vise at ein spontanabort kan være smertefull for ei kvinne om ho er 5 veker på veg, eller 22 veker på veg. Uansett svangerskapsveke treng desse kvinnene omsorg og støtte. Eventuell partner eller pårørende nær kvinna kan også oppleve mange av dei same kjenslene som kvinna rundt spontanabort. I oppgåva er det likevel velt å hovudsakeleg fokusera på kvinner for å avgrensa omfanget og for å kunna gå grundig inn i deira oppleving av ein spontanabort.

Av eigen erfaring frå eitt lokalsjukehus blir kvinner referert ganske fort til kirurgisk avdeling frå enten poliklinikk eller akuttmottak når det vert stadfesta spontanabort. Det næraste ein kjem ei gynekologisk avdeling på lokalsjukehuset er føde- og barselavdelinga, noko som kan opplevast ubehageleg og tyngande for kvinner som nettopp har mista sitt barn i magen.

## 3.0 Metode

Metodekapittelet blir brukt for å beskrive korleis ein skal kome fram til informasjon og kunnskap for å belyse problemstillinga (Thidemann, 2023, s. 77-78). Målet er at metodekapittelet skal vera så nøyaktig beskrive at kven som hels kan gjennomføre same søket som er skildra og kome fram til same resultatet. Vidare blir det presentert korleis problemstillinga bidreg til å identifisere søkeorda som skal bli brukte, kva databasar som er søkt i, og korleis kombinasjonen på søkeorda skal er sett saman. Det blir også forklart korleis forskingsartiklar blir inkludert ved å vurdere kvaliteten på artiklane ved hjelp av sjekklister frå helsebiblioteket.

### 3.1 Design

Som metode for å skrive oppgåva er det nytta litteraturstudie. Ei litteraturstudie går ut på å samle inn kunnskap får skriftlege kjelder ved å finne litteratur for så å gå kritisk igjennom og deretter samanfatte det heile (Thidemann, 2023, s. 77). Litteraturstudie er brukt som metode då det er ein fruktbar metode for å få svar på problemstillinga presentert i oppgåva. Dette er fordi at artiklar blir strukturert presentert og deretter diskutert slik at ein ser fleire synspunkt og vinklingar på problemstillinga (Thidemann, 2023, s. 79).

### 3.2 PICO

Eitt PICO skjema er knytt til problemstillinga ved at ein får delt opp problemstillinga og dermed definert søkeord til dei ulike PICO elementa (Thidemann, 2023, s. 84). Ein får dermed god oversikt over kva søkeord ein skal kombinere når ein skal søke. I PICO skjema står P for kva type pasient eg rettar fokus mot, I står for fenomenet av interesse hjå desse pasientane og Co står for konteksten eg tenkjer det kan være aktuelt å møte desse pasientane i. Skjema er fylt ut med stikkord som stemmer overeins med tydinga av PICO bokstavane. For å kome fram til søkeorda har eg sett på resultat i det innleiande søket og kva ord som har gått igjen der i artiklane. Desse orda har blitt supplert med andre ord eg tykkjer er beskrivande for mi problemstilling og det eg ynskjer å undersøke.

For å omsetje søkeorda til engelsk slik at ein har auka sjans for treff på artiklar er det nytta MESH (Medical Subject Headings). Nettsida er henta frå helsebiblioteket.no og er god hjelp når ein skal identifisere søkeorda på engelsk.

Figur 1: PICO på norsk

P Populasjon/Patient/Problem	I Intervention/Fenomen av interesse	Co Kontekst
Avbrott graviditet Tidleg tap (av graviditet) Spontanabort (Missed abortion)	Sjukepleiar Emosjonell støtte Sjukepleiar-pasient-relasjon Kommunikasjon Samtale Sårbarheit Erfaring	Sjukehus Gynekologisk avdeling Kirurgisk avdeling

Figur 2: PICO på engelsk

P Populasjon/Patient/Problem	I Intervention/Fenomen av interesse	Co Kontekst
Pregnancy loss Early loss (Pregnancy loss) Miscarriage abortion, spontaneous	Nurse / bedside nursing Emotional support Nurse-patient relation Communication Conversation Vulnerability Experience	Hospital Gynecology unit Surgical unit

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Figur 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinne/par som har gjennomgått spontanabort	Kvinner/par som ikkje har gått igjennom spontanabort eller som opplever andre svangerskapskomplikasjonar som ektopisk graviditet eller dødfødsel f. eks.
Artiklar frå siste 10 år	Artiklar eldre enn 10 år
Artiklar på norsk/svensk/dansk/engelsk	Artiklar på andre språk enn norsk/svensk/dansk/engelsk
Kvinner som har oppsøkt helsehjelp under/etter spontanabort	Kvinner som har opplev spontanabort utan å oppsøke helsevesen



### 3.4 Litteratursøk

Denne bacheloroppgåva er ein litteraturstudie. Det vil seie at det blir utført søk i databasar for å anskaffe forskning som svarar på problemstillinga (Thidemann, 2023, s. 77-78). Databasane eg har brukt er Cinahl, PubMed og Cochrane. Cinahl, PubMed og Cochrane er databasar som baserer seg på medisinske kjelder og resultat. Det er også nytta Google Scholar, men då til meir generelle, innleiande søk for å undersøke om temaet er skrive om og eventuelt omfanget. For å kritisk vurdere artiklane har eg nytta sjekklister frå helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021).

I søket er det brukt boolske operatørar for å auke sjansen for treff på relevant forskning (Thidemann, 2023, s. 87). Dei vanlegaste operatørane, og også dei nytta i oppgåva er AND, OR og NOT. Ved å bruke AND mellom to søkeord får ein svar på både S1 (søkeord 1) OG S2 (søkeord 2). Ved å bruke OR mellom to søkeord får ein svar på S1 ELLER S2. Ved å bruke NOT får ein svar på S1 OG IKKJE S2. Av desse tre boolske operatørane er det AND og OR som er vanlegast. NOT kan også brukast sjølvsagt, men skal brukast med forsiktighet for å ikkje luke ut relevante treff (Thidemann, 2023, s. 87). NOT er ikkje brukt i mine søk.

Søkeorda eg har brukt saman med boolske operatørar er identifisert ut ifrå PICO skjema som er beskrive ovanfor. Ved å strukturere søkeorda inn i PICO-skjema, omsetje til engelsk og finne forskjellige synonym aukar ein sjansen for å få færre og meir relevante treff (Thidemann, 2023, s. 87). Etter kvart som eg har søkt har eg dokumentert dette i eitt skjema for søkehistorikk som kan sjåast i eige skjema i vedlegg 1. Ved hjelp av desse tabellane skal det være mogleg å etterprøve same søk og kome fram til same resultat. Denne måten å søkje etter kjelder på kallast eitt strukturert litteratursøk, men ein ser i skjema for søkehistorikk at det ikkje vart utført heilt strukturert (Thidemann, 2023, s. 82). Eg har velt å inkludere søk som ikkje produserte treff på artiklar for å vise til at det kan være vanskeleg å finne studiar som omhandlar dette tema. Søka som produserte treff er tydeleg markert i skjema og artiklane er vist til for at det skal verte så oversiktleg som mogleg.

