



UNIVERSITETET I
NORDLAND

”Små føtter setter også dype spor”

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Kurskode: SY180H

Kull: 10H

Dato: 11.04.2013

Kandidatnr.: 55

Totalt antall sider: 32 (9384 ord)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	3
1.3 Avgrensinger av oppgaven.....	3
1.4 Definisjoner av sentrale begreper.....	3
1.5 Formålet og disposisjon av oppgaven.....	4
2. 0 METODE	5
2.1 Valg av metode - Litteraturstudie	5
2.2 Søkehistorie.....	5
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
2.4 Utvelgelse av litteratur og kildekritikk.....	8
3.0 TEORI	10
3.1 Sykepleieteori.....	10
3.1.1 Valg av sykepleieteoretiker.....	10
3.1.2 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	10
3.1.3 Hva er sykepleie?.....	11
3.1.4 Menneske-til-menneske-forhold.....	11
3.1.5 Lidelse	12
3.1.6 Kommunikasjon	13
3.1.7 Oppsummering.....	13
3.2 Teori om spontanabort.....	14
3.2.1 Spontanabort.....	14
3.2.2 Årsak til spontanabort.....	14
3.2.3 Symptomer og behandling av spontanabort.....	15
3.2.4 Kvinners psykiske reaksjoner ved spontanabort	15
3.2.5 Psykiske behov ved spontanabort.....	18
3.3 Samfunn og spontanabort.....	19
3.3.1 Hvilke helsetjenester er tilgjengelig for kvinnen i ettertid av spontanaborten?	19
3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	19
4.0 DRØFTING	20
4.1 Møte med spontanaborterende kvinner	20
4.2 Å samtale om spontanabort.....	24
4.3 Informasjon.....	25
5.0 AVSLUTNING	28
6.0 LITTERATURLISTE	29

1.0 INNLEDNING

Oppgavens tema er kvinners opplevelse av spontanabort og hvordan sykepleier kan imøtekomme de psykiske reaksjoner som kan oppstå hos disse kvinnene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

”You don’t expect....but when it happens to you, boom! Total surprise. It simply hurts in the heart....Really real pain, physical pain” (Gerber-Epstein, Leichtentritt og Benyamini, 2011:13)

Spontanabort er en hendelse som rammer rundt 7-8000 kvinner årlig i Norge (Jerpeseth, 2010). Uavhengig av hvor langt en kvinne er kommet i graviditeten representerer spontanabort tap av et barn. Det kan også representere tap av en drøm, et håp, en del av seg selv, en forventning, eller tap av kontrollen på egen kropp.

I min sykepleiepraksis på gynekologisk avdeling følte jeg som sykepleier stor usikkerhet i møte med spontanaborterende kvinner i forhold til hvilken rolle jeg skulle ha i deres behandling, og hvilke psykiske reaksjoner som oppstod. For meg virket spontanabort og sorg som et tabulagt tema på avdelingen og jeg opplevde at pasientens mulighet for å sørge var liten. Det var et lite diskutert tema og sykepleierne tok seg lite tid til disse pasientene.

Spontanabort er en smertefull og vond erfaring som ikke avsluttes etter den kirurgiske eller medisinske behandlingen. Forsvarsmekanismer og psykiske reaksjoner som oppstår etter en spontanabort kan være lik reaksjoner som oppstår etter tap av en kjær person, og kan prege kvinnen i år etter hendelsen. Spontanabort kan skape en krise og en sorg, men får likevel lite oppmerksomhet fra helsepersonell. Dette teamet gir gjenstand for forbedring.

Å miste et foster kan snu et liv opp ned. Jeg tenker derfor at kvinnens behov for omsorg og ivaretagelse er stort og omfattende. Jeg ønsker derfor i min bacheloroppgave å fordype meg i hvilke psykiske behov en spontanaborterende kvinne har og hvordan sykepleier kan møte disse behovene.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Jeg har utarbeidet følgende problemstilling:

- hvordan kan sykepleier møte de psykiske reaksjoner som oppstår hos en spontanaborterende kvinne på sykehus?

Jeg mener denne problemstillingen gir rom for diskusjon, og søker å sette fokus på de psykiske reaksjoner som oppstår hos en spontanaborterende kvinne.

1.3 Avgrensinger av oppgaven

For at bacheloroppgaven skal være strukturert og ikke for vid har jeg gjort følgende avgrensninger: jeg vil kun ta for meg kvinner som spontanaborterer for første eller andre gang før svangerskapets 12. uke. Dette fordi 80 prosent av spontanaborter skjer før utgangen av uke 12 (Jerpseth, 2010) og da er ofte ikke familie og venner informert om graviditeten og kan derfor ikke være en støtte i spontanaborten. Kvinner som spontanaborterer for tredje gang blir henvist til gynekolog som vil gjøre undersøkelser for å finne årsaken til spontanabort (Jerpseth, 2010). Spontanaborten skal også være et uønsket svangerskapsavbrudd og graviditeten skal være planlagt. Kvinners psykiske reaksjoner og sykepleierens rolle i behandlingen er i perioden fra kvinnen kommer til sykepleier i avdeling og til hun forlater sykehuset. Oppgaven vil kun ta for seg kvinner som kommer til kirurgisk eller gynekologisk avdeling i sykehus for spontanabort eller en missed abortion.

Selv om en spontanabort representerer tap av et barn både for mor, far og eventuelt familie, velger jeg å kun fokusere på kvinnen da det er henne jeg møter i sykehus og henne jeg vil etablere et forhold til.

1.4 Definisjoner av sentrale begreper

Sykepleier: autorisert sykepleier som jobber i avdeling på sykehus. Jeg vil bruke sykepleier og hun når jeg refererer til sykepleier.

Spontanabort: når et foster dør under svangerskapet uten at dette er kunstig provosert (Jerpseth, 2010).

Missed abortion: Intrauterin fosterdød der fosteret ikke spontant støtes ut av livmor (Gudim og Juvkam, 2008). Jeg vil bruke ordet spontanabort ved en missed abortion i oppgaven.

Psykiske reaksjoner: Emosjonelle, atferdsmessige eller kroppsholdsmessige svar på noe man opplever eller erfarer (Store medisinske leksikon, 2013).

Kvinnen/pasient: kvinnen som er innlagt den kirurgiske avdeling for spontanabort. Jeg vil bruke hun og kvinnen når jeg refererer til henne i teksten.

1.5 Formålet og disposisjon av oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å undersøke, diskutere og belyse kvinners opplevelse av å ha en spontanabort innen svangerskapets 12. uke. Jeg vil også belyse hvilke psykiske behov som oppstår hos kvinnen og hvordan sykepleier kan møte disse behovene på best mulig måte på sykehuset.

I første del av oppgaven har jeg presentert valg av tema og problemstilling og hva formålet med oppgaven er. Videre i andre del vil jeg redegjøre for valg av metode, søk etter litteratur og forskning samt kildekritikk i forhold til kilder jeg vil bruke i oppgaven. Jeg vil også gjøre en kort presentasjon av forskningsartikler jeg har valgt å bruke i min oppgave. I teoridelen presenteres Joyce Travelbee og hennes sykepleieteori og aktuell teori om problemstillingen min. I tredje del drøftes funnene i litteraturen for å svare på problemstillingen. Til slutt har jeg en avslutning hvor jeg oppsummerer funnene mine.

2.0 METODE

I følge Dalland (2007) er metoden vårt redskap i møte med noe vi vil undersøke. Vilhelm Aubert referert i Dalland (2007) sier at ”en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(s.83).

2.1 Valg av metode - Litteraturstudie

For å svare på min oppgave har jeg valgt å bruke et litteraturstudie der jeg samler informasjon fra bøker, internett og fag- og forskningsbaserte artikler. Støren (2010) forteller at man gjennom et litteraturstudie studerer det som allerede er undersøkt og skrevet om. En produserer ikke ny kunnskap, men undersøker, samler og vurderer den allerede eksisterende litteraturen. Jeg ønsker derfor å benytte meg av litteraturstudie for å undersøke og skaffe en oversikt over hvilken litteratur og forskning som allerede finnes om mitt tema og bruke dette for å diskutere problemstillingen min.

