



***Hvordan kan sykepleiere møte sorgreaksjonene til kvinner
som gjennomgår spontanabort på sykehus?***

Kandidatnummer: 165

VID vitenskapelige høyskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 188, BIS2017

Antall ord: 10225

Dato: 06.03.2020

*“I didn’t know how common miscarriage were
because we don’t talk about them.
We sit in our own pain,
thinking that somehow we’re broken...
I think it’s important to talk to young mothers about the fact
that miscarriage happens”.*

- Michelle Obama

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere møte sorgreaksjonene til kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus?

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på fem kvalitative studier, samt pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

Funn: De fleste kvinner opplever en rekke sorgreaksjoner som følger av å spontanabortere. Kvinnene har dermed et behov for å bli møtt med empati, sympati og medfølelse. Dette opplever imidlertid ikke kvinnene å bli møtt med av sykepleierne, da det er mangel på kommunikasjon og samhandling mellom kvinnene og sykepleierne. Sykepleierne rapporterer om lite kunnskap om sorgarbeid for å møte kvinnenes sorgreaksjoner.

Drøfting: Problemstillingen blir drøftet i lys av at kvinnen og sykepleieren etablerer et menneske-til-menneske-forhold gjennom samhandling og samtale, hvor betydningen av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter blir drøftet og tilslutt viktigheten av at sykepleieren gir god informasjon til kvinnen og bidrar til oppfølging.

Konklusjon: Et menneske-til-menneske-forhold kan bidra til at sykepleieren møter kvinnens sorgreaksjoner med respekt, forståelse, empati og medmenneskelighet.

Abstract

Issue: What can nurses do to understand and help women who undergo miscarriage in hospitals?

Method: A systematic literature study based on five quantitative studies and, as well as curriculum literature and other relevant literature.

Findings: Most women experience a variety of grief reactions that result from miscarriage. The women have a need to be met with empathy, sympathy and compassion. However, this is not experienced by the women to be met by the nurses, as there is a lack of communication and interaction between the women and the nurses. The nurses report little that they have lack of knowledge on how to take care of the women's grief reactions.

Discussion: The issue is discussed in the light of the woman and the nurse establishing a human-to-human-relationship through interaction and conversation, where the importance of the nurse's communication skills is discussed and finally the importance of the nurse providing good information to the woman and contributes to follow-up.

Conclusion: A human-to-human-relationship can help the nurse understand and meet the woman's grief reactions with respect, understanding, empathy and compassion.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	OPPGAVENS HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	2
1.4	BEGREPSAVKLARING	3
1.5	OPPGAVENS AVGRENSINGER	4
1.6	DISPOSISJON.....	4
2	METODE	6
2.1	HVA ER METODE?.....	6
2.1.1	<i>Valg av metode</i>	6
2.2	LITTERATURSØK.....	7
DATO	8	
2.3	PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.....	9
2.4	KILDEKRITIKK	12
2.5	ETISKE OVERVEIELSER	13
3	TEORI	14
3.1	JOYCE TRAVELBEE	14
3.1.1	<i>Menneske-til-menneske-forhold</i>	14
3.2	SPONTANABORT	16
3.2.1	<i>Kvinnenes sorgreaksjoner ved spontanabort</i>	16
3.2.2	<i>Sorg og tap</i>	17
3.2.3	<i>Hvorfor meg?</i>	18
3.2.4	<i>Sosial støtte</i>	19
3.3	MØTET MELLOM KVINNENE OG HELSEPERSONELL	19
3.3.1	<i>Kommunikasjonens betydning i møte med sorgreaksjoner</i>	20
3.3.2	<i>Tilgjengelige helsetjenester i ettertid av spontanaborten</i>	23
4	DRØFTING	24
4.1	SYKEPLEIERENS EVNE TIL Å DANNE ET GODT FORHOLD	24
4.2	Å SAMTALE MED KVINNEN OM SPONTANABORT	27
4.3	TRYGGHETSSKAPENDE INFORMASJON	30
5	AVSLUTNING	35
6	LITTERATURLISTE	37

1 Innledning

I dette kapittelet gjør jeg rede for bakgrunn for valg av tema og presenterer problemstillingen. Videre blir oppgavens sykepleiefaglige relevans og hensikten med oppgaven redegjort og sentrale begreper blir definert. Til slutt gjør jeg rede for avgrensninger før jeg presenterer oppgavens videre disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

For femti, seksti og sytti år siden kan det tenkes at en spontanabort kunne oppleves som en lettelse. For en familie med dårlig økonomi, mange barn fra før og ingen prevensjon, var ikke det å bli gravid nødvendigvis en god nyhet. I dag er situasjonen en helt annen i Norge. Den private økonomien er forbedret, kvinnen kan selv styre hvilken grad hun ønsker å bruke prevensjon og tilrettelegge tidspunktet hun ønsker å bli gravid. For en kvinne som ønsker å bli gravid kan det derfor tenkes at hun opplever både håp, drømmer og forventninger om fremtiden allerede ved svangerskapets begynnelse. Idet en spontanabort inntreffer er det derfor ikke bare det fysiske tapet kvinnen opplever, men også håpet, drømmene og den planlagte fremtiden går tapt. Dette kan for flere kvinner skape en form for krise og sorg (Flohr & Wold, 2008).

De senere årene har sosiale medier ført flere mennesker nærmere hverandre. Dersom man søker "Spontanabort" på Google, dukker det opp flere hundre forumtråder hvor kvinner i etterkant av en spontanabort deler sin opplevelse av tap og sorg med andre kvinner i samme situasjon. I forumene kommer det fram at kvinner i mange år har holdt følelser og tanker knyttet rundt det å spontanabortere for seg selv. De omtaler derfor tapet av barnet som en ensom sorg, til tross for at spontanabort er noe som rammer kvinner globalt. Det antas at 25 prosent av alle erkjente graviditeter ender med spontanabort før svangerskapsuke 22. Dette tilsvarer at ca. 7000-8000 kvinner i Norge blir behandlet for spontanabort årlig (Jerpseth, 2017, s. 159).

I Norge er det gjort lite forskning på hvordan det oppleves for kvinner som gjennomgår spontanabort og tematikken har derfor fått lite oppmerksomhet. Spontanabort har den siste tiden blitt noe omtalt i mediene. Senest i januar 2020 publiserte NRK artikkelen "Én av fem graviditeter ender i spontanabort – forventes vi skal ta det på strak arm", i tillegg åpnet NRK en nettbasert diskusjonsgruppe for å danne åpenhet rundt spontanabort, der kvinner fra hele landet har fortalt sine historier. Interessen blant kvinner er så stor at åpenheten blir omtalt som "å åpne en sluse" (Nærum, 2020). Kvinner har behov for å snakke med noen om den påbegynte graviditeten, men får ingen oppfølging. De opplever derimot å bli møtt med kommentarer som «Dere er jo ikke så langt på vei, det er ikke så farlig» og «Det er vanlig at det går galt» (Lindgren, 2020).

Selv har spontanabort for meg bare vært noe jeg har hørt om, men aldri reflektert noe mer over. Etter hvert som jeg bestemte meg for temaet, er jeg som privatperson og snart ferdig utdannet sykepleier, overrasket over hvor lite denne pasientgruppen blir representert blant sykepleiere og ellers i samfunnet. Jeg ble derfor nysgjerrig på hva som finnes av kunnskap om dette temaet. Ut ifra disse nevnte faktorene ovenfor kom jeg frem til problemstillingen i oppgaven.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere møte sorgreaksjonene til kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Oppgavens hensikt er å sette lys på at kvinnens sorgreaksjoner, uavhengig når i svangerskapet spontanaborten skjer, skal bli møtt med respekt og forståelse. Hensikten og betydningen av at en sykepleier skal *møte* kvinnes sorgreaksjoner, innebærer at sykepleieren blir kjent med den individuelle opplevelsen det er for en kvinne å spontanabortere. Å *møte*

kvinnens sorgreaksjoner vil derfor innebære å ha et ønske om å bidra til og lindre hennes opplevelse av tap og sorg gjennom samhandling, kommunikasjon og ulike tiltak som kan bidra til at kvinnen mestrer sine sorgreaksjoner. Joyce Travelbees teori om å danne et menneske-til-menneske-forhold er en sykepleieteori jeg ønsker å utype i oppgaven og knytte opp mot hvordan sykepleiere kan møte kvinnens sorgreaksjoner.

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegges det at sykepleieren skal yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse og erkjenne grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sammenlignet med normalbefolkningen har kvinner som gjennomgår spontanabort betydelig mer angst og depresjon i dagene etter (Jerpseth, 2017, s.160) Dette gjør det desto viktigere at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap om hva det innebærer å gjennomgå spontanabort, slik at sykepleiere kan ivareta og gi god helsehjelp til kvinnene som opplever spontanabort som en krise og utvikler ulike sorgreaksjoner (Bellhouse, Temple-Smith, Watson & Bilardi, 2018; Gergett & Gillen, 2014; Radford & Hughes, 2014). Dette innebærer at sykepleieren utøver sin sykepleie ved å møte kvinnen som person, viser respekt og interesse og har evnen til innlevelse og sanselige forståelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 22-23).

1.4 Begrepsavklaring

Spontanabort: Abort vil si å føde for tidlig, der spontanabort er fødsel av et foster som ikke er fullbåret eller levedyktig. I denne oppgaven blir spontanabort omtalt som ufrivillig abort som skjer til og med uke 15 i svangerskapet (Jerpseth, 2017).