### 3.5 Utval- og kritisk vurdering av artiklane

Nokre av søka produserte treff på mange artiklar og eg burde her forsøkt å minimere antal treff ved hjelp av søkeord og eksklusjonskriterier. Eg opplevde at det var mest relevante

resultat i løpet av dei fyste artiklane på resultatlista og velte derfor å lese overskriftene på desse. Artikkeloverskriftene lengre nede på resultatlista såg ut til å handle om tema som ikkje var relevant og desse vart dermed ikkje lest. Av overskriftene eg las velte eg ut eitt mindre antal artiklar der eg leste «abstract», altså ei oppsummering av artiklane. Eg opplevde då at nokre artiklar var relevante, mens andre var bak betalingsmur, at studien ikkje var starta opp endå, eller at artiklane dreia seg om noko anna enn det som var relevant for problemstillinga.

For å kritisk vurdere artiklane har eg nytta sjekklisene helsebiblioteket har utforma som hjelpemiddel. Ein finn på deira nettsider sjekklister tilpassa kvaslags studie ein har velt å bruke. Til kvalitative artiklar har eg nytta «Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie» og til scoping review er det brukt «Sjekkliste for oversiktsartikkel» (Helsebiblioteket, 2021). Ved hjelp av desse sjekklisene får eg sett nøye gjennom artiklane med eitt kritisk blikk og vurderer artiklane punkt for punkt. Eksempel på utfylling av sjekkliste for kvalitativ studie er lagt ved under vedlegg 3.

### **3.6 Analyse**

For å få ei meir innsiktsfull oversikt over kva artiklane skriv om er Aveyards tematiske analysemodell nytta. Dette er ein metode der eg fyst har lest resultatet i artiklane for å sjå at det er relevant for mi oppgåve, etterfylgt av ein meir granskande lesing gjennom artiklane for å identifisere tema (Thidemann, 2023, s. 96).

For å identifisere forskjellige tema i artiklane har eg fargekoordinert dei for betre oversikt slik Aveyard anbefalar (Thidemann, 2023, s. 97). Eksempelvis er temaa eg har sett på kvinners møte med helsevesenet, sjukepleiar sitt møte med pasient, korleis kvinner opplever sorga etter spontanabort, hjelpemiddel kvinner bruker for å handtere sorga og kva kvinner saknar i helsevesenet. Desse forskjellige temaa har dermed fått kvar sin farge, henholdsvis oransje, rosa, gul og blå. Alle artiklane vart utskrivne for å enkelt kunne markere temaa med markeringstusj.

## 4.0 Resultat av funn

Litteratursøket enda med seks artiklar som saman svarar på problemstillinga. Presentasjon av kvar artikkel er lagt ved i litteraturmatrisa i vedlegg 2. I dette kapitelet blir samanfatta funn frå artiklane presentert.

### 4.1 Kvinnens møte med sjukepleiar og helsevesenet

Fleire kvinner kjente på kjensla av at det var eitt hektisk miljø på sjukehuset og at det var lang ventetid mellom prøvar og svar på deira tilstand (Emond et al., 2019, s. 1957; Galeotti et al., 2022, s. 17). Kvinnene kjente seg bortgløymde og at dei ikkje vart gjort til ein prioritet under lang ventetid. Denne ventetida førte til auka bekymringa og angst hjå til kvinnene og deira partner. Fleire rapportera også at då dei skulle velje metode for å eventuelt fullføre spontanaborten kjente dei seg forhasta til å ta et val. Emond et al. (2019, s. 1960) set lys på individuelle opplevingar hjå kvinner der ein ser at kvinnene har forståing for at sjukepleiarane er opptekne, men at dei uansett hadde ynskt at sjukepleiarane tok seg tid til forstå situasjonen deira og vise medkjensle.

Emond et al. (2019, s. 1960-1962) og Galeotti et al. (2022, s. 17) peiker på mangel på privatliv som eitt problem. Galeotti et al. (2022, s. 17) viser til korleis eit kaotisk miljø aukar stress hjå kvinnene som venta på venterom. Fleire opplevde sjenerande symptom på spontanabort som bløding, smerte, emosjonelt stress og hyppige toalettbesøk. Nokre kvinner opplevde også å spontanabortere på toalett felles for venterommet. Ei kvinne peiker spesielt på dette som eitt problem då ho kjente seg oversett og følte ansvaret vart lagt over på ho sjølv å gå gjennom spontanaborten blant framande på venterommet (Emond et al., 2019, s. 1961).

Funn visar at det var stor trøyst i å ha pårørande til stades som partner eller anna familie/vener (Emond et al., 2019, s. 1960). Dei som hadde moglegheit til dette sakna å kunne diskutere situasjonen seg imellom, utan at det sat framande rundt dei. Dette kjentest sjenerande og gjorde det vanskeleg å kommunisere. Kvinnene som opplevde å verte plassert på eige rom omtalte det som ein fin moglegheit til å prosessere situasjonen med pårørande og dei sat stor pris på medkjensla frå sjukepleiarane som såg dette var et behov (Emond et al., 2019, s. 1961; Galeotti et al., 2022, s. 17).

Funn i studiane visar at kvinnene sakna forståing for kva dei står i frå helsepersonell (Bellhouse et al., 2019, s. 140-143; Emond et al., 2019, s. 1958-1960; Galeotti et al., 2022, s. 5, 17; Van Tuyl, 2024, s. 5-6). Kvinnene fortalte om kommentarar som var avfeieande og som insinuerte dei hadde ein overreaksjon på spontanaborten (Bellhouse et al., 2019, s. 141). Funn visar også at kvinnene kjenner på mangel på anerkjenning ovanfor tapet dei opplevde og at dette er viktig for deira emosjonelle velvære og å kjenne seg komfortabel med å fortelje kva kjensler dei har ovanfor tapet (Galeotti et al., 2022, s. 5; Van Tuyl, 2024, s. 6). Ei kvinne fortel at ho følte helsepersonell «[...] dropped me like I was hot. . .as soon as there was no living baby inside of me» (Van Tuyl, 2024, s. 5). Oversett til norsk tyder dette at ho kjente seg etterlett til seg sjølv med ein gong det vart konstatert spontanabort.

Nemnt fleire gonger på kryss av artiklane er bruk av terminologi som foreldra enten ikkje forstår, eller som opplevast ufølsom frå helsepersonell (Bellhouse et al., 2019, s. 141-143; Emond et al., 2019, s. 1958-1959; Galeotti et al., 2022, s. 17; Van Tuyl, 2024, s. 6). Kvinner beskriv korleis det dei såg på som eitt barn dei hadde mista vart referert til som spontanabort, missed abortion eller produkt av svangerskap (Galeotti et al., 2022, s. 17; Van Tuyl, 2024, s. 6). Dette vart opplevd som ufølsomt og kvinnene sakna å bli spurt kva dei ynskte spontanaborten skulle bli referert til som.

