

BSYBAC
Bacheloroppgave i Sykepleie



Kvinnens erfaringer med spontanabort på akuttmottaket

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

[X] Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Gjennom studiet lærer vi hvordan vi skal utøve omsorgsfull hjelp og pleie for ulike pasientgrupper. Vi ønsker å lære mer detaljert om hva som kreves av sykepleiere i en sårbar situasjon som spontanabort og hvordan denne hjelpen oppleves. Vi har erfaring med travelheten på et akuttmottak og vet hvilke tøffe beslutninger som må fattes i en travel arbeidshverdag. Dette kan gå utover pasientenes opplevelser gjennom at de ikke føler seg ivaretatt. På bakgrunn av dette ønsker vi å fordype oss i kvinnenenes erfaring.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan kvinner erfarer møte med akuttmottaket under en spontanabort. Vi ønsker å finne ut hvordan behandlingen oppleves og hva som påvirker hvilke erfaringer de sitter igjen med. Vi tar utgangspunkt i pasientperspektivet for å få forståelse for hvordan det er å være pasient i en slik situasjon og hva som er viktig for denne pasientgruppen.

Metode: Oppgaven er basert på en litteraturoversikt av fem kvalitative studier som vi har analysert og diskutert opp i mot relevante sykepleiefaglige teorier og prinsipper.

Resultater: Resultatene av studien vår viser viktigheten av informasjon om symptomer, behandlingalternativer og psykiske belastninger en kan vente etter en spontanabort. Det rapporteres om lange ventetider og lite tilsyn på venterommet.

Betydningen av empati bekreftes gjennom både positive og negative opplevelser. Kvinner som opplever en empatisk tilnærming virker bedre rustet for prosessen som kommer, etter møtet med helsevesenet. De føler seg sett og ivaretatt på en annen måte og har mer kunnskap om sorgen de skal gjennom.

Nøkkelord: Akuttmottaket, sykepleie, spontanabort, tidlig svangerskapstap, kvinners opplevelser

Innhold

Sammendrag	2
Innhold	3
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Hensikt	5
2.0 Teoretisk rammeverk	6
2.1 Kriseteori	6
2.2 Effekten av god informasjon	7
2.3 Yrkesetiske retningslinjer	7
2.4 De etiske prinsipper	7
2.5 Den etiske fordring	8
2.6 Lidelsesteori	8
3.0 Metode	10
3.1 Avklaring av begrepet metode	10
3.2 Litteratursøk	10
3.2.1 Søkestrategi og valg av databaser	10
3.2.2 Valg av artikler	11
3.2.3 Analyse av artikler	13
4.0 Resultater	15
4.1 Utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell	15
4.1.1 Mangel på informasjon om situasjonen	15
4.1.2 Uklarhet rundt videre forløp	16
4.1.3 Mangel på informasjon om psykisk belastning	17
4.2 Lange ventetider	18
4.2.1 Lange ventetider i akuttmottaket	18
4.2.2 Lange ventetider for å få utført tester og vente på resultater	18
4.3 Betydningen av empati og emosjonell støtte	19

4.3.1 Følte seg ikke sett eller tatt på alvor	19
4.3.2 Spontanaborten opplevdes som bagatellisert	19
4.3.3 Positive opplevelser med empati	20
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.1 Forskernes bakgrunn	22
5.1.2 Rekruttering og etiske vurderinger	22
5.1.3 Overførbarhet til norske forhold	23
5.1.4. Pasientperspektiv som hensikt	23
5.1.5 Kvalitativ metode som standard	24
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Viktigheten av informasjon gjennom en krise	25
5.2.2 Hva anses som god etisk praksis?	26
5.2.3 Kvinners lidelser relatert til spontanabort på akuttmottaket	28
6.0 Anvendelse i praksis	30
Referanser	31
Vedlegg	34
1. Søkelogg	34
2. Litteraturmatrise	36

Antall ord: 7819

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste årene har kvinnehelse blitt stadig mer relevant i både sosiale medier og i nyhetsartikler. Det er et viktig og interessant tema som vi synes vi lærer for lite om på sykepleiestudiet, spesielt tema som spontanabort. Gjennom studiet lærer vi hvordan vi skal ta vare på pasienter på best mulig måte. Dette er viktig for at pasientene skal oppleve god pleie og omsorgsfull hjelp. Vi har selv erfaring med travelheten på et akuttmottak og ønsker å fordype oss i kvinners erfaringer med spontanabort og deres møte med akuttmottaket. Vi tenker at dette er nyttig informasjon som vi kan ta med oss videre i vår utøvelse av sykepleie.

1.2 Problemstilling

I følge Helse Norge ender mellom 10-30% av svangerskap med tap av fosteret (Helsedirektoratet, 2021). En norsk studie fra 2006 viste at en stor del kvinner som gjennomgikk spontanabort skåret høyt på en traumatetest 10 dager etter aborten, og at de følte på sorg og tap (Broen et al., 2006, s.24-31). Kvinner som opplever symptomer på spontanabort eller usikkerhet ved svangerskapet drar gjerne til legevakten for hjelp, og blir deretter henvist til akuttmottaket for videre utredning. Akuttmottaket er en enhet som er kjent for å være hektisk. Juvik (2017) viser til at sykepleiere har stor arbeidsmengde og mye ansvar, slik at de ikke har nok kapasitet til å yte den omsorgen de ønsker. (Juvik, 2017). Kvinner som opplever en spontanabort er i en sårbar situasjon og utilstrekkelig hjelp på akuttmottaket kan bidra til psykiske belastninger relatert til sorg og usikkerhet. Med dette ønsker vi å undersøke hvordan kvinner som gjennomgår en spontanabort erfarer møtet med akuttmottaket og hva som påvirker denne opplevelsen.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan kvinner erfarer møte med akuttmottaket under en spontanabort. Vi ønsker å finne ut hvordan behandlingen oppleves og hva som påvirker hvilke erfaringer de sitter igjen med. Vi tar utgangspunkt i pasientperspektivet for å få forståelse for hvordan det er å være pasient i en slik situasjon og hva som er viktig for denne pasientgruppen.

2.0 Teoretisk rammeverk

Spontanabort er den vanligste komplikasjonen ved svangerskap, men blir ofte lite snakket om. Spontanabort er når “fosteret støtes ut før det er gammelt nok til å overleve utenfor livmoren” (Helsebiblioteket, 2021). For å kunne defineres som en spontanabort, må fosteret ha blitt støtet ut før 22. svangerskapsuke - etter det kalles det en prematur fødsel. De fleste tilfellene av spontanabort skjer derimot hovedsakelig før det er gått 12 uker. Tidlig svangerskapstap er et annet ord som blir brukt i tillegg til spontanabort. En spontanabort kan oppleves som en stor belastning, både fysisk og psykisk. Det kommer brått på og er en stor belastning for kvinnene. Etter analyse av artiklene kom vi frem til ulike teorier og etiske prinsipper innen sykepleien, som vi anså som relevante for å diskutere resultatene. Vi tar for oss Cullbergs kriseteori, effekten av god informasjon, yrkesetiske retningslinjer, Beauchamp og Childress’ etiske prinsipper, og til slutt Løgstrups etiske fordring.

2.1 Kriseteori

En krise utløses av en livshendelse som oppleves så påtrengende at det fører til at mennesket ikke evner å håndtere det på en hensiktsmessig måte. Spontanabort er et eksempel på en slik livshendelse. Kriser kan blant annet utløse sterke følelser av fortvilelse, maktesløshet, sorg og engstelse (Hummelvoll, 2012, s. 503-505). En traumatisk krise kan trigges av plutselige hendelser eller endringer som er dramatiske, som for eksempel opplevelse av tap, ulykker og katastrofer. Individet kan oppleve at tryggheten man har i relasjoner og i seg selv blir revet bort (Cullberg, 1999, s. 46-49 & Hummelvoll, 2012, s. 508).

Ifølge Cullberg (2007) går individet gjennom flere krisefaser. Vi har valgt å fokusere på sjokkfasen da vår oppgave omhandler kvinnenens umiddelbare opplevelse av spontanabort. Individet kan gå gjennom en sjokkfase som utløses av hendelsen. I sjokkfasen kan mennesket oppleve sterk frykt og sjokk. Dette kan tvinge dem til å benytte egne ressurser for å mestre følelsene. På grunn av sjokket kan personen slite med å huske hva som ble sagt eller hva som skjedde i detalj. Det kan også være naturlig at individet sliter med uoppmerksomhet og fysiske stressreaksjoner. Personen kan bli hindret fra å ta selve hendelsen “innover seg” på bakgrunn av sjokket. Noen kan også bli helt likegyldig og paralysert av sjokk, slik som “kjemp, flukt, frys”-responsen. Fasen kan vare i timer til dager (Kristoffersen, 2021, s. 159-160).