Kvinnen: Kvinnen som er innlagt på gynekologisk avdeling for spontanabort. Jeg vil bruke "Kvinnen" og "Hun" når jeg refererer til den spontanaborterende kvinnen i teksten.

Sorgreaksjoner: Sorg handler om at mennesker sørger over betydningsfulle tap. Sorg er alle opplevelsene, reaksjonene og responsene som følger etter tapet (Sandvik, O., Røkholt, E. G.,

Bugge, K. E. & Sandanger, H., 2018). I denne oppgaven vil det bli tatt utgangspunkt i de sorgreaksjonene kvinnene som gjennomgår spontanabort kan oppleve.

1.5 Oppgavens avgrensinger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus. Oppgaven vil kun inkludere kvinner som spontanaborterer i løpet av de første 15 ukene og som ikke har underliggende sykdommer som kan påvirke fertiliteten. For å begrense oppgavens omfang velger jeg å ikke skrive om barnefar eller andre pårørende, til tross for at de nærmeste kan ha en stor betydning for hvordan sykepleiere kan møte kvinnens sorgreaksjoner. Jeg velger også å ekskludere sykepleierens funksjon overfor de praktiske prosedyrene av behandlingen til spontanabort, da jeg finner dette mindre relevant for å besvare problemstillingen.

1.6 Disposisjon

Kapittel 1; Innledning. I dette kapittelet tar jeg for meg bakgrunn for valg av tema og problemstilling, hensikt med oppgaven og den sykepleiefaglige relevansen. Tilslutt tar jeg for meg begrepsavklaring og oppgavens avgrensninger.

Kapittel 2; Metode. I metodekapittelet blir oppgavens oppbygging definert. Videre gjør jeg rede for litteratursøk og presenterer de valgte forskningsartiklene. I tillegg vil jeg ta for meg kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3; Teori. I denne delen av oppgaven skal jeg presentere litteratur og forskning i lys problemstillingen som senere skal bli brukt i drøftkapittelet. Her vil jeg presentere Joyce Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige forhold og forklarer bakgrunnen for hvorfor spontanabort skjer. Med bakgrunn i valgte forskningsartikler og litteratur presenterer jeg tilslutt hvilke sorgreaksjoner som kan oppstå hos kvinner som spontanaborterer og hvordan kvinner og helsepersonell opplever møtet deres med

hverandre. Annen litteratur vil bli presentert sammen med funnene fra forskningsartiklene i undertemaer.

Kapittel 4; Drøfting. I dette kapitlet blir det som ble presentert av teori og forskning i kapittel 3. gjort rede for med ulike synsvinkler for å besvare problemstillingen.

Kapittel 5; Avslutning. Tilslutt vil jeg i dette kapitlet oppsummere og gi en konklusjon av oppgaven. Her trekker jeg frem hovedtrekkene fra drøftingen og oppsummerer hva jeg har kommet frem til i forhold til i arbeid med oppgaven.

Kapittel 6; Litteraturliste. I dette kapitlet blir litteraturen jeg har bruk listet opp

2 Metode

I dette kapittelet skal jeg ta for meg valg av metode og hvordan jeg skal finne svar på problemstillingen via litteratursøk. Deretter presenterer jeg de valgte forskningsartiklene jeg skal benytte meg av senere i oppgaven og avslutter med kildekritikk og etiske overveielser.

2.1 Hva er metode?

Metode er et redskap som belyser det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt oss. Den valgte metoden skal bidra til å få frem ny kunnskap og etterprøve hvilken av påstandene som er gyldige eller holdbare (Dalland, 2017, s. 51).

Utførelsen av metode kan foretas på to ulike måter: Kvantitativ- og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden kjennetegnes av at resultatet gir oss målbare enheter, da metoden går mer i bredden og gir et resultat som er gjennomsnittlig. Den kvalitative metoden kjennetegnes derimot av at resultatet ikke er mulig å tallfeste eller måle, da metoden går mer i dybden og fanger opp mening og opplevelse blant deltakerne (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgaven har jeg i hovedsak anvendt forskningsartikler basert på kvalitativ metode. For å finne svar på oppgavens problemstilling var jeg nødt til å gå i dybden på hva kvinnes oppfatning og følelser rundt temaet baserte seg på. På denne måten er kvalitativ metode mest egnet for denne oppgaven da resultatene kan være vanskelig å tallfeste.

2.1.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode som innebærer at man svarer på en problemstilling gjennom systematisk gjennomgang av litteratursøk, kritisk gjennomgang av studier og analysing av resultatet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). På grunn av begrenset tid for gjennomføring av litteraturstudien har denne metoden vært hensiktsmessig ved å samle store mengder data på kort tid.

2.2 Litteratursøk

For å finne svar på problemstillingen har jeg brukt terminologibasen MeSH, et verktøy for å danne en større begrepsforståelse knyttet til termene jeg vil bruke for å besvare oppgavens problemstilling. For å finne forskningsartiklene har jeg brukt Cinahl, PubMed og Svemed+ som er referansedatabaser innen medisin og helsefag. Jeg har brukt min registrerte bruker hos Helsebiblioteket.no, som gir tilgang til søk og gjennomgang via høgskolens bibliotek til artikler på Cinahl og PubMed. Fra høgskolens bibliotek har jeg lånt og anvendt bøkene "Sorg" (Røkholt, Bugge, Sandvik & Sandanger, 2018), "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" (Travelbee, 1999) og "Mennesker i krise og utvikling" (Cullberg, 1991). Bøkene som er anvendt fra pensumlitteraturen er "Klinisk sykepleie 2" (Jerpseth, 2017), "Kommunikasjon i relasjoner" (Eide & Eide, 2017) og "Grunnleggende sykepleie bind 3" (Kristoffersen, 2016). Utenfor pensumlitteraturen har jeg lånt boken "Barnet som ikke ble" (Flohr & Wold, 2008) fra Deichmanske bibliotek.

For å oppnå et pålitelig resultat blant forskningsartiklene hadde jeg noen inklusjonskriterier. Forskingen skulle ikke være eldre enn 10 år. Helsesystemet i verden kan være svært variabelt, og jeg har derfor tilstrebet å bruke forskning som er gjennomført i vestlige land med tilnærmet likt helsesystem som i Norge. Artiklene skal være publisert på engelsk, norsk eller svensk. Søkeordene som er brukt for å finne relevant data er: *miscarriage, abortion spontaneous, pregnancy loss, nurse, nurses, nursing, bereavement, grief, loss, emotions og psychology*. Jeg har brukt søkeordene med kombinasjon av "AND" og "OR" for å avgrense søket.

Søkematrise:

Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Artikkel som ble valgt
08.01.2020	Cinahl	<p>“bereavement ” OR “grief” OR “loss” AND “miscarriage” OR “abortion spontaneous” OR “pregnancy loss” AND “nurses” OR “nurse” OR “nursing”</p>	2009-2019	86 treff	<p>Nr. 19 “Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals” Nr. 20 “Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care” (Radford et al., 2015) Nr. 37 Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage</p>
09.01.2020	Svemed +	<p>spontaneous “abortion” AND “nurse”</p>	<p>”Peer reviewed tidsskrifter” og ”läs online”</p>	3 treff	”Tidig Förlust: Kvinnors opplevelse av missfall”
20.01.2020	PubMed	<p>”abortion spontaneous” AND ”emotions” AND ”psychology”,</p>	2010-2020	157 treff	nr.11 "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage”

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care

Eleanor J. Radford & Mark Hughes (2015)

Metode: Dette er en sekundærartikkel basert på et systematisk søk av allerede eksisterende litteratur samlet av ni kvalitative forskningsartikler. Fire av litteraturstudiene ble gjennomført i Storbritannia, derav en av hver fra Australia, USA, Israel, Sverige og Canada. Kvinnene som deltok i studien spontanaborterte innen de første 16 svangerskapsukene.

Hensikt: Hensikten med studien var å finne ut av hvordan kvinner opplever å spontanabortere i de første 16 ukene av svangerskapet.

Funn/Konklusjon: Studien viser at tidlig spontanabort kan være en stor påkjenning for kvinner. Konklusjonen i studien er at det er behov for mer kunnskap blant både sykepleiere og jordmødre for å kunne dekke de individuelle behovene kvinnene har ved en spontanabort. Det kom tydelig frem at helsepersonellet må gi mer informasjon og møte kvinnene med empati og forståelse, slik at de kan hjelpe kvinnene til å takle nåtiden og deres fremtid etter spontanaborten.

Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage

Fiona Murphy & Joy Merrell (2009)

Metode: Undersøkelsen fant sted på en gynekologisk klinikk på et sykehus i Storbritannia. Artikkelen er en kvalitativ studie basert på ulike undersøkelsesmetoder. Først 20 måneder med deltidsobservasjon som gikk ut på at forskerne observerte og jobbet sammen med sykepleierne, der observasjonene i ettertid ble analysert. Til slutt utførte forskerne dybdeintervju med åtte kvinner som har opplevd tidlig spontanabort og med 16 helsepersonell som var involvert i omsorg til kvinnene, derav 10 av dem var sykepleiere.

Hensikt: Forskerne har gjennom observasjon og intervju hatt som hensikt å undersøke hvordan kvinnenes opplevelse av spontanabort er på en gynekologisk enhet, og om sykepleierne dekker deres emosjonelle og fysiske behov.

Funn/konklusjon: Kvinnenes opplevelse av å spontanabortere ble delt inn i tre faser: det første tegnet og bekreftelse, å fysisk miste barnet og etterreaksjonene. I disse fasene ble det identifisert viktigheten av at sykepleiere og annet helsepersonell gir sensitiv omsorg for å dekke de emosjonelle og fysiske behovene til kvinnene. Sykepleierens og annet helsepersonells evne til å vise omsorg påvirket kvinnene sine opplevelse av å spontanabortere.

