

Ragna Svendsrud Sørlien (10141) og Tina Andrea  
Fallet Ruud (10110)

# Hvordan kan sykepleier ivareta psykisk helse hos kvinner som gjennomgår en spontanabort før utgangen av gestasjonsuke 22?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Aud Irene Larsen  
Mai 2023



Ragna Svendsrud Sørlien (10141) og Tina Andrea  
Fallet Ruud (10110)

# **Hvordan kan sykepleier ivareta psykisk helse hos kvinner som gjennomgår en spontanabort før utgangen av gestasjonsuke 22?**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Aud Irene Larsen  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



# SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b> «Hvordan kan sykepleier ivareta psykisk helse hos kvinner som gjennomgår en spontanabort før utgangen av gestasjonsuke 22?»	<b>Dato:</b> 29.05.2023
<b>Forfattere:</b> Ragna Svendsrud Sørlien Tina Andrea Fallet Ruud	
<b>Veileder:</b> Aud Irene Larsen	
<b>Nøkkelord:</b> Spontanabort, emosjonell støtte, psykisk helse, sykepleier	
<b>Antall sider / antall ord:</b> 32/7656	<b>Antall vedlegg:</b> 0
<b>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</b>  <b>Bakgrunn:</b> Av erkjente svangerskap i Norge, ender 15 til 20 % i et ufrivillig svangerskapsavbrudd. Å gjennomgå en spontanabort vil kunne påvirke kvinnens psykiske helse, og en slik hendelse kan gi både sorg, angst og depresjon. Av den grunn er det viktig å belyse hvordan sykepleier kan ivareta disse kvinnene, der de er og når de trenger det.  <b>Hensikt:</b> Vi ønsker å belyse hva forskning og annen litteratur sier om hvordan sykepleiere kan ivareta kvinners psykiske helse under og etter en spontanabort.  <b>Metode:</b> Vi har utført en litteraturstudie hvor vi har sett på kvalitative forskningsartikler. Vi har benyttet databasene Cinahl complete og PubMed. Gjennom strukturerte søk har vi funnet syv forskningsartikler som besvarer vår problemstilling. Søkeordene vi har brukt er: Abortion, spontaneous, Miscarriage, Early pregnancy loss, Nursing Role, Nursing Care, Health personnel og Nurse.  <b>Resultat:</b> Etter gjennomført analyse satt vi igjen med fem temaer som utpekte seg: «emosjonell støtte», «individuell behandling», «behov for informasjon og kommunikasjon», «kunnskap og forståelse hos sykepleier» og «framtidstro og oppfølging».  <b>Konklusjon:</b> Litteraturstudien belyser betydningen av å yte sykepleie basert på omsorg og empati, forståelse og annerkjennelse, tilpasset informasjon og kommunikasjon for å ivareta kvinners psykiske helse ved en spontanabort. Studien viser at sykepleier og kvinners oppfatninger av behov ikke er så ulike, men at organisatoriske barrierer likevel kan føre til mangelfull ivaretagelse av kvinnenes behov.	

# ABSTRACT

<b>Title:</b> "How can a nurse take care of mental health in women who undergo a miscarriage before the end of gestational week 22?"		<b>Date:</b> 29.05.2023
<b>Authors:</b> Ragna Svendsrud Sørlien Tina Andrea Fallet Ruud		
<b>Supervisor:</b> Aud Irene Larsen		
<b>Keywords:</b> Miscarriage, emotional support, mental health, nurse		
<b>Number of pages / words:</b> 32/7656	<b>Number of appendix:</b> 0	
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>  <b>Background:</b> Of all acknowledged pregnancies in Norway, 15 to 20 % end in an involuntary termination. Undergoing a miscarriage can affect women's mental health, and cause grief, anxiety, and depression. Therefore, it is important to shed light on how nurses can look after these women, where they are and when they need it.  <b>Purpose:</b> We wish to enlighten what research and other literature says about how nurses can look after women's mental health during and after a miscarriage.  <b>Method:</b> We have carried out a literature study where we have looked at qualitative research articles. Databases used in our research were Cinahl Complete and PubMed. Through structured searches, we have found seven research articles that answer our research question. We used the following key words: Abortion, spontaneous, Miscarriage, Early pregnancy loss, Nursing Role, Nursing Care, Health personnel and Nurse.  <b>Result:</b> The analysis process uncovered five topics: "emotional support", "individual treatment", "the need for information and communication", "knowledge and understanding in nurses" and "faith in the future and follow-up care".  <b>Conclusion:</b> The literature study enlightens the importance of nursing care based on care and empathy, understanding and recognition, information, and communication to take care of women's mental health in the event of a miscarriage. At the same time, the study shows that even though the perception of nurses and patients do not differ very much, organizational barriers result in a failure to attend the women's needs.		

# Forord

## **Det finnes et land**

*Det finnes et land*

*bakom tårer*

*Hvor de vakreste blomster gror*

*Hvor solen for alltid lyser*

*og lykken og gleden er stor*

*Det finnes et land*

*bakom tårer*

*Hvor drømmen og framtiden bor*

*Hvor englene stille vokter*

*hver ufødte søster og bror*

Ukjent forfatter

# Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG .....	1
ABSTRACT .....	2
Forord .....	3
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Sykepleiefaglig relevans .....	5
<b>2.0 Teoribakgrunn .....</b>	<b>5</b>
2.1 Hensikt og oppgavens problemstilling .....	6
2.2 Spontanabort .....	6
2.3 Årsak, diagnostisering, behandling og oppfølging .....	6
2.4 Psykisk helse etter en spontanabort .....	7
2.5 Kommunikasjon .....	7
2.6 Informasjon .....	7
2.7 Omsorg .....	8
2.8 Swanson Theory of Caring and Healing .....	8
<b>3.0 Metodebeskrivelse .....</b>	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudien .....	9
3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ .....	9
3.2 Litteratursøk .....	10
3.3 Inklusjons – og eksklusjonskriterier .....	10
3.4 Søkematrise .....	11
3.5 Kritisk vurdering .....	13
3.6 Etiske overveielser .....	13
3.7 Analyse .....	13
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>14</b>
4.1 Litteraturmatrise .....	14
4.2 Sammenfatning av resultater .....	21
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>24</b>
5.1 Fra glede til sorg – betydningen av omsorg og emosjonell støtte .....	24
5.2 Verdien av informasjon og kommunikasjon .....	25
5.3 Sykepleieres kunnskapsgrunnlag og forståelse .....	26
5.4 Oppfølging i nåtid og framtid .....	27
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>29</b>
Litteraturliste .....	30



## 1.0 Innledning

Mellom 7000 og 8000 gravide kvinner rammes årlig av spontanabort i Norge. Dette utgjør 15 til 20 % av alle erkjente svangerskap. Dette gjelder kvinner med forskjellige behov for omsorg, støtte og informasjon, men likevel skal de alle passe inn i samme veileder (Jerpseth, 2017, s.159). Forskning viser til at en spontanabort kan gi angst og depresjon, og det er også vanlig å se en betydelig følelse av sorg etter tapet av et foster (Opsahl, 2013).

I innstilling 374 til Stortinget belyser helse- og omsorgskomiteen til en mangelfull oppfølging til kvinner som gjennomgår en spontanabort, og fremmer et forslag om forbedring av dagens abortoppfølging. Behovet for oppfølging etter en spontanabort blir fremmet av historier fra kvinnene selv og fra et høringsinnspill fra Norsk Sykepleierforbund og Jordmorforbund. Høringsinnspillet setter søkelys på et manglende system for oppfølgingssamtaler til kvinner som har behov for det etter en spontanabort (Innst. 374 S (2019-2020), s. 5).

I norsk gynekologisk forening sin «veileder i gynekologi», blir det beskrevet at en viktig del av behandlingen ved spontanabort er at kvinnen blir møtt med stor grad av empati, tilstrekkelig informasjon, støtte og individualisert behandling (Berner et al. 2021). Imidlertid ser vi en økende trend av overarbeidede sykepleiere, utbrenthet og en mangel på tid og ressurser. Disse faktorene vil potensielt kunne føre til sviktende pasientbehandling (Kristoffersen, 2016, s.277-278).

### 1.1 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier kan vi møte kvinner som gjennomgår en spontanabort ved ulike arenaer i helsetjenesten. Uavhengig om det er på en gynekologisk avdeling, fødeavdeling, akuttmottak eller legevakt, fysisk eller via telefonkontakt, vil sykepleiere være en sentral profesjonsgruppe som møter disse kvinnene. Ivaretagelse av en kvinnes psykiske helse ved en spontanabort, vurderer vi som meget sykepleiefaglig relevant. Dette er spesielt relevant, fordi det er et område som er lite omtalt, har manglende ressurser og fravær av oppdatert forskning. Det er dermed et tema det er viktig å belyse, slik at sykepleiere tilegner seg kunnskap om hvordan de kan møte kvinnene, med mål om å ivareta deres psykiske helse.

## 2.0 Teoribakgrunn

Utgangspunktet for valg av teori er basert på vår problemstilling. Vi vil begynne med å redegjøre for hensikten og oppgavens problemstilling, før vi går nærmere inn på hva spontanabort er, forekomsten av det i Norge og hvilke psykiske påkjenninger dette kan medføre. Videre tar vi for oss kjernebegrepene kommunikasjon, informasjon og omsorg i pasientbehandling av kvinner som gjennomgår en spontanabort. Avslutningsvis vil vi belyse omsorg i lys av Swansons omsorgsteori.

## 2.1 Hensikt og oppgavens problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne relevant forskning og litteratur som belyser hvordan sykepleier kan ivareta kvinnens psykiske behov under og etter en spontanabort. Vi vil belyse hvordan sykepleier kan møte disse kvinnene, men også hva det er kvinnene behøver for å føle seg ivaretatt. Vil vi svare på dette ved hjelp av denne problemstillingen:

**“Hvordan kan sykepleier ivareta psykisk helse hos kvinner som gjennomgår en spontanabort før utgangen av gestasjonsuke 22?”**

## 2.2 Spontanabort

En spontanabort er et ubehandlet svangerskapsavbrudd, som innebærer at det ikke er liv i fosteret før det er gammelt nok til å overleve utenfor livmor, som er etter gestasjonsuke 22 (Helsebiblioteket, 2021). Vi deler spontanabort inn i ulike tilstander. *Inkomplett spontanabort, komplett spontanabort, missed abortion, anembyoralt svangerskap og habituell abort* (Kristoff, 2019, s.424). En tidlig spontanabort anses å være før gestasjonsuke 12, mens en senabort skjer etter gestasjonsuke 12 eller større tilsvarende disse (Berner et al. 2021).

Vi har i vår litteraturstudie valgt å inkludere alle typer av spontanabort, da vi vurderer det dit hen at sykepleiers ivaretagelse av kvinnens psykiske helse bør være den samme uavhengig av tilstand (Berner et al. 2021). Av empiri vil det være jordmor som fullfører det fysiske ved svangerskapsavbruddet etter gestasjonsuke 16, da fosteret er av betydelig størrelse. Vi har likevel valgt å inkludere svangerskapsavbrudd fram til gestasjonsuke 22 i vår litteraturstudie, da sykepleier vil kunne møte disse kvinnene og hvorav de har et behov for lik ivaretagelse.