2.2 Effekten av god informasjon

Informasjon kan være et viktig verktøy i samarbeid med pasienter. Ved å gi pasienter informasjon kan dette føre til at de opplever mindre utrygghet og bekymring. Det kan også bidra til at pasientene føler at de har mer kontroll og unngår å forestille seg det verst tenkelige. Kvinner som ankommer akuttmottaket kan oppleve situasjonen som uoversiktlig og kaotisk, herunder kan informasjon forebygge sterk uro og fremme mestring (Gustafsson, 2021, s. 104). I følge Bandura (1997, referert Gustafsson, 2021, s. 104) kan informasjon til pasienter ufarliggjøre situasjonen, bidra til samhandling og at pasienten opplever sammenheng.

2.3 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiere jobber ut ifra de internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Oppgaven vår tar for seg to av retningslinjene. Herunder at sykepleiere skal “yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse” (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Pasientenes behov for omsorg skal bli ivarett og støttes av deres mestring og livsmot. Retningslinjene inneholder også ansvaret sykepleierne har overfor pasientene om å gi informasjon. Det skal sikres at informasjonen er mottatt og forstått. Informasjonen skal være tilpasset den enkelte pasienten, den skal ta hensyn til ulikheter når det gjelder “kultur, språkferdigheter, kognitive funksjoner og psykiske behov” (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

2.4 De etiske prinsipper

Oppgaven vår bygger på de etiske prinsippene for hvordan kvinner opplever spontanabort på akuttmottaket. Vi har valgt å fokusere på ikke-skade-prinsippet, velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet. Ikke-skade-prinsippet innebærer forpliktelsen en har til å ikke påføre pasienter skade eller lidelse gjennom behandling. Det motsatte vil være å gjøre godt, og det innebærer forpliktelsen til å hjelpe andre. Dette defineres som velgjørhet (Beauchamp & Childress, 2019, s. 156). Autonomiprinsippet går ut på at mennesker har fri vilje og rett til å bestemme over sitt eget liv. Prinsippet bygger på at individet har kunnskap om eget liv og kan dermed ta overveide beslutninger om dette. Pasienter kan likevel fratras autonomi hvis de er ansett som for syke til å fatte egne beslutninger (Beauchamp & Childress, 2019, s. 99).

2.5 Den etiske fordring

Den etiske fordring sier “Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender” (Løgstrup, 2000, s. 37). Hvor mye av den andres liv en holder i sine hender er situasjonsavhengig. Den etiske fordring handler om at vi som mennesker har en innebygd tillit og sårbarhet. Vi vil alle være en del av livet til dem vi møter, og kan påvirke livet videre. Sykepleiere kan holde pasientens liv i sine hender, fordi en som helsepersonell skal hjelpe og støtte dem. Det er viktig å skape tillit til pasienten slik at de føler seg sett, hørt og tatt vare på. For å kunne gi og motta hjelp er det grunnleggende å vise tillit og sårbarhet til sine medmennesker (Løgstrup, 2000, s. 29-50).

2.6 Lidelsesteori

Katie Eriksson har definert tre ulike lidelser i sykepleien; sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Vår oppgave tar utgangspunkt i de to sistnevnte. Pleielidelse er en lidelse som pasienten blir påført gjennom pleien. Dette er en lidelse som ikke eksisterer, men som dannes dersom omsorgspersonens handlinger og holdninger “krenker det lidende menneskes verdighet” (Førland et al., 2018, s. 201). Kvinner som opplever pleielidelse i akuttmottaket, erfarer gjerne å bli oversett eller glemt. Dette kan beskrives som ikke-omsorg (Førland et al., 2018, s. 201). Det å bli møtt med ikke-omsorg kan krenke pasientens integritet. Dermed påfører helsepersonell pasienter ekstra lidelse og belastninger. Andre eksempler på pleielidelse er fordømmelse, straff og maktutøvelse (Eriksson, 2005, s. 69-70).

Helsepersonell kan ubevisst tilskrive pasienter ulik verdi, og dermed ikke anse pasienter som likestilt. Pleierens holdninger og handlinger påvirker hvordan pasienter ser på seg selv, og kan krenke pasientens verdighet. Slik kan pleiere undergrave pasienters evner og ressurser. Dette kan bidra til at pasienten opplever at de blir fratatt verdi. Sykepleiere kan bekrefte pasientens verdighet gjennom tilrettelagt, individuell pleie. Eriksson viser til at hver enkelt pasient trenger ulik pleie og tilnærming for å føle seg verdsatt (Eriksson, 2005, s. 70-72).

Livslidelse er en type lidelse som forstyrrer tryggheten i hverdagen og som er en naturlig del av å være menneske (Førland et al., 2018, s. 201). Lidelsen kan oppstå som følge av sykdom, livssituasjon og tap av funksjon. Livslidelse kan komme til uttrykk gjennom maktesløshet, sorg og ensomhet. Kvinner som gjennomgår en spontanabort opplever en plutselig forandring

i deres livssituasjon og har behov for å innrette seg i den nye tilværelsen (Eriksson, 2005, s. 74-75).

3.0 Metode

3.1 Avklaring av begrepet metode

Begrepet metode defineres som “den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling” (Thidemann, 2019, s. 74). Det er strenge krav til metode for å kvalitetssikre forskningen. En del av kunnskapen forskerne må opplyse om er etiske avveininger, kompetanse og alt annet som påvirker forskningsprosessen (Dalland, 2021, s. 56-58). Siden metoden er bygget på fortolkning og forståelse, er det grunnleggende med detaljert beskrivelse av framgangsmåten. Validiteten av forskningen består av at metoden er tydelig beskrevet for at andre skal kunne foreta samme studie og komme frem til samme resultat senere. En del av troverdigheten bygger dermed på at forskerne opplyser om hvordan de samlet inn data, hvordan de analyserte resultatene og hvordan disse tolkes (Thagaard, 2015, s.11). Dermed kan man hevde at informasjonen forskerne gir om disse prosessene kvalitetssikrer forskningen (Dalland, 2021, s. 41).

Kvalitativ metode er hensiktsmessig dersom man ønsker å finne ut hvorfor og hvordan noe oppleves. Den kjennetegnes ved at det er tett kontakt mellom forskere og deltakere, og gjennomføres ved intervju. Metoden innebærer at deltakerne får spørsmål om deres erfaringer, behov og antakelser. Målet med forskningen er å forstå fenomener, gjerne med fortolkning (Thagaard, 2013, s. 11).

Vår oppgave baserer seg på en litteraturoversikt av kvalitative studier. Det handler om å skape en oversikt over kunnskapen som finnes om et visst tema, noe som innebærer å gå gjennom eksisterende forskning og finne ut hva som tidligere er blitt forsket på (Friberg, 2021, s. 141). Et utgangspunkt for litteraturoversikt er viktigheten om å foreta et godt søk, velge og analysere artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter, og deretter drøfte resultatene (Friberg, 2021, s. 141).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Søkestrategi og valg av databaser

I denne oppgaven har vi benyttet oss av strukturert litteratursøk for å belyse problemstillingen, noe som involverer å avgrense søket for å komme frem til forskning som

gjenspeiler problemstillingen (Dalland, 2021, 148-149). Et litteratursøk innebærer at man definerer en problemstilling, velger databaser, bestemmer søkeord, gjennomfører og evaluerer søket, og underveis dokumenterer prosessen (Thidemann, 2019, s. 82-90). Oppgaven vår fokuserer på kvinners opplevelser. Søket ble avgrenset til kvalitative studier, publisert i tidsrommet 2013-2023. Artiklene måtte være fagfellevurderte, fra et vestlig land og på engelsk for å få et internasjonalt utvalg. Minimumskriterium for god standard ble styrket av IMRAD-strukturen (Dalland, 2021, s. 157).

For å finne vitenskapelige artikler som samsvarte med problemstillingen benyttet vi Medline, Pubmed, Svemed+ og Ovid. Disse fikk vi tilgang på gjennom bibliotekets nettsider. Databasene har fokus på helsefag, og er rettet mot medisin og sykepleie. Artiklene vi valgte å bruke hentet vi fra Medline og Pubmed.