Tidlig förlust: Kvinners opplevelse av missfall

Therese Ancker, Anja Gebhardt, Sissel Andreassen & Agnes Botond (2012)

Metode: En kvalitativ studie med seks kvinner som ble intervjuet hver for seg. Kvinnene hadde opplevd å spontanabortere innen de siste to årene, mellom svangerskapsuke fire og fjorten. Studien ble gjennomført i Sverige.

Hensikt: Studiens hensikt gikk ut på å beskrive hvordan den sørgende kvinnen opplever å spontanabortere.

Funn/resultat: Funnene i studien viser at kvinnene hadde et behov for å bli forstått, lyttet til, føle tillitt og at deres følelse av tap ble respektert. Det kommer frem at kvinnenes behov sjeldent ble dekket på en tilfredsstillende måte av sykepleierne under spontanaborten. Forfatterne konkluderer med at spontanabort påvirker livene til kvinner betydelig.

Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals

Barbara Gergett & Patricia Gillen (2014)

Metode: Denne studien er gjennomført som en kvalitativ undersøkelse. Det var totalt 39 helsepersonell fra fagområdene jordmor, sykepleie og lege, som de siste seks månedene har

arbeidet med kvinner som har opplevd å spontanabortere. Deltakerne fikk valget mellom å bli intervjuet i fokusgrupper eller en-til-en-intervju, derav 28 deltakere deltok i syv fokusgrupper, og resten gjennomførte intervju alene. Intervjuene og fokusgruppene ble gjennomført på arbeidsplassen. Studien er gjennomført i Nord-Irland.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke helsepersonellens oppfatning av hvordan de ivaretar kvinner og deres familie som opplever å spontanabortere.

Funn/resultat: Studiens funn viser at sykepleiernes og annet helsepersonells omsorg overfor kvinnene blir påvirket av deres personlige oppfatning og erfaringer. Flere av sykepleierne og annet helsepersonell rapporterte om et hektisk arbeidsmiljø og mangel på kunnskap til å ivareta kvinnenens emosjonelle behov.

“The loss was traumatic . . . Some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage

Clare Bellhouse, Meredith Temple-Smith, Shauns Watson & Jade Bilardi (2018)

Metode: Studien er en kvalitativ studie der 15 kvinner har blitt intervjuet over telefon eller ved et personlig møte. Studien er gjennomført i Australia.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke de psykiske påkjenningene kvinnene opplever som følge av spontanabort, i tillegg til deres opplevelse av støtten som ble tilbudt av helsepersonellet. Dette var på bakgrunn av tidligere forskning viser at spontanabort er assosiert med sorg, tap og i noen tilfeller depresjon, angst og posttraumatisk stress. Til tross for disse resultatene viser det seg at kvinnene opplever lite empati, støtte og erkjennelse av tapet hos helsepersonell.

Funn/resultat: Konklusjonen i studien samsvarte med tidligere studier. Funn i studien viste at flere kvinner var preget av engstelse, sorg og tap. Kvinnene opplevde både positive og negative interaksjoner med helsepersonell etter spontanaborten. Kvinnene ønsket og har behov for oppfølging, og mener det vil bidra til en bedre håndteringen av etterreaksjonene

som oppstår ved en spontanabort.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å kunne anslå om kildene som benyttes er troverdig. Det er vesentlig å ta for seg kildekritikk for å gjennomføre en litteraturstudie, da oppgaven baserer seg på oppsummert forskning og litteratur som blir gjengitt (Dalland & Trygstad, 2017, s. 153).

I oppgaven har jeg hovedsakelig forsøkt å anvende primærstudier for å forsikre meg om at kildene er troverdige. En primærkilde vi ser at innholdet og resultatet blir presentert for første gang av de som utfører studien, og er dermed ikke gjenfortalt eller oppsummert av andre forfattere (Dalland & Trygstad, 2017, s. 162). Studien *Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care* (Eleanor J. Radford & Mark Hughes, 2015) er inkludert i oppgaven selv om det er en sekundærstudie. Jeg har vært kritisk til dette, da resultatet er tolket og gjengitt, som kan påvirke vinklingen av studien. Artikkelen er publisert i et vitenskapelig tidsskrift og fagfelleurdert, som vil si at eksperter innenfor fagområdet har godkjent studien. På bakgrunn av de nevnte faktorene ovenfor og at innholdet er svært relevant for problemstillingen, har jeg valgt å inkludere studien i oppgaven. De resterende studiene er skrevet som primærstudier, publisert i ulike tidsskrift og er fagfelleurdert. For å vurdere kildens troverdighet har jeg også brukt studier hvor forfatterne og forskerne har høyere utdanning, doktorgrad og utdanning i medisin eller sykepleie.

Det er viktig å bemerke seg at jeg har oversatt tekstene fra engelsk og svensk, der både tolkningen og mine holdninger kan påvirke innholdet, som kan ha ført til et endret perspektiv i forhold til forfatterens (Dalland, 2017, s.159). Også dette kan være en ulempe ved boken "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" skrevet av Joyce Travelbee (1999), men fortolket og oversatt fra engelsk til norsk av Kari M. Thorbjørnsen.

2.5 Etiske overveielser

Etikk dreier seg om normer for riktig og god livsførsel. I forskning er det viktig at personvernet blir ivaretatt med sikkerhet om at de som deltar ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2017, s. 236). Ettersom forskningen allerede er gjennomført i denne litteraturstudien, har jeg tatt forbehold om at alle de anvendte forskningsartiklene har fulgt etiske retningslinjer, som forholder seg til Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

3 Teori

I dette kapittelet trekker jeg frem relevant litteratur og forskning i lys av problemstillingen min. Jeg vil begynne med å presentere aspekter rundt Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold og hvorfor spontanabort skjer. På bakgrunn av litteratur og valgte forskningsartikler belyser jeg hvordan spontanabort kan påvirke kvinnen og hvordan kvinner og helsepersonell opplever deres møte med hverandre sammen. Annen litteratur vil bli presentert sammen med funnene fra forskningsartiklene i undertemaer.

3.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) er en amerikansk sykepleieteoretiker, velkjent for sin teori om de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Travelbee, 1999). Teorien ble dannet som en reaksjon på hvordan helsesektoren i USA avhumaniserte pasientene i årene etter annen verdenskrig. Når sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som enkeltindivider, bidrar dette til å sette hvert enkelt individ i sentrum. Dette skjer når sykepleieren og pasienten etablerer et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. En slik etablering vil gjøre det mulig for sykepleieren å hjelpe den syke og lidende til å finne mening i den situasjon pasienten opplever (Travelbee, 1999). Travelbees sykepleieteori defineres som: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene" (Travelbee, 1999, s. 29).

3.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er en prosess hvor sykepleieren og

pasienten ser hverandre som unike personer, der de ikke betrakter hverandre som rollen sykepleier og pasient. Et menneske-til-menneske-forhold bygges opp over tid som en gjensidig prosess, og deles inn i fire forutgående sammenhengende faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 172).

Det innledende møtet – Baserer seg på generaliserte og stereotypiske oppfatninger ved det første møtet. Inntrykket blir basert på en umiddelbar oppfatning av førsteinntrykket via observasjon av handlinger, språk og væremåte (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 33).

Framveksten av identiteter – I denne fasen dannes synet om et unikt menneskelig individ og det etableres en tilknytning til hverandre. Sykepleieren og den syke begynner å betrakte hverandre mindre etter deres roller og mer som enkeltindivider. Dersom sykepleieren mangler evnen til å "se" mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk (Kristoffersen et al., 2016 s. 33; Travelbee, 1999, s. 189).

Empati – Å føle empati innebærer en opplevelse av å forstå og ta del i den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Empati er noe som oppleves i enkeltsituasjoner, og vil derfor være en kontinuerlig prosess (Travelbee, 1999, s. 193). Forutsetningen for å føle empati er at sykepleieren må ha en viss likhet i partenes erfaringsgrunnlag. Travelbee hevder derfor at det er urealistisk å forvente at sykepleieren kan føle empati for alle sine pasienter (Travelbee, 1999) En annen forutsetning er at det foreligger et ønske om å føle empati og forstå den andre (Travelbee, 1999, s.196).

Sympati og medfølelse – Som et resultat av den empatiske prosessen dannes sympati og medfølelse. Dette gir et oppriktig ønske om å hjelpe pasienten, som oppstår av forståelsen og innsikten som ble dannet i empatifasen. Sympati og medfølelse er en holdning og innstilling som fører til at sykepleieren bryr seg, og arbeider aktivt for å hjelpe eller lette situasjonen for pasienten. Dette formidles verbalt og ikke-verbalt gjennom forholdets væremåte og holdning (Travelbee, 1999, s. 201, Kristoffersen et al., 2016, s. 24).