#### **4.2 Sjukepleiar sitt møte med pasient**

Sjukepleiarar og anna helsepersonell anerkjente at spontanabort var ei påkjenning for kvinnene dei møtte (Emond et al., 2019, s. 1959-1960; Jensen et al., 2019, s. 509). Funna i Jensen et al. (2019, s. 509) visar at det spesielt er tøft for kvinner som har med seg «bagasje» frå tidlegare som assistert befruktning, kvinner som opplever habituelle spontanabortar, kvinner som ikkje har born frå før og kvinner som eksisterande psykisk helse-problematikk.

Sjukepleiarane visar til manglande opplæring i møte med kvinner som gjennomgår spontanabort og fortel dei saknar spesifikke retningslinjer som fortel kva oppfølging desse kvinnene har rett på (Emond et al., 2019, s. 1959). Sjukepleiarane fortel også at dei etter beste evne forsøkte å forklare til kvinnene kva som skjer etter ein spontanabort og kva dei kan oppleve kroppsleg og mentalt, men mange av kvinnene er opprørte og får ikkje med seg informasjonen. Det blir peikt på at dersom ein hadde hatt spesifikke brosjyrar å dele ut til desse kvinnene, kunne ein vore meir sikker på at dei fekk med seg nødvendig informasjon (Emond et al., 2019, s. 1960).

Jensen et al. (2019, s. 510-511) har intervjuet anna personell som legar, gynekologar og jordmødrer visar at desse tykkjer dei er forberedt på å ta vare på kvinner som gjennomgår spontanabort tross lite opplæring. Det visar seg at dei i større grad fokusera på kroppslege symptom over emosjonelle og let det vere opp til kvinnene å sjølv kommunisere om dei trengte å snakke om det emosjonelle aspektet ved ein spontanabort. Dei fokuserte også på å normalisere at mange kvinner opplevde spontanabort og presisere at det ikkje var kvinna sjølv som hadde forårsaka utfallet (Jensen et al., 2019, s. 510).

Både Jensen et al. (2019, s. 511) og Emond et al (2019, s. 1959-1960) er einige i at å ha betre tid til kvar pasient kan betre pleia dei gir. Begge poengtera at lite tid fører til mindre grundig oppfylgning og helsepersonell kjenner seg overvelda i travle periodar og dermed ute av stand til å vise den omsorga dei gjerne skulle. Travle periodar tyder også plassmangel. Sjukepleiarane uttrykte ønske om å ha moglegheit til å tilby privatliv til kvinner i sårbar situasjon, men grunna plassmangel var dette ikkje mogleg å gjennomføre (Emond et al., 2019, s. 1961-1962). Jensen et al. (2019, s. 511) viser i tillegg til at det er vanskeleg som helsepersonell å møte mange spontanaborterande kvinner og at ein dermed kan vise mindre omsorg som følge av både å beskytte seg sjølv og si eige psykiske helse, men også grunna omsorgstrøttheit.

### **4.3 Den einsame sorga og hjelpemiddel for å kome seg gjennom**

Etter ein spontanabort rapporterer mange kvinner at dei kjenner seg einsame og på skyldfølelse for at graviditeten ikkje var levedyktig (Bellhouse et al., 2019, s. 139-140); Van Tuyl, 2024, s. 6). Bellhouse et al. (2019, s. 139-140) fortel at fleire kvinner skyldte på seg sjølv for at graviditeten tok slutt og tenkte at det var noko feil med kroppen deira, eller at dei hadde hatt for mykje angst i graviditeten som til slutt førte til spontanabort. Dette var noko fleire opplevde som problematisk å snakke om med andre då dei kjente på stigma rundt spontanabort i nærmiljøet og skam for at kroppen deira ikkje klarte å bære fram eit levedyktig foster. Dette førte også til einsamheit og isolasjon i etterkant. Van Tuyl et al. (2024, s. 6) visar til same funna og då spesielt til at kvinner også kjenner på stigma rundt spontanabort og tykkjer det er vanskeleg å dele om det dei opplevde med folk rundt seg.

Noko kvinner rapporterte å finne trøyst i var å snakke om si oppleving med andre, enten det var kvinner som har opplevd det same eller profesjonelle som prest og psykolog (Bellhouse et al., 2019, s. 142; Emond et al., 2019, s. 1959; Van Tuyl, 2024, s. 6-7). Kvinner sat pris på å få informasjon om støtte-organisasjonar frå sjukehuset då dette bidrog til at det var lettare å snakke om eigen situasjon når ein også fekk høyre andre sine historier. Kvinner kjente også at sorga var lettare å bære når dei såg andre bar på same sorga i etterkant. Å snakke med profesjonelle var og til hjelp for nokre av kvinnene då dette bidrog til at dei lettare sat ord på kjenslene sine og få bekrefta at det dei følte på var normalt (Bellhouse et al., 2019, s. 142; Emond et al., 2019, s. 1959; Van Tuyl, 2024, s. 6-7).

Kvinner opplevde å finne trøyst i å minnast barnet dei mista gjennom ein minnegjenstand eller ein minneseremoni (Bellhouse et al., 2019, s. 142-143; Van Tuyl, 2024, s. 6). Van Tuyl et al. (2024, s. 6) viser til at amerikanske kvinner såg til Buddhismen og korleis dei minnast sine næraste for eksempel gjennom lystenningsseremoni. Dei opplevde gjennom dette at amerikansk kultur ikkje snakkar nok om sorg og tap. Bellhouse et al. (2019, s. 142-143) skriv at fleire kvinner i deira studie fekk anbefaling av helsepersonell å gjennomføre ein minneseremoni som å sleppe ballongar til himmelen, tenne lys, eller å ta vare på ein gjenstand for å minnast barnet. Ein deltakar fortel at dette var til hjelp å akseptere det som har skjedd, og å hugse barnet.

#### **4.4 Manglande informasjon**

Ein nordisk studie viste at det ikkje var forskjell på reaksjon til foreldre som gjennomgjekk missed abortion og spontanabort og at kjensler som isolasjon og skyldfølelse var redusert etter fire månadar (Volgsten et al., 2018, s. 1494). Studien visar at kvinner som opplevde missed abortion ofte trengte fleir besøk på sjukehuset med tilleggsbehandingar enn kvinner som var ferdig behandla etter eitt sjukehusbesøk eller gjennomførte spontanaborten heime. Kvinnene som gjentatte gonger besøkte sjukehuset rapporterte færre depressive symptom enn kvinnene som var ferdig etter ei behandling (Volgsten et al., 2018, s. 1495). Dette funnet samsvarar med funn Galeotti et al (2022, s. 18) har gjort.

Kvinner saknar i stor grad informasjon om tida etter ein spontanabort, både kva som skjer med kroppen og den mentale helsa (Bellhouse et al., 2019, s. 144; Emond et al., 2019, s. 1959; Galeotti et al., 2022, s. 17). Kroppslege plagar som bløding, smerter og oppstart av

menstruasjonssyklus, samt psykiske plagar som sjokk, sorg, depresjon, sinne og panikkanfall følte kvinnene seg dermed uforberedt på (Bellhouse et al., 2019, s. 144; Emond et al., 2019, s. 1959; Galeotti et al., 2022, s. 17; Van Tuyl, 2024, s. 6; Volgsten et al., 2018, s. 1494).