## 2.3 Årsak, diagnostisering, behandling og oppfølging

Spontanaborten oppstår oftest helt tilfeldig, og med en lav risiko for at det skal skje igjen. Ved 50 til 60 % av alle aborterte fostre er det påvist genetiske forhold som kromosomavvik (Jerpseth, 2017, s. 159). Flerlingsgraviditet, infeksjoner, sykdomstilstander i placenta, intrauterin prevensjon, høy alder hos kvinnen og livsstilsfaktorer er også risikofaktorer for spontanabort (Jerpseth, 2017, s.159). Diagnosen spontanabort blir stilt ved kliniske undersøkelser, ultralyd, tidligere sykdomshistorikk og eventuelt hCG (Berner et al. 2021).

I Norge har vi to behandlingsmuligheter, begge med få komplikasjoner. Medisinsk abort blir utført ved hjelp av medikamenter og er mest benyttet i Norge, da den er minst inngripende. Mange velger å utføre behandling hjemme, men da er det viktig å informere kvinnene om de smertene og den psykiske belastningen som kan oppstå og at hun kan se fosteret. Kirurgisk abort er også et mulig behandlingsvalg, hvis det er grunner som ligger til rette for det. Det kan for eksempel være en mislykket medisinsk abort eller et sterkt ønske fra kvinnen. Kirurgisk abort er mer inngripende, da det utføres i generell anestesi, hvor restene i placenta fjernes (Oslo universitetssykehus, u.å.; Jerpseth, 2017, s.159).

I 2019 til 2020 kom det en innstilling fra helse- og omsorgskomiteen med representantforslag om styrkede abortrettigheter, da komiteen viser til at dagens oppfølging etter spontanabort er for dårlig (Innst. 374 S (2019-2020), s. 5).

I 2020 kom stortinget med et vedtak, som skulle gi et oppfølgingstilbud til de som gjennomgår en spontanabort (NOU 2023:5, s. 154).

Amathea er en landsdekkende helsetjeneste som sikrer tilbud til kvinner som gjennomgår en spontanabort. Amathea er offentlig finansiert med Helsedirektoratet som forvalter, dette er en gratis helsetjeneste (Amathea, u.å.).

## **2.4 Psykisk helse etter en spontanabort**

Psykisk helse er noe alle har, på like linje med den fysiske helsen. Psykisk helse handler om hvordan du har det med deg selv og i møte med andre rundt deg og i hverdagen, basert på dine tanker og følelser (Helsenorge, 2022). En spontanabort skjer ofte uventet og vil for mange oppleves som et sjokk, og kan medføre til sorgreaksjoner. Det kan oppleves vanskelig for kvinnen og partner å akseptere og forstå hvorfor det endte i en spontanabort (Jerpseth, 2017, s. 162). En studie som ble gjort på norske sykehus, viste at kvinner i dagene etter en spontanabort skåret høyt på en psykologisk traumatetest. Kvinnene skåret betydelig høyere på forekomsten av angst og depresjon i sammenlikning med normalbefolkningen, imidlertid avtok de verste plagene innen et halvt år senere (Jerpseth, 2017, s.160). Sykepleier har dermed en viktig rolle med å lytte til parets fortelling, og oppmuntre til å sette ord på følelser (Jerpseth, 2017, s. 162). Å bearbeide følelser innebærer at pasienten setter ord på tanker, følelser og indre konflikter med formål om å redusere de vonde følelsene (Solvoll, 2017, s.131).

## **2.5 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er en ferdighet sykepleier til stadighet trener på, og som er en viktig del i pasientbehandlingen. I møte med kvinner som opplever en spontanabort vil sykepleier ha behov for ulike kommunikasjonsferdigheter, og disse må det trenes spesifikt på. Sykepleiers evne til å fremme pasientens perspektiv vil være betydningsfullt for å utforske hva som er viktig for den enkelte kvinnen i den unike situasjonen. Ved aktiv lytting vil sykepleier aktivt lytte til pasientens beskrivelser og eventuelle bekymringer. Bekymringene kan videre utforskes ved hjelp av åpne spørsmål, som stimulerer pasienten til å få fram det som er betydningsfullt for den enkelte. Det er nettopp når pasienten føler seg som en likeverdig part i samtalen og opplever tillitt, at kommunikasjonen blir effektiv og til pasientens beste. Ved å åpne opp for samtale og lytte til pasienten vil sykepleier etablere en relasjon og videre arbeidsallianse med pasienten. Sykepleiers evne til å vise empati, utgjør dessuten også en viktig kommunikasjonsferdighet i møte med pasienter og deres pårørende. Empati omhandler sykepleiers evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og følelser og samtidig formilde tilbake til pasienten at du forstår (Heyn, 2018, s. 23).

## **2.6 Informasjon**

Sykepleiers veiledende og informerende rolle gir trygghet og kunnskap til å kunne håndtere en ukjent og vanskelig situasjon (Jerpseth, 2017, s.162). Å sikre at pasienter og pårørende får den informasjonen som er nødvendig for å kunne gi sitt samtykke og være delaktig i tjenesten er dessuten lovregulert etter pasient – og brukerrettighetsloven § 3-2 (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2001).

I dag har pasienter tilgang på informasjon på internett, noe som kan bidra til feilinformasjon og en unødvendig bekymring. Derfor er det viktig å sikre at pasienten får riktig og faglig forankret informasjon (Kristoffersen, 2016, s. 397). De siste årene har også behovet for skriftlig informasjon økt betraktelig, fordi flere av dagens behandlinger

foregår poliklinisk eller hjemme, som for eksempel ved en spontanabort. Økningen skyldes også at pasientmedvirkning, med ønske om kontroll og mestring, har fått større betydning. Dette handler i stor grad om et ønske om større involvering fra pasientens side. Kunnskap og forståelse for egen situasjon kan føre til at pasienten i større grad kan mestre den nye livssituasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 396). Å inkludere kvinnens partner i samtale med sykepleier, kan dessuten være betydningsfullt (Jerpseth, 2017, s. 162). Pårørende har en viktig rolle i arbeidet rundt pasienten, hvorav pasienten ofte finner stor støtte i sine nærmeste som kjenner de godt (Helsedirektoratet, 2017).

## **2.7 Omsorg**

En uvurderlig kjerneverdi i sykepleie baseres på å utføre omsorgsfull og faglig forankret sykepleie til pasienter. Sykepleier må kunne arbeide med en faglig kyndighet, men på et medmenneskelig grunnlag. Med andre ord handler det om å bygge tillit, vise forståelse, tålmodighet og å være altruistisk. Vi har alle en privat og en profesjonell del som sykepleier, men i sensitive og utfordrende møter er det helt avgjørende å holde egne private meninger og holdninger adskilt for å kunne yte god omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). Det å yte omsorgsfull sykepleie er dermed like viktig som de tekniske ferdighetene, men en kan heller ikke yte forsvarlig sykepleie uten gode tekniske ferdigheter. Derfor er det ikke det ene eller det andre, men et gjensidig samspill (NSF, 2019).

## **2.8 Swanson Theory of Caring and Healing**

Swanson's Theory of Caring and Healing er en modell som skal bidra til omsorgsfull behandling av kvinner som gjennomgår en spontanabort. Teorien er basert på forskning og praksis gjort av Kristen Swanson. Målet var å kunne hjelpe helsepersonell til å utføre omsorg basert på respekt, verdighet og empowerment (Psych – mental health club, 2019).

Modellen fremhever omsorgsfull behandling i lys av fem steg: «knowing», «being with», «doing for», «enabling» og «maintaining belief». I første steg, «knowing», må du som sykepleier vite hvilken betydning denne hendelsen har for pasienten. Det skapes bånd mellom omsorgsgiver og mottaker. Sykepleier må evne å møte pasienten med empati, forståelse, ikke-dømmende holdninger og anerkjennelse av pasientens følelser. Steget «being-with» baseres på en følelsesmessig tilstedeværelse av omsorgsgiver hvor det formidles at pasientens budskap er betydningsfullt for sykepleier. Steget «doing for» handler om å hjelpe pasienten, fra syk til friskt, til helsefremming og bedring. Dette ved å hjelpe pasienter til å gjøre det de ville ha gjort selv dersom de hadde hatt styrke, vilje eller kunnskap til å gjøre det. Sykepleier må dermed iverksette tiltak for å sikre pasientens langsiktige velferd, og gi pasienten helsekompetanse til å mestre situasjon. Steget «enabling» handler om å muliggjøre og skape en lettere vei gjennom livsoverganger og ukjente fenomener. Det vil være med på å øke pasientens kapasitet til å praktisere egenomsorg, helbrede og aktualisere selvet. Pasienten er samarbeidspartner og innehar kunnskap og ledelse over eget liv. Siste steg er «maintaining belief», da en hjørnestein ved omsorg er en iboende tro på mennesket og deres evne til å mestre hendelser og livsoverganger, og møte framtiden. Sykepleier vil i sitt arbeid gi pasienten tro på seg selv og opplevelsen av mestring (Psych – mental health club, 2019).

## 3.0 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil vi beskrive hvilken metode vi har benyttet for å svare på vår problemstilling. Vi vil samtidig belyse vår søkestrategi og analyse av data.

### 3.1 Litteraturstudien

Litteraturstudie er valgt som metode for denne oppgaven, og innebærer systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder. Dette ved å innhente allerede eksisterende kunnskap fra artikler i anerkjente databaser. Litteraturstudien skaper med andre ord ingen ny kunnskap, men nye synspunkter som kan framkomme ved sammenligning av kunnskap fra de ulike vitenskapelige artiklene. Den systematiske tilnærmingen kan inndeles i tre faser: samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte og presentere resultater. Målet med litteraturstudien er dermed å gi oppdatert kunnskap og forståelse på det området vår problemstilling etterspør, og beskrive hvordan vi har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 78).

I vår litteraturstudie har vi valgt å benytte vitenskapelige artikler innhentet fra ulike databaser som er relevante for vårt tema og problemstilling. Utvalgte forskningsartikler er fagfellevurdert. Vi har samtidig valgt å benytte pensum, faglitteratur og nasjonale retningslinjer som belyser temaet.

#### 3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ

Under artikkelsøket fant vi både kvalitative og kvantitative studier.

**Kvalitativ metodetilnærming** har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan kalkuleres eller måles. Datasamling i direkte kontakt med fagfeltet, gjør det mulig å gå i dybden og fange opp særegenheter ved undersøkelsesenheter (Dalland, 2017, s. 53).

**Kvantitativ metodetilnærming** har til hensikt å belyse objektive data i form av målbare eller tallfestede enheter. Ved å benytte tall kan man foreta nøyaktige regneoperasjoner som videre kan benyttes til statistiske beregninger og formidles i tabeller (Thidemann, 2015, s. 76).

I denne litteraturstudien var det ønskelig å benytte kvalitative studier, da vi ønsker å undersøke hvordan sykepleier best kan ivareta den psykiske helsen til kvinner som spontanaborterer. Dette på bakgrunn av helsepersonell og kvinners egne erfaringer.