Et litteraturstudie åpner for et bredt perspektiv og gir mulighet for å fordype seg i relevant teori om et emne som er valgt på bakgrunn av eget engasjement og interesser. Ved å kombinere litteratur med egen klinisk erfaring bør en få resultater som tilfredsstillende kravene til en litterær oppgave (Dalland, 2007).

En svakhet ved litteraturstudie er at metoden forutsetter et kritisk blikk fra forskeren mot det som fremstår som gammelt, bearbeidet og fortolket av andre, og det som er oversatt fra andre språk. Arbeidet med utvalg av relevante artikler gjør metoden tidkrevende (Dalland, 2007).

2.2 Søkehistorie

Da jeg startet arbeidet med bacheloroppgaven min var jeg usikker på hva som fantes av relevant litteratur for min problemstilling. På skolens bibliotek fant jeg 2 bøker som var aktuell for mitt tema. Jeg brukte også søkebasen Bibsys som er en elektronisk database for universiteter og høyskoler. Databasen inneholder bøker, tidsskrifter, forskningsdokument, kataloger og publiseringsarkiv. Jeg har også lest gjennom pensum og brukt aktuell pensumlitteratur i oppgaven.

For å finne forskningsartikler relevant for min oppgave har jeg brukt flere databaser. Jeg har brukt den medisinske databasen pubmed, den svenske databasen Svemed+ som inneholder forskning fra nordiske land, og jeg har brukt psycINFO som inneholder psykologiske artikler. Jeg har også gjort søk i tre forskjellige tidsskrifter som er relevant for min problemstilling. Tidsskriftene jeg søkte i var Journal of Reproductive and Infant Psychology som er et tidsskrift om gynekologiske og reproduktive problemstillinger. International journal of Nursing Studies inneholder forskning om sykepleie, helsetjeneste, organisasjon og ledelse. Jeg brukte også tidsskriftet Sykepleien som inneholder forskning fra Norge.

Ut fra problemstillingen min supplert med aktuelle begreper fra litteraturen gav søkeordene under relevante og konkrete treff:

- Miscarriage
- Experience
- Emotional
- Nursing
- Spontaneus abortion
- Hospital
- First pregnancy
- Emotional care
- Spontanabort
- Reaksjoner

Jeg søkte først på ett og ett ord før jeg kombinerte dem med AND for å avgrense søket.

Søkematrise:

Dato	Database	søkeord	Antall treff	Funn
05.02.2013	Psychinfo	Spontaneous abortion AND experience AND hospital	13	Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage
22.02.2013	Pubmed	Miscarriage AND experience AND emotional care	43	Emotional care for women who experience miscarriage
04.03.2013	Psychinfo	Miscarriage AND women AND support AND emotional	24	Support following miscarriage: what women want
07.02.2013	Psychinfo	Miscarriage AND experience AND first pregnancy	1	The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For at artiklene skulle være relevant for min problemstilling lagde jeg meg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Et kriterium jeg hadde var at artiklene skulle omhandle kvinner som opplevde spontanabort og deres reaksjoner på hendelsen. Jeg hadde også som kriterium å finne minst en artikkel som omhandlet hvordan sykepleier kunne hjelpe pasienter i denne situasjonen. I tillegg ønsket jeg å finne en artikkel som ikke bare handlet om det medisinske behandlingsfokuset, men om det mellommenneskelige aspektet.

For å finne artikler som var relevante for de avgrensinger jeg har gjort i denne oppgaven hadde jeg som kriterium at artiklene skulle omhandle kvinner som spontanaborterte tidlig i svangerskapet. Artikler som omhandlet spontanabort etter uke 20 valgte jeg å ikke bruke. For at de skulle være relevant i dag hadde jeg som et kriterium at artiklene skulle være under 10 år gamle. Artiklene måtte også være på norsk, dansk, svensk eller engelsk.

For å kunne vurdere om artiklene var relevant og gyldige søkte jeg etter artikler som var fagfellevurdert. Dette betyr at publikasjonen er lest og kvalitetssikret av minst to forskere som jobber innenfor samme fagfelt.

2.4 Utvelgelse av litteratur og kildekritikk

Det har vært utfordrende å finne relevant litteratur om temaet, særlig bøker og faglitteratur. Den største utfordringen er at mye av litteraturen er gammel og derfor er vanskelig å vurdere som relevant. Det har også vært utfordrende å finne norsk eller nordisk forskning om emnet. Selv om det har vært økende interesse rundt spontanabort innen forskning de siste år, virker det å være begrenset med litteratur som fokuserer på sykepleier og den rollen hun skal ha i omsorgen for kvinner som opplever spontanabort.

Når jeg har valgt ut artikler har jeg vært opptatt av å være kritisk til kildene. Dalland (2007) skriver at kildekritikk skal vise at en er i stand til å være kritisk i forhold til kilder i oppgaver og de kriterier en benytter i utvelgelsen av litteratur. For at jeg lettere skulle velge ut artikler som var relevante for min problemstilling brukte jeg i tillegg til mine inklusjons- og eksklusjonskriterier Vikos (2010) fire kriterier for å vurdere kilder. Disse kriteriene er troverdighet, objektivitet, nøyaktighet, og egnethet. For å vurdere kildens troverdighet har jeg søkt opp forfatterne av litteraturen og eventuelt tidsskriftet der de har publisert litteraturen. Jeg har da funnet ut at forfatterne har høyere utdanning, doktorgrader og medisinsk bakgrunn. Flere har utdanning innenfor sykepleie eller psykologi.

For å vurdere litteraturens grad av objektivitet har jeg undersøkt om informasjonen er i samsvar eller konflikt med informasjon kjent fra før. For eksempel sammenlignet jeg informasjonen fra to forskjellige bøker om spontanabort og fant da ut at mye av informasjonen var lik. For å vurdere kildens nøyaktighet har jeg undersøkt når kilden er publisert. Jeg har hatt som et kriterium at litteraturen skal være under 10 år gammel. Artikkelenes egnethet vurderte jeg ved å lese gjennom litteraturen og gjøre et utvalg som kun var relevant for min oppgave.

Nedenfor vil jeg presentere de artiklene jeg har valgt å bruke i min oppgave. Jeg vil komme med en kort beskrivelse av forfatterne, publiseringssted, artikkelens metode og hensikt. Artikkelenes innhold vil komme frem i teorikapittelet.

Negotiating the transition; caring for women through the experience of early miscarriage (2009). Av: Fiona Murphy og Joy Merrell.

Denne artikkelen er gitt ut i tidsskriftet *The Journal of Clinical Nursing* som er en internasjonal, fagfelleurdert og vitenskapelig tidsskrift som søker å fremme utvikling og utveksling av kunnskap som er direkte relevant for alle områder av sykepleie og jordmorutdanning. Metoden som ble brukt i studiet var intervju og observasjon over 20 måneder. Hensikten var å utforske kvinners erfaringer med å ha en tidlig spontanabort i en gynekologisk enhet på sykehus. Begge forfatterne av denne artikkelen har en doktorgrad og jobber ved universiteter.

The experience of miscarriage in first pregnancy: the womens voices (2011). Av: Paula Gerber-Epstein, Ronit D. Leichtentritt og Yael Benyamini.

Artikkelen er publisert i *Death studies* som er et fagfelleurdert tidsskrift som omhandler temaer rundt død, tap og sorg. Hensikten med studiet var å prøve å forstå og gi en stemme til kvinner som spontanaborter under første graviditet. Studien var kvalitativ med intervju som metode. Leichtentritt og Benyamini har doktorgrader, Gerber-Epstein jobber innenfor forskning.

Support following miscarriage: what women want (2010). Av: Natalène Sèjournè, Stacey Callahan og Henri Chabrol.

Artikkelen er publisert i tidsskriftet *Journal of Reproductive and Infant Psychology* som inneholder forskning om psykologiske, atferdsmessige, medisinske og sosiale aspekter ved menneskelig reproduksjon, graviditet og barndom. I dette studiet ble det brukt et spørreskjema på nett som metode. Hensikten var å undersøke hvilket behov for støtte kvinner som spontanaborter har. Sèjournè jobber innenfor forskning, Callahan og Chabrol har doktorgrader.

Emotional care for women who experience miscarriage (2012). Av: Rachel Evans.