I søkeprosessen valgte vi å benytte helikopterperspektivet som Friberg beskriver (2017, s. 146). Vi startet med et generelt søk for å få et overblikk over tidligere forskning om temaet. Deretter kunne vi sette i gang med flere avgrensninger for å kunne systematisere søket. Søkeordene vi brukte var på engelsk, da databasene inneholdt engelske artikler. Vi startet med søkeordet "miscarriage" for å skape helikopterperspektivet. Søkeordene vi brukte inkluderte blant annet: nurse, nursing, abortion, care, miscarriage, spontaneous abortion, pregnancy loss, emergency department. Søkeordene våre ble brukt i kombinasjon med OR og AND. Se vedlegg 1 for utdypende beskrivelse av søkeprosessen.

3.2.2 Valg av artikler

Da vi gjennomførte søk var det mange treff på spontanabort. Vi vurderte artiklene for å sikre relevant informasjon og fokuserte på artikler fra akuttmottaket. Vi inkluderte studier som tok utgangspunkt i pasientperspektivet fordi oppgaven omhandler kvinnenens opplevelser.

Vi vurderte etikken i metodene til forskerne underveis; hvordan de hadde rekruttert deltakere, hvordan de hadde analysert resultatene og hvilke hensyn de tok underveis. Vi så også på om artiklenes fremgangsmåte og funn avklarte problemstillingen vi ønsket å svare på. Vi undersøkte videre forskernes fagfelt for å forsikre oss om at bakgrunnen deres var relevant. Vi foretok sekundærsøk for å forsikre oss om at tidsskriftene var publisert innenfor et helsefaglig felt. Disse søkene ga oss informasjon om at målgruppen var helsearbeidere, og primært sykepleiere.

Ved systematisk søk på flere databaser var hovedfunnene fra land utenfor Europa. Vi måtte ekskludere flere artikler fra Skandinavia, fordi artiklene var publisert for over ti år siden og dette kunne påvirke gyldigheten. Funnene kunne være utdatert og gi uriktig fremstilling. Vi besluttet av den grunn å søke utenfor Europa. De valgte studiene ble gjennomført i USA og Canada. I tabellen nedenfor vises en oversikt over de valgte artiklene.

Forfatter, årstall, land:	Hensikt:	Perspektiv:	Metode:	Database:
Baird, S., Gagnon, M.D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., Prine, L. (2017). USA.	Forstå hvorfor kvinner kommer til legevakt for spontanabort, hvordan behandlingen er og hvordan opplevelsen var.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Telefonintervju med 10 kvinner.	Pubmed
Dainty, K.N., Seaton, B.M., McLeod, S., Tunde-Byass, M., Tolhurst, E., Rojas-Luengas, V., Little, D., Varner, C. (2021?). Canada.	Dypdykke i negative erfaringer hos kvinner som spontanaborter, for å identifisere områder for forbedring	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. 59 kvinner deltok på telefonintervju.	Medline
Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., Verdon, C.	Identifisere faktorer som bidro til ubehagelige	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming.	Medline

(2019). Canada.	opplevelser for kvinner som gjennomgikk spontanabort på legevakten		48 kvinner deltok på telefonintervju.	
MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., Wight Moffat, F. (2016). Canada.	Beskrive kvinners opplevelser på legevakten etter/under en spontanabort.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode med fenomenologisk, fortolkende tilnærming. 8 kvinner som deltok på fysiske intervjuer.	Medline
Punches B.E., Johnson, K.D., Acquavita, S.P., Felblinger, D.M., Gillespie, G.L. (2018). USA.	Beskrive kvinners opplevelser på legevakten under/etter en spontanabort.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode med 8 kvinner som deltok på fysiske intervjuer.	Medline

Tabell 1: Oversikt over studiene

3.2.3 Analyse av artikler

Vi begynte analysen med å lese nøye gjennom artiklene vi hadde valgt. Det å analysere en artikkel "er å granske hva teksten forteller, og tolke teksten for å forstå den" (Thidemann, 2019, s. 92). Vi analyserte studiene nøye for å oppnå en helhetlig forståelse (Thidemann, 2019, s. 92). Ved første del av analysen sorterte vi funnene i en tabell for å få en bedre oversikt over det vi hadde lest. Ut fra resultatene, kunne vi identifisere likheter og ulikheter i studiene. Vi brukte farger for å sortere de sentrale temaene inn i hovedkategorier. Fargene ga oss muligheten til å diskutere, analysere og sammenligne data. Ved videre analyse kom vi frem til tre hovedkategorier og åtte underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell	Mangel på informasjon om situasjonen Uklarhet rundt videre forløp Mangel på informasjon om psykisk belastning
Lange ventetider	Lange ventetider i akuttmottaket Lange ventetider for å få utført tester og vente på resultater
Betydningen av empati og emosjonell støtte	Følte seg ikke sett eller tatt på alvor Spontanaborten opplevdes som bagatellisert Positive opplevelser med empati

Tabell 2: Inndeling i kategorier

4.0 Resultater

4.1 Utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell

Gjennom grundig analyse av artiklene fant vi at deltakere i studiene fremhevet at informasjon fra helsepersonell påvirket deres opplevelse med spontanabort på akuttmottaket. Mange opplevde at de mottok utilstrekkelig informasjon og at dette var tyngende. Likevel var det også noen kvinner som fortalte at god og konkret informasjon fra akuttmottaket var med på å gjøre oppholdet enklere (Baird et al., 2018 s. 115-116; Dainty et al., 2021, s. 1122-1123; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672-674; MacWilliams et al., 2016, s. 507-508 & Panches et al., 2018, s. 63-64).

4.1.1 Mangel på informasjon om situasjonen

Ifølge den amerikanske studien til Baird et al. (2018) var det flere av kvinnene som følte en slags forvirring etter oppholdet på akuttmottaket som de begrunnet med følelsen av å ikke få god og gjennomgående informasjon om hva det var som foregikk (Baird et al., 2018, s. 115). Et tema som gikk igjen i de fleste artiklene var at kvinnene ønsket mer informasjon. De ønsket informasjon om forekomst, årsaker, symptomer og følger av spontanabort, og behandlingsmåter (Baird et al., 2018, s. 115; Dainty et al., 2021, s. 1122; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672 & Panches et al., 2018, s. 63).

En av deltakerne i studien til Panches et al. (2018) fortalte om en situasjon der hun oppfattet at helsepersonell var klar over at hun hadde en spontanabort, men ikke fortalte det til henne. Helsepersonell snakket sammen om situasjonen foran kvinnen, uten å inkludere henne. Hun fortalte: "They were talking amongst each other like 'well maybe this is this, and this is that' when they could have been telling me too" (Panches et al., 2018, s. 63).

To av de canadiske studiene (Dainty et al. 2021 & Larivière-Bastien et al. 2019) trakk frem hvordan flere kvinner opplevde at helsepersonell ikke gav nok informasjon om årsakene til spontanabort, symptomener og konsekvenser. Helsepersonell antydte at denne kunnskapen var universell. Det samstemte ikke med kvinnenenes forkunnskap om emnet (s. 1122 & s. 672). Flere av deltakerne i studien til Larivière-Bastien et al. (2019) fortalte at de ønsket mer detaljert informasjon om hva de ulike undersøkelsene viste og hva det betydde. En av informantene uttrykte det på følgende måte: "The nurse throws something at you, like 'your

hormone level is this much.’ What are these hormones? I’ve been pregnant for 3 days; I haven’t had time to read all the pregnancy information...” (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672).

Videre ser vi at en fjerdedel av kvinnene i Larivière-Bastien et al. (2019) opplevde at informasjonen de mottok om behandlingsmetodene og bivirkningene ikke var tilstrekkelige for å kunne ta et informert valg. «He never explained misoprostol, what it could do, what the risks were...» (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 673). Halvparten av kvinnene i samme studie fortalte at de ikke følte seg godt nok forberedt til behandlingen de hadde valgt, fordi de manglet informasjon om smerteintensiteten, blødninger og foster-utstøtingen. Flere kvinner opplevde foster-utstøtingen som traumatisk. En av kvinnene som gjennomgikk utstøtingen hjemme fortalte at hun ikke var klar over størrelsen på fosteret eller hva hun skulle gjøre med det etter det kom ut (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 673).