### 3.2 Litteratursøk

Med utgangspunkt i vår problemstilling utarbeidet vi et PI(C)O – skjema. PICO-skjema ble benyttet for enklere å kunne utføre strukturerte søk i databaser, og for å presisere problemstillingen. Vi endte opp med et PPIO- skjema. Dette fordi problemstillingen ikke involverte noen form for sammenligning. Samtidig ønsket vi å studere kvinner som spontanaborterer (P) og sykepleiers rolle (P), og endte derfor med to P-er da disse populasjonene ikke utgjør synonymer (Helsebiblioteket, 2021, pkt. 2.1)

P	P	I	O
Kvinner som gjennomgår spontanabort	Sykepleiers rolle	Tiltak for å ivareta psykiske helse	Psykisk helse er ivaretatt

Bilde 1. PPIO – skjema

### 3.3 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

I vår litteraturstudie definerte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier, med formål om å tydeliggjøre det systematiske litteratursøket og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015, s. 84).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som er 10 år eller nyere</li> <li>• Fagfellevurdert forskning</li> <li>• Vitenskapelige artikler</li> <li>• Kvalitative studier</li> <li>• Studier publisert på skandinavisk eller engelsk språk</li> <li>• Artikler tilgjengelig i fulltekst</li> <li>• Følger IMRAD – struktur</li> <li>• Tittel passende til temaet</li> <li>• Artiklene belyser pasientens perspektiv</li> <li>• Artiklene belyser sykepleiers rolle</li> <li>• Spontanabort før utgangen av uke 22</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler eldre enn 10 år</li> <li>• Ikke fagfellevurdert forskning</li> <li>• Fagartikler og litteraturstudier</li> <li>• Artikler på annet språk enn engelsk/skandinaviske språk</li> <li>• Artikler som ikke er tilgjengelig i fulltekst</li> <li>• Artikler uten IMRAD – struktur</li> <li>• Studier uten sykepleiefaglig relevans</li> <li>• Dødfødsel eller spontanabort etter uke 22.</li> <li>• Kvinner under 18 år</li> <li>• Studier som ikke er overførbare til norske forhold</li> </ul>

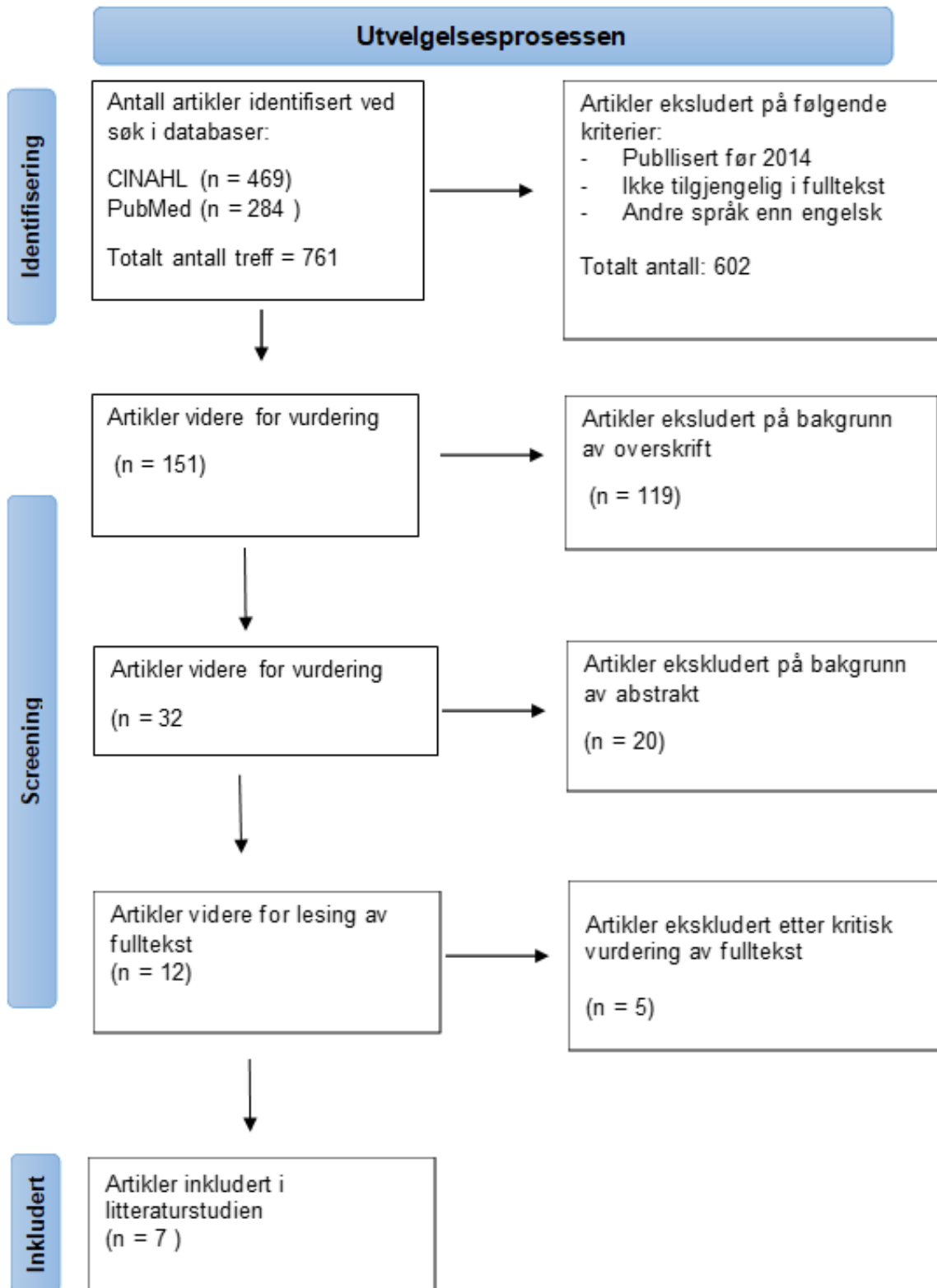
Bilde 2. Inklusjons – og eksklusjonskriterier

### 3.4 Søkematrise

I tabellen nedenfor gis en oversikt over søkestrategien vår. Vi har benyttet CINAHL complete og PubMed, to anerkjente databaser relatert til sykepleie og øvrige helsefag. Søkeord som ble benyttet: *abortion spontaneous, miscarriage, early pregnancy loss, nursing role, nursing care* og *health personnel*. Begrunnelsen for bruk av disse søkeordene er at de ga oss best funn. Disse søkeordene utvidet vi ytterligere ved å benytte bruk av nøkkelord (forkortet som kw). Ved funn av relevante artikler utførte vi en grundig utvelgelsesprosess (bilde 3). Flytdiagrammet viser til hvordan vi har ekskludert artikler, og endte opp med syv artikler.

Database	Søkeord	Avgrensning	Kombinasjoner	Antall treff og valgte artikler	Valgte artikler
<b>Cinahl Complete</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abortion, spontaneous</li> <li>2. Miscarriage (kw)</li> <li>3. Early pregnancy loss (kw)</li> <li>4. Nursing Role</li> <li>5. Nursing Care</li> <li>6. Health personnel</li> </ol>	<p>&lt; 10 år</p> <p>Fulltekst</p> <p>Engelsk språk</p>	1 OR 2 OR 3 AND 4 OR 5 OR 6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7384</li> <li>2. 3954</li> <li>3. 434</li> <li>4. 64 757</li> <li>5. 296 526</li> <li>6. 635 194</li> </ol> <p>84 (2 artikler valgt)</p>	<p>Views of health professionals on the impact of early miscarriage on women's mental health and the accessibility of services and support</p> <p>Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study</p>
<b>Pubmed</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abortion spontaneous</li> <li>2. Miscarriage</li> <li>3. Early pregnancy loss</li> <li>4. Nurse (kw)</li> </ol>		1 OR 2 OR 3 AND 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7856</li> <li>2. 7856</li> <li>3. 7856</li> <li>4. 127 168</li> </ol> <p>69 (5 valgte artikler)</p>	<p>Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care</p> <p>"Being Sure": women's experience with inevitable miscarriage</p> <p>Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department</p> <p>Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses</p> <p>Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage</p>

Tabell 3.4. Søkematrise



Bilde 3. PRISMA Flytdiagram (Page et al., 2021)



### **3.5 Kritisk vurdering**

Artiklene vi har inkludert i litteraturstudien er valgt ut på bakgrunn av relevante funn for å belyse sammenhengen mellom sykepleiers rolle og ivaretagelsen av psykisk helse hos kvinner som gjennomgår spontanabort. Gjennom litteratursøk har vi ikke funnet norsk forskning, men derimot internasjonal forskning fra skandinaviske og vestlige land med sentrale funn som er overførbare til norsk helsevesen og vår problemstilling.

Kildekritikk er en metode som benyttes for å beskrive hvordan vi har kommet fram til vårt kildegrunnlag, og hvordan disse er vurdert og implementert i vår litteraturstudie. Ifølge Dalland & Trygstad (2017) består kildekritikk av to sider. Den første delen består av litteratursøk, og beskriver veien fram til den utvalgte litteraturen som best belyser problemstillingen. Den andre delen handler om å redegjøre for den litteraturen man velger å benytte i oppgaven. Hensikten med å benytte kildekritikk er å fastslå om kildene vi har benyttet er sanne, troverdige og relevante (Dalland & Trygstad, 2017).

For videre vurdering av kildekritikk har vi benyttet sjekklister som hjelpemiddel. Helsebibliotekets sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie ble benyttet kontinuerlig under utvelgelsesprosessen for å sikre at våre valgte artikler svarte på problemstillingen og hadde troverdige funn (Helsebiblioteket, 2021, pkt. 4.1). Videre vil vi i punkt 4.1 nevne styrker og svakheter ved artiklene.

### **3.6 Ethiske overveielser**

Forskningsetikk er et område innen etikk som omhandler vurdering av forskning i forhold til normer og verdier i samfunnet. Denne vurderingen tar for seg alle sider av forskningen, både fra den første fasen med planlegging og valg av problemstilling, til valg av metode og til slutt hvordan resultatene kan rapporteres og anvendes i praksis (Dalland, 2017, s. 236). Et viktig element i forskningsetikken er å sikre personvernet til de aktuelle undersøkelsesenehetene. Til tross for at forskningens mål er å vinne ny kunnskap og innsikt, skal ikke det gå på bekostning av enkeltindividets integritet eller velvære (Dalland, 2017, s. 236).

I vår litteraturstudie har det vært betydningsfullt at de vitenskapelige artiklene vi har inkludert har inneholdt etiske overveielser. Dette har vi klargjort ved å inkludere etisk vurdering på hver av artiklene i litteraturmatrisen, for å sikre personvernet i studiene.

### **3.7 Analyse**

For analyse og bearbeidelse av våre valgte artikler benyttet vi Thidemanns sekstrinnsmodell i en litteraturstudie som verktøy (Thidemann, 2015, s. 90).

I første trinn skimlet vi innholdet i forskningsartikler, for å vurdere om innholdet i artiklenes IMRaD – struktur var relevante for vår problemstilling. Artikler som ikke imøtekom våre inklusjonskriterier og var av interesse ble deretter ekskludert. Andre trinn innebar grundig gjennomlesning av de inkluderte artiklene. Vi leste gjennom artiklene med et reflektert og kritisk blikk, med særlig vektlegging på resultatdelen. Dette for å undersøke hvorvidt vesentlige funn i forskningsartiklene kunne være med på å belyse vår problemstilling. I første omgang leste vi artiklene hver for oss for å opparbeide en kritisk formening, og deretter gikk vi gjennom hver enkelt artikkel sammen. Tredje trinn bestod av en kvalitetsvurdering av de valgte artiklene, i denne sammenheng benyttet vi helsebibliotekets sjekklister for kildekritikk som nevnt i punkt 3.5.