Publisert i tidsskriftet *Nursing Standard* som er et fagfelleurdert magasin som inneholder artikler, forskning og nyheter innenfor sykepleiefeltet. Artikkelenes hensikt var å samle forskning som omhandler spontanabort og følelsesmessige behov, og se hva kvinner trenger under spontanabort. Forfatteren er intensivsykepleier.

3.0 TEORI

I dette kapitlet vil jeg ta for meg relevant teori i forhold til min problemstilling. Først vil jeg presentere Joyce Travelbees sykepleieteori med hovedvekt på menneske-til-menneskeforhold, og begrepene lidelse og kommunikasjon. Videre tar jeg for meg spontanabort, psykiske reaksjoner, behov og samfunnets tilbud til kvinner som spontanaborterer.

3.1 Sykepleieteori

3.1.1 Valg av sykepleieteoretiker

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori i min oppgave. Hennes teori bygger på å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient og at sykepleier skal møte pasienten som et likeverdig menneske. Jeg mener Travelbees sykepleieteori, definisjoner og filosofi er relevant for min oppgave da jeg fokuserer på kvinner som har et behov for sykepleie og et behov for å bli sett og oppfattet som et medmenneske. Spontanabort er et lite diskutert tema og er for mange kvinner en hemmelig sorg og vanskelig å snakke om. Dette gjør at måten en tilnærmer seg disse kvinnene er viktig for sykepleier. Gjennom et godt menneske-til-menneske-forhold hvor en ser på hverandre med gjensidig respekt og tillit kan sykepleier hjelpe kvinnen å finne mening i sin lidelse. Travelbee tar for seg begrepet lidelse som en individuell unik opplevelse som representerer tap av alle slag. Denne definisjonen mener jeg passer godt med min problemstilling da jeg skriver om tap av et foster, noe som kan representere en lidelse hos kvinner (Flohr og Wold, 2008).

3.1.2 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier, og var i tillegg forfatter og underviser i psykiatrisk sykepleie. Hun er kjent for sin sykepleieteori som omhandler menneske-til-menneske-forholdet. Teorien ble utviklet på 1960-tallet og kom som en reaksjon på avhumaniseringen hun mente skjedde i helsesektoren i USA i årene etter andre verdenskrig. I sin teori er hun også opptatt av mennesket som et unikt individ, og hun minner på om at sykepleie alltid handler om mennesker (Travelbee, 2011).

3.1.3 Hva er sykepleie?

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forbygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 2011:29).

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker. Sykepleie er en prosess, en erfaring, eller en hendelse mellom sykepleier og et individ. I enhver situasjon mellom sykepleier og pasient vil det skje en forandring. Sykepleier og pasient vil påvirke hverandre gjensidig i en stadig prosess som resulterer samspillet mellom dem. Sykepleie innebærer å kunne forandre. Det vil si å kunne forandre og hjelpe individ eller familie med bevisstgjøring av hvordan en sykdom eller lidelse kan forebygges, og hvordan en skal kunne leve på best mulig måte med sykdom (Travelbee, 2011).

3.1.4 Menneske-til-menneske-forhold

”Et menneske-til-menneske-forhold er godt, det er konstruktivt og den sykes behov blir ivaretatt” (Travelbee 2011:173). Et menneske-til-menneske-forhold bygger på at en møter hverandre med gjensidig respekt og ser på hverandre som unike individer. Travelbee (2011) tar avstand fra generaliserte begreper som ”pasient” og ”sykepleier”. Hun mener disse begrepene kategoriserer enkeltmennesker og skaper et upersonlig og påkrevd forhold. Travelbee bruker menneske-til-menneske-forhold på lik linje med gjensidig forståelse og kontakt. Menneske-til-menneske-forholdet kommer ikke av seg selv. Forhold må bygges opp dag for dag ved at sykepleier samhandler med den syke og andre. Dette innebærer at sykepleier vet hva hun gjør, tenker, føler og erfarer.

En viktig grunntanke er at et menneske-til-menneske-forhold etableres etter at sykepleier og mennesket hun har omsorg for har gått gjennom fire sammenhengende faser som består av det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse. Det innledende møtet omhandler første møtet mellom sykepleier og den syke. Her vil de observere hverandre og gjøre opp meninger om vedkommende. Ut fra slutningene som trekkes vil følelser oppstå. I andre fase oppstår det en fremvekt av identiteter og begge oppfatter hverandre som unike personer og betrakter hverandre mer som individer. I denne fasen vil det også etableres en tilknytning for den andre og likheter og forskjeller vil tre frem og bli erkjent. I tredje fasen,

empatifasen, vil en opplevelse av å forstå hverandre oppstå. Empati er en erfaring som innebærer å kunne leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. I denne fasen vil sykepleier og den syke vite at de har kontakt med hverandre. I siste fase vil sympati og medfølelse springe ut fra empati, og medføre et skritt videre i den forstand at det foreligger et ønske om å hjelpe lidelse. Sympati er en holdning, tankegang og følelse som kommuniseres til den andre, og som kan lette lidelsen ved at en ikke bærer byrden alene. Travelbee mener at disse fasene vil kulminere i gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og den syke. Gjensidig forståelse og kontakt er et overordnet mål for sykepleien. Forutsetningene for å kunne oppnå dette er at sykepleier bruker seg selv terapeutisk. Det er kun når en står overfor hverandre som menneske til menneske at et virkelig forhold kan etableres (Travelbee, 2011).

Innledningsvis forklarte jeg viktigheten med å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold med kvinner som opplever spontanabort da dette er et vanskelig og lite omtalt tema. For å kunne snakke åpent om den lidelsen og sorgen som kan oppstå etter spontanabort er det viktig at sykepleier og den spontanaborterende kvinnen ser på hverandre som unike mennesker med gjensidig respekt for hverandre. Det er også viktig at hjelpen som gis og mottas er av begges interesse, og ikke påkrevd. Jeg mener derfor Travelbees teori om mellommenneskelige forhold er aktuell for min problemstilling.

3.1.5 Lidelse

Lidelse er uløselig knyttet til å være menneske, og er noe alle møter hos seg selv eller hos andre. Lidelse er en felles opplevelse, men oppfattes og erfares forskjellig. Jo større verdi og betydning det vi mister eller står i fare for å miste har for oss, desto sterkere er den lidelsen vi opplever (Travelbee, 2011).

Travelbee (2011) skriver at en årsak til lidelse og smerte kan være et tap av noe en bryr seg om. Å bry seg om er å oppleve en tilknytning til noe. Dette punktet er veldig relevant i forhold til min problemstilling da mange kvinner som spontanaborterer før uke 12 allerede kan ha skapt en sterk tilknytning til sitt foster og derfor oppleve en stor lidelse og smerte ved tap av fosteret. Sorg er også en form for lidelse. Sorg etter spontanabort vil jeg beskrive senere i oppgaven.

3.1.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene en har som sykepleier. I ethvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for foregår det kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt. Kommunikasjon er en gjensidig prosess og en kanal som gjør det mulig å overføre tanker og følelser. All interaksjon i møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for gir sykepleier anledning til å bli kjent med henne som menneske. Kommunikasjon skaper en mulighet for å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og kvinnen. For at dette skal kunne skje må sykepleier være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og hun må kunne bruke det som blir kommunisert i planlegging av sykepleierinteraksjoner. For å kunne hjelpe individet til å mestre sin lidelse og finne mening i erfaringen er kommunikasjon en forutsetning (Travelbee, 2011).

Travelbee (2011) sier at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på mellommenneskelig nærhet. Kommunikasjon kan brukes for å trekke mennesker nærmere hverandre og til å gi hjelp. Travelbee (2011) sier også at kommunikasjon er det virkemidlet som kan brukes for å oppnå forandringer i sykepleiesituasjoner. Jeg tenker at kommunikasjon er spesielt viktig i møte med spontanaborterende kvinner, da de kan ha et behov for at sykepleier påvirker situasjonen til noe bedre. Hvis sykepleier snakker og handler bevisst kan dette føre til en forandring (Travelbee, 2011).