4.1.2 Uklarhet rundt videre forløp

Deltakerne i studiene til Baird et al. (2018, s. 116), Dainty et al. (2021, s. 1123) og MacWilliams et al. (2016, s. 508) fortalte at de fikk lite informasjon ved utskrivelse om hva de kunne forvente når de kom hjem, blant annet angående smerteintensitet og fysiske symptomer. Kvinnene kjente på redsel i etterkant av spontanaborten, slik det kom fram i følgende utsagn:

I didn’t like the fact that they just...discharged me and I’m just like, ‘So, what’s next? What do I do? Should I lay down? Should I stay laying down or is there something that I could do?’ I didn’t know anything. It was just a bunch of questions at the end.
(Baird et al., 2018, s. 116)

Flertallet følte seg uforberedt på det de hadde i vente og rapporterte at de ikke fikk kunnskap om hva som var normal smerteintensitet og blødning. Dette opplevdes som det vanskeligste. Flesteparten av kvinnene som hadde vedvarende fysiske symptomer etter spontanaborten fortalte at de ikke visste om dette var normalt eller ei. De følte de hadde for lite informasjon om hva som kunne indikere komplikasjoner i etterkant av spontanaborten. Videre manglet de kunnskap om hvordan de skulle dekke egne behov, hvordan hormonelle endringer kunne påvirke kroppen, når normal syklus ville gjenoppta, og når de kunne prøve å bli gravide igjen (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 673). Enkelte kvinner ønsket også å vite om de kunne ha

forebygget spontanaborten, og sannsynligheten for at det kunne gjenta seg (Baird et al., 2018, s. 116).

Flere kvinner fortalte at det ikke nevnt oppfølging, hverken i form av en telefonsamtale eller en time hos gynekolog eller lege i etterkant (Dainty et al., 2021, s. 1123). Spontanaborten gav flere spørsmål som kvinnene ønsket svar på. De savnet noen å kontakte for å spørre om råd (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 674).

4.1.3 Mangel på informasjon om psykisk belastning

Etter å ha forlatt akuttmottaket var det flere som opplevde spontanaborten som en større psykisk belastning enn først antatt. Studien til MacWilliams et al. (2016) tok for seg hvordan kvinner ofte sørger over tapet på egen hånd og at det forventes at kvinner returner til normalt liv så fort som mulig. Dette står i motsetning til andre typer dødsfall hvor en ofte sørger i fellesskap både offentlig og privat. Flere kvinner opplevde det som vanskelig å håndtere tapet, da de ikke visste hvordan de skulle sørge (MacWilliams et al., 2016, s. 508).

Halvparten av deltakerne i den canadiske studien til Larivière-Bastien et al. (2019, s. 674) rapporterte om utilstrekkelig informasjon om psykiske ettervirkninger av spontanabort. Flere ønsket mer informasjon om følelsene de kunne forvente å oppleve. Noen av kvinnene nevnte viktigheten av å bli fortalt at sorg er normalt, fordi det kunne ha lettet lidelsen deres.

At that point, we have no idea how things will play about afterwards. They could have guided me... 'The next stage will go like this, and if you need anything, there's this or that available.' Yeah, that would definitely have been a good thing, because afterwards, we have lots of questions, too. Is it normal that I don't feel like going back to work? It was a long time before I could start to function normally again. For sure, if I could have had someone to tell me it's normal, that it could take time, that definitely would have helped. (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 674)

Rundt halvparten av deltakerne i den samme studien hadde ikke en fastlege, og dermed ingen å ta kontakt med angående ressurser de kunne benytte seg av etter spontanaborten. Flere fortalte at de ønsket informasjon om kommunebasert støtte eller foreldregrupper (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 674).

4.2 Lange ventetider

Tre av de analyserte studiene (Baird et al., 2018, s. 115; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672 & Panches et al., 2019, s. 64) avslørte hvordan lange ventetider i møte med helsetjenesten skapte frustrasjon hos flere av kvinnene og hadde negativ effekt på deres opplevelse med akuttmottaket.

4.2.1 Lange ventetider i akuttmottaket

Flere kvinner rapporterte at lange ventetider i akuttmottaket var det mest problematiske med opplevelsen. De fortalte at opplevelsen med spontanabort var traumatisk, og de var kritiske til å måtte vente i flere timer under noe som de oppfattet som en nødsituasjon. En av kvinnene ga uttrykk for at hun opplevde det som at de var overlatt til seg selv (Baird et al., 2018, s. 115). Kvinnene opplevde ventetidene som ubehagelig, og mangelen på informasjon fra helsepersonell forverret situasjonen:

Every so often I went back to the triage nurse. And what I found really hard was her saying, ‘Until you’re filling one sanitary napkin per hour, I can’t put you through any faster.’ I was, like, ‘What? I need to bleed more before you’ll help me?!’” (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672)

4.2.2 Lange ventetider for å få utført tester og vente på resultater

Kvinner opplevde det frustrerende med den lange ventetiden ved ulike undersøkelser, resultater og diagnostisering. “They came back and put the ultrasound equipment in, and I’m basically waiting to find out if my baby’s alive or dead. And they...just he’s...like I waited for like two hours before the OB/GYN [came] from upstairs” (Panches et al., 2019, s. 64). Også deltakere i studien til Larivière-Bastien et al. (2019) refererte til belastningen av lange ventetider. De savnet informasjon om stegene frem til diagnostisering (s. 672). Flere kvinner i Panches et al. (2019) opplevde frustrasjon, opprørthet og et emosjonelt kaos relatert til ventetidene (Panches et al., 2019, s. 64).

4.3 Betydningen av empati og emosjonell støtte

Fire av de analyserte artiklene viste både positive og negative funn om empati og emosjonell støtte på akuttmottaket (Baird et al., 2018, s. 115; Dainty et al., 2021, s. 1122-1123; MacWilliams et al., 2016, s. 507 & PUNCHES et al., 2019, s. 64).

4.3.1 Følte seg ikke sett eller tatt på alvor

Mer enn halvparten av deltakerne i studien til Baird et al. (2018) fortalte at helsepersonell hadde opplevdes som frekke, dømmende eller ufølsomme. Kvinnene ønsket seg emosjonell forståelse under oppholdet, fordi deres følelser var preget av forvirring og engstelse. Tre av kvinnene følte at de var alene og at ingen støttet dem (s. 114-116). Mange av kvinnene ble fortalt at de skulle legge vekk redselen sin. I PUNCHES et al. (2019) kom det også fram at kvinnene opplevde at deres følelser ikke ble validert eller tatt på alvor av helsepersonell (s. 64).

Mange kvinner forsto at deres opplevelse av spontanabort på akuttmottaket skilte seg fra andre pasienters på akuttmottaket. Kvinnene følte at helsepersonellet ikke anerkjente belastningen spontanaborten medførte, som bidro til følelsen av å ikke høre til. De opplevde at deres behov kom i andre rekke (MacWilliams et al., 2016, s. 507).

4.3.2 Spontanaborten opplevdes som bagatellisert

De fleste av kvinnene i studien til Dainty et al. (2021, s. 1122-1123) følte at de hadde mottatt tilstrekkelig medisinsk behandling, men at måten behandlingen ble gitt på manglet empati. Kvinnene opplevde at helsepersonell så på spontanabort som et medisinsk problem som hadde blitt "fikset". Det bidro til å gjøre det vanskelig for kvinnene å forstå og bearbeide egne følelser. "She [the Doctor] told me, 'Forget about the bleeding now. You will be fine. Everything will be okay. You now need to forget about all the bad things which happened,'" (Dainty et al., 2021, s. 1123).

Den samme studien (Dainty et al., 2021, s. 1122) viser også til at kvinnene opplevde at helsepersonell viste lite empati da de fortalte om spontanaborten: "I didn't feel any compassion because it was kind of rushed. It was just kind of casual. 'Oh, sorry you lost your baby,' That's it" (Dainty et al., 2021, s. 1122).

En av kvinnene i den canadiske studien til MacWilliams et al. (2016) fortalte at mens mannen hennes var ute for å hente noe, kom legen inn for å fortelle at hun spontanaborterte. Dette opplevdes som lite hensynsfullt. Hun mente at legen burde ha ventet til mannen kom tilbake for å gi denne beskjeden. Kvinnen opplevde det som om helsepersonell la frem en helt anminnelig beskjed som et brudd i armen, og ikke en spontanabort. Hun så på spontanabort som en større psykisk belastning (MacWilliams et al., 2016, s. 507).