3.2 Spontanabort

Begrepet abort deles inn i provosert abort og spontanabort. Felles for disse begrepene er at svangerskapet blir avbrutt. Spontanabort er imidlertid en uprovosert og ufrivillig abort (Jerpseth, 2017, s. 159). Som tidligere nevnt, ender 15-20 prosent av erkjente svangerskap i spontanabort. 80 prosent av alle spontanaborter skjer i løpet av de første 12 ukene av svangerskapet. I Norge behandles 7000-8000 kvinner for spontanabort, men det er trolig høyere tall, da flere antas å være forsinket menstruasjon (Jerpseth, 2017, s.159). Diagnosen spontanabort stilles når fødselsvekten på fosteret er under 500 gram eller fødsel ved utgangen av svangerskapsuke 22 (Acharya & Maltau, 2015, referert i Jerpseth, 2017, s.159). Det er ingenting man kan gjøre for å stoppe eller hindre prosessen når en kvinne spontanaborterer. Dersom spontanaborten ikke er fullstendig, må det foretas en utskrapning eller revisjon (Jeprseth, 2017, s. 159)

De fleste spontanaborter skyldes genetiske årsaker, hvor det som oftest er kromosonavvik der fosteret ikke er levedyktig hos 50-60 prosent av tilfellene. Andre årsaker til spontanabort kan være flerlinggraviditet, sykdomsforhold i placenta, infeksjoner, høy alder hos kvinnen og ulike innvirkninger fra kvinnens livsstil. Innvirkninger fra kvinnens livsstil innebærer blant annet feilernæring, alkohol- og legemiddelmisbruk og røyking (Jerpseth, 2017, s. 159). De fleste kvinner opplever et vellykket svangerskap etter en spontanabort, og risikoen for at det skal skje igjen er liten. Dersom kvinnen spontanaborterer tre ganger etter hverandre med samme partner, kalles det for habituell abort. En utredning vil være gunstig for å finne årsaken til abortene ved disse tilfellene (Jerpseth, 2017, s. 159).

3.2.1 Kvinnenes sorgreaksjoner ved spontanabort

I studiene til Radford og Hughes (2014) og Gergett og Gillen (2014) kommer det frem at reaksjonene som kan oppstå under og etter en spontanabort kan variere fra kvinne til kvinne. Felles for omtrent alle kvinnene er at de opplever hendelsen som negativ. De fleste

kvinner som blir gravide går ofte litt på tåhev de første månedene av et svangerskap, og er oppmerksomme på hvorvidt alt kjennes riktig eller ikke (Flohr & Wold, 2008). Det finnes knapt noe mer framtidsrettet enn et påbegynt svangerskap, hvor Ancker, Gebhardt, Andreassen og Botond (2012) skriver at når en kvinne oppdager at hun er gravid, dannes en tilknytningen til både barnet og den kommende morsrollen umiddelbart. Kvinnene opplever derfor ikke bare det fysiske tapet av barnet, men også tapet av håp, drømmer og fremtidsplaner assosiert med å få et barn. For kvinnene som opplever å spontanabortere beskrives tapet ofte som et uventet traume og en form for livskrise (Ancker et al, 2012).

Hovedfunnene i studiene viser at kvinnene som opplever en spontanabort kan reagere med en rekke ulike sorgreaksjoner etter å ha mistet barnet. Dette er reaksjoner som ensomhet, benektelse, engstelse, hjelpeløshet, skam og skyld, hvorav noen utvikler ulike grader av depresjon og angst (Bellhouse, Temple-Smith, Watson & Bilardi, 2018; Gergett & Gillen, 2014; Radford & Hughes, 2014).

I både studiene til Radford og Hughes (2014) og Ancker et al. (2012) får man et innblikk i hvordan kvinnenes tap av morsrolle og identitet blir satt på prøve når kvinnen opplever å spontanabortere. Noen kvinner beskriver tapet som sjokkerende og voldsomt, og som å miste en del av seg selv (Jerpseth, 2017, s. 160). For enkelte kvinner resulterer ikke en spontanabort bare et tap av et barn, men også et tap av betydningen å være kvinne og rolle som mor, da flere knytter det å føde et barn opp mot selve meningen med å være kvinne (Radford & Hughes, 2014).

3.2.2 Sorg og tap

Normalreaksjonen på et tap er sorg (Eide & Eide, 2017, s. 77). De sorgreaksjonene som kan medføre når personer utsettes for en krise er følelser som straff, skyldfølelse, skam, fortrenning, angst og ensomhet (Eide & Eide, 2017, s. 73; Sandvik, Røkholt, Bugge & Sandanger, 2018, s. 19-21). Sorg og tap kan påvirke ens selvfølelse og utfordre grunnleggende forestillinger om verden. Verden vil dermed ikke oppleves like trygg, rettferdig og forutsigbar som før og opplevelsen av kontroll vil svekkes. Ifølge Travelbee

ligger det i menneskets natur å søke etter mening i møte med lidelse og sykdom (Travelbee, 1999, s. 102).

3.2.3 Hvorfor meg?

Kvinnens tap og sorg utsetter personligheten for belastninger som kan utløse ulike krisereaksjoner, og oppleves sterkest når tapet kommer uforberedt. Ordet "krise" kommer fra det greske ordet *krisis*, som betyr avgjørende vending, og blir brukt som et brått vendepunkt i en helsetilstand (Eide & Eide, 2017, s. 49). Den svenske psykiateren, Johan Cullberg, deler krise inn i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg, 1991, s. 122). Sjokkfasen kan vare i et kort øyeblikk til noen døgn, og man regner sjokk- og reaksjonsfasene som krisens akutte fase. I sjokkfasen holder individet virkeligheten fra seg selv, og det er ofte ikke mulig å bearbeide hva som har skjedd. I reaksjonsfasen prøver individet å forstå det som har skjedd, og kan ofte stille seg spørsmålet "hvorfor meg?" for å finne mening i situasjonen (Cullberg, 1991, s. 123-124)

I både studien til Ancker et al. (2012) og Bellhouse et al. (2018) forteller kvinner at de opplevde det skamfullt og tabubelagt ved å spontanabortere. En kvinne beskriver at hun følte seg mislykket og sint over at hennes egen kropp sviktet. Noen kvinner sammenlignet seg selv med andre, og lurte på hvorfor akkurat de spontanaborterte. Dette ga en følelse av hjelpeløshet og en kvinne beskriver opplevelsen av "å ikke klare noe alle andre klarer." (Ancker et al., 2012).

Et annet trekk med hensyn til å finne årsaken til at spontanaborten skjedde, kommer frem i studien til Bellhouse et al. (2018) der en kvinne bekymret seg over om spontanaborten kunne være selvforskyldt fordi hun var redd hennes angst var årsaken til at hun spontanaborterte. I studien til Radford og Hughes (2015) søkte kvinnen etter årsaker som røyking, inntak av alkohol eller for lite trening. For de kvinnene som ikke fant en årsak til at spontanaborten skjedde, resulterte dette i følelser som frustrasjon, stress og skyld. Det er heller ikke uvanlig at kvinner opplever det å spontanabortere som en slags moralsk straff, skjebnen eller guds straff. Denne straffen kan bunne i tanker som å ikke være et godt

menneske eller at barnet ikke er høyt "nok" ønsket (Jerpseth, 2017, s. 160). Noen kvinner blir så påvirket av å ikke ha kjennskap til årsaken til spontanabort, at de begynner å frykte for sin fertilitet, og bekymrer seg for om de noen gang kan bli mor (Radford & Hughes, 2014).

3.2.4 Sosial støtte

Sorgreaksjonen skam og tabu gjorde det vanskelig for noen kvinner å fortelle om spontanaborten til andre mennesker (Ancker et al., 2012). I begynnelsen forsøkte flere av kvinnene å holde følelsene sine om å ha spontanabortert for seg selv i møte med andre. Etter litt tid lot kvinnene seg åpne opp og delte følelsene sine, noe kvinnene opplevde befriende ettersom at de fikk satt ord på sine tanker og følelser (Ancker et al., 2012).

Ancker et al. (2012) skriver at kvinnes opplevelse av tap og sorg baserer seg på å miste et barn. Likevel synes noen kvinner det er vanskelig å søke sosial støtte og trøst hos andre. Dette er fordi kvinnene opplever at de ikke har rett til å sørge når de mistet fosteret tidlig svangerskapet.

På den andre siden er det mange kvinner som søker etter støtte hos familie, venner og kollegaer. Flere av kvinnene i studien til Radford og Hughes (2014) opplevde imidlertid at menneskene rundt ikke forstod sorgen og tapet i etterkant av en spontanabort. Å bli møtt med lite forståelse av de rundt kan føre til en opplevelse av skjult og ensom sorg. Kvinnene i studien forteller imidlertid at de fant stor trøst i å prate med andre kvinner som også har gjennomgått spontanabort. Alle kvinnene utenom én var også i kontakt med psykolog eller sosionom i sammenheng med spontanaborten, hvor flere fant dette til hjelp for bearbeiding av sorgen (Radford & Hughes, 2014).

3.3 Møtet mellom kvinnene og helsepersonell

Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide & Eide, 2017). Aktiv lytting, åpen og anerkjennende kommunikasjon er

regnet som sentrale faktorer for hjelp og mestring i krise. Dette innebærer å være til stede som person med sin støtte og hjelpe kvinnen til å åpne seg der det er naturlig (Eide & Eide, 2017). Cullberg (1999, s. 137) skriver at et viktig element i sorgstøttee arbeid er å bidra til normalisering av de reaksjoner, tanker og følelser kvinner har. Kvinnen må fritt få uttrykke seg om vonde følelser som sorg, skyld, angst, skam og smerte, der sykepleieren møter disse reaksjonene med forståelse og en åpen og lyttende holdning.

Når en kvinne gjennomgår spontanabort på sykehus vil det være sykepleieren på sengeposten som er sammen med kvinnen både før, under og etter behandlingen. Sykepleieren vil derfor bli en del av kvinnens støtteapparat under sykehusoppholdet, og er derfor nødt til å ha kunnskap om å håndtere sorgreaksjoner for å kunne møte kvinnenes behov for emosjonell støtte (Sandanger & Bugge, 2018, s. 91).