3.1.7 Oppsummering

Jeg har nå tatt for meg noe av Joyce Travelbees sykepleieteori og definisjoner. Jeg har først beskrevet hva hennes definisjon på sykepleie er – at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som alltid omhandler mennesker. Jeg har videre beskrevet hva et menneske-til-menneske-forhold er og hvorfor det er viktig å bruke dette begrepet konsekvent i møte med spontanaborterende kvinner. Jeg har også tatt for meg begrepet lidelse som Travelbee understreker er en individuell opplevelse som blir sterkere jo større tilknytning vi har til det vi mister, og kommunikasjon som Travelbee sier er sykepleiers viktigste redskap i sykepleieprosessen. Jeg vil utdype videre i drøftingen hvordan menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon kan være med på å hjelpe sykepleier i møte med en spontanaborterende kvinne og hennes lidelse.

3.2 Teori om spontanabort

3.2.1 Spontanabort

Betegnelsen spontanabort brukes når et svangerskap avbrytes uten medisinsk provokasjon, og er så tidlig at fosteret ikke har nådd grensen for levedyktighet. Cirka 15 til 20 prosent av erkjente svangerskap ender i en spontanabort. Grunnet forskning og utvikling har barn med en fødselsvekt ned til 500 gram nå muligheten til å overleve utenfor livmoren. I Norge regner vi i dag med at foster har en teoretisk mulighet til å overleve etter ca. 20. svangerskapsuke (Gudim og Juvkam, 2008).

Flohr og Wold (2008) skriver at det før i tiden het seg at spontanabort før uke 12 var naturens egen måte å ordne opp på og at hendelsen ofte ble fortiet eller bagatellisert. Bare for tretti år siden var det ikke vanlig å fortelle om graviditeten, selv ikke til sine aller nærmeste før en hadde passert svangerskapets uke 12. Hvis en fortalte om en spontanabort som skjedde før uke 12 ble en bare bedt om å prøve på nytt igjen. Dette skapte lite rom for å kunne uttrykke sine følelser rundt hendelsen. Jeg tror denne kulturen kan henge litt igjen i dagens samfunn da flere kvinner fortsatt velger å ikke fortelle familie og venner om graviditet før 12. uke har passert. Jeg tror også etter det jeg har erfart på gynekologisk og kirurgisk avdeling at mange kvinner fortsatt opplever lite rom for å uttrykke sorg og skuffelse etter en spontanabort før uke 12.

3.2.2 Årsak til spontanabort

Årsakene til spontanabort kan deles inn i føtale og maternelle, men årsaken er som regel ukjent. Genetiske defekter som kromosomavvik er den vanligste årsaken til spontanabort, men utviklingsanomalier og placentasykdom forekommer også (Gudim og Juvkam, 2008). Noen kvinner kan føle at spontanabort er en form for straff, eller at de har forårsaket spontanaborten selv. Det er derfor viktig at sykepleier vet noe om årsakene til spontanabort og kan informere kvinnene om dette.

De maternelle årsakene til spontanabort kan være hormonelle som ved sviktende corpus luteum som produserer hormonet progesteron, eller anatomiske som livmor- og livmorhalsinsuffiensi. Infeksjon kan også være en årsak til spontanabort. Andre risikofaktorer er kvinnens alder, der risikoen for spontanabort øker ved en alder over 35 år (Gudim og Juvkam, 2008). Livsstilsforhold har også stor betydning for kvinnens helse. Kvinner som

røyker rammes hyppigere av spontanabort enn kvinner som ikke røyker. Rusmisbruk, alkohol og feilernæring gir også økt risiko for spontanabort (Flohr og Wold, 2008). I tillegg kan en rekke sykdommer, for eksempel diabetes mellitus øke faren for spontanabort (Gudim og Juvkam, 2008).

3.2.3 Symptomer og behandling av spontanabort

Ved spontanabort får kvinnen rielignende smerter og vaginalblødninger. Ved opplevelse av disse symptomer henvises kvinnen til sykehus der hun undersøkes av lege.

Spontanabort diagnostiseres oftest ved ultralydundersøkelse. Når aborten er konstatert henvises kvinnen til kirurgisk eller gynekologisk avdeling, og eventuelle rester av foster må tømmes fra livmoren. Dette gjøres ved en utskrapning i livmor i generell eller lokal anestesi. Kvinner er ofte kort tid i intensiv avdeling etter inngrepet. Hun kommer tilbake til kirurgisk avdeling hvor hun ligger til observasjon. Enkelte reiser hjem samme kveld, andre dagen etter. Hvis kvinnen har lite rester igjen i livmoren, kan dette blø ut av seg selv. Kvinnen sendes da til kirurgisk avdeling hvor hun blir observert til lege ser at hun har abortert ut hele fosteret. Etter det kan hun reise hjem. Behandling av spontanabort kan skape mye ventetid for kvinnen. Hun kan bli sittende en del alene noe som kan føre til mer lidelse for kvinnen.

3.2.4 Kvinners psykiske reaksjoner ved spontanabort

Tidspunktet for når en kvinne begynner å føle at hun bærer et barn kan være svært individuelt. En kvinne kan føle samme tilknytning til et foster som er 10 uker gammelt som et foster som er 23 uker gammelt (Flohr og Wold, 2008). Jordmor Sylvi Egeland referert i Flohr og Wold (2008) sier at kvinner får en eller annen form for følelsesmessig tilknytning til barnet fra det øyeblikket hun oppdager at hun er gravid. Det er umulig for kvinnene å legge disse følelsene på vent. Selv om kvinner vet at svangerskapet skal vare i ni måneder og er forbundet med usikkerhet tar forventningsglede lett overhånd. En danner seg forestillinger om barnet, regner ut termin dato og en har kanskje allerede begynt å tenke på navn. Det smertefulle spriket mellom drøm og virkelighet er noe mange erfarer i forbindelse med spontanabort. Når en mister barnet i løpet av svangerskapet vil det for de aller fleste fremkalle sterke reaksjoner og følelser (Flohr og Wold, 2008).

Evans (2012) skriver at spontanabort kan være en traumatisk livshendelse for kvinner, som krever sensitiv omsorg fra pleiepersonalet. Spontanabort kan betraktes som den mest

smertefulle formen for sorg hos kvinner fordi hendelsen ofte er uventet og nesten alltid uforklarlig, og blir kanskje aldri glemt. Samfunnet ser ofte ikke på spontanabort som en hendelse som fører til en sorgreaksjon. Spontanabort kan også bli oversett av forskere og helsepersonell. Evans (2012) skriver også at forskning viser at det følelsesmessig kan være like vanskelig å miste et foster etter seks uker som etter 40 uker svangerskap.

De psykiske reaksjoner som skjer hos kvinnen etter en spontanabort kan være svært forskjellige. Mye er avhengig av kvinnens livssituasjon og forhistorie. Noen kvinner kan begynne å uroe seg for om hun kan bære et barn frem, og om spontanaborten er en slags moralsk straff, skjebnen eller guds straff. Dette er ikke relevant for alle kvinner, men spontanabort fremkaller reaksjoner som overrasker mange (Flohr og Wold, 2008). Astrid Gulbrandsen referert i Flohr og Wold (2008) forteller at et svangerskap naturlig fører kvinnen inn i en dypere følelsesmessig tilstand. ”Det å kjenne at en ikke kan holde på den skapningen som en av hele sitt hjerte og hele sitt sinn ønsker å beskytte, er en overveldende og vond opplevelse” (Flohr og Wold, 2008:37).

Å bli konfrontert med at livet tar slutt, enten dette skjer i mors mage eller etter fødsel, kobles ofte til de store evighetstemaene. En mister noe når døden trer inn i ens liv, en mister en del av sin fremtid. Spontanabort påvirker alle områder i livet. Kroppen blir preget av det som har skjedd, følelsene er ofte i høyspenn, og en skal reorientere seg i en ny hverdag og en ”avbrutt” fremtid. Noen kvinner føler de ikke har rett til å sørge, siden de ikke var kommet langt i svangerskapet. Kvinnen kan derfor skjule sin sorg (Flohr og Wold, 2008).

Eide og Eide (2007) sier at den normale reaksjonen på et tap er sorg, og at reaksjonen ofte er sterkest når tapet kommer uforberedt. Sorg er en følelse som er vanskelig å slippe inn på seg. Det kan utfordre ens selvfølelse og evne til å se mening i hendelsen og tilværelsen. Den svenske psykologen Gurli Fyhr referert i Flohr og Wold (2008), sier at sorg alltid er knyttet til et tap. Sorg oppstår når vi mister noe vi har kjært (Flohr og Wold 2008). Fyhr sier videre at sorg utvilsomt er en av de tyngste og mest komplekse følelser et menneske har. Sorgen oppstår i nåtid, har sine røtter i fortiden og vi strever gjerne med å få den ut av vår fremtid.