I fjerde trinn gransket vi detaljene i hver enkelt artikkel, i lys av vårt tema og problemstilling. For å fremheve vesentlige funn som samsvarte med vår problemstilling, gjorde vi markeringer i teksten, diskuterte innholdet og identifiserte grunnleggende temaer. Vi fant da en rekke hovedpoeng som gikk igjen i de ulike forskningsartiklene, som presenteres i resultatdelen. I femte trinn utarbeidet vi tabelloversikter med våre inkluderte forskningsartikler, hvor hovedelementene i hver enkelt artikkel belyses, ut ifra artikkelens hensikt, metode, resultat og relevans for vår litteraturstudie. I sjette og siste trinn ble resultatene fra hver enkelt forskningsartikkel sammenfattet og presentert i litteraturstudiets resultatkapittel. Først presenterer vi hovedresultatene, og deretter temaer som synes å være mest relevante for å besvare vår problemstilling.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Litteraturmatrise

<b>Artikkel 1:</b>	<b>Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care</b>
<b>Referanse</b>	Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. <i>Journal of Clinical Nursing (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 24(11-12), 1457-1465. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12781">https://doi.org/10.1111/jocn.12781</a>
<b>Forfatter(e)</b> <b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift og utgave</b> <b>Land</b>	Eleanor J Radford & Mark Hughes 2015 Journal of Clinical Nursing, vol. 24, utg. 11-12. England
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske kvinners opplevelser og viktige temaer omkring ivaretagelsen ved en spontanabort.
<b>Metode</b>	En strukturert litteraturgjennomgang av kvalitativ litteratur gjennom systematiske elektroniske søk i ulike databaser i en rekke søkemotorer. Det ble identifisert ni studier, fire fra Storbritannia, og en studie hver fra Canada, Sverige, USA, Israel og Australia.
<b>Resultat</b>	Fire dominante temaer ble identifisert av 211 forskjellige kvinner i de ni studiene. Temaene var: "Hva jeg føler", "Bry deg om meg og kommuniser med meg", "Meg, babyen min og de andre" og "Hjelp meg å håndtere fremtiden".
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser hvordan sykepleier kan gi individuell omsorg til kvinner som gjennomgår en spontanabort, basert på kvinnenens egne erfaringer og behov. Dette ved å tilby informasjon, empatisk kommunikasjon og å inneha en forståelse for å hjelpe kvinnene til å mestre nåtiden og fremtiden etter en spontanabort.
<b>Kildekritikk</b>	Et validert kritisk analyseverktøy fra Critical Appraisal Skills Program (CASP, 2006) ble brukt til å vurdere studienes metodikk for å fastslå kvaliteten på funnene. Analyseverktøyet er spesielt utviklet for systematisk analyse av kvalitativ forskning, med formål om å vurdere publiserte artiklers pålitelighet, relevans og resultater.

	Litteraturgjennomgangen er relevant for vår problemstilling selv om den inneholder enkeltartikler av eldre dato, og innehar forskning fra ulike land.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk vurdering er utført på hver av de inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen.

<b>Artikkel 2:</b>	<b>'BEING SURE': Women's Experience with Inevitable Miscarriage.</b>
<b>Referanse</b>	Limbo, R., Glasser, J. K., & Sundaram, M. E. (2014). "BEING SURE": Women's Experience with Inevitable Miscarriage. <i>MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing</i> , 39(3), 165–176. <a href="https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000027">https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000027</a>
<b>Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift og utgave Land</b>	Rana Limbo, Jo K. Glasser og Maria E. Sundaram 2014 MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, vol. 32, nr. 3 USA
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utvide forståelsen av kvinners opplevelse av spontanabort ved å utforske deres erfaringer med (1) hvordan de ble kjent med at det var en spontanabort og (2) hvordan de bestemte hva de skulle gjøre videre i forhold til behandling.
<b>Metode</b>	Kvalitative intervjuer utført på 23 ulike kvinner som opplevde spontanabort (før gestasjonsuke 14 i svangerskapet) på et medisinsk senter i Midtvesten, etterfulgt av en dimensjonsanalyse.
<b>Resultat</b>	"Å være sikker" dukket opp som den sentrale prosessen for kvinner da de tok beslutninger om hva som skjedde med dem, og om deres behandlingsoalternativer. Deltakerne måtte være sikre på at de hadde en spontanabort og at de valgte riktig behandlingsoalternativ for dem.
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser kvinners bekymringer og psykiske helse ved en spontanabort kan reduseres ved sykepleier tar del i denne prosessen.
<b>Kildekritikk</b>	En svakhet ved studien er at den er fra USA, ettersom abortomsorgen der er ulik den vi har i Norge. Likevel inneholder studien relevante funn for vår problemstilling, og inkluderes dermed i litteraturstudien.
<b>Etisk vurdering</b>	Forskerne mottok skriftlig samtykke av alle deltakerne, og studien ble godkjent av det medisinske senterets institusjonelle vurderingsnemnd.

<b>Artikkel 3:</b>	<b>Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage</b>
<b>Referanse</b>	Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health Professionals' Practices and Attitudes About MISCARRIAGE. <i>MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing</i> , 41(1), 51–57. <a href="https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207">https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207</a>
<b>Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift og utgave Land</b>	Joyce Engel & Rampel Lynn 2016 MCN, The American Journal of Maternal/Child nursing, vol 41, nr. 1 Canada
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske forholdet mellom holdninger, synspunkter og praksis hos helsepersonell i behandlingen av kvinner og familier som gjennomgår en spontanabort, og samtidig identifisere mangler og barrierer i oppfølgingen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ spørreundersøkelse som ble gjennomført elektronisk og distribuert til tre ulike akuttmottak. 174 deltakere deltok i studien, derav leger (fødselsleger og allmennleger), jordmødre, sykepleiere og annet helsepersonell. Deltakerne fikk 22 spørsmål, og samtidig åpne spørsmål stilt om konkrete kontekster.
<b>Resultat</b>	Deltakeren erkjente at en spontanabort kan ha stor innvirkning på kvinner og deres familie, hvorav den viktigste delen fra helsepersonellet er tillit. Det ble rapportert minst selvtillit og kunnskap hos sykepleiere som arbeidet på akuttmottak, når det kom til ivaretagelsen av kvinner og familie som gikk igjennom en spontanabort. Tilgjengelighet og bevissthet om spesifikke tjenester fra fagpersoner og utfordringer i helsevesenet ble identifisert som barrierer.
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser hva helsepersonell opplever at kvinner og deres familie har behov for ved en spontanabort, og samtidig hva de opplever som barrierer i møte med pasientgruppen.
<b>Kildekritikk</b>	Deltakerne i studien bestod ikke bare av sykepleiere, men også av annet helsepersonell. Likevel beskriver artikkelen at registrerte sykepleiere tok seg av betydelig flere kvinner som opplevde spontanabort enn annet helsepersonell, og dermed styrker det artikkelens relevans.  Vi finner artikkelen relevant for vår litteraturstudie selv om den er fra Canada.
<b>Etisk vurdering</b>	Det er gitt en etisk godkjenning fra universitetet, regional folkehelse, og inkluderte sykehus. Alle svar var anonymisert ved randomisert utdeling av spørreskjemaene, og ble deretter levert i forseglede bokser.

<b>Artikkel 4:</b>	<b>Views of health professionals on the impact of early miscarriage on women's mental health and the accessibility of services and</b>
--------------------	--

	<b>support</b>
<b>Referanse</b>	Yang, J., Dowell, A., & Filoche, S. (2022). Views of health professionals on the impact of early miscarriage on women's mental health and the accessibility of services and support. <i>New Zealand Medical Journal</i> , 135(1548), 54–64.
<b>Forfatter(e)</b> <b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift og utgave</b> <b>Land</b>	Jessica Yang, Anthony Dowell og Sara Filoche 2022 New Zealand Medical Journal, vol. 135, no. 1548 New Zealand
<b>Hensikt</b>	Å utforske helsepersonells syn på virkningen av tidlig spontanabort på psykisk helse og tilgjengelighet av tjenester og støtte for de berørte kvinnene.
<b>Metode</b>	Kvalitative semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med 10 helsepersonell som arbeidet ved et sykehus, etterfulgt av en tematisk analyse. Deltakerne hadde ulike faglige bakgrunner innen både kvinnehelse og psykisk helse.
<b>Resultat</b>	<p>Tre overordnede temaer ble identifisert: (1) omfanget og arten av psykologisk påvirkning, (2) barrierer for å få tilgang til psykisk helsestøtte, (3) tilrettelegging for endring eller forbedring.</p> <p>Tidlig spontanabort ble sett på som et «tap», hvorav det å fastslå hva kvinnene følte om det ufrivillige svangerskapsavbruddet ble viktig for å tilby videre individuell oppfølging og veiledning av støttetjenester. Kostander for rådgivning, geografisk plassering og fragmentert omsorg ble nevnt som barrierer for tilgang til støtte. Forbedre kliniske veier og kanaler for tverrprofesjonell kommunikasjon, samt. Mer tilgjengelig rådgiving, ble sett på som nøkkelområder for tjenesteforbedring.</p>
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser betydningen av at sykepleiere har forståelse og kunnskap og spontanabortens virkning på kvinnens psykiske helse, for å møte den individuelle kvinnens behov. Studien fremhever samtidig at tilganger til støtte ved en spontanabort utgjør et udekket behov, med fragmenterte og urettferdige tjenester.
<b>Kildekritikk</b>	<p>En styrke med studien er at den er av nyere dato som styrker dens troverdighet.</p> <p>Deltakerne i studien bestod ikke bare av sykepleiere, men også annet helsepersonell. Helsepersonellet som deltok i studien hadde derimot erfaring innen psykisk helse og kvinnehelse, hvorav funnene viser til kliniske komplikasjoner som er overførbare til sykepleiepraksis og vår problemstilling.</p> <p>Studien er relevant for vår litteraturstudie selv om den er fra New Zealand, da det er et land som vi kan trekke paralleller til Norge når det kommer til håndtering av spontanabort.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Etikkgodkjenning av Univeristy of Otago Etihcs Committe, sammen med godkjenning fra lokalt helsetilsyn.