Flere kvinner opplevde å føle seg alene og ensomme under innleggelsen på sykehuset når de spontanaborterte (Radford & Hughes, 2015; Murphy & Merrell, 2009). I studien til Radford og Hughes (2015) opplevde kvinnene at sykepleierne virket distansert og unngikk å møte dem på et emosjonelt nivå. I studien til Murphy og Merrell (2009) mente sykepleierne at det var viktig å tildele kvinnene enerom i påvente av behandlingen til spontanaborten, slik at de fikk mulighet til å sørge og gråte uten andre til stede. Kvinnene som deltok i samme studie beskriver at det å få enerom opplevdes som tilfredsstillende, men dette førte også til en følelse av ensomhet, da kvinnene forteller at det tok lang tid mellom hver gang sykepleieren var innom rommet. Begge studiene konkluderer med at kvinnene har behov og et ønske om mer emosjonell kontakt med sykepleierne.

3.3.1 Kommunikasjonens betydning i møte med sorgreaksjoner

Kommunikasjon handler om en utveksling av verbale og nonverbale tegn mellom to eller flere personer. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2017, s. 17). Kommunikasjonens kunst består av å lytte aktivt og oppfatte det komplekse samspillet

mellom det verbale og det nonverbale, slik at sykepleieren forstår hva som er viktig for kvinnen (Eide & Eide, 2017, s. 22). Travelbee beskriver kommunikasjonsferdigheter- og teknikker som verdifulle da all interaksjon mellom sykepleier og kvinnen kan bidra til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette gjør det mulig for sykepleieren å bidra til å forebygge lidelse og mestre erfaringer med sykdom (Travelbee, 1999, s. 135). Ved bruk av kommunikasjonsformer som bekræftende, utforskende, og informerende ferdigheter kan dette skape en god relasjon, tillitt og trygghet i møtet mellom kvinnen og sykepleieren (Eide & Eide, 2017).

Utforskende ferdigheter innebærer at sykepleieren stiller spørsmål som stimulerer til utforskning og refleksjon av det som kan oppleves viktig (Eide & Eide, 2017, s. 191). Det vil være hensiktsmessig for sykepleieren å klargjøre tidsrammen for strukturere samtalens innhold (Eide & Eide, 2017, s. 125).

Sykepleierens informerende ferdigheter vil bidra til at kunnskapen blir formidlet på en slik måte at kvinnen er i stand til å ta i mot og nyttiggjøre seg av den informasjonen som blir gitt. Informasjon vil gi kvinnen kunnskap i sin situasjon og opplevelse av spontanaborten. Økt kunnskap er en forutsetning for selvbestemmelse og mestring, og bidrar til en følelse av kontroll (Eide & Eide, 2017, s. 219).

Ved å vise empati og bruke bekræftende kommunikasjon viser man at man lytter og lever seg inn i hva den andre føler og tenker. Dette kan oppleves godt, styrker selvfølelsen og fyller psykologiske behov for tilknytning og nærhet (Eide & Eide, 2017, s.157). Sykepleiere kan imidlertid bli utsatt for betydelig arbeidsstress og utbrenthet, hvor en av årsakene er moralsk stress. Det vil si manglende mulighet eller evne til å hjelpe eller gi den støtten som man som sykepleier føler man burde gi. Dette kan føre til en emosjonell overbelastning for sykepleieren, da sykepleieren gjennom sin empatiske tilnærming hele tiden prøver å sette seg inn i kvinnens følelser og behov (Eide & Eide, 2017, s. 40).

Kvinner som opplever å spontanabortere forteller at de viktigste faktorene til bedre håndtering og bearbeiding av sorgen er å bli møtt med empati, sympati og forståelse

(Radford & Hughes, 2015). I studien til Bellhouse et al. (2018) beskrev nesten alle kvinnene som deltok å bli møtt med ufølsomme kommentarer fra helsepersonellet. En av kvinnene forteller at hun ble møtt av en sykepleier som sa: "Dette er normalt, alt kommer til å gå bra, ikke få panikk." Slike kommentarer ble ofte tolket som en indikasjon på at helsepersonell verken brydde seg eller forstod opplevelsen av kvinnens sorg og tap knyttet til å spontanabortere. Kvinnene opplevde derfor at sykepleierne hadde lite innsikt og forståelse for hvordan deres opplevelse av å spontanabortere var (Bellhouse et al., 2018).

Gergett og Gillen (2014) skriver i sin studie at for noen sykepleiere oppleves det følelsesmessig vanskelig og frustrerende å ivareta kvinner som opplever å spontanabortere. Sykepleierne velger derfor å bruke begreper som "foster" og "embryo" i møte med kvinnene, for å beskytte seg selv mot den emosjonelle overbelastningen det er å arbeide med kvinner i sorg (Gergett & Gillen, 2014). For kvinnene oppleves det å bli møtt av sykepleiere som bruker begreper som "foster" og "embryo" ufølsomt, da de fleste kvinner opplever å ha mistet et barn, og omtaler det deretter (Radford og Hughes, 2015).

Sykepleierne som deltok i studien til Gergett og Gillen (2014) forteller at de er klar over kvinnenes behov for emosjonell støtte, men at de vegrer seg for å tilnærme seg kvinnene på et emosjonelt nivå grunnet mangel på selvsikkerhet til å håndtere kvinnenes sorgreaksjoner.

I studiene til Gergett og Gillen (2014) og Murphy og Merrell (2009) forteller sykepleierne om frustrasjon over mangel av tid. De forteller at det ikke finnes tid til å sette seg ned og prate med kvinnene i et slikt hektisk arbeidsmiljø, som forhindrer dem i å danne et forhold til kvinnen og møte hennes sorgreaksjoner. Det kommer derfor frem at sykepleiernes arbeid hovedsakelig innebærer behandling av de medisinske aspektene ved spontanabort (Murphy & Merrell, 2009; Gergett & Gillen, 2014).

Kvinner som spontanaborter er ofte preget av sjokk og har lite kunnskap om hva det innebærer å gjennomgå en spontanabort og hvilke reaksjoner det kan gi (Radford & Hughes, 2015). Dette fører til mangel på kontroll, frykt og forvirring og det blir rapportert som at kvinnene trenger et stort behov for god informasjon fra sykepleierne (Radford & Hughes,

2015). De kvinnene som fikk lite informasjon opplevde følelser som engstelse og bekymring, og følte seg uforberedt på hva som kunne skje både før, under og etter spontanaborten (Bellhouse, et al, 2018).

3.3.2 Tilgjengelige helsetjenester i ettertid av spontanaborten

Flere kvinner reagerer på manglende oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset (Bellhouse et al., 2018; Radford & Hughes, 2015). Per dags dato er det ingen klare retningslinjer for oppfølging av kvinner som opplever å spontanabortere (Lindgren, 2020). De tilfellene hvor sykepleier gir tilbud om minnestund og henvisning til blant annet psykolog eller andre helsetjenester, opplever kvinnene dette positivt for bearbeiding av sorgen (Bellhouse, et al., 2018)

4 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte tidligere presentert teori og forskning opp mot problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere møte sorgreaksjonene til kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus?*

4.1 Sykepleierens evne til å danne et godt forhold

Spontanabort kan være en voldsom og skremmende opplevelse og utløser ofte en rekke sorgreaksjoner som skam, skyld, engstelse, ensomhet og hjelpeløshet (Bellhouse et al., 2018; Gergett & Gillen, 2014; Radford & Hughes, 2015). For at kvinnen skal åpne seg opp og dele sine tanker og følelser med sykepleieren kan det være nødvendig at det etableres et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold kan gjøre det enklere å møte kvinnens sorgreaksjoner, da dette forholdet danner en felles forståelse og kontakt mellom kvinnen og sykepleieren (Travelbee, 1999). Både det innledende møtet og de neste møtene avhenger av hvordan sykepleieren velger å tilnærme seg kvinnen, og kan derfor ha stor betydning for om hun ønsker å åpne seg opp og dele sine følelser og tanker med sykepleieren. Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold kan derfor bidra til at sykepleieren får mulighet til å møte kvinnen i den krisen og de individuelle sorgreaksjonene hun opplever både under og etter å ha spontanabortert.

Når kvinnen som spontanaborterer møter sykepleieren på sykehuset for første gang har hun som oftest fått vite nyheten om at fosteret er død. Det betyr at hennes opplevelse av sorg, krise og tap allerede kan ha oppstått. Som sykepleier vil det å skape et menneske-til-menneske-forhold med kvinnen danne et miljø som er komfortabelt for kvinnen. Slik som Travelbee (1999) antyder kan sykepleieren møte kvinnen med gjensidig respekt og forståelse gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold etableres over tid og kommer ikke av seg selv. Det vil derfor være en fordel at samme sykepleier ivaretar kvinnen under hele sykehusoppholdet.

Å danne et menneske-til-menneske-forhold vil kreve at sykepleieren har et ønske om å hjelpe og har empati overfor kvinnens situasjon (Travelbee, 1999). Når sykepleieren viser og føler empati kan dette bidra til at kvinnen opplever at hennes sorgreaksjoner blir forstått og tatt på alvor. Det å vise og føle empati forutsetter at sykepleieren bruker sitt erfaringsgrunnlag fra tidligere møter med kvinner, for å kunne forstå hva den aktuelle kvinnens følelser og opplevelser av spontanaborten (Travelbee, 1999). Det må likevel ikke tas for gitt at kvinnen har de samme sorgreaksjonene som tidligere kvinner sykepleieren tidligere har møtt, da ikke alle opplever sorgreaksjoner rundt det å spontanabortere likt (Radford & Hughes, 2015).