En skiller ofte mellom fire ulike faser mennesker går igjennom ved krise og sorg; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg, 2007). For mange kvinner kan en spontanabort utløse en krisereaksjon. Da er det viktig at sykepleier

har kunnskap om hva krise og sorg innebærer slik at hun kan hjelpe kvinnen med å mestre disse reaksjonene.

Krise stammer fra det greske ordet *krisis* og betyr avgjørende vending. Ordet har vært i bruk lenge og blir stadig brukt i forbindelse med psykiske reaksjonsmønstre ved plutselige vanskeligheter og problemer. En krise kan oppstå når et menneske befinner seg i en ny situasjon der tidligere opplevelser ikke er tilstrekkelige for å forstå og beherske situasjonen (Cullberg, 2007).

Kvinner beskriver opplevelsen med å spontanabortere som traumatisk. Ofte kan de beskrive hendelsen i svært konkrete detaljer i år etter hendelsen. Ventetiden før utskraping der kvinner må bære det døde barnet, en dag eller noen timer, beskrives av noen kvinner som en smertefull ventetid fylt med mareritt, redsel, hjelpeløshet og følelsen av galskap (Gerber-Epstein et al., 2011). Kvinner i studiet til Gerber-Epstein et al. (2011) forteller om motstridende følelser som oppstod i forkant av utskrapningen. På en måte ønsket kvinnene å få fosteret ut fordi det var dødt. Samtidig ville de ikke at noen skulle røre fosteret da det faktisk var barnet deres. Murphy og Merrell (2009) poengterer at utskrapning fysisk markerer og avslutter kvinnens graviditet og kvinnens identitet som gravid.

Gerber-Epstein et al. (2011) sier at kvinnene i deres studie umiddelbart etter nyheten om det døde fosteret prøvde å forstå hva de hadde mistet og ta inn så mye informasjon som mulig. De beskriver en rask følelse av kollaps av drømmer, fantasier og fremtidige planer, og at denne fasen i spontanaborten er svært vanskelig, smertefull og meningsløs. Sorg, hjelpeløshet og tårer var noen av de første reaksjonene som oppstod når kvinnene forstod at de hadde spontanabortert. Kvinnene fortalte også at det var vanskelig å forstå spontanaborten da de mistet noe de aldri hadde møtt. Graviditeten var en realitet, men samtidig bare en fantasi. Dette har gjort at kvinnene i flere år etter hendelsen tenker på hva de har mistet.

Mange kvinner kan føle at en spontanabort er som et tap av morsrollen. Et mislykket forsøk på å få barn kan føre til at kvinner tenker at de kanskje ikke er i stand til å bære frem et barn og at de ikke er fertile. Mange knytter det å føde et barn til selve meningen med det å være kvinne. Derfor kan en spontanabort utfordre rollen som kvinne og kvinnens feminitet (Gerber-Epstein et al., 2011).

3.2.5 Psykiske behov ved spontanabort

Sèjournè, Callahan og Chabrol (2010) forteller at under og i ettertid av spontanabort ønsker de fleste kvinner støtte fra helsepersonell. Samtale med lege, tilgang på sykepleier på alle tidspunkt, medisinsk oppfølging og gruppeterapi for kvinner som har spontanabortert er noen av de intervensjonene som kunne hatt mest nytte for kvinnene i studiet til Sèjournè et al. (2010). Kvinner har behov for psykisk støtte umiddelbart etter at nyheten om spontanaborten blir gitt.

Kvinner har et behov for informasjon om spontanabort, hva spontanabort er, hvorfor det kan skje og hvilke konsekvenser det kan gi. Kvinner beskriver i Sèjournè et al. (2010) at de som fikk for lite informasjon følte seg mindre rustet til å takle spontanaborten og de psykiske reaksjonene som oppstod. Dette mener de kan forbedres av helsepersonell. I Murphy og Merrells (2009) studie beskriver kvinnene betydningen av sykepleiere og annet helsepersonell i behandlingen av spontanabort. De forteller at sykepleiere og andre som yter sensitiv omsorg er av stor betydning for kvinnens psykiske reaksjoner og rehabilitering. Hvordan sykepleier møter kvinnen og kommuniserer er viktig for hvordan kvinnen opplever hendelsen.

Kvinner kommer med anbefalinger i Gerber-Epstein et al. (2011). De oppfordrer helsepersonell til å møte kvinnen der hun er, være med kvinnen i hennes smerte, la henne sørge og la hver kvinne oppleve og reagere på hendelsen på sin helt egen, unike og individuelle måte. I boken ”små føtter setter også dype spor” kommer mennesker som har mistet et barn med en bønn til helsepersonell som gir akutt krisehjelp:

- Møt meg med medmenneskelighet, varme, og fremfor alt, god tid!
- Ikke spør meg om hva jeg trenger – det vet jeg ikke!
- Ikke spør meg om jeg vil snakke med presten eller andre som kan hjelpe- jeg vet ikke hvem jeg trenger, bare la dem komme!
- Husk at jeg trenger all den hjelpen jeg kan få, selv om jeg kanskje ikke viser det
- Ikke kom med kun masse muntlig informasjon – jeg kommer ikke til å huske det. Gi meg også brosjyrer jeg kan ta med meg hjem.
- Husk at jeg er i sjokk og ikke kan tenke klart.
- Ikke la meg sitte alene å vente- tiden blir så uutholdelig lang!

(Teigen, 2008:207)

3.3 Samfunn og spontanabort

3.3.1 Hvilke helsetjenester er tilgjengelig for kvinnen i ettertid av spontanaborten?

Når jeg leter etter helsemyndighetenes tilbud til kvinner som opplever spontanabort finner jeg lite eller ingen informasjon. Jeg har lett på hjemmesidene til alle helseregionene i Norge og helsedirektoratet, men finner ingen tilbud til disse kvinnene. På forskjellige internettforum leser jeg at kvinner som har opplevd spontanabort etterspør tilbud om hjelp etter spontanabort, da de ikke finner informasjon om dette. Noen kvinner forteller at de har hatt kontakt med jordmor og Amatheia som er en helsetjeneste som arbeider med svangerskapsavbrudd. Dette har vært på eget initiativ da de ikke fikk informasjon om disse mulighetene på sykehuset.

3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Retningslinjene nedenfor viser at mitt tema og problemstilling er aktuelt og relevant for sykepleie, og at sykepleier har et ansvar for omsorg for kvinner som spontanaborterer, og å bidra til å lindre lidelsen hos kvinnene.

1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.

1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse (...).

(Norsk Sykepleierforbund, 2011).

4.0 DRØFTING

I denne delen vil jeg forsøke å svare på min problemstilling ”*Hvordan kan sykepleiere møte de psykiske reaksjoner som oppstår hos spontanaborterende kvinner i sykehus?*”. Jeg vil beskrive hvordan sykepleier kan møte den spontanaborterende kvinnen og komme med konkrete forslag til tiltak.

4.1 Møte med spontanaborterende kvinner

Som nevnt er spontanabort en tung, smertefull og privat opplevelse som kan utløse forskjellige reaksjoner hos kvinner. De følelser som oppstår kan være vanskelig å snakke om. For at sykepleier skal møte og hjelpe kvinnen mestre disse reaksjonene er et tillitsfullt og trygt forhold nødvendig. Hvordan sykepleier velger å tilnærme seg den spontanaborterende kvinnen er av stor betydning for om kvinnen føler hun kan åpne seg og dele sine følelser med sykepleier. Sykepleier må møte kvinnen slik at hun føler seg ivaretatt og sett på som et unikt menneske slik at et godt forhold kan oppnås.