## 5.0 Drøfting

Ved hjelp av funn i forskning og teoretisk perspektiv skal problemstillinga drøftast. Eg vil også trekke inn eige erfaring frå praksis på ein kirurgisk avdeling på eit lite lokalsjukehus.

### 5.1 Å skape eitt ope og trygt miljø for pasientane

Kvinner som har vore gjennom spontanabort fortel at dei ikkje alltid kjente på at det var rom for å kome med eigne bekymringar, problem og spørsmål. Dette er sjukepleiar sitt ansvar å sørge for at kvinnene er komfortable med ved å danne eitt roleg miljø der det er rom for spørsmål og sårbarheit. Problemet er at sjukepleiarar skildrar mangel på opplæring som ei hindring som gjer at dei er usikre på korleis dei best kan være der for kvinna i etterkant (Emond et al., 2019, s. 1959-1960).

Sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee (1999, s. 54) definerer menneske som unike individ forma av arv, miljø og ikkje minst livserfaringane kvart enkelt menneske har vore igjennom. Sett i samanheng med spontanabort tyder dette at ein kvar situasjon er unik og dette må sjukepleiar også behandle det som. Er dette ei kvinne som opplever spontanabort for fyste gong? Opplever denne kvinna habituelle spontanabortar? Assistert befrukting? Eksisterande psykisk helse-problematikk? Dette er faktorar helsepersonell opplever kan føre til at kvinner opplever spontanabort som spesielt tøft (Jensen et al., 2019, s. 509). Dette tyder ikkje at kvinner som har barn frå før ikkje opplever spontanabort som vanskeleg, men poengtera viktigheita av å sjå kvar situasjon separat.

For å finne ut kva kvinna ynskjer i sin unike situasjon er det viktig å oppretthalde ein tovegs kommunikasjon og at kvinnene har rom til å finne ut kva dei ynskjer ut av situasjonen. Dersom kvinna ynskjer og dette lar seg gjennomføre har ho også krav på å ha pårørande til stades (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dette kan være positivt for kvinna også då det visar seg at kvinner finn stor trøyst i å ha pårørande til stades for å saman kunne prosessere det som har skjedd og å være to om avgjersler (Emond et al., 2019, s. 1960). Ved å

skjerme kvinne og eventuell pårørende for hektisk miljø kan sjukepleiar bidra til ein betre kommunikasjonsarena slik at det er rom for dette (Galeotti et al., 2022, s. 17). Ved å skape slike trygge rammer for kvinner etter ein spontanabort kan ein bidra til at kvinnene kjenner seg komfortable med å dele sine sårbare kjensler og sjukepleiar kan dermed fange opp viktig informasjon om kvinnene si tilstand og om dei kjenner på psykiske etterverknadar som har behov for vidare oppfølging.

Pasientar har i fylgje norsk lov rett på informasjon tilpassa kvart enkelt individ slik at ein kvar har innsikt i eigen situasjon og kva valmoglegheiter der er (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Funn visar at fleire kvinner opplever å få presentert informasjon rundt si tilstand ved bruk av terminologi som kan opplevast upersonleg, uforståeleg og ufølsam (Van Tuyl, 2024, s. 6). Det er dermed viktig at helsepersonell forklarar situasjonen til sine pasientar på ein måte som er både forståeleg og som fremmer ei kjensle av emosjonell støtte hjå pasientane ved å for eksempel spørje kvinnene i byrjinga av samtale kva dei vil spontanaborten skal refererast til som (Van Tuyl, 2024, s. 6). Dersom ein som sjukepleiar ikkje deltek i legesamtale har ein likevel ansvar for å sørge for at kvinna kjenner seg ivareteken og kjenner sine behov er oppfylt (Norsk sykepleierforbund, 2023, 1.1). Dersom ein oppfattar at kvinna sit igjen med ei kjensle av å ikkje forstå, eller har blitt forstått kan ein då forsøke å forklare informasjon gitt med ei forenkling av medisinske termar (Norsk sykepleierforbund, 2023, 1.3). Som kollega kan ein foreslå til anna helsepersonell som andre sjukepleiarar og legar å ha med seg inn i samtalen at det er kvinnene desse samtalane er for, og at det dermed er viktig at dei kjenner seg ivareteken.

Kvinner rapporterer om kjensler som sjokk, sorg, sinne, depresjon og panikkanfall i etterkant av ein spontanabort, samt kroppslege plagar som bløding og smerter (Emond et al., 2019, s. 1959). Pasientane har som tidlegare nemnt rett på å vite at dette kan oppstå etter ein spontanabort, og har også rett på oppfølging der dei kan lufte deira situasjon med helsepersonell i etterkant av spontanabort (NOU 2023: 5, 2023, kap 1.3). Volgsten et al (2018, s. 1495) skildrar at kvinner som av kroppslege behov har gjentekne besøk med sjukehus etter sin spontanabort visar til færre depressive symptom, enn kvinnene som er ferdig behandla etter eitt møte med sjukehus. Dette kan tyde på at det er effektivt med gjentekne møter med helsepersonell etter ein spontanabort for å redusere depressive symptom i etterkant og understrekar viktigheita av oppfølging. Det visar seg dessverre å vere vanskeleg å fylgje opp innanfor helsesektoren då det ikkje er spesifisert kven som har ansvar for denne oppfølginga.



Norge bør her sjå til Sverige der sjukepleiar har ansvar for å informere om mogleg oppfylging hjå jordmor eller fastlege der pasienten står fritt til å velje og får innkalling utan eigenandel (NOU 2023: 5, 2023). Då dette ikkje er sett i verk i Norge den dag i dag, kan sjukepleiar informere om stiftelsen Amatheia der ein kan møte helsepersonell via chat, telefon og også samtale i fylgje deira nettside. Dette er ei gratis ordning der helsepersonell har teieplikt (Stiftelsen Amatheia, 2024).

For å anerkjenne tapet kvinnene har opplevd kan sjukepleiar foreslå å halde ein minneseremoni etter spontanaborten dersom ein opplever at dette kan være ønskeleg for kvinnene (Bellhouse et al., 2019, s. 142-143). Ein anerkjenna då at kvinnene går gjennom noko som kan være tøft og visar at ein ynskjer å være behjelpeleg med å gjere denne tida litt betre. Kvinnene kan då oppleve at ein ynskjer å ivareta dei så godt ein kan og at dei får emosjonelle behov oppfylt som trøyst, anerkjenning og å vise omsorg (Følelseskompasset, 2024). Ein kan då foreslå forskjellige metodar å minnst barnet på der ein kan gjere både store og små ting for å få ei kjensle av avslutning. Eksempel kan være lystenning, ta vare på ein gjenstand som minnst barnet eller sleppe ballongar mot himmelen (Bellhouse et al., 2019, s. 142-143; Van Tuyl, 2024, s. 6)