<b>Artikkel 5:</b>	<b>Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study.</b>
<b>Referanse</b>	Jensen, K. L. B., Temple, S. M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. <i>Australian &amp; New Zealand Journal of Obstetrics &amp; Gynaecology</i> , 59(4), 508–513. <a href="https://doi.org/10.1111/ajo.12910">https://doi.org/10.1111/ajo.12910</a>
<b>Forfatter(e)</b> <b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift og utgave</b> <b>Land</b>	Kirsten L B Jensen, Meredith J Temple-Smith og Jade E Bilardi 2019 The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology (ANZJOG), vol. 59, no. 4 Australia
<b>Hensikt</b>	Studien utforsket synspunktene og praksisene til helsepersonell ved omsorg for kvinner som opplever spontanabort.
<b>Metode</b>	Kvalitative semistrukturerte intervjuer etterfulgt av en tematisk analyse ble gjennomført med tolv helsepersonell. Helsepersonellet ble målrettet valgt ut med formål om å dekke en rekke aldersgrupper, kjønn og yrker. Studien inkluderte fødselsleger, gynekologer, jordmødre, allmennleger, akuttleger og obstetriske sonografer.
<b>Resultat</b>	Helsepersonellet erkjente at spontanabort ofte er en ubehagelig og smertefull hendelse forbundet med følelser av sorg og fiasko. Til tross for begrenset opplæring, følte deltakerne seg generelt kompetente i sine evner til å gi emosjonell støtte. En viktig del av deres rolle var å lindre opplevelsen av skyld hos kvinnene oppfølgingen i etterkant av en spontanabort varierte, og dreide seg i hovedsak om et fokus på fysisk restitusjon. Deltakerne uttrykte at de stolte på at kvinnen selv uttrykte behovet for ytterligere støtte. Deltakerne rapportert samtidig en tids- og ressursmangler, omsorgstretthet og behov for selvbeskyttelse begrenset deres evner til å gi bedre støtte og omsorg.
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser en uoverensstemmelse mellom den emosjonelle støtten helsepersonell tror kvinner ønsker og kan gi, og den støtten kvinner faktisk ønsker. Studien belyser dermed viktigheten av at helsepersonell må lytte til kvinnenes erfaringer og behov i utformingen av tjenestetilbud, med formål om forbedret helsefaglig støtte til kvinner. Studien viser samtidig til organisatoriske barrierer for å imøtekomme kvinnenes behov for støtte.
<b>Kildekritikk</b>	En styrke ved studien er at den er av nyere dato. En annen styrke er at et kriterium for å delta i studien var at helsepersonell hadde vært involvert i omsorgen for kvinner som har opplevd spontanabort i løpet av de siste 12 månedene, dette gir oss forskning i dagens lys.  En svakhet ved studien er at intervjudeltakerne ikke bestod av sykepleiere. Likevel viser studien til kliniske implikasjoner for sykepleiepraksis og ivaretagelse av kvinnenes psykiske helse ved en spontanabort. Studien er relevant for vår litteraturstudie selv om den er fra Australia, da det er et av landene som vi kan se likheter med Norge når det kommer til

	håndteringen av spontanabort.
<b>Etisk vurdering</b>	Deltakerne fikk tilsendt samtykkeskjema før intervjuene fant sted. Etisk godkjenning ble gitt av University of Melbourne Human Ethics Advisory Group.

<b>Artikkel 6:</b>	<b>Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department</b>
<b>Referanse</b>	Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 45(6), 670–676. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008">https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008</a>
<b>Forfatter(e)</b> <b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift og utgave</b> <b>Land</b>	Danaë Larivière-Bastien, Francine deMontigny og Chantal Verdon 2019 The Journal of Emergency Nursing, vol. 45, nr. 6 Canada
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien er å belyse kvinners opplevelse av spontanabort i akuttmottak.
<b>Metode</b>	En fenomenologisk, kvalitativ studie ble gjennomført ved intervjuer av førtiåtte kvinner behandlet ved 4 akuttmottak i forskjellige regioner i Quebec, Canada. I etterkant fulgte en tematisk kvalitativ analyse av disse intervjuene.
<b>Resultat</b>	Studien avdekket manglende informasjonsutvekslingen under og etter en spontanabort. Dette forverret den allerede vanskelige situasjonen for kvinnene i studien.
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser viktigheten av at sykepleiere gir tilstrekkelig og fullstendig informasjon til kvinner som opplever en spontanabort, og påvirkning den har på kvinnens psykiske helse. Studien viser også til spesifikke tidspunkter hvor informasjon var etterlengtet, som gir et utgangspunkt til forbedring.
<b>Kildekritikk</b>	En styrke ved artikkelen er at den er av nyere dato.  En mulig svakhet med artikkelen er at den er fra akuttmottak. Av empiri vil kvinner i Norge med mistanke om spontanabort oftest bli henvist direkte til en gynekologisk eller barsel avdeling som står for selve behandling. Likevel kan det være en sykepleier i akuttmottak som er kvinnens første telefonkontakt eller møte, hvorav sykepleier kan spille en betydningsfull rolle. Sykepleiers erfaringer med spontanabort i akuttmottak kan for øvrig være overførbare til andre avdelinger og arenaer i helsevesenet.  Artikkelen er relevant for vår litteraturstudie selv om den er fra Canada.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien fikk godkjenning fra forskningsetisk komite i Quebec, Canada. Informert samtykke fra deltakerne ble innhentet i begynnelsen av intervjuprosessen. Ved transkribering ble intervjuene anonymisert, og fiktive navn ble opprettet.

<b>Artikkel 7:</b>	<b>Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses</b>
<b>Nr. 7: Referanse</b>	Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. <i>Journal of Clinical Nursing (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 28(9/10), 1952–1965. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14780">https://doi.org/10.1111/jocn.14780</a>
<b>Forfatter(e)</b> <b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift og utgave</b> <b>Land</b>	Tina Emond, Francine de Montigny og Laurence Guillaumie. 2019 Journal of Clinical Nursing/Volume 28, issue 9-10 Canada
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å øke forståelse for hvordan kvinner og par opplever en spontanabort. Dette ved å identifisere faktorer som påvirket deres opplevelse, og samtidig forslag til forbedringer fra ulike perspektiver (kvinnene, partnerne, sykepleiere og avdelingssykepleiere).
<b>Metode</b>	Kvalitative, semistrukturerte intervjuer med 26 intervjudeltakere (syv par, tre enslige kvinner, syv sykepleiere og to avdelingssykepleiere).
<b>Resultat</b>	<p>Tre kategorier av behov ble identifisert av intervjudeltakerne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fysiske behov: <ul style="list-style-type: none"> <li>• raskere diagnostisk testing for å fastslå fosterets levedyktighet</li> <li>• å planlegge en oppfølgingsavtale med helsepersonell</li> </ul> </li> <li>2. Kognitive behov: <ul style="list-style-type: none"> <li>• detaljert forklaring ved diagnosetidspunktet</li> <li>• informasjon om rehabiliteringen etter spontanabort</li> <li>• skriftlig informasjonsmateriale om spontanabort og tilgjengelige ressurser og tjenester</li> </ul> </li> <li>3. Emosjonelle behov: <ul style="list-style-type: none"> <li>• emosjonell støtte og omsorg</li> <li>• støtte fra partner</li> <li>• ivaretagelse av personvern under besøket i akuttmottak</li> </ul> </li> </ol> <p>Særlig uttrykte kvinnene og parene et behov for mer og tydeligere informasjon. Sykepleiere uttrykte på sin side at de var klar over den emosjonelle innflytelse av en spontanabort hadde, men opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig med opplæring og kunnskap til å kunne gi optimal omsorgen.</p>
<b>Relevans for studien</b>	Studien belyser hva kvinner og par har behov for ved en spontanabort, både fra kvinnens og helsepersonellens perspektiv. Studien viser samtidig til det komplekse systemet pasient og sykepleiere står innenfor, og at ivaretagelsen dermed kan utfordres.
<b>Kildekritikk</b>	En styrke ved studien er at den er av nyere dato. En annen styrke er at multiperspektivintervjuer genererer en rikere forståelse av teamet, og er av relevans for å forbedre helsepraksis. En



	<p>tredje styrke er at inklusjonskriteriet for sykepleierne som deltok i studiet var at de hadde gitt omsorg til kvinner og partner som hadde opplevd spontanabort. Det øker studiens relevans.</p> <p>En mulig svakhet ved studiet er at den er fra akuttmottak, da kvinner som opplever en spontanabort i Norge som regel overføres direkte til en annen avdeling. Likevel indikerer studien at sykepleiere, uavhengig av avdeling, er i posisjon til å identifisere kvinnen og partners behov.</p> <p>Artikkelen er relevant for vår litteraturstudie selv om den er fra Canada.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Etikkgodkjenning ble utstedt av etisk komité ved Moncton University, the Vitalite Health Network og Laval University. Skriftlig informert samtykke ble innhentet før begynnelsen av hvert intervju og inkluderte tillatelse til å transkribere intervjuet. Alle intervjuene ble aidentifisert. Konfidensialitet og angrenerett ble sikret.</p>

## 4.2 Sammenfatning av resultater

Etter gjennomført analyse av artiklene avdekket vi disse temaene som spesielt fremtredende: «emosjonell støtte», «individuell behandling», «behov for informasjon og kommunikasjon», «kunnskap og forståelse hos sykepleier» og «framtidstro og oppfølging».

### Emosjonell støtte

Emosjonell støtte og omsorg utpeker seg som et spesielt relevant tema for problemstillingen, og omtales i alle de syv studiene.

Studiene Limbo *et al.* (2014), Radford *et al.* (2015), Engel *et al.* (2016), Jensen *et al.* (2018), Larivière-Bastien *et al.* (2019), Yang *et al.* (2022) og Emond *et al.* (2019) inkluderer alle funn av kvinner som etter en spontanabort står i risiko for en redusert psykisk helse. Jensen *et al.* (2018) og Yang *et al.* (2022) viser samtidig til at en stor andel kvinner opplever skyldfølelse knyttet til det ufrivillige svangerskapsavbruddet, som bygger på at kvinnene er bekymret for at hun forårsaket spontanaborten. Jensen *et al.* (2018) beskriver videre viktigheten av å møte kvinnene med emosjonell støtte og betryggelse.

Radford *et al.* (2015) og Limbo *et al.* (2014) beskriver samtidig viktigheten av at kvinner som gjennomgår en spontanabort mottar emosjonell støtte og annerkjennelse ikke bare av sine fysiske, men også de psykiske symptomer som kan oppstå. Limbo *et al.* (2014) belyser betydningen av at helsepersonell har tid til å lytte til pasienten. Radford *et al.* (2015) belyser også dette, og beskriver kvinnenes behov for å bli møtt på sine følelsesmessige behov, omtalt som «what I feel».

Engel *et al.* (2016) beskriver i sin studie at effektiv emosjonell støtte ble identifisert som erkjennelse av tapet av fosteret. I Radford *et al.* (2015) beskriver en kvinne: «to me it was a baby right away». En betydningsfull erkjennelse av kvinnens tap kunne da være at helsepersonell benyttet benevnelsen baby, fremfor embryo eller foster.

Emond *et al.* (2019) belyser i sin forskning tre funn som utpekte seg som særlig viktig for å imøtekomme kvinnenes behov for emosjonell støtte. Dette var viktigheten av at sykepleier åpner opp for en samtale om følelser, anerkjenner støtte fra partner og behovet for rolige, private omgivelser for å sikre personvern og håndtere emosjonelt stress.

Larivière-Bastien *et al.* (2019), Yang *et al.* (2022) og Engel *et al.* (2016) avdekker mangel på emosjonell støtte og omsorg ved en spontanabort. Engel *et al.* (2016) belyser at det finnes et gap mellom hva kvinnene og deres partner opplever at de har behov for, og den emosjonelle omsorgen som faktisk gis ved en spontanabort.