Når den spontanaborterende kvinnen møter sykepleier for første gang i sykehus har hun allerede fått nyheten om at fosteret hennes er dødt. Dette betyr at følelser av sorg, krise, hjelpeløshet og redsel allerede kan ha oppstått. Disse følelsene kan være vanskelig for kvinnen å snakke åpent om med sykepleier ved første møte. Det er derfor viktig at sykepleier ønsker å skape et menneske-til-menneske-forhold der en danner et miljø og en relasjon kvinnen kan føle seg komfortabel i. Sykepleier må bli kjent med kvinnen og gjennom et slikt forhold ivareta kvinnens individuelle behov. Et menneske-til-menneske-forhold betyr å møte hverandre med gjensidig respekt og er derfor en god modell for hvordan sykepleier kan møte spontanaborterende kvinner i sykehus. Et slikt forhold kommer ikke av seg selv. Sykepleier må bygge dette opp ved å kommunisere, samhandle og samarbeide med kvinnen. Hun må også involvere kvinnen i behandlingen hun mottar på sykehuset og vise interesse for hva kvinnen føler og erfarer under spontanaborten. Sykepleier bør søke å bli kjent med kvinnen i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. For at sykepleier skal kunne forstå hvorfor kvinnen reagerer på sin måte må hun vite noe om kvinnen og hennes tilknytning til fosteret, forventninger til svangerskapet og de drømmer hun kan ha hatt under graviditeten. Det er derfor veldig viktig å spørre om hvilken indre, privat betydning hendelsen har for kvinnen. Ved å bli kjent med hverandre gjennom kommunikasjon og et menneske-til-menneske-forhold kan sykepleier lettere møte de psykiske reaksjoner som oppstår under spontanabort.

For å legge til rette for et menneske-til-menneske-forhold må sykepleier under første møte vise omsorg for den spontanaborterende kvinnen og vise at hun ønsker å hjelpe. Sykepleier bør vise respekt, forståelse og empati for kvinnen. Ved å vise empati tror jeg sykepleier kan kommunisere at hun har forståelse for hva kvinnen går gjennom og at hun ikke bagatelliserer følelsene og reaksjonene hennes. Empati åpner også for refleksjon og gir kvinnen rom for å uttrykke følelser. For å vise empati må sykepleier kjenne på hva kvinnen tenker, føler og erfarer. Sykepleier trenger ikke tenke likt som kvinnen for å vise empati, men ha et ønske om å forstå de følelser kvinnen gjennomgår (Travelbee, 2011). Sykepleier må huske å skille mellom sine egne følelser og kvinnens følelser, og ikke ta for gitt at den spontanaborterende kvinnen reagerer på samme måte som andre kvinner hun har møtt (Flohr og Wold, 2008).

For å møte de psykiske reaksjoner som oppstår med respekt må sykepleier vise interesse for kvinnen. Travelbee (2011) sier at interesse mangler vil kommuniseres uansett hvilke ord og uttrykk sykepleier velger å bruke. Dette kommer frem gjennom sykepleierens kommunikasjon. Det er derfor viktig at sykepleier reflekterer over hvordan hun kommuniserer verbalt og nonverbalt.

Jeg husker veldig godt hvordan sykepleier "Kari" fra sykepleierpraksis på gynekologisk avdeling kommuniserte med en pasient under det innledende møtet. Under en kveldsvakt kom en kvinne til avdelingen for å gjennomføre en utskrapning. Hun hadde nettopp fått vite at fosteret var dødt og at en utskrapning var nødvendig. "Kari" møtte kvinnen og ba henne om å vente på vårt felles oppholdsrom mens vi gjorde rommet hennes klart. En god stund etterpå hadde "Kari" en samtale med kvinnen for å få forskjellig informasjon om svangerskapet og annet som var nødvendig for å gjennomføre utskrapningen. "Kari" håndhilste ikke på kvinnen og hadde stort fokus på papirene sine under samtalen. Hun brukte ord som "embryo" og "det" da hun refererte til fosteret og når hun skulle forklare behandlingen til kvinnen. Jeg reagerte veldig på dette møtet og følte at dette førsteinntrykket kunne gjøre at pasienten opplevde å ikke bli ivaretatt av sykepleier. Jeg følte også at et slikt møte kunne gjøre det vanskelig for sykepleier og kvinnen å oppnå et menneske-til-menneske-forhold da kvinnen kanskje følte at hun ikke ble møtt med respekt.

I ettertid av denne hendelsen har jeg tenkt over mulige årsaker til sykepleier "Karis" behandling av den spontanaborterende kvinnen. Kanskje "Kari" distanserte seg fordi hun ikke

maktet å møte kvinnens sorg og fortvilelse. Kanskje var hun ikke trygg nok på seg selv i denne situasjonen og ikke visste hvordan hun skulle håndtere kvinnens reaksjoner og sine egne reaksjoner.

Det å ikke distansere seg fra den spontanaborterende kvinnen beskrives som vanskelig for noen sykepleiere. Ofte forstår sykepleier den psykiske påkjenningen en spontanabort er, men velger å distansere seg fra det følelsesmessige rundt hendelsen. Dette fordi det å bry seg og sette seg inn i situasjonen ofte er en stor belastning for sykepleier (Murphy og Merrell, 2009). Jeg tenker at sykepleier uansett må unngå å bagatellisere og distansere seg fra det psykiske aspektet rundt spontanabort. Sykepleier må gå inn i disse situasjonene og heller søke støtte og veiledning hos kollegaer og erfarne sykepleiere når påkjenningen blir for stor. Noen ganger kan det også være svært travelt i avdeling der sykepleier nedprioriterer tid til kvinner som spontanaborterer. Jeg tenker det kan være en årsak til at sykepleierne distanserer seg fra kvinnen da de ikke finner tid til å sette seg inn i situasjonen deres.

Som nevnt tidligere i oppgaven kan en reaksjon etter spontanabort være at kvinner føle seg sveket av egen kropp. De kan føle at rollen som kvinne er truet og de kan være forvirret da de har mistet noe de aldri har møtt (Gerber-Epstein et al., 2011). Dette kan være vanskelig å snakke om, spesielt hvis kvinnen føler hun ikke har rett til å sørge fordi hun har spontanabortert tidlig i svangerskapet. Det er da viktig at sykepleier prøver å fange opp slike følelser hos kvinnen gjennom et menneske-til-menneske-forhold og gjennom kommunikasjon. I et slikt forhold vil det være lettere for kvinnen å dele tanker og følelser med sykepleier fordi de har gått gjennom fasene som resulterer i gjensidig forståelse og kontakt. De er blitt kjent med hverandre, stoler på hverandre og ser på hverandre med gjensidig respekt (Travelbee, 2011). Ved kommunikasjon kan sykepleier observere og fange opp eventuelle tanker og problemer kvinner føler men ikke gir uttrykk for etter spontanabort.

Kommunikasjon er en prosess som åpner for et menneske-til-menneske-forhold og gjør sykepleier i stand til å hjelpe individer med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 2011). For at sykepleier skal bruke kommunikasjon for å møte og hjelpe kvinnen med de psykiske reaksjoner som oppstår og for å prøve å gjøre en forandring i situasjonen til kvinnen, er det viktig at hun har noen kunnskaper og ferdigheter om kommunikasjon. Hun bør vite noe om hvordan hun skal stille spørsmål som åpner for samtale og hvilken betydning kroppsspråket hennes har under kommunikasjon. For eksempel kan sykepleier komme inn til en gråtende kvinne som nettopp har spontanabortert å spørre ”gråter

du fordi du har mistet barnet?”. Dette spørsmålet kan virke ledende og gjøre at kvinnens svar kun blir ”ja”. Hadde sykepleier i stedet for spurt ”Hvorfor gråter du?” kunne svaret blitt ”jeg gråter fordi jeg føler det er min feil at jeg mistet barnet”. Nonverbal kommunikasjon kan også gjøre at sykepleier ikke blir ordentlig kjent med de følelser den spontanaborterende kvinnen har. Sykepleier kan for eksempel, i stedet for å sette seg, stå under samtale med kvinnen. Dette kan signalisere at sykepleier har det travelt slik at kvinnen velger å holde tilbake ting hun egentlig ønsker å snakke om fordi hun ikke vil oppholde sykepleier.