For å møte kvinnens sorgreaksjoner krever det at sykepleieren kommuniserer, inkluderer og samhandler med kvinnen under sykehusoppholdet for å etablere menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleieren må vise et ønske og interesse for kvinnens opplevelser og erfaringer under spontanaborten. Slik som Travelbee (1999) poengterer i sin sykepleierteori, er at sykepleieren må danne seg et individuelt og unikt bilde av kvinnen. Dette forutsetter at sykepleieren forstår hvorfor kvinnen reagerer som hun gjør under og etter spontanaborten. Det er derfor viktig at sykepleieren danner seg et klart bilde av kvinnens tilknytning til fosteret, drømmer om fremtiden og forventninger til graviditeten. For å danne seg et bilde av kvinnens sorgreaksjoner må sykepleieren spørre om hvilken betydning og verdi tapet og hendelsen har for kvinnen. Annen relevant innhenting av informasjon kan sykepleieren lese seg opp på i kvinnens pasientjournal, da det ikke alltid egner seg å stille alle disse spørsmålene ved første møte.

Det kan være lang ventetid på sykehuset for kvinnen før hun får behandling. For at sykepleieren skal kunne møte sorgreaksjonene som har oppstått, må sykepleieren tilrettelegge for et best mulig opphold på sykehuset. Pasientene må ofte dele rom med andre, noe som gir lite rom for privatliv. I Murphy og Merrells (2009) studie forteller kvinnene at de opplevde det å få enerom tilfredsstillende, da det ga dem muligheten til å gråte og sørge i fred. Å ha enerom kunne imidlertid også skape en følelse av ensomhet og å bli forlatt, da de opplevde at sykepleieren sjeldent kom innom kvinnens rom. Dette gav

kvinnene en følelse av at sykepleieren ikke brydde seg (Murphy & Merrell, 2009).

Av den grunn må sykepleieren være oppmerksom på at det for kvinnen kan oppleves ensomt å være alene, da denne situasjonen kan oppleves som en traumatisk hendelse, slik som Ancker et al. (2012) påpeker i sin studie. Sykepleieren bør derfor alltid tilstrebe å gi kvinnen et enerom og/eller være mer til stede, og ikke la kvinnen være alene over lengre tid. Sykepleieren kan også fortelle at kvinnen kan dra i ringesnoren når som helst for å vise at man alltid er tilgjengelig. Det kan også være en fordel at sykepleieren og kvinnen lager en avtale om neste møte. Dette kan for kvinnen skape et fremtidsperspektiv og styrke tilliten til sykepleieren (Eide & Eide, 2017). Dersom kvinnen blir nødt til å dele pasientrom med andre, er det viktig at samtaler blir gjort på et annet rom, slik at kvinnen kan åpne seg for sykepleieren.

Radford og Hughes (2015) poengterer at de viktigste faktorene til en bedre håndtering og bearbeiding av sorgen, innebærer at kvinnene blir møtt med empati, sympati og forståelse. I studiene til Radford og Hughes (2015) og Bellhouse et al. (2018) opplevde imidlertid ikke kvinnene at deres opplevelse av tap og sorg ble tatt på alvor i møtet med sykepleierne av flere årsaker. For det første peker studiene til både Radford og Hughes (2015) og Gergett og Gillen (2009) på at sykepleierne distanserte seg emosjonelt for å unngå å forholde seg til kvinnenenes sorgreaksjoner. For det andre ble kvinnene møtt av sykepleiere som brukte medisinske begreper som "embryo" og "foster", tillegg til å bli møtt med ufølsomme kommentarer som "ikke få panikk" og "det er normalt for kvinner å spontanabortere" (Bellhouse et al., 2018; Gergett & Gillen, 2009; Lindgren, 2020). Slike holdninger blant sykepleierne kan derfor føre til at kvinnen opplever at sykepleieren verken bryr seg eller har et ønske om å hjelpe. En slik holdning hvor sykepleieren mangler empati, sympati og medfølelse kan være grunn til at menneske-til-menneske-forholdet ikke blir etablert. (Travelbee, 1999).

Årsaken til at sykepleierne i studien til Gergett og Gillen (2009) velger å distansere seg emosjonelt fra kvinnene og i tillegg bruker begreper som "embryo" og "foster", bunner i at de beskytter seg selv mot den emosjonelle overbelastningen det er å arbeide med kvinner i

sorg. Sykepleierne forteller at de er klar over kvinnenes emosjonelle behov, men velger likevel å distansere seg fordi de ikke har nok kunnskap og følelse av trygghet til å møte kvinnenes sorgreaksjoner. Dette samsvarer med det Eide og Eide (2017) som skriver om at man som sykepleier kan oppleve en emosjonell overbelastning dersom man ikke får gitt den støtten man føler man burde gi.

Man kan derfor på sett og vis forstå at sykepleiere velger å skjerme seg mot den emosjonelle overbelastningen det er å arbeide med kvinner i sorg, da de blir nødt til å ivareta sine egne behov foran kvinnens. Det kan likevel ikke være slik at sykepleiere kan velge å distansere seg, da en slik tilnærming og væremåte ikke bidrar til at sykepleieren gir omsorgsfull hjelp og lindrer lidelse, som en av de yrkesetiske retningslinjene tilsier at en sykepleier skal (NSF, 2019). Sykepleieren blir derfor nødt til å endre holdning og forståelse overfor kvinner som opplever å spontanabortere. I NSF (2019) sine etiske retningslinjer for sykepleiere står det at imidlertid også at "Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner". I henhold til dette bør sykepleieren prøve å prioritere det å møte kvinnens sorgreaksjoner ved å søke veiledning, kunnskap og støtte hos en mer erfaren kollega og sykepleier.

4.2 Å samtale med kvinnen om spontanabort

Travelbee (1999) hevder at all interaksjon mellom sykepleier og kvinnen bidrar til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og kommunikasjonsferdighetene til sykepleieren er dermed en del av prosessen for å etablere forholdet. For at sykepleieren skal kunne etablere en god relasjon med kvinnen og få ordentlig innsikt i kvinnens følelser og tanker, er det viktig at sykepleieren bruker sin samhandling med kvinnen bevisst (Travelbee, 1999).

For at sykepleieren skal kunne møte kvinnens sorgreaksjoner bør sykepleieren investere tid i å samtale med kvinnen. Ikke bare for å danne seg et helhetlig bilde av kvinnens situasjon, men også for å vise interesse og forståelse overfor kvinnen. På denne måten kan

sykepleieren møte kvinnenes ønske om å kommunisere på et emosjonelt nivå, slik som kvinnene uttrykker i studiene til Radford og Hughes (2015) og Murphy & Merrell (2009). Det er derfor viktig at sykepleieren møter kvinnen med å lytte aktivt på en åpen og anerkjennende måte, da Eide og Eide (2017) regner dette som sentrale faktorer for hjelp og mestring i krise. Sykepleieren bør imidlertid ikke ta for gitt at alle kvinner ønsker å prate om sine sorgreaksjoner. Dersom kvinnen avslår tilbudet om å prate er det likevel viktig at sykepleier er tilstede og viser at tilbudet fortsatt står om hun skulle ønske å prate senere.

Det er ofte et hektisk arbeidsmiljø for sykepleiere som jobber på sengeposter. Dette er noe som påvirker muligheten til ha samtaler og danne et forhold til kvinnen, da ifølge sykepleierne i studiene til Gergett og Gillen (2014) og Murphy og Merrell (2009) ikke har tid til å sette seg ned og prate med kvinnen om hennes sorgreaksjoner knyttet til det å spontanabortere. Det å ha dårlig tid til å sette seg inn i kvinnens opplevelse av situasjonen skal ifølge Eide og Eide (2017) imidlertid ikke være et hinder for sykepleieren å etablere et forhold, så lenge tiden brukes godt. Dersom sykepleieren fastsetter en tidsramme på fem til ti minutter, kan samtalen konsentreres om det som er betydningsfullt for både kvinnen og sykepleieren. Uklare tidsrammer kan føre til at samtaleemnet flyter ut og viktig informasjon uteblir (Eide & Eide, 2017).

I samtale med kvinnen er det viktig at sykepleieren vet hvilken betydning den verbale og nonverbale kommunikasjonen påvirker sykepleierens mulighet til å forstå sorgreaksjonene kvinnen opplever. Dette kan være i form av sykepleierens valg av kroppsspråk og hvordan spørsmål stilles (Eide & Eide, 2017). Sykepleieren bør for eksempel sette seg ned i samtale med kvinnen, fremfor å stå. Når sykepleieren sitter under samtalen med kvinnen kan dette indikere at sykepleieren har tid og er tilgjengelig til å lytte og prate. Dersom sykepleieren står eller går mot døren, kan kvinnen oppfatte at sykepleieren ikke har tid til å prate, og kvinnen kan dermed velge å holde igjen følelser og tanker for å ikke oppholde sykepleieren. Sykepleieren må også reflektere over hvordan spørsmål stilles underveis samtalen. Hvis sykepleieren stiller kvinnen et ledende spørsmål som "Er du lei deg fordi du mistet barnet?", vil kvinnen svare "ja". Dersom sykepleieren istedenfor stiller et åpent spørsmål med spørrepronomen som "hvordan", "hva" eller "hvorfor", kan dette stimulere til at kvinnen

snakker fritt og åpent om det hun føler og opplever. I tillegg får sykepleieren utforsket kvinnens subjektive opplevelse av å spontanabortere (Eide & Eide, 2017). Når sykepleieren stiller slike spørsmål blir det også enklere for kvinnen å uttrykke seg fritt om vonde følelser, noe Cullberg (1991) skriver et viktig element i sorgarbeid.