### **Individuell behandling – «Hva er viktig for deg?»**

Limbo *et al.* (2014), Radford *et al.* (2015), Jensen *et al.* (2018), Engel *et al.* (2016) og Edmond *et al.* (2019) beskriver i sine studier hvordan helsepersonell kan sikre individuell behandling til kvinner som gjennomgår en spontanabort.

Engel *et al.* (2016) og Limbo *et al.* (2014) beskriver i sin forskning betydningen av behandling styrt av kvinnens individuelle behov. Ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?», vil sykepleier motta verdifull informasjon for å kunne gi individuell tilpasset behandling (Limbo *et al.* 2014). I Edmond *et al.* (2019) gikk individualisert behandling ut på å aktivt lytte til kvinnens behov. I Limbo *et al.* (2014) beskrives det som særlig betydningsfullt at kvinnen selv får ta del i valget av behandlingsmetode. Dette ved å kjenne til kvinnenes ønsker og å gi tilstrekkelig informasjon til å kunne fatte et informert valg.

I Jensen *et al.* (2018) kunne vi lese at omsorgstretthet og behov for selvbeskyttelse, begrenset helsepersonellens evner til å gi bedre individuell støtte og omsorg. Engel *et al.* (2016) understreker dette hvor det vises til at sykepleier med lengst erfaring har minst evne til å vise empati og gi individuell informasjon. I Jensen *et al.* (2018) vises sykepleiers omsorgstretthet til en manglende evne til å gi individuell behandling, da sykepleier står i samme situasjon gjentatte ganger. Samtidig beskriver studien betydningen en bevissthet hos sykepleier at for den individuelle kvinnen er dette noe helt nytt.

Larivière-Bastien *et al.* (2019) beskriver samtidig at faktorer som tidsmangel, stressende miljø og lange ventetider vanskeliggjør sykepleiers mulighet til å se den enkelte. I Yang *et al.* (2022) blir det vist til en urettferdig tilgang til tjenester og støtte. Kostnader for rådgivning, geografisk plassering og fragmentert omsorg ble nevnt som barrierer for tilgang til individuell støtte.

### **Behovet for informasjon og kommunikasjon**

I seks av syv artikler kunne vi lese om mangelfull informasjon, og et samtidig behov og ønske for mer informasjon blant kvinner som gjennomgår en spontanabort. Temaet er omtalt i Limbo *et al.* (2014), Radford *et al.* (2015), Engel *et al.* (2016), Jensen *et al.* (2018), Larivière-Bastien *et al.* (2019) og Emond *et al.* (2019).

I Radford *et al.* (2015) kan vi lese sitatet «care for me and communicate with me» hvor kvinnens behov for kommunikasjon, informasjon og kunnskap blir poengtert. Emond *et al.* (2019) beskriver at kvinnene savnet mer detaljert informasjon, særlig ved diagnostisering av spontanaborten. I Limbo *et al.* (2014) rapporterer kvinnene om et behov for informasjon om behandlingsmuligheter og symptomer som kan oppstå.

Forskningen til Jensen *et al.* (2018) belyser også mangelfull informasjon når det gjelder de psykiske reaksjoner ved en spontanabort. Helsepersonellet utrykte at de stolte på at kvinnene selv utrykte behovet for ytterligere informasjon. Dette beskrives videre i Emond *et al.* (2019), hvorav kvinnene rapporterte om behovet for informasjon om den psykiske rehabiliteringen.

I både Emond *et al.* (2019) og Engel *et al.* (2016) beskrives det at helsepersonell tilstrebet å gi kvinnene og deres partnere informasjon i både muntlig og skriftlig format. Edmond *et al.* (2019) beskriver videre at å gi skriftlig informasjon og veiledning, både kan være tidsøkonomisk for sykepleierne, men samtidig sikre informasjon til pasientene når de trenger det.

### **Kunnskap og forståelse hos sykepleiere**

I alle de syv forskningsartiklene blir sykepleiers kunnskapsgrunnlag og forståelse ved en spontanabort belyst.

Yang *et al.* (2022) belyser i sin forskning at helsepersonell anså spontanabort som et signifikant tap, hvorav helsepersonellet kjente til at sorg er en vanlig respons. Videre beskriver Limbo *et al.* (2014) i sin forskning betydningen av at sykepleier har forståelse for kvinnenes bekymringer.

Samtidig beskriver Engel *et al.* (2016) at det var sykepleiere på akuttmottaket som følte seg minst forberedt på å støtte kvinnen og hennes partner under en spontanabort. Jensen *et al.* (2018), Larivière-Bastien *et al.* (2019) og Emond *et al.* (2019) beskriver helsepersonells manglende trening og en utilstrekkelig kompetanse i å gi adekvat og god informasjon til å møte kvinner som gjennomgår en spontanabort. I Radford *et al.* (2015) sin litteraturgjennomgang rapporterer kvinner om en distanse og unngåelse fra helsepersonell. Det ble samtidig rapportert at helsepersonellet ikke visste hva de skulle si. Emond *et al.* (2019) beskriver i sin studie at tids- og arbeidspresstid gjorde vanskelig muligheten for å kunne gi kvinnene det de trengte ved en spontanabort.

Radford *et al.* (2015), Larivière-Bastien *et al.* (2019) og Jensen *et al.* (2018) fremhever at det kan være krevende for sykepleiere å være like inkludert og gå inn i hver detalj i hvert møte med disse kvinnene. Larivière-Bastien *et al.* (2019) beskriver videre i sin forskning at opplæring av helsepersonell i å kunne gi medfølelse og omsorg til kvinner som gjennomgår en spontanabort vil være viktig. Radford *et al.* (2015) beskriver samtidig at å jobbe tett på kvinner som er nedtrykt kan være tungt både profesjonelt og personlig, og at også sykepleierne vil kunne ha behov for støtte.

### **Å leve videre – framtidstro og oppfølging**

Larivière-Bastien *et al.* (2019), Engel *et al.* (2016), Emond *et al.* (2019), Yang *et al.* (2022) og Radford *et al.* (2015) tar for seg bekymringene etter en spontanabort, og en etterlengtet oppfølging.

«Help me to cope with the future» er en av funnene i studien til Radford *et al.* (2015), og beskriver en manglende framtidstro etter en spontanabort. Videre går studien inn på hvordan vende tilbake til livet, med en endret identitet og skyldfølelse. Kvinnene rapporterer samtidig om påfølgende isolasjon fra sosiale settinger. Opplevelse av skyldfølelse og endret samvær med andre i nær relasjon ble også rapportert i Yang *et al.* (2022).

En kvinne beskriver i Larivière-Bastien *et al.* (2019) sin studie en følelse av å bli overlatt til seg selv med mye usikkerhet. I studien rapporterte 58 % av deltakerne at de ikke fikk noen medisinsk oppfølging i etterkant, mens psykisk helsehjelp var helt fraværende. I Larivière-Bastien *et al.* (2019) beskriver kvinnene at de skulle ønske de kunne fått informasjon fra sykepleier om oppfølgingstilbud. Emond *et al.* (2019) underbygger dette i sin studie, og beskriver at kvinnene uttrykker et behov for informasjon om tilgjengelige ressurser og tjenester. I forskningen til Engel *et al.* (2016) framkommer det blant helsepersonellet at de kun ga oppfølging når det var nødvendig, mens andre mente at det bør tilbys til alle kvinner og familier. I Yang *et al.* (2022) beskrives viktigheten av at helsepersonellet forstår hvordan den enkelte kvinnen føler det rundt det ufrivillige svangerskapsavbruddet, for å kunne gi individuelle rådgivning i form av veiledning og støttetjenester.

Emond *et al.* (2019) viste til gode resultater fra en studie hvor sykepleier iverksatte ulike tiltak for å skape en mer effektiv støtte til kvinnene som opplevde en spontanabort. Disse tiltakene inkluderer en fysisk undersøkelse, aktiv lytting, skriftlig og muntlig informasjon, individualisert behandling og oppfølging en til to uker senere.

I litteraturgjennomgangen til Radford *et al.* (2015) kunne vi lese at kvinner i dag snakker mer åpent rundt spontanabort, og hva det innebærer. Forskningen belyser videre at dette potensielt kan føre til at kvinner lettere kan bearbeide sorgen ved hjelp av andre.

## **5.0 Diskusjon**

I dette kapitlet vil vi på bakgrunn av oppgavens problemstilling drøfte resultatanalysen opp mot pensum, faglitteratur, nasjonale retningslinjer og veiledere fra teorikapitlet. Vi vil dele inn diskusjonen etter hovedfunn fra resultatanalysen: «emosjonell støtte», «behov for informasjon og kommunikasjon», «kunnskap og forståelse hos sykepleier», og til slutt «framtidstro, oppfølging og individuell behandling».

### **5.1 Fra glede til sorg – betydningen av omsorg og emosjonell støtte**

Emond *et al.* (2019) avdekker i sin studie flere funn i behovet for omsorg og emosjonell støtte i gjennomgåelsen av en spontanabort. Kvinnene og parene som opplever en spontanabort vil kunne føle på ulike emosjoner, deriblant sjokk, sorg, fortvilelse, skyldfølelse, ensomhet og hjelpeløshet (Emond *et al.*, 2019). I denne sammenheng kan sykepleier utgjøre en sentral rolle, for å støtte kvinnen i håndteringen av sine emosjoner (NSF, 2019.). I sårbare situasjoner har vi som mennesker et spesielt behov for omsorg. Gjennom å møte kvinnen med omsorg vil sykepleier kunne gi de en følelse av å bli sett og at deres utfordringer blir tatt på alvor (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). Dette kan gjøres ved at sykepleier setter seg ned sammen med kvinnen og anerkjenner hennes følelser. Som sykepleier blir det ansett som viktig å etablere et tillitsforhold til pasienten for å kunne gi god pasientbehandling (NSF, 2019.). Tillitt er grunnleggende for en god støttesamtale. En støttesamtale kan sees som spesielt viktig i sorgprosessen hos kvinnen, hvor hun opplever anerkjennelse for sin sorg og sine følelser (Jerpseth, 2017, s.162). Ved å legge til rette for en støttesamtale vil sykepleier potensielt bidra til redusert følelsesmessig stress og bearbeidelse av følelser (Heyn, 2018, s. 24). I Emond

*et al.* (2019) uttrykker kvinnene samtidig at de opplever stor støtte og trygghet i partner. Helsedirektoratets pårørendeveileder viser også til at pårørende eller partner kan være en viktig støtte og ressurs for pasienten, slik at inkludering av partner vil være hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2017).