4.3.3 Positive opplevelser med empati

Noen av kvinnene hadde også positive opplevelser med empatien fra helsepersonell. Det gjorde opplevelsen mer håndterbar når helsepersonell ga rom for sorg og viste støtte (MacWilliams et al., 2016, s. 508 & Panches et al., 2019, s. 64). En kvinne fortalte: “Like when I had that big cry over the placenta that I saw, like the sobbing cry, like the nurses were so good to me. Like they encouraged me to cry. They were empathetic. [...] Like I remember them acknowledging it as a loss” (MacWilliams et al., 2016, s. 508). En annen kvinne fortalte: “Anyway, the doctor was really nice. He told me about his wife had had a miscarriage.... I remember him saying like don’t underestimate how hard it is” (MacWilliams et al., 2016, s. 508).

Noen av kvinnene i studien til Panches et al. (2019, s. 64) fortalte om hvordan helsepersonell prøvde å lette byrden deres og viste medfølelse. En kvinne fortalte:

The doctor sat down at the end of the bed and then she [the nurse] came over to the other side with the tissues, and just kinda like, I felt surrounded, I felt comfortable. Which was...it was still hard though. But they definitely helped...she had tissues, patting my tears away...it was so sweet. I wish I could remember her name. (Panches et al., 2019, s. 64)

En annen kvinne fortalte om hvordan helsepersonell fortalte henne at spontanaborten ikke var hennes feil: «I was blaming myself. I said if I had come earlier maybe the baby would have been okay. So she said not, not to tell myself that, it was out of my control. [...]. And I shouldn’t blame myself. It’s nothing I could do...could have dealt with” (Panches et al., 2019, s. 64).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Forskernes bakgrunn

Vi vurderte forskernes bakgrunn gjennom sekundærsøk. Vi søkte etter hvilken helsefaglig bakgrunn de hadde. Flesteparten var tilknyttet lokale universiteter, og hadde forsket innenfor helsefaglig felt i lengre tid. Flere hadde i tillegg doktorgrad og jobbet som professor innenfor sykepleiefaget.

5.1.2 Rekruttering og etiske vurderinger

Under vurderingen av forskningen undersøkte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier i hver studie. En viktig del av vurderingen var å fastslå om kriteriene var for spesifikke til å danne et helhetlig bilde av kvinners opplevelse av akuttmottak. På bakgrunn av dette valgte vi studier som hadde generelle inklusjons- og eksklusjonskriterier (Baird et al., 2018; Dainty et al., 2021; Larivière-Bastien et al., 2019; MacWilliams et al., 2016 & Panches et al., 2018). Vi valgte å utelate forskning som ekskluderte friske kvinner eller kvinner som ikke jobbet innenfor helsevesenet. Studiene opplyste at deltakerne måtte være over 18 år, og ha gjennomgått minst en spontanabort. Studiene ble foretatt i USA og Canada.

Spontanabort kan være et vanskelig tema, og som vist til tidligere i oppgaven kan det oppleves som en betydelig livshendelse. Som et resultat av dette anså vi det som grunnleggende at studiene tok gode etiske overveielser og informerte om disse. Noen av studiene gjennomførte intervjuene kort tid etter spontanaborten, mens andre studier bare inkluderte deltakere 12 måneder etter hendelsen. Siden tiden mellom spontanaborten og intervjuet varierte i stor grad, kan dette gi en helhetlig forestilling om hva kvinnene opplevde som viktig både kort og lang tid etterpå. Likevel kan kvinnene som ble intervjuet rett etter spontanaborten være sterkt emosjonelt preget av hendelsen. Kvinnene som ble intervjuet lang tid etterpå kan ha glemt viktige detaljer av hendelsen. Disse faktorene kan derfor ha spilt inn på resultatene som kom frem i studiene.

Artiklene vi analyserte benyttet kvalitative tilnærminger. For å rekruttere deltakere hadde flere av forskerne lagt ut brosjyrer på sykehus og reklamert på sosiale medier, og de som var interessert ble bedt om å ta kontakt. Deltakerne ble innhentet gjennom et strukturert utvalg.

Det vil si at deltakerne ikke er tilfeldig utvalgt, og forskerne velger å inkludere en spesifikk gruppe mennesker som kan belyse emnet de ønsker å undersøke (Dalland, 2021, s. 59-60). Ulempen med dette utvalget er at en på forhånd ikke vet hvilken opplevelse av helsevesenet kvinnene har hatt. Derfor kan flesteparten av de som tok kontakt ha hatt en dårlig opplevelse med helsevesenet. De som derimot har hatt en god opplevelse kan ha hatt mindre behov for å fortelle om sin erfaring. På en annen side kan det vises til positive opplevelser i flere av studiene, som dermed tilbakeviser dette argumentet (MacWilliams et. al, 2016 & Punches et al., 2019).

5.1.3 Overførbarhet til norske forhold

Gjennom arbeidet med oppgaven fant vi ikke artikler fra Europa og Skandinavia som samsvarte med vår hensikt. Dermed ble det besluttet å søke utenfor Europa. Siden vi ønsket å se på opplevelsene til kvinnene, vurderte vi at deres opplevelse kunne være overførbart til Norge. Studiene ga nyttig kunnskap om hva som opplevdes omsorgsfullt og hva som oppleves krenkende. Dermed kan man likevel få en oppfatning av hvordan vestlige kvinner opplever møtet med akuttmottaket under og etter en spontanabort. En svakhet i å bruke studier utenfor Europa er at helsesystemene kan være bygget opp annerledes, og dette kan påvirke hvilke tjenester landene tilbyr sine innbyggere. Disse faktorene kan føre til en skjev forestilling om hva som må justeres i helsetjenesten, uten at dette nødvendigvis gjelder Norge.

5.1.4. Pasientperspektiv som hensikt

Studier som undersøkte pasientperspektivet samsvarte godt med vår hensikt. Dette på bakgrunn av at vi ønsket å belyse deres opplevelser, uten å dra inn pårørende eller helsepersonell sitt perspektiv. Det øker sjansen for å framstille kvinners opplevelser nøyaktig. Gjennom å ekskludere helsepersonell-perspektivet fører det til at studiene ikke sier noe om hvilke ressurser, rammer og opplæring helsepersonellet som møtte kvinnene hadde. Dermed begrenser dette muligheten til å få en bredere forståelse for hvorfor helsepersonell sa og handlet som beskrevet av kvinnene. Det kan også stilles spørsmål ved hvor godt kvinnene husket alle detaljene fra en traumatisk opplevelse tilbake i tid. Dermed kan disse begrensningene hindre årsaksforståelse, og begrense vår evne til å foreslå realistiske tiltak innenfor dagens helsesystem.

5.1.5 Kvalitativ metode som standard

Studiene vi analyserte hadde kvalitativ metode, og dette samstemmer godt med vår hensikt om å se på erfaringer på akuttmottak. På bakgrunn av at studiene forsket på subjektive opplevelser, var det en viktig del å vurdere opplysningene gitt i studiene. Validiteten av forskningen ble vurdert ut ifra hvor detaljert framgangsmåten var beskrevet. Vi ønsket konkret informasjon om hvordan de samlet inn data, og hvordan de analyserte og tolket disse (Thagaard, 2013, s. 11).

Alle studiene benyttet semistrukturerte intervjuer og viste til at de hadde brukt forhåndslagde intervjuguider. Larivière-Bastien et al., (2019), MacWilliams et al., (2016) og Punches et al., (2018) inkluderte guidene i artiklene sine. Dainty et al., (2021) refererte til en intervjuguide, uten at tidskriften hadde inkludert denne. Den ble sporet opp ved et sekundærsøk på SageJournals, og forskerne hadde inkludert hvordan de hadde stilt oppfølgingsspørsmål i selve artikkelen. Baird et al. (2018) refererte til en intervjuguide, uten å presentere den. De definerte heller tematikken som deltakerne ble intervjuet om. Detaljerte intervjuguider gjør at forskningen kan overføres, og er en del av kvalitetssikringen. Dermed kan det stilles spørsmål om hvor overførbar forskningen til Baird et al. (2018) er. Det kan bli nærmest umulig å gjenta helt samme prosess og få samme resultat uten tydelig oppklaring av intervjuene (Dalland, 2021, s. 41 & Thagaard, 2015, s. 11). Vi velger likevel å ta med denne fordi studien ellers gir detaljerte, transparente beskrivelser av framgangsmåten.