## **5.2 Å normalisere utan å bagatellisere sjukepleie ved spontanabort**

Funn visar til at kvinner set pris på å høyre at det dei opplever rundt sin spontanabort er normalt og at dei ikkje er aleine (Emond et al., 2019, s. 1958). Dette er viktig å presisere til kvinnene for å hindre at dei mister trua på seg sjølv og eigen kropp. Bellhouse et al (2019, s. 140) visar til at mange kvinner tenkjer graviditeten ender i spontanabort fordi at dei og kroppen deira har feila. Ein slik reaksjon kan kome frå mangel på aksept og at kvinnene ikkje forstår at dette skal hende med «akkurat meg» (Travelbee, 1999, s. 103). Ein del av sjukepleiars ansvar er å fremje håp til desse kvinnene og hjelpe dei finne håp i ein situasjon som kan opplevast håplaus (Travelbee, 1999, s. 117.) Sjukepleiar kan fremje håp ved å vise til tal om kor mange kvinner som opplever dette og at dei ikkje er aleine. Gjennom dette kan ein oppleve å fylle grunnleggande emosjonelle behov som å trøyste, anerkjenne og vise trygghet til kvinnene gjennom å bekrefte at dei ikkje er aleine (Følelseskompasset, 2024).

Ved å ha i bakhovudet at alle menneske er unike ser ein også her at det er forskjell på kva kvinner ynskjer å høyre då nokon kan oppleve normalisering som tryggande, mens andre kan føle at ein bagatellisera deira oppleving (Bellhouse et al., 2019, s. 141; Travelbee, 1999, s.

57). Om ein ikkje har rom for at kvinnene kan snakke om sorga dei opplever kring spontanaborten, kan det kjennast som at ein underkjenner deira oppleving, noko som svekkjer kvinnenes emosjonelle ivaretaking (Bellhouse et al., 2019, s. 141; Følelseskompasset, 2024). Det er då igjen, nyttig å ha ein samtale med kvinnene om korleis dei sjølve vil at samtalen skal gå. Mens nokon set pris på å høyre alt på ein gong og få informasjon om risikofaktorar for ny spontanabort samt etterverknadar, treng andre å høyre det viktigaste for så å få ro til å ta alt inn litt etter litt. Det kan då være lurt å ha brosjyrar og informasjonsark klar, enten frå organisasjonar som Amatheia, eller frå Helse Norge eller sjukehuset si nettside der ein finn informasjon skriven på ein måte som også er forståeleg for folk utan helsefagleg bakgrunn. Som ein del av sjukepleiar sin undervisande og rettleiande funksjon kan ein be kvinnene eller eventuelle pårørande gjenta korleis dei oppfatta denne informasjonen for å kunne sikre seg at dei har fått det med seg (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette er viktig då ein ser i forskning at mange kvinner er oppførte etter ein spontanabort og ikkje får med seg informasjon gitt av helsepersonell (Emond et al., 2019, s. 1959).

### **5.3 Etterspørsel og tilbod går ikkje overeins**

Artikkelen av Jensen et al. (2019) inkludera anna helsepersonell enn sjukepleiar. Funna kan likevel etter eigen praktisk erfaring relaterast til sjukepleiarar. Funn visar at både sjukepleiar og anna helsepersonell er klar over påkjenninga ein spontanabort er for kvinner, så kvifor opplever ikkje alltid kvinnene å bli møtt med dette? Helsepersonell skildrar fleire årsaker til dette som tidspress og omsorgstrøtthet.

Sjukepleiarane opplever at dei kan tilby pleie av varierende grad til sine pasientar avhengig av tidspresset dei har på seg. I travle periodar er det vanskeleg å prioritere tid til å sitje å lytte og støtte dersom det er akutt sjuke pasientar som har behov for hjelp, eller avdelinga er generelt travel (Emond et al., 2019, s. 1960). Senter for omsorgsforsking skriv i NOU frå helsekommisjonen at tidspress også kan føre til misnøye, stress og dårleg samvit blant helsepersonell som konstant må nedprioritere viktige oppgåver (NOU 2023: 4, 2023, kap 9.3).

Anna helsepersonell som legar, gynekologar og jordmødrer peikar på trong til å beskytte eige psykisk helse og omsorgstrøtthet hindra dei i å tilby den emosjonelle støtta dei såg det var behov for (Jensen et al., 2019, s. 511). Problemet låg i at helsepersonell opplevde å verte herda mot spontanabort då dei ofte opplevde det gjennom pasientane. For å hindre omsorgstrøtthet er det essensielt at også helsepersonell får lufta sine frustrasjonar for å

oppretthalde egne behov. Ved å sjå til ordninga til ei psykiatriavdeling i Østfold kan dette handle om å sette av nokre minutt i slutten av ei vakt til å lufte vonde kjensler med kollegaer (Larsen, 2020). Gjer ein dette kan ein hindre å ta med seg vonde eller påkjennande kjensler heim. Larsen understrekar også at dette kan føre til at problemstillingar det elles ikkje er plass til i ein arbeidskvardag løftast fram og forbetrast på ein måte det elles ikkje er plass til i ein arbeidskvardag. Dette lagar også rom for sjukepleiarar å få uttrykke kjensler dei elles må undertrykke i arbeidskvardagen ovanfor kvinnene (Kristoffersen et al., 2021, s. 383-384). Dette understrekar poenget til Travelbee med at det til sjuande og sist er menneske som tar vare på menneske og ved å sjå på pleia i eitt menneske-til-menneske-forhold der begge får sine behov oppfylt kan ein dermed vere meir til stades for pasientane sine (Travelbee, 1999, s. 177).

#### **5.4 Metodediskusjon**

I metodedelen av oppgåva vart det beskrive korleis oppgåva skulle leggest fram og framgangsmåte til strukturert søk. Framlegget av oppgåva er gjort etter beskrivinga forutan strukturert søk. Søkemetoden brukt i oppgåva viste seg å vere effektiv og gav svar på gode artiklar. Søket vart forsøkt gjort om til strukturert i etterkant, men søket produserte då andre artiklar enn dei som er vist fram i oppgåva og det vart då velt å behalde søket som var gjort sjølv om dette ikkje var strukturert. Hadde søket vore strukturert frå byrjinga kunne ein ha enda opp med andre artiklar av god kvalitet, men artiklane velt no er vurdert som sterke artiklar som svarar på problemstillinga.

Søket vart også forsøkt avgrensa i etterkant for å minimere antal treff på kvart søk og dermed auke sjansen for å sjå relevante artiklar. Dette viste seg på same måte som forsøket på strukturert søk å gje svar på andre artiklar enn dei inkluderte. Det vart vurdert på same måte her at gjeldande artiklar var sterke.

Ei anna svakheit oppgåva opplevde var at det var lite norsk forskning på området og mangelfullt av nye artiklar på sykepleien.no. Dette belyser viktigheita av å skrive om og auke bevisstheita rundt tema. Det vart dermed velt fleire artiklar frå andre land både innanfor og utanfor Europa som vart vurdert at svarte på oppgåva si problemstilling.