Ved at sykepleieren lytter aktivt og forstår det komplekse samspillet mellom det verbale og det nonverbale, vil ifølge Eide og Eide (2017) sykepleieren forstå hva som er betydningsfullt for kvinnen. Dette betyr at sykepleieren er nødt til å danne seg et bilde av kvinnens opplevelse ut ifra kvinnens ord, utsagn og væremåte. Sykepleieren bør blant annet kartlegge om hun omtaler tapet som å miste "et barn" eller "et foster/embryo", da dette er en viktig faktor for hvordan kvinner opplever å bli møtt av sykepleiere (Radford og Hughes, 2015). Hvis kvinnen for eksempel føler for å omtale det hun mistet som et barn, bør sykepleieren også omtale fosteret som et barn. Dersom sykepleieren hadde fortsatt å bruke begrepet foster i samtale med kvinnen, kan dette føre til at kvinnen opplever at sykepleieren verken forstår hvordan sorgen oppleves eller er interessert i å lytte. Dette kan være en faktor som reverserer menneske-til-menneske-forholdet mellom kvinnen og sykepleieren (Travelbee, 1999). Sykepleieren bør derfor kartlegge kvinnens valg av ordlegging under samtalen, og bruke de samme ordene/begrepene.

Selv om det er flere tusen kvinner i året som opplever å miste et barn i spontanabort, vil ikke det nødvendigvis bety at det er greit å fortelle til kvinner at «Dere er jo ikke så langt på vei, det er ikke så farlig» og «Det er vanlig at det går galt», slik som kvinnen i nyhetsartikkelen til Lindgren (2020) forteller å bli møtt med. Som tidligere nevnt understrekes det i både forskningsartiklene til Bellhouse et al., (2018), Gergett og Gillen, (2014) og Radford og Hughes (2015) at kvinner opplever sorgreaksjoner som ensomhet, benektelse, engstelse, hjelpeløshet, skam og skyld. Disse sorgreaksjonene kan bekrefte at for den unike kvinnens situasjon er ikke dette en "normal" hendelse, da det for henne kan oppleves som en livskrise (Ancker et al., 2012). Sykepleiere bør med andre ord være forsiktig med å berolige og "trøste" kvinnen med å fortelle henne at spontanabort er normalt, da det i verste fall kan føre til at kvinnen kun føler at hun blir møtt med følelse av avvisning.

4.3 Trygghetsskapende informasjon

Etter hvert som sykepleieren og kvinnen har etablert et menneske-til-menneske-forhold gjennom samhandling og kommunikasjon ved deres møter, og dannelsen av empati og forståelse ved at sykepleieren har fått innsikt i kvinnens følelser og tanker gjennom samtale, kan sykepleieren nå ha en større oversikt over hvilke bevisste sykepleietiltak som må gjøres. I denne fasen kan sykepleieren derfor ha kommet til et punkt i forholdet hvor en ønsker å hjelpe og lindre kvinnens lidelse, da sykepleieren opplever både sympati og medfølelse overfor kvinnen (Travelbee, 1999).

I følge Bellhouse et al. (2018) har kvinner ofte lite kunnskap om hva det innebærer å spontanabortere, noe som fører til at de opplever følelser som mangel på kontroll, frykt og forvirring. For at kvinnene skal oppleve en følelse av kontroll over situasjonen er sykepleieren nødt til å gi god informasjon som kan bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig for kvinnen (Eide og Eide, 2007).

Først og fremst må sykepleieren vite hvordan informasjon skal formidles og hvordan man kan tilpasse informasjonen som skal gis (Eide & Eide, 2017). Kvinner som spontanaborter er ofte preget av sjokk og har lite kunnskap om hva det innebærer å gjennomgå en spontanabort og hvilke reaksjoner det kan gi (Radford & Hughes, 2015). De kvinnene som fikk lite informasjon opplevde følelser som engstelse og bekymring, og følte seg uforberedt på hva som kunne skje både før, under og etter spontanaborten (Bellhouse, et al, 2018). Eide og Eide (2017) poengterer at det er viktig at sykepleieren gir fullstendig informasjon, men samtidig ikke overlesser kvinnen med unødvendig informasjon hun ikke evner å forholde seg til eller huske. Dette kan vi se i sammenheng med studiene til både Bellhouse et al. (2018) og Radford & Hughes (2015) hvor kvinnene forteller at de fikk lite informasjon vedrørende hva det innebærer å spontanabortere, og hvilke psykiske reaksjoner det kan gi i ettertid. En vet ikke om sykepleierne i disse studiene har gitt kvinnene lite informasjon, eller om informasjonen er gitt på feil måte eller tidspunkt. Cullberg (1991) skriver nemlig at man i krisens sjokk og reaksjonsfase har vanskeligheter med å oppfatte informasjon som blir gitt. Dette kan imidlertid ses i sammenheng med en samtale jeg hadde med en sykepleier som

jobber på gynekologisk sengepost, der sykepleieren fortalte at det ofte kan være vanskelig å nå fram med informasjon til kvinnene som gjennomgår spontanabort. Dette kan begrunnes i at viktige opplysninger blir gitt i tilslutningen til en sjokkartet beskjed, med følge at mye av denne informasjonen blir glemt, ettersom at kvinnens evne til å oppfatte informasjon er ofte redusert (Cullberg, 1999). Sykepleieren må derfor ikke gi kvinnen viktige opplysninger når hun er i en sjokktilstand. Sykepleieren må passe på at informasjonen blir gitt i et egnet, stille og lukket rom. Sykepleieren bør også unnlate å gjøre andre ting samtidig som informasjonen blir gitt, slik at fokuset til kvinnen er rettet mot informasjonens innhold. Noe informasjon kan også gis skriftlig, i form av blant annet brosjyrer. En fordel med at samme sykepleier som tar i mot kvinnen på sykehuset og har ansvar under innleggelsen, er at sykepleieren kan gjengi konkret informasjon legen tidligere har gitt (Jerpseth, 2017).

I forhold til at sykepleieren skal forsøke å møte kvinnens sorgreaksjoner bør sykepleieren først og fremst informere om at de følelser og sorgreaksjoner kvinnen opplever, ikke er unormalt å oppleve for kvinner som gjennomgår spontanabort (Gergett og Gillen, 2014; Radford og Hughes, 2014). Sykepleieren må informere om at de fleste kvinner opplever en form for sorgreaksjon etter tapet, samtidig understreke at alle opplever sin sorg og tap på ulikt vis. På denne måten kan sykepleieren bidra med å normalisere kvinnens reaksjoner i krisen, som Cullberg (1991) hevder er til hjelp for bearbeiding av sorgen. Ved at sykepleieren informerer om dette kan det bidra til at kvinnen får økt følelse av kontroll i situasjonen, ettersom at Eide og Eide (2017) understreker at informasjon gir økt kunnskap. For de kvinnene som opplever at de ikke har rett til å sørge fordi de mistet barnet så tidlig i svangerskapet (Ancker et al., 2012), kan det få å informasjon og kunnskap om at flere kvinner opplever sorgreaksjoner når man gjennomgår spontanabort, bidra til at kvinnen tillater seg selv til å kjenne på og utforske sine følelser.

I noen tilfeller kan kvinner oppleve at deres hjelpeløshet over at deres kropp svikter, hvor også rollen som mor og kvinne blir utfordret når kvinnen mister barnet. Dette kan gi kvinnen en reaksjon på å føle skam i den forbindelse med at hun opplever å ikke klare noe "alle" andre får til (Ancker et al., 2012). Det er i disse tilfellene viktig at sykepleieren fanger opp slike tanker. Sykepleieren kan derfor blant annet informere om at det er utrolig mange

kvinner i løpet av et år som opplever å gjennomgå spontanabort. Denne informasjonen må gis og formuleres av sykepleieren på en måte hvor kvinnens følelser ikke blir bagatellisert, samtidig som det gis en oppklaring om at hun ikke er alene i denne situasjonen. Ikke minst må sykepleieren informere om at de fleste opplever et vellykket svangerskap etter å ha spontanabortert, i tillegg til å fortelle at det er ingen indikasjon for at kvinnen skal oppleve å spontanabortere på nytt (Jerpseth, 2017).

Travelbee (1999) hevder at det ligger i menneskets natur å søke etter mening i tap og sorg, og det er ifølge Cullberg (1991) ofte vanlig i reaksjonsfasen av en krise å lete etter en utløsende årsak til hendelsen. Vi mennesker er derfor skapt slik at vi ønsker en forklaring på hvorfor ting skjer. Dessverre er det sjeldent man finner årsaken til at en spontanabort skjer, noe som i følge Radford og Hughes (2015) gir kvinner følelser som frustrasjon, stress og skyld når de ikke finner årsaken, som igjen kan føre til at kvinnen begynner å klandre seg selv. En sykepleier som møter en kvinne som opplever å føle skyld i form av at det er hun som er årsaken til spontanaborten, er det viktig at sykepleieren støtter kvinnen og informerer henne om at hun trolig ikke kunne påvirket utfallet. Sykepleieren kan blant annet understreke at det er flere årsaker til at spontanabort skjer, derav blant annet informere om at det i 50-60 prosent av alle tilfellene skyldes en genfeil i fosteret (Jerpseth, 2017). Å gi kvinnen informasjon som øker kvinnens kunnskap, kan bidra til at kvinnen skaper en større forståelse av situasjonen, og dermed opplever mindre skyld og selvbebreidelse. Det er samtidig viktig å informere om ulike risikofaktorer som kan føre til spontanabort i hensyn til en neste graviditet. Jerpseth (2017) nevner at det er ikke uvanlig at kvinner kan oppleve en form for moralsk straff eller guds straff i etterkant av spontanaborten, og i den forbindelse kan sykepleieren informere gi et tilbud om å prate med en sykehusprest.