Hvordan sykepleier velger å ordlegge seg under kommunikasjon har betydning for hvordan kvinnen som spontanaborterer opplever å bli møtt. Sykepleier kan velge å bruke ord som sårer kvinnen og som forhindrer et menneske-til-menneske-forhold. Hver enkelt kvinne vil reagere forskjellig på spontanabort og vil også beskrive hendelsen forskjellig (Flohr og Wold, 2008). Sykepleier må derfor være oppmerksom på hvilke uttrykk og utsagn hun bruker under samtale. Sykepleier kan for eksempel velge å referere til fosteret som barn, foster eller embryo. Hvilket av disse ordene sykepleier velger å bruke kommuniserer noe til kvinnen. Ordet ”embryo” kan gjøre at kvinnen føler at sykepleier bagatelliserer og distanserer seg fra hendelsen, ordet ”barnet” kan igjen for noen kvinner fremkalle sterke reaksjoner. Jeg tror sykepleier i det innledende møtet må observere og gjøre seg kjent med hva kvinnen ønsker å kalle fosteret og hvilke andre ord kvinnen velger å bruke for å forklare og snakke om hendelsen. Det er kun kvinnens egen ordlegging som blir rett i situasjonen.

Sykepleier bør være forsiktig med å bruke utsagn som kan virke sårende på kvinnen. For eksempel bør sykepleier unngå å fortelle kvinnen at hun skjønner hvordan hun har det da kvinnen kan føle at sykepleier ikke ser det unike i situasjonen og at kvinnens følelser bagatelliseres. En bør heller ikke legge fokuset på barna hjemme om kvinnen har andre barn, da det er vanskelig for henne å se på seg selv som heldig i situasjonen (Flohr og Wold, 2008). Også utsagn som at spontanaborten er ”naturens gang” og at ”det kommer alltid en ny sjanse” bør sykepleier aldri si da det kan skape en forverring i kvinnens sorg og følelser (Jacobs og Harvey ref. i Evans, 2012).

Mange kvinner som spontanaborter i sykehus beskriver å føle seg ensomme under oppholdet. Gerber-Epstein et al. (2011) forteller at kvinner beskriver det å vente alene som ekstremt tøft og vanskelig da vonde tanker og en følelse av hjelpeløshet, tap av kontroll på egen kropp og smerte dukket opp. Tiden alene opplevdes også som veldig lang. Det er ikke sjeldent at spontanaborterende kvinner må dele pasientrom med andre. I enkelte tilfeller kan dette være

godt for kvinnen fordi hun slipper å være alene. Samtidig kan et dobbeltrom gi lite privatliv som fører til at kvinnen holder tilbake på psykiske reaksjoner og følelser. I Murphy og Merrells (2009) studie kommer det frem at kvinner hadde godt av å være på et privatrom da de følte at det å være for seg selv ga dem mulighet til å gråte og sørge over det de hadde mistet. Samtidig måtte sykepleierne være flinke å komme innom, spesielt hvis de var alene på rommet. Noen kvinner forteller nemlig at det tok for lang tid mellom hver gang sykepleier kom innom. De følte seg alene og at ingen brydde seg om dem. Ut fra dette tenker jeg at sykepleier alltid bør prøve å skaffe spontanaborterende kvinner et privatrom og heller være tilstede, ikke la kvinnen være alene over lengre tid og ikke la henne vente alene. Når et privatrom ikke er tilgjengelig er det viktig at sykepleier tar kvinnen med på et annet rom under samtale slik at kvinnen kan åpne seg for sykepleier.

4.2 Å samtale om spontanabort

Kvinner har ofte behov for å snakke om spontanaborten med helsepersonell, men samtidig kan det være vanskelig å snakke åpent om sine følelser og reaksjoner. Det kan være temaer og problemstillinger som kvinnen ikke ønsker å snakke om umiddelbart etter hendelsen (Schott et al ref. i Evans, 2012). Sykepleier må derfor aldri påtvinge kvinnen samtale om dette temaet, men heller vise at hun er tilgjengelig når kvinnen ønsker det. Et menneske-til-menneske-forhold kan sørge for at kvinnen føler at hun kan snakke åpent til sykepleier på sine egne premisser.

Jeg tror det er viktig at sykepleier byr på seg selv og viser kontinuitet. Selv om den spontanaborterende kvinnen kan avslå tilbud om samtale første gang, kan det være at hun har behov for samtale på et senere tidspunkt. Sykepleier må derfor spørre på nytt og vise at tilbudet om samtale fortsatt står, selv om kvinnen velger å avslå. Mange kvinner kan også ha godt av å snakke med andre kvinner som også har opplevd spontanabort, slik at en ser at man ikke er alene om hendelsen. Kvinner forteller i Sèjournè et al. (2010) at gruppeterapi med andre som har opplevd spontanabort hadde vært til god hjelp i ettertid. Jeg tror det er få sykehus som har slike tilbud der du kan snakke med kvinner i samme situasjon, men sykepleier kan være behjelpelig med å gi informasjon om forskjellige foreninger og forumer for kvinner som har opplevd spontanabort. Eksempler er forumene ”Et barn for lite” og ”Barnet som ikke ble”, som er laget av og for kvinner, som finner styrke og glede i å dele erfaringene sine med andre. Jeg tror sykepleier kan møte kvinnens psykiske reaksjoner på en god måte ved å tilby samtaler og vise kvinnen kontinuitet og behjelpelighet.

4.3 Informasjon

God informasjon bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og skaper forutsigbarhet og mening (Eide og Eide, 2007). Det er viktig at sykepleier gir informasjon som tar sikte på å trygge kvinnens situasjon. Eksempel på dette er informasjon om de rutinene avdelingen har i forhold til spontanabort, hva som skjer med fosteret i ettertid, hva som skjer med kroppen etter en spontanabort og om hvilke konsekvenser en spontanabort kan ha. Slik informasjon kan være med på å skape trygghet og forutsigbarhet for kvinnen som kan hjelpe henne mestre sine psykiske reaksjoner på spontanabort.

For at informasjon skal gi trygghet må den tilrettelegges hver enkelt kvinne. I samtale med den spontanaborterende kvinnen bør sykepleier være godt forberedt og ha gode kunnskaper om det hun skal formidle. Sykepleier må passe på å gi fullstendig informasjon, men ikke overlesse pasienten med unødvendige mengder informasjon som hun ikke evner å forholde seg til eller ikke husker (Eide og Eide, 2007). Chan og Arthur referert i Evans (2012) sier at kvinner kan ha vanskelig for å ta inn informasjon etter en spontanabort og at en heller bør gi informasjon i skriftlig form.

Da jeg var sykepleiestudent ved gynekologisk avdeling opplevde jeg at kvinnene som spontanaborterte hadde behov for informasjon om årsaken til hendelsen. Det at spontanabort er ”naturens gang” syntes ikke jeg var et godt nok svar. Jeg tenker at informasjon kan bidra til mer trygghet og forståelse for kvinnen, og etter å ha lest litteratur og forskning om dette temaet ser jeg at kvinnen har et sterkt behov for informasjon.

Jeg tror det er viktig og riktig med informasjon om årsaker til spontanabort. Kvinner kan i etterkant av en spontanabort klandre seg selv, og føle at hun kunne gjort noe annerledes for å beholde fosteret (Murphy og Merrell, 2009). Vi mennesker er skapt slik at vi ønsker forklaring på ting, men i de fleste tilfeller er årsaken til spontanaborten ukjent (Gudim og Juvkam, 2008). I disse tilfellene er det viktig å støtte og informere kvinnen om at hun trolig ikke kunne påvirket utfallet slik at kvinnen ikke klandrer seg selv. Kvinner kan føle mindre skyldfølelse og selvbebreidelse hvis de blir gitt klare forklaring på hva som har skjedd med dem. Dette er spesielt tydelig når helsepersonell understreker til kvinnen at ingenting kunne vært gjort for å hindre spontanaborten (Corbett-Owen og Kruger ref. i Evans, 2012). Samtidig er det viktig å informere om ulike risikoer ved svangerskap. For eksempel er det viktig å informere kvinner om livsstilsvaner som kan øke risikoen for spontanabort, slik at kvinnen eventuelt kan forandre på dette om hun ønsker å bli gravid igjen. Det er også viktig å

informere om ulike årsaker til spontanabort for å unngå at kvinner føler de blir moralsk straffet.