## 6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

I denne oppgåva er det sett lys på kvinner som gjennomgår spontanabort og korleis sjukepleiar best kan ivareta desse kvinnene sine emosjonelle behov. Relevant teori og Joyce Travelbee sin sjukepleieteori er presentert for å få relevant bakgrunnsinformasjon om tema og er ein forsmak på kva drøftinga dreiar seg om. Problemstillinga er utarbeida med utgangspunkt i det, eg som sjukepleiarstudent, oppfattar som eit vedvarande problem i Norge. Dette basera seg på NOU – den store forskjellen samt statistikk som peiker på ei aukande førekomst av spontanabort.

Med utgangspunkt i presentert materiale er det dratt fram punkt frå forskinga som svarar på problemstillinga. Desse funna er drøfta opp mot teori og teoretisk perspektiv for å undersøkje implikasjoner for praksis. Så, korleis kan sjukepleiar ivareta kvinners emosjonelle behov etter ein spontanabort? Funn viser at rolege omgivningar, empati, informasjon og støtte er viktig for kvinnene då desse faktorane oppfyller emosjonelle behov som behov for tørst, omsorg, anerkjening, bekreftelse, trygghet og nærheit. Som sjukepleiar må ein hugse at kvinner er individuelle individ, med individuelle behov og ein må behandle alle deretter. Open kommunikasjon er viktig for å få fram kva nokon ynskjer i sin situasjon.

I ein pressa kvardag er det ikkje enkelt for sjukepleiarar å signalisere ro og tid, men gjennom å vise dette til kvinnene kan gjere deira situasjon betre. For at sjukepleiar skal ha overskot til å ivareta kvinners emosjonelle behov etter ein spontanabort må dei sjølve også ta vare på sine egne behov. Eitt mellommenneskeleg perspektiv som legg vekt å ivareta seg sjølv gjennom gode relasjonar med pasientar, kollegaer og andre, førar også til at ein er i betre stand til å ta vare på andre.

## Litteraturliste

- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women and Birth*, 32(2), 137–146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>
- Berner, E., Tellum, T., Hansen, K. H., Sletta, C., & Stokke, R. (2023, mars). *Spontanabort*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/spontanabort/>
- Brunstad, A. (2017). *Jordmorboka* (E. Tegnander, Red.; 2. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Emond, T., de Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1952–1965. <https://doi.org/10.1111/jocn.14780>
- Følelseskompasset. (2024, 2. mai). *Følelser og psykisk helse*. Følelseskompasset. <https://www.folelseskompasset.no/informasjon/folelser-og-psykisk-helse/>
- Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M., & Aventin, Á. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Hagtvedt, M. L. (2019). *Det nye livet* (S. Holan, Red.; 3. utgave). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *4.1 Sjekklist*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

- Institutt for biovitenskap. (2023, 14. desember). *Emosjoner*. Universitetet i Oslo.  
<https://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/leksikon/e/emosjoner.html>
- Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(4), 508–513.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ajo.12910>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Steindal, S. A. (2021). *Grunleggende sykepleie (Bd.3)* (G. H. Grimsbø, Red.; 4. utgåve, Bd. 3). Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008, 25. januar). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Larsen, D. W. (2020, 21. mars). *Debriefing er viktigere enn noen gang*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/meninger/2020/03/debriefing-er-viktigere-enn-noen-gang>
- MacSali, F., Trogstad, L.-I. S., Lund, I. O., Meltzer, H. M., Stangenes, K. M., Villanger, G. D., Frøen, J. F., & Klungøy, K. (2023, 1. februar). *Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/svangerskap/>
- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N.-H., Weinberg, C. R., & Håberg, S. E. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: Prospective register based study. *BMJ*, 364, l869. <https://doi.org/10.1136/bmj.l869>
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling—Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen—Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>

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>

Stiftelsen Amatheia. (2024). *Spontanabort*. Stiftelsen Amatheia.

<https://amathea.no/tjenester/etter-abort/spontanabort/>

Thidemann, I.-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utgave).

Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utgave). Gyldendal norsk forlag AS.

Unhjem, J. V. (2020). Studentene lærer om helserisikoer med å jobbe i et hjelperyrke.

*Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82726>

Van Tuyl, R. (2024). Improving access, understanding, and dignity during miscarriage recovery in British Columbia, Canada: A patient-oriented research study. *Women's Health, 20*, 12. <https://doi.org/10.1177/17455057231224180>

Vang, S. K. (2021, 8. april). *Vi må snakke om omsorgstretthet!* Vernepleier.

<https://vernepleier.no/2021/04/vi-ma-snakke-om-omsorgstretthet/>

Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 97*(12), 1491–1498. <https://doi.org/10.1111/aogs.13432>

## Vedlegg 1: Skjema for søkehistorikk

Figur 4: Søk i Cochrane 06.03.24

Søk nummer	Søkjeord og ordkombinasjonar	Avgrensing	Resultat	Artiklar velt
S1	Miscarriage		6	0
S2	Pregnancy AND early loss		68	0
S3	S2 AND bedside nursing		0	0
S4	S2 AND emotional		32	0
S5	S2 AND nursing care	2018 -2024	17	

Figur 5: Søk i Cinahl 06.03.24

Søk nummer	Søkjeord og ordkombinasjonar	Avgrensing	Resultat	Artiklar velt
S1	Miscarriage		6,570	1 (Van Tuyl, 2024)
S2	Pregnancy AND early loss	2018-2024	8,740	0
S3	Missed abortion AND emotional support		12	1 (Jensen et al., 2019)

Figur 6: Søk i PubMed 07.03.24

Søk nummer	Søkjeord og ordkombinasjonar	Avgrensing	Resultat	Artiklar velt
S1	Missed abortion	2018-2024	341	
S2	S1 AND emotional	2018-2024	1	1 (Volgsten et al., 2018)
S3	Pregnancy AND early loss AND emotional	2018-2024	15	0
S4	Vulnerability AND miscarriage AND nurse		13	0

Figur 7: Søk i Cinahl 08.04.24

Søk nummer	Søkjeord og ordkombinasjonar	Avgrensing	Resultat	Artiklar velt
S1	Pregnancy loss OR miscarriage AND emotional support AND hospital	2014-2024	2,613	2 (Bellhouse et al., 2019; Galeotti et al., 2022)
S2	Early loss OR abortion, spontaneous AND bedside nursing OR nurse-patient relation AND hospital	2014-2024	0	0
S3	Vulnerability AND miscarriage AND nurse	2014-2024	24	0



S4	Miscarriage AND nurse AND hospital	2014-2024	367	1 (Emond et al., 2019)
----	------------------------------------	-----------	-----	------------------------

Figur 8: Søk i Cinahl 08.04.24

Søk nummer	Søkjeord	Avgrensing	Resultat	Artiklar velt
S1	Pregnancy loss OR miscarriage AND emotional support AND hospital	2014-2024	300	0
S2	Early loss OR abortion, spontaneous AND bedside nursing OR nurse-patient relation AND hospital	2014-2024	2,626	0

Figur 9: Søk i Cochrane 08.04.24

Søk nummer	Søkjeord	Avgrensing	Resultat	Artiklar velt
S1	Pregnancy loss OR miscarriage AND emotional support AND hospital	2014-2024	121	0
S2	Early loss OR abortion, spontaneous AND bedside nursing OR nurse-patient relation AND hospital	2014-2024	13,039	0