Selv om det per dags dato ikke er noen bestemte retningslinjer for oppfølging av kvinner som spontanaborterer, kan sykepleieren gjennom observasjon og samhandling med kvinnen ha gjort seg opp en mening og tanker om hvilke behov kvinnen har for å mestre sin bearbeidelse av sorgen videre. Sykepleieren har ofte kortvarig kontakt med kvinnen, og rekker derfor ikke alltid å se den sørgende kvinnen få det bedre. Sykepleierens sykepleietiltak før utskrivelse bør derfor være å tilrettelegge for videre oppfølging og råd, for

at kvinnens sorgreaksjoner skal bli møtt, også etter utskrivelse.

Før kvinnen skrives ut og bearbeidingsfasen skal begynne for fullt er det viktig at sykepleieren gir informasjon som kan hjelpe kvinnen videre i sorgprosessen. Ifølge Radford og Hughes (2015) opplever kvinner å føle seg ensomme i sin sorg når de prater om tapet og sorgen med venner og familie, da kvinnene opplever at de ikke blir forstått i sorgen og tapet av barnet. Det kan derfor være lurt at sykepleieren informerer om i forkant at mange kvinner opplever god støtte i sorgen og tapet ved å prate med andre kvinner som også har opplevd å spontanabortere (Radford & Hughes, 2015). Sykepleieren kan blant annet informere om ulike forum kvinnen kan oppsøke, og gjøres oppmerksom på Foreningen "Vi som har et barn for lite". Dette er en organisasjon for mennesker som har mistet et barn, også før normal fødsel. I denne foreningen kan kvinnen delta i sorggrupper og dele tanker og følelser med andre kvinner i samme situasjon. For noen kan det også føles riktig å skrive om hva man føler, i de tilfellene finnes det mange forumtråder laget av kvinner og for kvinner som har opplevd å spontanabortere.

I samtale med en sykepleier som jobber på gynekologisk avdeling informerte henne meg om at den aktuelle avdelingen hun arbeider på, får alle kvinner som opplever å spontanabortere tilbud om å prate med sosionom. Sykepleieren forteller at mange kvinner finner dette hjelpsomt. Dette er tilsynelatende et godt tilbud til kvinnene som gjennomgår spontanabort, men ettersom at det ikke er noen klare retningslinjer for oppfølging av kvinner som spontanaborterer, kan det virke som at dette er individuelt fra avdeling til avdeling.

I noen tilfeller kan kvinnen ha behov for profesjonell hjelp for å bearbeide sorgen også etter utskrivelse fra sykehuset. Kvinner som opplevde å få tilbud om oppfølging hos psykolog eller andre helsetjenester og minnestund for barnet ble i følge Bellhouse et al. (2018) opplevd som positive faktorer til bearbeidingen av sorgen. Det er likevel ingen retningslinjer per dags dato som kan gi kvinnen automatisk oppfølging dersom hun ønsker det, og blir i dag kun oppfordret til å kontakte fastlege (Lindgren, 2020). Forslag til hva sykepleieren kan bidra med er å eventuelt å avtale en samtale over telefon i en av dagene etter utskrivelsen, slik at kvinnen vet at hun har mulighet til å snakke med en sykepleier i en av dagene fremover.

Sykepleieren bør også gi kvinnen en informasjonsbrosjyre som blant annet kan inneholde telefonnummer til avdelingen og informasjon om årsaker til spontanabort og annen generell informasjon kvinnen kan ha nytte av. På denne måten kan dette trygge kvinne ved utskrivelsen og på sikt bidra til at hun hvordan hun bearbeider og mestrer krisen og sorgreaksjonene hun opplever.

5 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å finne ut hvordan sykepleiere kan møte sorgreaksjonene som kan oppstå hos kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus. Kvinner kan oppleve ulike reaksjoner ved tapet av barnet som skjer før svangerskapets uke 15. For noen kvinner kan reaksjoner der rollen som mor og kvinne bli utfordret. Andre opplever reaksjoner som ensomhet, skam og skyldfølelse. Et behov som gikk igjen fra flere kvinner var behovet for kommunikasjon og emosjonell støtte. Forskningen viser at kvinner opplever å bli møtt med lite empati, sympati og medfølelse. Sykepleierne rapporterte om manglende kunnskap til å kunne møte kvinnenes sorgreaksjoner.

For at sykepleieren skal møte kvinnens sorgreaksjoner som oppstår under en spontanabort har jeg gjennom drøftingen lært at sykepleieren må møte kvinnen med åpenhet, respekt, empati og forståelse. På denne måten kan et menneske-til-menneske-forhold etter Travelbees teori etableres. Denne etableringen skjer gjennom kvinnens og sykepleierens samhandling og kommunikasjon underveis i sykehusoppholdet. Sykepleieren må være bevisst på sine handlinger og væremåte. Det kreves gode kommunikasjonsferdigheter for at sykepleieren kan danne seg en større forståelse av kvinnens situasjon og bidra til at kvinnen får delt sine følelser og tanker med sykepleieren. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold vil kvinnen oppleve å bli møtt med behovene av empati, sympati og medfølelse. Forholdet vil gjøre at kvinnen føler seg sett, hørt og forstått. Dette er viktige faktorer for at kvinnene skal oppleve at hennes sorgreaksjoner blir møtt av sykepleieren. For at sykepleiere skal kunne møte kvinnenes behov er de nødt til å danne seg både kunnskap om kvinnens individuelle opplevelse av sorgen, men også en generell kompetanse om sorgarbeid for å jobbe med kvinner i sorg.

Jeg har også lært at kvinner trenger god informasjon både under og i etterkant av spontanaborten for å kunne bearbeide sine sorgreaksjoner. Informasjonen sykepleieren gir er med på å gi kvinnen en større følelse av kontroll over situasjonen, og på den måten bidrar sykepleieren til at kvinnen kan takle sin bearbeidelse av sorgen på en bedre måte. Dette

forbeholder at sykepleieren har god kunnskap i å formidle informasjon, slik at kvinnen som kan være i en sjokktilstand får meg seg informasjonens innhold.

Jeg har i denne oppgaven fått muligheten til å fordype meg i et tema som blir lite snakket om og som det også er lite forskning om, spesielt i Norge. Jeg har sett at ivaretakelsen av denne pasientgruppen avhenger mye av kunnskapen og forståelsen sykepleierne har for opplevelsen av å spontanabortere. Min konklusjon er at sykepleiere må danne seg mer kunnskap for å kunne forstå og møte kvinnens individuelle sorgreaksjoner med respekt, forståelse, empati og medmenneskelighet.

6 Litteraturliste

Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S & Botond, A. (2012). TIDIG FÖRLUST. Kvinnors opplevelse av missfall. *Värd i Norden*, 32(1.), 32-36.

<https://doi.org/10.1177/010740831203200107>

Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, Shaun & Bilardi, Jade. (2018). "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>

Cullberg, J. (1991) *Mennesker i krise og utvikling*. (2.utg) Gjøvik: Aschehougs

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg, 149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale etiske forskingskomiteene (2014, 4.Oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (24.januar, 2020).

Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk* (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Flohr, J & Wold, K. (2008) *Barnet som ikke ble*. Oslo: Emilia Forlag

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Gergett, B. & Gillen, P. (2014). Early pregnancy loss: perceptions of healthcare professionals. *Evidence Based Midwifery*, 12(1.), 29-34. <http://www.rcm.org.uk.ezproxy.vid.no/ebm/>

Helsenorge (20. september, 2019) *Spontanabort*. Hentet fra <https://helsenorge.no/gravid/spontanabort>

Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D. –G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2 (5.utg)* (s.133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø G. H. (2016) Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (3. utg, s.15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (3.utg, s.15-64). Oslo: Gyldendal Akademisk .

Lindgren, H. M. (26. januar, 2020). *Sjokkert over manglende tilbud etter spontanabort:-Dette går ikke an*. Hentet fra <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/reagerer-pa-manglende-retningslinjer-for-oppfolging-etter-spontanabort-1.14872544>

Murphy, F. & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1583–1591.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x>

Nesheim, B-I. (Store medisinske leksikon) (18. januar, 2020). *Embryo*. Hentet fra <https://sml.snl.no/embryo>

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (14. januar, 2020).

Nærum, S, R. (20. januar, 2020). *En av fem graviditeter ender i spontanabort – forventes at vi skal ta det på strak arm*. Hentet fra https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/en-av-fem-graviditeter-ender-i-spontanabort_-forventes-at-vi-skal-ta-det-pa-strak-arm-1.14811583

(21. januar, 2020).

Radford, E. J. & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1457–1465.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12781>

Sandanger, H. & Bugge, K. E. (2018). Å være en god hjelper. I E. G. Røkholt, K. Bugge, O. Sandvik & H. Sandanger (Red). *Sorg* (2.utg, s.91-108). Bergen: Bokforlaget

Sandvik, O., Røkholt, E. G, Bugge, E. K. & Sandanger, H. (2018). Tap, sorg og livet videre. . I E. G. Røkholt, K. Bugge, O. Sandvik & H. Sandanger (Red). *Sorg* (2.utg, s.11-30). Bergen: Bokforlaget

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