Engel *et al.* (2016) belyser samtidig at det finnes mangler mellom hva kvinnene og parene opplever at de trenger, og den behandlingen de faktisk mottar. Funnene viser til en manglende forståelse og omsorg fra helsepersonellens side (Engel *et al.*, 2016). En kommentar preget av mangel på følsomhet, et blikk eller at noe blir sagt eller gjort på en feil måte, kan ha en stor innvirkning på omsorgen til den individuelle kvinnen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 91). Det tyder på at det finnes barrierer som utfordrer sammenhengen mellom det kvinnene har behov for og behandlingen sykepleier gir. Funn fra forskningsartiklene belyser at tidspress kan redusere den omsorgsfulle behandlingen ved spontanabort (Emond *et al.*, 2019; Jensen *et al.*, 2018). Utilstrekkelig kunnskap og kompetanse viser seg dessuten også å kunne være en barriere (Emond *et al.*, 2019; Radford *et al.*, 2015). I Radford *et al.* (2015) beskriver sykepleiere at de opplever samtalene med kvinnene som gjennomgår en spontanabort som utfordrende. En usikkerhet vedrørende hvordan utøve sykepleie basert på empati, støtte og informasjon viser seg å være gjeldende (Radford *et al.*, 2015). Arbeidet i møte med kvinner som gjennomgår spontanabort, viser seg samtidig å kunne utgjøre en risiko for omsorgstretthet (Radford *et al.*, 2015). Sykepleier ved en gynekologisk avdeling vil kunne ha opptil flere spontanaborter daglig, og det kan påvirke sykepleiers utholdenhet til å yte lik og omsorgsfull behandling. Det er mange individuelle historier, reaksjoner og følelser som krever å bli møtt, og det kan virke psykisk belastende for sykepleier (Jensen *et al.* 2018; Radford *et al.* 2015).

«What i feel» er en av overskriften i Radford *et al.* (2015) sin forskning, som handler om kvinnens behov for ivaretagelse av sine emosjoner. Studien viste til at kvinnene som ble møtt av sykepleier med empati, sympati og trygghet, medførte en uvurderlig forskjell for kvinnenes psykiske helse og langsiktige bedring (Radford *et al.*, 2015). Dette i sammenligning til de som ikke ble møtt på tilsvarende måte. Limbo *et al.* (2014) og Engel *et al.* (2016) går i sin forskning nærmere inn på «Swansons Theory of Caring and Healing». En modell som skal fungere som et hjelpemiddel for sykepleier for å kunne ivareta den psykiske helsen til kvinner som spontanaborterer. I begge artiklene ble det pekt på at bruk av modellen kan sikre en god og omsorgsfull behandling, og gi kvinnene den hjelpen de trenger, når de behøver den. Modellen inkluderer å gjøre noe mulig, og å skape en enklere vei for kvinnene til å kunne ta seg igjennom de vanskelige følelsene knyttet til en spontanabort. Modellen vektlegger nettopp hva kvinnen føler, for så å kunne bruke det som en avgjørende faktor for veien videre. Modellen viser også til viktigheten av at kvinnene føler på at de er sammen om det. Det å gi av sin tid gir en følelse av tilstedeværelse, og at sykepleier lytter aktivt. Imidlertid er tid noe flere sykepleiere opplever knapphet på (Psych – mental health club, 2019).

## **5.2 Verdien av informasjon og kommunikasjon**

I studien til Emond *et al.* (2019) kan vi lese at tilstrekkelig informasjon, medførte redusert sorg og skyldfølelse, større ro og bedre psykisk helse hos kvinnene som gjennomgikk en spontanabort. Informasjon utgjør samtidig en viktig faktor for å skape trygghet og økt kunnskap for å kunne håndtere en ukjent og vanskelig situasjon (Jerpseth, 2017, s. 162). Limbo *et al.* (2014) belyser samtidig viktigheten av at kvinnene

mottar tilstrekkelig informasjon om ulike behandlingsmuligheter. Informasjon om behandlingen ble ansett som viktig for at kvinnene skulle fatte riktig valg av behandling for dem, og dessuten samtykke og medvirke i helsehjelpen (Limbo et al., 2014; Pasient – og brukerrettighetsloven, 2021, § 3-2).

Samtidig beskriver Limbo *et al.* (2014) at kvinner opplevde å være uforberedt på de fysiske symptomer de opplevde under spontanaborten. Kvinnene rapporterer blant annet om sjokket og ubehaget de erfarte ved kraftige smertestimuli, store blødninger og synet av fosteret som støtes ut (Larivière-Bastien et al., 2019). En følelse av ikke å vite og ikke forstå som følge av mangel på informasjon viste seg å være fremtredende. Emond *et al.* (2019) beskriver samtidig at kvinnene ønsker og uttrykker et stort behov for informasjon tilknyttet psykiske reaksjoner de kan forvente, og om den psykiske rehabiliteringen i etterkant av spontanaborten. Jensen *et al.* (2018) beskriver i sin studie at informasjonen kvinnene fikk utelukkende omhandlet fysisk restitusjon. Dersom kvinnene hadde behov for mer informasjon tilknyttet fysiske eller psykiske aspekter, ble det derimot kvinnenes ansvar å uttrykke dette behovet. Informasjonsutvekslingen blir dermed et ansvar tillagt kvinnen selv (Jensen et al., 2018).

I forskningen til Emond *et al.* (2019) og Engel *et al.* (2016) ble betydningen av å utgi informasjon i både skriftlig og muntlig format belyst. I Engel *et al.* (2016) beskriver helsepersonell at de ga kvinnene skriftlig informasjon om mulige fysiske symptomer, hva spontanabort er og mulige årsaker, konsekvenser for fremtidige svangerskap og håndteringen av depresjon og sorg som følge av spontanaborten. I Emond *et al.* (2019) formidles det at skriftlig informasjon ble ansett som svært verdifullt. Muntlig og skriftlig informasjon vil dermed kunne fremme informasjonsutvekslingen og å øke kvinnenes opplevelse av trygghet og velvære (Kristoffersen, 2016, s. 397).

Jerpseth (2017) beskriver samtidig betydningen av at sykepleier har kunnskap om andre tilbud som finnes utenfor det offentlige helsevesen, som kan være med på å understøtte pasientens informasjonsbehov (Jerpseth, 2017, s. 162). Dette kan eksempelvis være foreninger med likesinnede, sorggrupper i kommunen eller stiftelsen Amatheia. I en følelsesladet situasjon vil det for øvrig ikke være uvanlig å bruke internett som informasjonskilde, som kan føre til feilinformering og mer bekymring (Underdahl, 2012). Underdahl (2012) beskriver med dette at sykepleier kan spille en viktig rolle i å medvirke til hvor kvinnene og deres partnere eventuelt henter videre informasjon. Dette med formål om sikre faglig forankret informasjon og å styrke helsekompetansen (Kristoffersen, 2016, s. 397). Dette kan for eksempel være å gi råd om nettsider av god og troverdig kvalitet.

### **5.3 Sykepleieres kunnskapsgrunnlag og forståelse**

I Limbo *et al.* (2014) belyses viktigheten av at helsepersonell har en faktisk forståelse av kvinnens bekymringer. Yang *et al.* (2022) fremhever i sin forskning at helsepersonell har en forståelse for at en spontanabort kan utgjøre et tap i kvinnenes og deres partners liv, og at en sorgprosess kan forventes. For at sykepleier skal kunne møte kvinnene på en empatisk og respektfull måte, dermed kan det være betydningsfullt at sykepleier evner å sette seg inn i pasientens situasjon (Heyn, 2018, s. 23). Empatisk kommunikasjon kan praktiseres gjennom at sykepleier lytter aktivt og stiller åpne spørsmål for å utforske pasientens behov (Heyn, 2018, s. 20). Det er med andre ord ikke nok at sykepleier bare

innehar kunnskap om det fysiologiske som skjer under en spontanabort. Kunnskap om den individuelle kvinnens opplevelser av situasjonen, og de psykiske reaksjonene som kan forekomme er også betydningsfullt for å kunne gi helhetlig omsorg (Heyn, 2018, s. 23).

Fra studien til Engel *et al.* (2016) kan vi samtidig lese at sykepleiere på akuttmottaket var de som følte seg minst forberedt på å ivareta kvinner og deres partnere under en spontanabort. Manglende kunnskap om spontanabort ble identifisert som en barriere blant helsepersonell, som videre gjenspeilet deres holdninger og atferd. Holdninger som at kvinnene bare burde «gå videre med livet» og et samtidig utelukkende fokus på fysiske aspekter viste seg å prege helsehjelpen (Engel *et al.*, 2016). Manglende trening, kunnskap og kompetanse for å ivareta kvinnene som gjennomgikk en spontanabort belyses også i Jensen *et al.* (2018) og Larivière-Bastien *et al.* (2019). En følelse av maktesløshet og usikkerhet viser seg å være fremtredende. Det kan medføre at kvinnene ikke blir møtt på sine behov og opplever en ytterligere usikkerhet.

Radford *et al.* (2015) beskriver i sin litteraturgjennomgang at kvinnene opplevde distanse og unngåelse fra helsepersonell. I studien framkommer det samtidig at helsepersonell opplever det som krevende å jobbe tett på disse kvinnene, da det medfører en psykisk påkjenning også for dem. Jensen *et al.* (2018) beskriver i sin studie at det oppleves belastende å være involvert i denne omsorgen for kvinnene. Det kan tolkes dit hen at å vise empati og støtte til kvinnene i deres situasjon kan være en utfordrende oppgave. Likevel beskriver Heyn (2018) at det er en «misforstått sannhet» at empati er tidkrevende. Mangel på empati kan derimot være mer tidkrevende, da informasjon fra sykepleier ikke når frem og kvinnen kan oppleve ytterligere uro og redsel (Heyn, 2018, s. 24).

Emond *et al.* (2019) trekker fram at økt kunnskap og opplæring vil være et viktig grep for å sikre trygg og god pasientbehandling. Gjennom målrettet trening og opplæring på feltet, vil kompetanse utvikles, mens usikkerhet og distansering reduseres (Emond *et al.* 2019). Dette gjennom eksempelvis debrifing, veiledning, personalsamlinger og andre støttegrupper. Radford *et al.* (2015) beskriver at målrettet trening bør inngå i en opplæringspakke. Ved at sykepleiere opplever å ha tilstrekkelig med opplæring og kunnskap, vil de dermed føle seg mer stødige og trygge i sin rolle, og med dette kunne gi empatisk og god oppfølging (Radford *et al.*, 2015). Som Heyn (2018) beskriver er gode kommunikasjonsferdigheter og tro på egen kunnskap noe som må oppøves og verdsettes av sykepleier. Fordi enhver pasient og pasientsituasjon er unik, er det med andre ord ikke nok å bare lese seg til kunnskap, det er noe sykepleier aktivt må trene på (Heyn, 2018, s. 24).

#### **5.4 Oppfølging i nåtid og framtid**

Selv med kunnskap fra studier når det gjelder risikoene for psykiske plager etter en spontanabort, viser forskningen til Larivière-Bastien *et al.* (2019) til en fullstendig fraværende oppfølging av kvinnens psykiske helse. I studien beskriver en kvinne følelsen av å bli overlatt til seg selv i en sorg som er så ukjent. I lys av «Swansons Theory of Caring and Healing» anses det som sentralt at sykepleier arbeider sammen med pasienten, med mål om å veilede og hjelpe pasienten til å gjenvinne troen på seg selv og framtiden (Psych – mental health club, 2019).