Fysiske intervjuer ble benyttet av MacWilliams et al. (2016) og Punches et al. (2018). Det kan hevdes at fysiske intervjuer kunne vært mer hensiktsmessig for å registrere all ikke-verbal kommunikasjon. Det kan også være lettere å respektere deltakernes grenser i fysiske intervjuer. Telefonintervju ble gjennomført av Dainty et al. (2021), Larivière-Bastien et al. (2019) og Baird et al. (2018). Dette kan bidra til at en stor del av kroppsspråk og kommunikasjon kan bli mistolket. Vi erkjenner likevel at å gjennomføre fysiske intervjuer kan være vanskelig, både geografisk og tidsmessig.

5.2 Resultatdiskusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi analysert fem artikler som var relevante for problemstillingen. Hensikten med oppgaven er som nevnt å undersøke opplevelsene kvinner

har hatt med akuttmottaket under en spontanabort, og hva de sitter igjen med i etterkant av denne opplevelsen. I følgende delkapittel vil vi drøfte resultatene fra artiklene og koble sammen aktuell teori. Gjennom drøftingen vil vi gradvis trekke inn hvilken virkning krisesituasjonen har på informasjonsoppfattelsen, og effekten av god informasjon. Videre vil vi sammenlikne resultatene med hva som anses som god etisk praksis, og til slutt drøfte hvilke lidelser som kan gjenkjennes ut ifra Katie Erikssons teori om lidelse.

5.2.1 Viktigheten av informasjon gjennom en krise

I analysen kom det fram at deltakerne i studiene opplevde å ikke få tilstrekkelig informasjon, hverken på venterommet eller under undersøkelsen. De hadde behov for informasjon om hva som foregikk mens de ventet på undersøkelse, årsaker til spontanabort, ulike behandlingsmåter og bivirkningene til disse. I studiene ble det antydnet at mangelen på informasjon bidro til frustrasjon, fortvilelse og maktesløshet (Baird et al., 2018 s. 115-116; Dainty et al., 2021, s. 1122-1123; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 673-674; MacWilliams et al., 2016 s. 508; Punches et al, 2019, s. 63). Ifølge Gustafsson (2021) spiller informasjon en sentral rolle i pasienters opplevelse av trygghet og kontroll. Deltakernes emosjonelle reaksjoner kan forstås i sammenheng med at de opplevde hverken forutsigbarhet eller omsorgsfull hjelp (s. 104).

Som referert til innledningsvis i oppgaven, skåret norske kvinner høyt på en traumetest 10 dager etter spontanabort, samtidig som de følte på sorg og tap (Broen et al., 2006, s. 24-31). På bakgrunn av beskrivelsene av livshendelsen og de emosjonelle reaksjonene, kan det argumenteres for at spontanaborten forårsaket en krise (Cullberg, 2007, s. 128-136). Den første fasen blant krisefasene innebærer sjokk og fortvilelse. Dersom kvinnene befant seg i denne fasen mens de var på akuttmottaket, kan det ha påvirket hvordan de samhandlet med helsepersonell. Fasen kan likedan ha gjort kvinnene sårbare for inntrykk og krenkbare, noe som igjen forsterket deres behov for omsorgsfull hjelp. Mangelen på informasjon kan ha hindret kvinnenes evner til å mestre opplevelsen kortsiktig og langsiktig. På den andre siden kan også sjokkfasen ha utløst reaksjoner som hindret kvinnenes evne til konsentrasjon (Cullberg, 2007, s. 128-136). Dette kan igjen ha påvirket evnen til å huske og bearbeide informasjonen de mottok. Dermed kan dette ha medvirket til opplevelsen av å ikke få god informasjon, enten fordi de hadde glemt detaljer eller ikke fått med seg informasjonen. Likevel kan det framstå som at helsepersonellet ga informasjon uten å tilpasse den til kvinnenes forutsetninger. På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at helsepersonellet

ikke fulgte de internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Helsepersonellet kan heller ikke ha sikret at kvinnene forstod informasjon, siden kvinnene fortalte at de ikke gjorde det (Baird et al., 2018 s. 115-116; Dainty et al., 2021 s. 1122; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 673-674; MacWilliams et al., 2016, s. 508 & Punches et al., 2019, s. 63). På bakgrunn av dette kan det hevdes at helsepersonell ikke påtok seg det fulle og hele ansvaret for pasientene.

5.2.2 Hva anses som god etisk praksis?

Studiene kom fram til at lange ventetider på selve akuttmottaket, og på undersøkelser, var det mest problematiske med opplevelsen. Kvinnene fortalte om frustrasjon relatert til ventetiden (Baird et al., 2018, s. 115; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672 & Punches et al., 2019, s. 64). Ventetiden opplevdes som en negativ faktor, ettersom kvinnene fortalte om et emosjonelt kaos (Punches et al., 2019, s. 64). Det kan forstås som at kvinnene opplevde utilstrekkelig informasjon i ventetiden, da de ikke fikk informasjon om hvor lang tid det ville ta for å motta resultatene fra undersøkelsene (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672). Det kan hevdes at ventetidene og mangelen på informasjon i ventetiden går i mot Beauchamp og Childress' etiske prinsipp om ikke-skade (2019, s. 156). Kvinnene ble påført en belastning fordi de ventet i lengre tid for å motta hjelp og lindre deres lidelse. Ikke-skade-prinsippet kan også rettes mot de internasjonale yrkesetiske retningslinjene, som innebærer at sykepleiere har et ansvar overfor pasienten om å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). De lange ventetidene lindret ikke deres lidelse, og bidro til å gjøre opplevelsen vondere.

Videre fortalte en stor andel av kvinnene i den canadiske studien til Larivière-Bastien et al., (2019) at informasjonen de mottok angående behandlinger, ikke var tilstrekkelig for å kunne ta et godt og informert valg om hvilket alternativ de foretrakk (s. 673). Det kan framstå som at kvinnes rett på autonomi ikke ble innfridd. Dette kan forstås i lys av Beauchamp og Childress' prinsipp om autonomi, at man har fri vilje og rett til å bestemme over eget liv (2019, s. 99). For å kunne ta valget om hvilken behandling en ønsker, er det viktig at man har fått den informasjonen en har rett på. Et forsvarlig valg kan tas når en har mottatt tilstrekkelig informasjon til beslutningsgrunnlaget (Nortvedt, 2021, s. 142).

Flere kvinner savnet en empatisk tilnærming hos helsepersonell. Kvinnes opplevelser på akuttmottaket var preget av forvirring og engstelse. De følte seg alene i situasjonen, og de opplevde at deres følelser ikke ble validert av helsepersonell (Baird et al., 2018 s. 114-116 &

Punches et al., 2019, s. 64). Dette kan ses i sammenheng med Beauchamp og Childress' prinsipp om ikke-skade (2019, s. 156). Opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor kan ha bidratt til kvinnenes lidelse og psykiske belastninger av å gjennomgå en spontanabort. Som nevnt i resultatkapittelet oppfattet flere av kvinnene at deres erfaring med akuttmottak skilte seg fra andre pasienters (MacWilliams et al., 2016, s. 507). Enkelte av kvinnene opplevde også at helsepersonell informerte om spontanaborten som om det var en hvilken som helst annen diagnose og dette opplevdes krenkende. Det kan argumenteres for at kvinnene hadde større behov for omsorg og forståelse enn andre pasienter, grunnet deres pågående belastning (Dainty et al., 2021, s. 1122-1123 & MacWilliams et al., 2016, s. 507).

Noen kvinner viste likevel til positive erfaringer med god støtte på akuttmottaket gjennom en spontanabort. Deltakerne fortalte om sykepleiere og leger som delte egne historier om spontanabort. De refererte også til sykepleiere som satt på sengekanten og ga dem rom for å sørge (MacWilliams et al., 2016 s. 508 & Punches et al., 2019, s. 64). Det kan forstås at selv om situasjonen fortsatt var utfordrende, kjente de likevel på en form for empati. Disse positive opplevelsene kan tolkes i sammenheng med velgjørenhetsprinsippet til Beauchamp og Childress (2019, s. 156), som innebærer forpliktelsen til å hjelpe andre. Helsepersonell gjorde godt for at kvinnene skulle oppleve støtte i den sårbare situasjonen. Det kan tyde på at støtten og empatien betydde mye for kvinnene, da dette er noe de husker igjen fra deres opphold på akuttmottaket.