I etterkant av en spontanabort kan kvinner føle seg sveket av egen kropp og se på seg selv som ubrukelig. I mange tilfeller mister kvinnen troen på at hun kan bli gravid igjen og gruer seg derfor til å prøve å få barn på nytt (Gerber-Epstein et al., 2011). Dette har i noen tilfeller ført til at kvinner har valgt å ikke bli gravid igjen: ”Innen året ble jeg sterilisert, fordi, jeg ønsket ikke å oppleve dette igjen, (...) Det var den eneste måten å beskytte meg på slik at det ikke skjer igjen” (Caroline ref. i Murphy og Merrell, 2009:3). Jeg tenker det er viktig at sykepleier prøver å fange opp slike tanker og følelser gjennom god kommunikasjon med kvinnen. Det er viktig at kvinnen forstår at en spontanabort ikke betyr at hun ikke kan få en vellykket graviditet senere (Gudim og Juvkam, 2008). Eide og Eide (2007) skriver at kunnskap om hva sykdom innebærer og hvordan man best kan forholde seg til dette kan være viktig både for pasientens mestring og evnen til å innrette seg hendelsen.

Kvinner har rett på informasjon. Dette er beskrevet i Lov om Helsepersonell (1999) § 10, og i Lov og pasientrettigheter (1999) §3-5. Her står det nedskrevet at helsepersonell plikter å gi informasjon, og at pasienter skal ha den informasjonen som er nødvendig for å kunne få innsikt i sin helsetilstand. Hva som er nødvendig informasjon må sykepleier vurdere i hvert enkelt tilfelle. Noen kvinner kan ønske informasjon om selve fosteret, hvordan det så ut og hvor stort det var. Enkelte kvinner ønsker også å se fosteret. Noen kvinner trenger slik informasjon for å forstå hva de mistet. Om sykepleiere skal gi slik informasjon, eller om kvinner bør se fosteret, er det ingen av de artiklene jeg har lest som tar opp. Under min sykepleiepraksis i gynekologisk avdeling ble de kvinnene som spontanaborterte på naturlig måte i et bekken fortalt at de ikke måtte se i bekkenet etterpå. De ble altså oppfordret til å ikke se fosteret. Likevel var det en kvinne som valgte å gjøre dette. Hun fortalte meg at hun ikke angret på dette fordi hun fikk en større forståelse for hva hun hadde mistet og at hun selv kunne se at dette ikke kunne utviklet seg til å bli et barn. Jeg tenker at sykepleier må være forsiktig med å bestemme om kvinnen skal se fosteret og å velge å gi eller ikke gi informasjon om fosteret. Det å se fosteret eller få informasjon om fosteret kan hjelpe kvinnen mestre psykiske reaksjoner ved at hun kan få en større forståelse for hva som har hendt. Sykepleier må nøye vurdere om slik informasjon kan være til hjelp hos hver enkelt kvinne. Sykepleier kan spørre kvinnen om dette er noe hun ønsker, og i så fall, snakke med kvinnen om dette og gi god informasjon i forkant for å unngå at kvinnen angret på en slik avgjørelse i ettertid.

Kvinner har ofte et behov for informasjon om veien videre etter en spontanabort. Som nevnt overfor forteller kvinner at de ønsker skriftlig informasjon. Jeg tenker informasjon i form av brosjyrer som kvinner kan ta med seg hjem kunne vært et godt tiltak. Jeg syntes det var stor mangel på informasjon, brosjyrer og tilbud til kvinner som har spontanabortert på praksisavdelingen min. Da kvinner ikke får oppfølging fra sykehuset mener jeg sykepleier bør informere om de ulike tilbud kvinnen kan benytte seg av, for eksempel de forskjellige nettforumene for kvinner som har spontanabortert. Kvinnen kan også ha behov for å snakke med noen i ettertid. En jordmor eller en helsesøster kunne kanskje da blitt kontaktet, da det ikke finnes mange andre tilbud enn det å bli henvist gjennom fastlege til psykolog. Dette bør stå i brosjyrene som kvinnene kan få av sykehuset. I brosjyren kan det kanskje stå noe om årsakene til spontanabort slik at kvinnen kan lese om dette når hun kommer hjem. Slik informasjon kan styrke kvinnen på lengre sikt og hjelpe kvinnen med å bearbeide sorgen og følelsene sine etter spontanaborten.

5.0 AVSLUTNING

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å finne ut hvordan sykepleier kan møte de psykiske reaksjoner som oppstår hos spontanaborterende kvinner. Kvinner reagerer svært individuelt på en spontanabort som skjer før svangerskapets 12. uke. Hos noen kvinner kan lidelse og en sorgreaksjon oppstå der følelser av en utfordret kvinnerolle og hjelpsløshet er dominerende. For at sykepleier skal møte de psykiske reaksjoner som oppstår hos spontanaborterende kvinner har jeg gjennom drøftingen lært at sykepleier må møte kvinnen med respekt, åpenhet og interesse gjennom et menneske-til-menneske-forhold og ved bruk av kommunikasjon. Etter en spontanabort har kvinnen behov for å bli ivaretatt, sett på som et unikt individ og at sykepleier møter henne der hun er. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold og gjennom kommunikasjon kan sykepleier bli kjent med kvinnen, lære hvorfor kvinnen reagerer på sin måte og hjelpe kvinnen mestre og bearbeide sine reaksjoner og følelser.

Jeg har også lært at kvinner har det bedre under og i etterkant av en spontanabort hvis de blir møtt med respekt og empati og blir gitt god informasjon. Informasjon er med på å gi trygghet og skaper en forutsigbarhet som kan gjøre kvinnen bedre rustet til å mestre sin lidelse. Informasjonen må være konkret og tilrettelagt slik at kvinnen kan ta inn og forstå informasjonen som blir gitt. Kvinnen bør også få skriftlig informasjon.

Selv om kvinnen oppholder seg kort tid i avdelingen er det viktig at sykepleier tar seg tid til samtale med kvinnen, viser kontinuitet og viser interesse overfor kvinnen og det hun føler. På en slik måte kan sykepleier bli kjent med kvinnen, fange opp og hjelpe kvinnen med de problemstillingene hun har etter en spontanabort.

Sykepleier bør møte kvinnens psykiske reaksjoner med respekt, empati og interesse slik at et menneske-til-menneske-forhold kan etableres der sykepleier kan hjelpe kvinnen bearbeide sine følelser gjennom samtale og kommunikasjon.

6.0 LITTERATURLISTE

* Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 2 (8 sider)

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Evans, R. (2012). *Emotional care for women who experience miscarriage*. Nursing Standard. 26, 42, 35-41. (6 sider) Henter fra:
<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/1023393073?accountid=35443>

* Flohr, J., Wold, K. (2008). *Barnet som ikke ble*. Oslo: Emilia press AS. Kap: 1, 4, 5 og 7 (93 sider)

* Gerber-Epstein et al. (2011). *The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices*. I: Death Studies (33), s.1-29. (29 sider) Hentet fra:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481180802494032>

* Gudim, H., Juvkam, K. (2008). *Gynekologi, kort og godt*. Oslo: Universitetsforlaget. (4 sider)

Jerpseth, H. (2010). *Sykepleie ved Gynekologiske sykdommer*. I: Almås, H. (red) Klinisk sykepleie. Bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 19

* Murphy, F. and Merrell, J. (2009). *Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage*. Journal of Clinical Nursing, 18: 1583–1591 (9 sider) Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x/abstract;jsessionid=83DF249EA243AC4BF178DF9073403E54.d01t01>

* Sèjournè et al. (2010). *Support following miscarriage: what women want*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28:4, 403-411 (9 sider). Hentet fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830903487375>

* Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Kap 2 (8 sider).

* Teigen, J. (red.) (2008). *Små føtter setter også dype spor*. Sandnes: Commentum Forlag. (1 side)

* Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1, 3, 6, 9 10 og 11 (162 sider)

* **Selvvalgt litteratur: 329 sider.**

Nettsider:

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Store norske leksikon (28.02.2013). *Reaksjon – psykiatri*. Hentet fra: http://snl.no/.sml_artikkel/reaksjon/psykiatri

Thornhill, Heidi (2000). *Spontanabort*. Nettdoktor. Hentet fra:
http://www.nettdoktor.no/graviditet_foedsel/artikler/graviditet/spontanabort

Viko: Veien til informasjonskompetanse. (2010, 17. desember). *Kildekritikk*. Hentet fra:
<http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>