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Figur 10: Litteratormatrise

Forfatter, år	Hensikt	Design Metode	Utval	Resultat	Kommentar
Van Tuyl, 2024	Auke bevisstheit rundt kvinner som gjennomgår spontanabort og korleis ein best kan sørge for at dei får oppfølginga dei treng i etterkant	Kvalitativ studie  27 semi-strukturerte intervju  4 dybdeintervju	26 kvinner som har gått gravide og 1 partner som har gått igjennom spontanabort i Britisk Columbia, Canada	Funn i artikkelen visar behovet for forbetra retningslinjer for prenatal omsorg ved tidlege svangerskapsavbrot, oppfølging og omsorg etter ein spontanabort, screening og støtte for mental helse, samt permisjon ved sorg også med spontanabort før veke 20 i svangerskap.	Styrker: Fagfellevurdert tidsskrift  Artikkel nyttar IMRaD-struktur  Etisk godkjent  Svakheiter: Frå eitt anna land, forhold i Norge kan vera annleis
Jensen et al., 2019	Undersøke synspunkt og praksis blant helsepersonell i Australia	Kvalitativ studie  7 fysiske intervju	Helsepersonell som i løpet av dei siste 12 månadane har vore	Deltakarane opplevde at spontanabort ofte er større påkjenning for kvinner som har	Styrker: Fagfellevurdert tidsskrift

	<p>når det gjeld omsorg for kvinner som opplever spontanabort</p>	<p>5 telefonintervju</p>	<p>involvert i ivaretaking av kvinneleg pasient som gjennomgår spontanabort i Australia</p>	<p>vore gjennom prøverøyrbehandling, opplever habituelle spontanabortar eller har eksisterande psykiske plagar enn for kvinner som opplever sin fyste spontanabort eller har barn frå før.</p> <p>Deltakarane opplevde å kjenne seg kompetente til å ta vare på desse kvinnene, men fokuserte i større grad på fysisk oppfølging og det var ofte vere opp til kvinnene å ta ansvar for å få vidare oppfølging. Dette vart sett i samanheng med tidsavgrensingar, medkjensleutmatting og trong til å beskytte eigne kjensler.</p>	<p>Artikkel nyttar IMRaD-struktur</p> <p>Etisk godkjent</p> <p>Svakheiter:</p> <p>Frå eitt anna land, forhold i Norge kan vera annleis</p> <p>Nytter anna helsepersonell enn sjukepleiarar</p>
--	---	--------------------------	---	--	--

Volgsten et al., 2018	Undersøke kva type behandling etter ein spontanabort har å seie for innverknad på kvinners emosjonelle oppleving i etterkant	Kvalitativ studie  102 deltakarar svarte på spørjeskjema svart på 1 veke, og 4 månadar etter ferdig behandling	35 kvinner som har gjennomgått spontanabort  67 kvinner som har gjennomgått missed abortion  Norge, Sverige og Danmark	Type spontanabort (spontanabort eller missed abortion) hadde lite å sei for opplevinga av å gjennomgå ein spontanabort. Kvinner som hadde kortare behandling for sin spontanabort med Misoprostol og vakuum, hadde færre depressive symptom etter spontanaborten.	Styrker: Fagfelleurdert tidsskrift  Artikkel nyttar IMRaD-struktur  Etisk godkjent  Nordisk undersøking  Svakheiter: Fortel i mindre grad om reaksjon like etter ein spontanabort
Galeotti et al., 2022	Samanfatte ulike studiar som omhandlar emosjonelt ubehag velvære blant kvinner og menn som	Oversiktsstudie  30 studiar der 21 er kvalitative studie, 7	Studiar frå 11 land: Australia, USA, Thailand, Irland, Brasil, Canada, Polen,	Deltakarane opplevde at måten dei reagerte på, og handterte spontanaborten hadde tett samanheng med måten dei vart	Styrker: Fagfelleurdert tidsskrift

	opplever spontanabort på sjukehus	er kvantitative studiar og 2 er miksa-metode studie	Storbritannia, Kina, Danmark og Frankrike	møtt av helsepersonell, informasjon gitt og miljø på sjukehuset. Deltakarane viste også til kjensle av at helsepersonell ikkje forstod graden av sorg dei opplevde av å miste graviditeten og då heller ikkje den emosjonelle støtta dei trengte i etterkant. Situasjonen kunne verte verre og meir stressande dersom deltakarane opplevde mangel på informasjon, støtte og isolasjon etter spontanaborten. Sjukehusmiljø var også ein innverkande faktor, der mangel på privatliv var ei viktig rolle.	Artikkel nyttar IMRaD-struktur  Alle studiane inkludert utanom 1 er rapportert å vere etisk godkjent  Svakheiter: Frå eitt anna land, forhold i Norge kan vera annleis
Bellhouse et al., 2019	Det er høge tall for spontanabort i Australia som viser at så mykje som 20% av bekræfta graviditetar ender i spontanabort. Fleire tidlegare undersøkingar	Kvalitativ studie  Fysisk intervju og intervju over telefon	15 australske kvinner som har gjennomgått spontanabort i ei sjukehussetting	Kvinnene rapporterte både negative og positive opplevingar med helsevesenet i samband med spontanaborten deira. Kjensler som emosjonelt stress, sorg, depresjon, angst, isolasjon	Styrker:  Fagfelleurdert tidsskrift

	viser til at kvinner har både fysiske og psykiske utfordringar i etterkant, men tross dette føler fleire kvinner at helsepersonell ofte manglar empati, støttande eigenskapar og at dei ikkje anerkjenner tapet deira. Målet med undersøkinga er å utforske kvinners emosjonelle stress etter ein spontanabort og korleis dei opplever støtta frå helsepersonell i sin situasjon.			<p>og hjelpeløyse var gjentakande. Kvinnene klandra seg sjølv for tapet og kjente på tap og håplausheit for framtida. Fleire kvinner sakna støtte frå helsepersonell og opplevde ikkje at dei ikkje blei møtt på sine emosjonelle behov og ikkje vart forstått.</p> <p>Det var også rapportert positive opplevingar som innebar å verte tilskrive psykolog, få anbefalingar og brosjyrar om støtteorganisasjonar og informasjon om minnestund for å minnast om barnet dei hadde tapt.</p>	<p>Artikkel nyttar IMRaD-struktur</p> <p>Etisk godkjent</p> <p>Svakheiter:</p> <p>Frå eitt anna land, forhold i Norge kan vera annleis</p>
Emond et al., 2019	Å betre forstå korleis foreldre opplever å gjennomgå spontanabort i akuttmottak. Undersøke kva faktorar som påverkar opplevinga i både positiv- og negativ retning og på denne måten formulere anbefaling til sjukepleiarar for korleis dei kan forbetre pleia til sine pasientar som gjennomgår spontanabort.	Kvalitativ studie Intervju av 26 deltakarar	<p>17 foreldre som har gjennomgått spontanabort på sjukehus i akuttmottak</p> <p>7 sjukepleiarar som har pleia kvinner som gjennomgår spontanabort i akuttmottak</p> <p>2 «Nurse managers», avdelingsleiarar for</p>	<p>Det som var viktig for foreldra var å føle seg ivaretatt av sjukepleiar og lege. Det blir spesielt peikt på at det vart satt pris på at sjukepleiarane satt seg ned med foreldra og tok seg tid til å forklare kva som har skjedd, og korleis kroppen til kvinna kan reagere ved heimkomst. Då spesielt med tanke på fysiske problem som bløding og smerter, og psykiske problem som depresjon og angst. Foreldra skulle også</p>	<p>Styrker:</p> <p>Fagfellevurdert tidsskrift</p> <p>Artikkel nyttar IMRaD-struktur</p> <p>Etisk godkjent</p>