Resultatene som knyttes til ikke skade- og velgjørenhetsprinsippet kan også trekkes inn i Løgstrups etiske fordring om at mennesker har en innebygd tillit og er avhengige av hverandre (Løgstrup, 2000, s. 29-50). Det framstår i de ulike studiene at deltakerne kommer inn på akuttmottaket med en forventning om å bli anerkjent og sett (Baird et al., 2018, s. 115-116; Dainty et al., 2021, s. 1122-1123; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672-674; MacWilliams et al., 2016, s. 507-509 & Punches et al., 2018, s. 63-64). På bakgrunn av den innebygde tilliten kvinnene har til helsepersonell som medmennesker gir de fra seg kontrollen rundt sin situasjon og ber om hjelp (Løgstrup, 2000, s. 29-50). Gjennom analyse av studiene kom det frem ulike opplevelser hos kvinnene relatert til empati fra helsepersonell. Det kan forstås som at empati og emosjonell støtte er en viktig faktor for hvordan helsepersonell kan påvirke opplevelsen til kvinnene. Det kan tyde på at kvinnene som har hatt positive opplevelser med akuttmottaket under spontanaborten har vist sin sårbarhet til helsepersonellet, og fått støtte og empati tilbake. Tilliten kvinnene hadde til helsepersonellet

ble bekreftet, da de følte seg sett, hørt og tatt vare på. Det samsvarte med den etiske fordringen som Løgstrup beskriver (2000, s. 29-50; MacWilliams et al., 2016, s. 508 & Punches et al., 2019, s. 64). Om man tar utgangspunkt i de negative opplevelsene til kvinnene (Baird et al., 2018 s. 114-116; Dainty et al., 2021, s. 1122-1123; MacWilliams et al., 2016, s. 507 & Punches et al., 2019, s. 64), kan det hevdes at handlingene til helsepersonellet går imot den etiske fordring. Dette kan være fordi den innebygde tilliten kvinnene har til helsepersonellet ikke blir møtt (Løgstrup, 2000, s. 29-50).

5.2.3 Kvinners lidelser relatert til spontanabort på akuttmottaket

Som vist til i resultatdelen opplevde kvinnene utilstrekkelig informasjon. Det bidro til at de hverken følte forutsigbarhet eller kontroll. Kvinnene opplevde at den informasjonen de mottok var lite informativ fordi helsepersonell ikke inkluderte dem i samtalen eller forklarte begreper. Etter oppholdet på akuttmottaket dro flere av kvinnene hjem med legemiddelet Misoprostol for at kroppen skulle støte ut fosteret. De følte etterpå at de ikke var forberedt på å gjennomgå denne prosessen, fordi de ikke hadde fått informasjon om bivirkningene. Deltakerne i studiene var ikke forberedt på blødningsmengden eller smertene knyttet til dette. Kvinnene følte også usikkerhet på hva de skulle gjøre med fosteret etter prosessen (Baird et al., 2018, s. 116; Dainty et al., 2021, s. 1122; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672-673; MacWilliams et al., 2016, s. 508; Punches et al., 2019, s. 63). Det kan ha krenket deres verdighet og gjort at de følte seg glemte. Det kan framstå som at de blir påført unødig lidelse (Eriksson, 2005, s. 67-69). På bakgrunn av dette kan det antydes at kvinnene ble påført pleielidelse. Videre kan det hevdes at kvinnene opplevde en form for maktutøvelse fra helsepersonell som valgte hvilken informasjon som skulle utelates og hva som skulle gis (Eriksson, 2005, s. 69-70). Mangelen på informasjon om årsaker til spontanabort kan ha bidratt til skyld og skam, fordi kvinnene ikke visste om de hadde gjort noe som hadde trigget spontanaborten.

Kvinnene opplevde å vente i lange perioder før de fikk komme inn til undersøkelser og få svar på disse. Deltakerne i studiene beskrev ventetiden som utfordrende og kaotisk. De følte på bekymring og sinne. Ventetiden kan ha ført til at de ikke følte seg sett, og at de heller ikke erfarte en omsorgsfulle behandling på akuttmottaket. Ved undersøkelser og samhandling med helsepersonell opplevde de fleste kvinnene at følelsene deres ble bagatellisert (Baird et al., 2018, s. 114-116; Dainty et al. s. 1122-1123, 2021; Larivière-Bastien et al., 2019, s. 672; MacWilliams et al., 2016, s. 508; Punches et al., 2019, s. 64). Dermed kan det framstå som

helsepersonellet undervurderte påkjenningen av spontanabort. Opplevelsene kvinnene fikk kan beskrives som pleielidelse, fordi hjelpen ikke opplevdes som omsorgsfull. Det kan ha krenket deres verdighet og forsterket fortvilelsen (Eriksson, 2005, s. 69-70). Lidelsen til kvinnene kunne blitt lindret om helsepersonell hadde tilrettelagt pleien deres og benyttet en individualisert tilnærming (Eriksson, 2005, s. 70-72). Det kan likevel være vanskelig å fastslå at en slik tilnærming hadde gitt kvinnene trøst og aksept. Argumentet for slik pleie kan derimot forsterkes av kvinnene i delkapittel 4.3.3 som fortalte om hvor viktig deres opplevelse av å bli møtt med empati var (MacWilliams et al., 2016, s. 508 & Panches et al., 2019, s. 64).

Det kan hevdes at flere kvinner opplevde livslidelse som beskrevet av Eriksson (2005, s. 74-76) da kvinnenes situasjon forstyrret tryggheten i hverdagen. Et flertall av kvinnene opplevde en sorgprosess etter spontanaborten, og savnet informasjon som normaliserte dette. De opplevde at det ikke var sosialt akseptert å sørge over fosteret, og etterspurte informasjon om hvor de kunne spørre om råd, enten det gjaldt fysiske eller psykiske symptomer (Larivière-Bastien et al., 2019, s. 674 & MacWilliams et al., 2016, s. 508). På bakgrunn av dette kan det framstå som at helsepersonells kunnskaper og handlinger hadde sammenheng med lidelsen kvinnene gjennomgikk etter spontanaborten (Eriksson, 2005, s. 74-76). Det kan dermed argumenteres for at helsepersonell påvirket hvordan kvinnene mestret livslidelsen de gjennomgikk. På en annen side kan man hevdes at sorgprosesser er en naturlig del av livet til mennesket, og dermed oppsto uavhengig av helsepersonells handlinger. Lidelsen kan også ses i lys av sårbarheten til kvinnene, og det kan derfor avhenge av deres evne til å takle motgang.

6.0 Anvendelse i praksis

I denne oppgaven har vi gjennomgått kvinners opplevelse på akuttmottak under og etter en spontanabort. Vi ser at det å få innsikt i pasientperspektivet er viktig for å endre og forbedre deres behandling. Resultatene viser til at kvinnene opplevde utilstrekkelig sykepleie, og dette kan tyde på at helsepersonell mangler kunnskap om hvordan de skal møte behovene til pasientene. Akuttmottak kan være en travel avdeling på sykehuset, som spiller en viktig rolle i å diagnostisere og henvise pasienter videre. Det kan føre til at det er vanskelig å implementere store endringer uten at det påvirker driften og effektiviteten som er nødvendig for å redde liv. Samtidig har vi identifisert noen områder som trenger forbedring og kan gjøres noe med.

Vi mener at sykepleiere og helsepersonell ikke skal måtte velge mellom effektivitet, profesjonalitet og omsorgsfull hjelp. Sykehusavdelingenes rutiner bør samsvare med kravene om forsvarlighet, samtidig som pasienter opplever omsorgsfull sykepleie. Det kan hevdes at kompetanse om å møte mennesker i krise kan være nyttig for alle sykepleiere og studenter. Dermed foreslår vi at:

- Det utarbeides konkrete retningslinjer som gir helsepersonell tydelige rutiner på hvordan de skal møte kvinner under og etter en spontanabort.
- Det gis skriftlig og muntlig informasjon om ressurser kvinner kan benytte seg av etter en spontanabort.
- Det iverksettes internundervisning på akuttmottak og sykehus for kompetanseheving om kvinnenes psykiske behov og virkningen av informasjon i en krisesituasjon.
- Det implementeres undervisning med fokus på pasientperspektivet gjennom spontanabort på sykepleierstudiet.