Radford *et al.* (2015) hadde som et av sine hovedfunn, hvordan kvinner kom seg videre etter en spontanabort, med overskriften «help me to cope with the future». Flere kvinner og par i studien kunne vise til en bekymring knyttet til ny graviditet. Det ble belyst en redsel for å oppleve en spontanabort på nytt og om de faktisk kunne bli gravide igjen. Kvinner i studien til Yang *et al.* (2022) forteller at de føler på skyld knyttet til det ufrivillige svangerskapsavbruddet. Var det noe de gjorde eller noe med kroppen deres som ikke fungerte? Funnene kan tyde på at kvinnene i stor grad har behov for oppfølging og en mulighet til å dele disse bekymringene. Samtidig viser Radford *et al.* (2015) til mer åpenhet og at kvinner i større grad snakker ut om spontanabort i dag. Videre viser studien til at åpenhet potensielt kan gjøre det enklere for kvinnen å bearbeide sorgen ved hjelp av andre. For å bearbeide følelsene må kvinnen kunne klare å snakke om de følelsene og tankene hun opplever. Rollen til sykepleier vil potensielt være avgjørende for å kunne gi kvinnen trygghet og rom til å snakke ut (Solvoll, 2017, s.131).

Jensen *et al.* (2018) beskriver i sin studie at det ikke fantes rutiner som sørget for oppfølging av kvinnene etter en spontanabort. I Emond *et al.* (2019) belyses samtidig oppfølging som en svært betydningsfull faktor fra kvinnene og parenes perspektiv. Det blir beskrevet at kun en enkelt telefonsamtale ville være uvurderlig. I studien til Emond *et al.* (2019) ble det iverksatt tiltak for å bedre abortoppfølgingen. Disse tiltakene innebærer en fysisk undersøkelse, at sykepleier lytter aktivt, skriftlig og muntlig informasjon, individualisert behandling og oppfølging i etterkant. Tiltakene viste tydelige og tilfredsstillende resultater. Kvinnene var mer tilfredse med helsepersonellet og den helsehjelpen de ga, og de opplevde en mildere form av sorg. Videre bidro tiltakene til at kvinnene opplevde en bedre psykisk helse.

Oppfølging i etterkant av en spontanabort har også vært et tema på agendaen i Norge. I helse – og omsorgskomiteens innstilling til stortinget fra 2019 til 2020, fremmes behovet for oppfølging av norske kvinner ved en spontanabort (Innst. 347 S (2019 – 2020), s. 5)). I 2020 svarte tidligere helseminister Bent Høie på innstillingen fra helse- og omsorgskomiteen. Høie bekrefter de psykiske påkjenningene en spontanabort kan medføre, men at videre oppfølging må være opp til hver enkelt å oppsøke (Innst. 374 S (2019-2020), s. 8). Samtidig kom det i 2020 et vedtak fra stortinget som omhandlet å sikre oppfølging til kvinner som gjennomgår en spontanabort. Stortinget skriver videre at de er usikre på hvorvidt dette har blitt fulgt opp ved sykehusene, og at praksis i stor grad preges av tilfeldigheter (NOU 2023:5, s.154). I Norge finnes samtidig den landsdekkende organisasjonen Amatheia, som tilbyr gratis samtalehjelp over hele landet i abortoppfølgingen til kvinner og par. Tilbudet er et supplement til de offentlige helsetjenestene som allerede tilbys (Amatheia, u.å.). Likevel gjorde regjeringen et kutt i tjenesten på 25 % i statsbudsjettet i 2022, som videre resulterte i nedleggelse av kontorer (Hilsen, 2022). Amatheia er en sentral og viktig tjeneste for å sikre kvinners oppfølging av psykisk helse etter en spontanabort. Mange kvinner har fått hjelp av organisasjonen, så et kutt i en så viktig og allerede trengende tjeneste kan sees som et steg i feil retning. Imidlertid medfører vedtaket fra stortinget i 2020 en bevisstgjøring og debatt rundt temaet, selv om det ikke førte til en lovendring i abortoppfølgingen (NOU 2023:5, s.154).

Framtidens abortoppfølging bør tilpasses den enkelte kvinnen. Limbo *et al.* (2014) trekker fram det gyldne spørsmålet «hva er viktig for deg?». Ved å stille spørsmålet om hva som er viktig for nettopp den unike kvinnen, kan sykepleier avdekke hva kvinnen har



behov for av sykepleier. Det finnes også kvinner som ikke viser følelsene sine utad. Disse kvinnene er det også viktig å skape et rom for, hvor de kan åpne seg opp ytre sine behov (Eide & Eide, 2019, s. 17). Andre kvinner har kanskje ingen sterke følelser knyttet til spontanaborten og håndterer situasjonen på en konstruktiv måte, på egenhånd. Dette viser behovet for en individuell oppfølging. Når det gjelder individuell oppfølging kommer Jensen *et al.* (2018) inn på omsorgstrettheten sykepleier kan oppleve. Det presiseres at som sykepleier må man alltid tenke over at for disse kvinnene og partnerne deres er dette en vanskelig situasjon, som er helt ny og fremmed. Med det sagt er det viktig å kunne møte enhver kvinne som et selvstendig individ med egne behov.

## 6.0 Konklusjon

I litteraturstudien har vi satt søkelys på hvordan sykepleier kan ivareta den psykiske helsen til kvinner som gjennomgår en spontanabort før utgangen av gestasjonsuke 22. Gjennom en analyseprosess av valgte studier utpekte disse temaene seg: «emosjonell støtte», «individuell behandling», «behov for informasjon og kommunikasjon», «kunnskap og forståelse hos sykepleier» og «framtidstro og oppfølging».

Funn fra resultatartiklene belyser viktigheten av emosjonell støtte og oppfølging, tilstrekkelig informasjon og forståelse og kunnskap fra sykepleier. Litteraturstudien viser til flere forhold som har kliniske implikasjoner for sykepleiere i møte med kvinner som gjennomgår en spontanabort. Dette gjennom medfølelse og sensitiv sykepleieutøvelse, empatisk kommunikasjon, annerkjennelse av enkeltindividets tap og emosjoner og samtidig behovet for emosjonell støtte fra sykepleier og partner. Dette vil igjen bidra til en forståelse av kvinnens følelser og behov, og den unike sorgprosessen. Sykepleier har samtidig en viktig rolle i å trygge kvinnene og deres partnere gjennom å gi tilstrekkelig informasjon. Dette gjennom å gi detaljert og ærlig informasjon om årsak og virkning av spontanabort, for både den fysiske og psykiske helsen, og samtidig informasjon om støttetjenester og troverdige kilder kvinnen kan henvende seg til. Det vektlegges også et behov for oppfølging, hvor forskning viste at oppfølging har en positiv effekt på den psykiske helsen, noe som gav økende trygghet.

Gjennom litteraturstudiet ble vi også kjent med at Stortinget i 2020 kom med et vedtak som forteller at det skal tilbys oppfølging til kvinnen i etterkant av en spontanabort. Det viser både til behovet, men også at det skjer positive endringer i abortomsorgen. Det framkommer samtidig forhold som gjøre det utfordrende for sykepleier å yte den emosjonelle støtten og oppfølgingen kvinnene har behov for. Mangel på tid, opplæring, kunnskap og kompetanse, og en risiko for omsorgstretthet viser seg å være utfordrende. Det vises til et behov for fag – og tjenesteutvikling, og et økt behov for ressurser - på systemnivå, for å imøtekomme behovet for oppfølging og redusere risikoen for psykisk uhelse etter en spontanabort. Dette kan konkret gjøres ved å styrke sykepleieres kunnskap og kompetanse på området, gjennom undervisning og opplæring både i utdanningsforløpet og på den aktuelle arbeidsplass. Sykepleier kan da gjennom økt kunnskap og opplæring utgjøre en forskjell i utøvelsen av omsorgsfull sykepleie.

# Litteraturliste

- Amathea. (u.å). *Om Amathea*. Hentet 28.april.2023 fra <https://amathea.no/om-amathea/>
- Amathea. (u.å.). *Missed abortion*. Hentet 09.mai.2023 fra <https://amathea.no/tjenester/etter-abort/missed-abortion/>
- Berner, E., Hansen, K, H. & Spydslaug. (2021, 12.februar). *Spontanabort*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/spontanabort/>
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 152). Gyldendal Norsk Forlag.  
Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eide H. & Eide T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Emond, T., 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 (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(9/10), 1952–1965. <https://doi.org/10.1111/jocn.14780>
- Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health Professionals' Practices and Attitudes About MISCARRIAGE. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 51 57. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2021, 9.april). *Spontanabort*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/pasientinformasjon/spontanabort>
- Helsedirektoratet. (2017, 16.januar). *Pårørendeveilederen*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>
- Helsenorge. (2022, 4.mars). *Hva er psykisk helse?* <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Hilsen, M. (2022, 07.juli). *Regjeringen kutter seks millioner kroner til viktig kvinnehelsetilbud*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2022/10/regjeringen-kutter-seks-millioner-kroner-til-viktig-kvinnehelsetilbud>

- Innst. 374 S (2019-2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om styrkede abortrettigheter*. Helse- og omsorgskomiteen <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2019-2020/inns-201920-374s.pdf>
- Jensen, K. L. B., Temple, S. M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 59(4), 508–513. <https://doi.org/10.1111/ajo.12910>
- Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G, Stubberud., R, Grønseth. & H, Almås (red.), *Klinisk sykepleie*, bind 2 (5.utg., s.132-168). Gyldendal.
- Kristoff, A. (2019). Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 420-453). Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, N.J. (2016). Stress og mestring. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug., G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 349-406). Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug., G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon*. (3.utg., 89-138). Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug., G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 349-406). Gyldendal.
- Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670–676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
- Limbo, R., Glasser, J. K., & Sundaram, M. E. (2014). "BEING SURE": Women's Experience with Inevitable Miscarriage. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 39(3), 165–176. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000027>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 3.mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen: om kvinners helse og betydning av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-20235/id2964854/?ch=4&fbclid=IwAR0ioemea1qrLWDNvh2nq\\_pAEhXGGPFYx06uN2VQwwrz1FNRbbgKL4SmW4](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-20235/id2964854/?ch=4&fbclid=IwAR0ioemea1qrLWDNvh2nq_pAEhXGGPFYx06uN2VQwwrz1FNRbbgKL4SmW4)

- Opsahl, A, M, D. (2013). *Får angst og depresjon etter abort*. Hentet 11.mai.2023 fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/06/far-angst-og-depresjon-etter-abort>
- Oslo universitetssykehus (u.å.). *Gynekologiske avdeling - Medikamentell hjemmeabort*. Hentet 09.mai.2023 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/medikamentell-hjemmeabort>
- Page, M. J. et al. (2021) *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*, *BMJ*, 372, s. n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
- Pasient – og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient – og brukerrettigheter (LOV-2023-04-28-9)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Psych – mental health club. (2019, 19. Mai). *Kirsten Swanson Theory of Caring and Healing*. Hentet 28. April 2023 fra <https://pmhealthnp.com/kristen-swanson-theory-of-caring-and-healing/>
- Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(11-12), 1457-1465. <https://doi.org/10.1111/jocn.12781>
- Solvoll, B-A. (2017). Identitet og egenverd. I N.J. Kristoffersen, E.- A. Skaug, F. Nordtvedt & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 104-140). Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Underdal H. (2012). God informasjon til pasienten. *Sykepleien Forskning*, 7 (1), s. 90 – 91. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0061
- Vi som har et barn for lite. (u.å.). *Det finnes et land*. <https://etbarnforlite.no/dikt/>
- Yang, J., Dowell, A., & Filoche, S. (2022). Views of health professionals on the impact of early miscarriage on women's mental health and the accessibility of services and support. *New Zealand Medical Journal*, 135(1548), 54-64.