			<p>akuttmottak (sjukepleiar i botn)</p> <p>Australsk undersøking</p>	<p>ønske at dei fekk henvising vidare til psykolog eller støtteorganisasjonar for å snakke om opplevinga si og møte folk som har gått igjennom det samme.</p> <p>Sjukepleiarane fortel at dei ikkje kjenner seg førebudd på å møte pasientar i slike situasjonar og at dei er usikre på kva som er prosedyre på kva oppfølging ein kan vise til.</p>	<p>Svakheiter:</p> <p>Frå eitt anna land, forhold i Norge kan vera annleis</p>
--	--	--	--	--	--

## Vedlegg 3: Sjekkliste for kvalitativ studie

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

#### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

#### *Kritisk vurdering av:*

Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and Birth*, 32(2), 137–146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>



## Del A: Innledende vurdering

1. *Er formålet med studien klart formulert?*

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

### Kommentar:

Studien har som hensikt å utforske kvinners emosjonelle stress etter ein spontanabort og korleis dei opplever støtta frå helsepersonell i sin situasjon. Studien beskriv at dette er velt å undersøke då det er høge tall for spontanabort i Australia som viser at så mykje som 20% av bekrefta graviditetar ender i spontanabort. Fleire tidlegare undersøkingar viser til at kvinner har både fysiske og psykiske utfordringar i etterkant, men tross dette føler fleire kvinner at helsepersonell ofte manglar empati, støttande eigenskapar og at dei ikkje anerkjenner tapet deira. Dette er ei relevant problemstilling då funna i denne studien kan gje meg ein peikepinn på korleis eg som sjukepleiar kan arbeide mot å tilfredsstille kvinners emosjonelle behov etter ein spontanabort.

2. *Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?*

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

### Kommentar:

I studien vert kvinner intervjuva og får moglegheit til å forklare kva dei sett pris på frå helsepersonell og kva dei opplevde som negativt i samband med å gjennomgå spontanabort på sjukehus. Studien er tydeleg på at hovedmålet er å forstå kvinnene og deira oppleving, og belyse helsepersonell.

3. *Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?*

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Studien nyttar kvalitativ metode med intervju som framgangsmåte. Det vert beksrive korleis det er gått fram for å få svar på problemstillinga og kvifor metoden for å presentere resultata er velt. Resultata er presentert ryddig og utan å verke partisk med verken sjukepleiarar eller kvinnene som er intervjuar.

*4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?*

**Ja** –  **Nei** –  **Uklart**

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

Studien beskriv korleis deltakarane vart velt ut ifrå alder, språkforståing og kortid dei opplevde spontanabort slik at dei endå hugsa korleis det kjentes, men hadde også fått tid til å ta hendinga innover seg. Kvinner som var interesserte i å delta i studien meldte sjølv si interesse til forskarane.

*5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?*

**Ja** –  **Nei** –  **Uklart**

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende

eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Kvinnene svarte på nokre spørsmål før dei deltok i studien for å gje forskarane oversikt over deira situasjon og slik at dei viste omstendighetane til kvar kvinne som deltok. Data vart samla inn ved hjelp av personleg intervju og interjvu over telefon. Kvinnene kunne sjølve bestemme om dei ville verte intervjuva over telefon, heime eller på ein bestemt lokasjon for å sikre at dei var komfortable og dermed sikre best datainnsamling. Forskarane intervjuva til saman 15 kvinner og det vart då vurdert at dei hadde utfyllande svar på problemstillinga då dei fekk same svara opp igjen. Alle intervjuva vart tatt opp og seinare transkribert.

6. *Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

To andrehåndsforskere las gjennom fem transkribasjoner kvar for å vurdere om forskinga var partisk. Det var ikkje forskjell i tolkinga av data mellom desse to og det var dermed vurdert at hovudforskaren ikkje var partisk i forskingsarbeidet.

7. *Er etiske forhold vurdert?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Studien er etisk vurdert av «X Ethics Comitee». Alle deltakarane i studien er anonymiserte og forfatternen beskriv korleis dei tilbudte kvinnene oppfylging dersom dei hadde ein negativ emosjonell reaksjon på intervjuet.

8. *Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?*

**Ja** –  **Nei** –  **Uklart**

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

Kvalitativ metode er nytta for å få svar på problemstillinga, noko som er ein fruktbar metode då det inneber at kvinnene kan svare utfyllande på spørsmåla utan å vere avgrensa til eitt spørjeskjema. Forskarane beskriv tydeleg ved hjelp av eitt avsnitt og skjema kva kvinner som er velt å inkludere i studien og kvar dei er lokalisert i tillegg til kva erfaring dei har med seg frå før. Det er forklart korleis forskarane har gått fram for å få svar på spørsmåla sine og resultatata er grundig beskrivne under resultat. Det er også lagt ved eksempel på sitat frå kvinnene frå intervjuene. Studien presentara både positive og negative opplevingar som visar begge sider av korleis ein kan oppleve å bli møtt i helsevesenet.

*Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?*

**Ja** –  **Nei** –  **Uklar**

## Del B: Hva er resultatene?

1. *Er funnene klart presentert?*

**Ja** –  **Nei** –  **Uklart**

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

### **Kommentar:**

Det trekkes inn tidlegare resultat frå lignande studier for å underbygge funna gjort i denne studien. To forskarar utanfor har gått gjennom transkript og tolkingar gjort av hovudforskaren for å sjå om det er likskap i tolkinga av funn, noko det viste seg å vere. Det beskrives også at i løpet av 15 intervju byrja svar frå kvinnene å gjenta seg, og nye tema vart ikkje tatt opp mot slutten av intervjuet. Resultata presentert består også av mange, varierte tema som visar at forskarane har vore innom mange tema under intervjuet.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

1. *Hvor nyttige er funnene fra denne studien?*

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?

- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

Studien er nyttig i praksis då den er svært beskrivande og tydeleg basert på kvinner si oppleving med spontanabort. Funna kan utan problem relaterast til praksis og er brukandes også i under norske forhold sjølv om studien er basert i Australia. Forskarane fortel om store forskjellar i helsevesen forskjellige geografiske plassar, men f. eks sorga, mangel på empati og den kjensla av å vere oppgitt som kvinnene beskriv kan fint brukast også i Norge for forbetring av norske forhold. Det er tydeleg at det er behov for fleire norske studier på dette feltet.