Referanser

- Baird, S., Gagnon, M. D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R. & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16(2018), 113-117.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. (8. utg). Oxford University Press.
- Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S og Ekeberg, Ø. (2006) *Kvinnens psykiske reaksjon på spontan og provosert abort*. Sykepleien forskning, 1 (1), s.24-31.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2006.0001>
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. (3 utg). Oslo: Aschehoug.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. (5 utg). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dainty, K.N., Seaton, M.B., McLeod, S., Tunde-Byass, M., Tolhurst, E., Rojas-Luegas, V., Little, D., Varner, C. (2021) *Reframing How Pregnancy Loss Is Viewed in the Emergency Department*. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1119-1128.
<https://doi.org/10.1177/1049732321994534>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, K. (2005). *Det lidende mennesket*. Tano Aschehoug
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 utg). Författarna och studentlitteratur.
- Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 4(3). 196-214. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>

Gustafsson, S.R. (2021). Trygghet: Trygghetsskapende sykepleie. Grimsbø, G.H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 2: grunnleggende behov og sykepleie*. (4 utg). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2021, 9. april) *Spontanabort*. Hentet 2. desember 2023 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/spontanabort/>

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg). Gyldendal.

Juvik, M. (2017). En dag i akuttmottaket. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/02/en-dag-i-akuttmottaket>

Kristoffersen, N.J. (2021) Stress og mestring: perspektiver på stress og mestring. Grimsbø, G.H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling*. (4 utg.) 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>

Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. Cappelen.

MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S. & Moffatt, F. W. (2016). Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 504-512. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.05.011>

Norsk Sykepleierforbund. (2023). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke Innføring i sykepleieetikk*. (3. utg.) Gyldendal.

Punches, B. E., Johnson, K. D., Acquavita, S. P., Felblinger, D. M. & Gillespie, G. L. (2018). Patient perspectives of pregnancy loss in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 43(2019), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.10.002>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. (4 utg.)
Vigmostad & Bjørke.

Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille
motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2 utg). Universitetsforlaget.

Vedlegg

1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.23	Medline	(nurse or nurses or nursing) AND abortion AND care	Linked Full Text; Date of publication 20130101-20231231; Peer reviewed	283	3	1	0
25.10.23	Medline	(nurse or nurses or nursing) AND provide AND care AND abortion	Linked Full Text; Date of publication 20130101-20231231; Peer reviewed	90	0	0	0
26.10.23	Medline	Miscarriage* AND care AND mental health	Linked Full Text; Date of publication 20130101-20231231; Peer reviewed	34	8	0	0

07.11. 23	Medline	Miscarriage nursing	peer reviewed, 2013-2023	309	8	0	0
07.11. 23	Medline	(Miscarriage or abortion spontaneous or pregnancy loss) AND care AND emergency department	Peer reviewed; 2013-2023	30	5	3	2
07.11. 23	Medline	miscarriage AND care AND (nurse or nurses or nursing)	peer reviewed; 2013-2023	76	3	2	2
07.11. 23	svemed+	miscarriage	peer reviewed tidsskrift	93	3	0	0
07.11. 23	Ovid	miscarriage	miscarriage and spontaneous abortion	1559	10	3	0
24.11. 23	Medline	Pregnancy loss AND care AND Australia	Linked Full Text; Date of publication 20130101- 20231231	22	1	1	0
24.11. 23	Pubmed	pregnancy loss* emergency	2013-2023	1336	8	6	1

2. Litteratormatrise

	Artikkel 1
Forfatter(e)	Sara Baird, Monica D. Gagnon, Gabrielle deFiebre, Emily Briglia, Rebecca Crowder, Linda Prine
Årstall	2018
Tidsskrift	Sexual & Reproductive Healthcare
Land	USA
Artikkeltittel	Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study
Hensikten med studien	Å forstå hvorfor kvinner møter på akuttmottaket på grunn av behandling relatert til tidlig svangerskapstap, hvordan de opplever omsorg og behandling, og deres helhetlige opplevelse under og i etterkant av deres opphold.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom semi-strukturerte telefonintervjuer. Dedoose dataanalyse programmet ble brukt for å organisere og sortere kvalitative data.
Utvalg/populasjon	10 kvinner
Hovedfunn/resultater	Studien definerte fire hovedkategorier og fire underkategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Deltakernes følelser om tidlig svangerskapstap - Grunner for å melde seg til akuttmottaket - Opplevelsen av akuttmottaket <ul style="list-style-type: none"> - Mangel på informasjon og dårlig kommunikasjon - Kaotisk og uoversiktlig opplevelse - Mangel på emosjonell støtte - Positive opplevelser av akuttmottaket - Erfaring i etterkant av oppholdet

	Artikkel 2
Forfatter(e)	Brittany e. Punches, Kimberly D. Johnson, Shauna P. Acquavita, Dianne M. Felblinger, Gordon L. Gillespie
Årstall	2018
Tidsskrift	International Emergency Nursing
Land	USA
Artikkeltittel	Patient Perspectives of pregnancy loss in the emergency department
Hensikten med studien	Hensikten med artikkelen var å beskrive opplevelsene kvinner har i akuttmottaket etter å ha opplevd tap av graviditeten.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvantitativ metode. Data ble innhentet fra åtte fysiske intervjuer som tok sted cirka to uker etter besøket til akuttmottaket. To av forfatterne leste gjennom intervjuene uavhengig av hverandre og analyserte transkriberingen ved å bruke åpen kodeteknikk.
Utvalg/populasjon	Åtte kvinner
Hovedfunn/ resultater	<p>Fem hovedkategorier og tolv underkategorier ble identifisert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decisions to get help <ul style="list-style-type: none"> - Seeking care - Bleeding - Environment of Emergency Care <ul style="list-style-type: none"> - Perceptions of Clinical Care - Chaotic Emergency Room - Not knowing <ul style="list-style-type: none"> - Doctor knew and didn't tell me - Didn't know what was going on - Finally knowing and moving on

	<ul style="list-style-type: none"> - They couldn't find a fetus - I just lost my baby - Coping with the loss - Assisting with the grieving process <ul style="list-style-type: none"> - Don't worry - Comforting me - Don't blame yourself
--	--

	Artikkel 3
Forfatter(e)	Katie N. Dainty, M. Bianca Seaton, Shelley McLeod, Modupe Tunde-Byass, Elizabeth Tolhurst, Vanessa Rojas-Luengas, Darby Little and Catherine Varner
Årstall	2021
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Land	Canada
Artikkeltittel	Reframing How Early Pregnancy Loss Is Viewed in the Emergency Department
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å dypdykke ned i kildene til de negative opplevelsene med tidlig svangerskapstap for innsikt i hvordan man kan tenke nytt om virkningsfulle endringer i omsorgen.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Intervjuene tok utgangspunkt i fenomenologisk tenkning for å få frem deltakernes subjektive opplevelser.
Utvalg/populasjon	59 Kvinner
Hovedfunn/	Hovedfunnene i artiklene består av

resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Miscarriage as common - Medical versus emotional experience - Assumptions around care needs
------------	---

	Artikkel 4
Forfatter(e)	Kate MacWilliams, Jean Hughes, Megan Aston, Simon Field and Faith Wight Moffatt
Årstell	2016
Tidsskrift	Journal of Emergency Nursing
Land	Canada
Artikkeltittel	Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department
Hensikten med studien	Hensikten med artikkelen er hvordan akutthjelp former opplevelsen av spontanabort for kvinner.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Tolkende fenomenologi ble brukt som veiviser for denne studien. Data ble analysert ved bruk av hermeneutisk og tematisk analyse.
Utvalg/populasjon	Åtte kvinner
Hovedfunn/resultater	<p>Fem hovedfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravid/Liv: Spontanabort/død - Å bestemme seg for å dra til akuttmottaket: noe er galt - Ikke en sykdom: en annen type traume - Behovet for anerkjennelse - Dra fra akuttmottaket: hva nå?

	Artikkel 5
Forfatter(e)	Danaë Larivière-Bastien, Francine deMontigny og Chantal Verdon
Årstall	2019
Tidsskrift	Journal of Emergency Nursing
Land	Canada
Artikkeltittel	Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å identifisere kjennetegn ved behandling som kan ha bidratt til de vanskelighetene opplevd av kvinner som kommer til akuttmottaket med spontanabort.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode. En tematisk kvalitativ analyse ble gjennomført av intervjuene.
Utvalg/populasjon	48 kvinner
Hovedfunn/ resultater	Artikkelen identifiserte mangel på informasjon som det største problemet, ved ulike situasjoner <ul style="list-style-type: none"> - Ved informering av spontanaborten - Forløpet ved spontanabort - Utskrivelsen