



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinner's erfaringer med dødfødsel / Women's
experiences with stillbirth**

Anne Ofstad og Eli Gjertrud Bjørdal Snekvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 64

Molde, 29/3-2015



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sol Mittet Toft

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29/3-2015

Antall ord: 12096

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år forekommer det cirka 2,6 millioner dødfødsler i verden. I Norge er det lav perinatal dødelighet, mens antallet er høyere i lavinntektsland og mellominntektsland. Dette er en alvorlig livshendelse i mors liv, og mange opplever stor sorg i tiden etter tapet.

Hensikt: Hensikten var å belyse kvinners erfaring med å miste ett barn gjennom en dødfødsel

Metode: Systematisk litteraturstudie basert på 5 kvantitative og 6 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Kvinner som gjennomgår en dødfødsel har et stort behov for omsorg, veiledning og informasjon gjennom forløpet. Noen kvinner bearbeider tapet ved samvær med barnet og skape minner, mens andre tar i bruk fysisk aktivitet.

Konklusjon: Det å erkjenne barnet er en viktig del av sorgprosessen. Mor bearbeider tapet ved å holde og skape minner av barnet. Fysisk aktivitet er en undervurdert bearbeidingsmetode av sorgen som mange mødre setter pris på, men ikke blir anbefalt av helsepersonell å prøve. Mor trenger mye informasjon og støtte, noe sykepleiere er en viktig del av.

Nøkkelord: dødfødsel, bearbeidelse, erfaringer, kvinner, mødre

Abstract

Background: Each year 2,6 million stillbirth occur globally. In Norway the ratio for stillbirth is lower than in low-income- and middle-income countries. Stillbirth is a serious life event in a mothers life, and many women experience grief subsequently of the loss.

Purpose: The purpose of this study was to illuminate women's experiences of losing a baby through a stillbirth.

Method: A literature study based on 5 quantitative and 6 qualitative research articles.

Result: Women that experience a stillbirth are in need of good care, guidance and information through the course of the event. Some women processed the loss by being together with the baby and creating memories, while other used physical activity.

Conclusion: To accept the baby is a huge part of the grieving process. A mother processes the loss by holding and creating memories of the baby. Physical activity is an underrated method to processing the grief, which many mothers appreciate but healthcare providers rarely recommend it. A mother needs a lot of information and support, and nurses are an important part of this.

Key words: stillbirth, processing, experience, women, mothers

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt	2
1.3	Problemstilling	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Dødfødsel	3
2.2	Krise og krisereaksjoner	4
2.2.1	Sjokkfasen	5
2.2.2	Reaksjonsfasen	5
2.2.3	Bearbeidingsfasen	6
2.2.4	Nyorienteringsfasen	6
2.3	Tap og mestring	6
2.3.1	Tap	6
2.3.2	Mestring	7
3.0	Metode	7
3.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier	8
3.1.1	Inklusjonskriterier	8
3.1.2	Eksklusjonskriterier	8
3.2	Datasamling	8
3.2.1	Databasesøk	10
3.2.2	Manuelle søk	10
3.3	Kvalitetsvurdering	10
3.4	Analyse	11
4.0	Resultat	12
4.1	Beskjeden ingen vil ha: barnet ditt er dødt!	12
4.1.1	Reaksjoner	12
4.1.2	Miljøet i avdelingen og støtteapparat	13
4.1.3	Helsepersonelllets rolle	15
4.2	Stille fødsel og tiden med barnet	16
4.2.1	Fødselen	16
4.2.2	Variierende holdninger	17
4.2.3	Den siste stunden med barnet	19
4.2.4	Helsepersonelllets rolle	20
4.3	Fysisk aktivitet	21
4.3.1	Motivasjoner og barrierer	21
4.3.2	Helsepersonelllets rolle	22
4.4	Skape minner	23
4.4.1	Skape og dele minner	23
5.0	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	24
5.1.1	Datainnsamling	25
5.1.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	26
5.2	Resultatdiskusjon	28
5.2.1	Å møte mødrene i en krise	28
5.2.2	Kan jeg få holde barnet mitt?	31
5.2.3	Å være fysisk aktiv: en metode for å bearbeide tapet	33
5.2.4	Den tøffe hverdagen	34
6.0	Konklusjon	37

6.1	Forslag til videre forskning	38
7.0	Referanseliste	39
Vedlegg 1	PO-skjema	
Vedlegg 2	Oversiktstabell av artikler	
Vedlegg 3	Oversiktstabell over søkehistorikk	
Vedlegg 4	Oversikt over manuelt inkluderte artikler	
Vedlegg 5	E-post korrespondanse med jordmor Cecilie Widiendahl Aaskov	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Dødfødsel er et tabulagt tema, men likevel et viktig tema å diskutere (Tommys 2016). Denne studien skal belyse kvinners erfaringer rundt det å oppleve en dødfødsel, og sykepleierens rolle.

Hvert år forekommer det på verdensbasis cirka 2,6 millioner dødfødsler. Med dødfødsel menes fosterdød etter 28 ukers svangerskap eller mer. 98 % av disse dødsfallene skjer i lavinntekts - og mellominntektsland, men det påvirker også rike nasjoner (Lawn et al. 2016).

Begrepet perinatal dødelighet omfatter barn som er dødfødte, barn som dør under fødsel og barn som dør i første leveuke. I Norge er det lav perinatal dødelighet. Fra 1968 til 2008 har perinatal dødelighet sunket fra 19,9 til 4,3 døde per 1000 fødte etter uke 28 i Norge (Landsforeningen Uventet Barsedød 2014). Ved en dødfødsel dør barnet i mors liv (Aspaas 2009).

Som sykepleiere kan vi møte denne pasientgruppen, både de som har gjennomgått tidligere, eller de som gjennomgår det nå, gjennom legevakt, ambulanse eller på ulike avdelinger på sykehuset.

Dødfødsel er et tema vi har hatt lite undervisning om, og som vi ikke har opplevd spesielt i praksis. Vi har ikke opplevd dette selv, men har gjennom praksis og jobbsammenheng opplevd å møte pasienter i sorgpregede situasjoner, f.eks. spontanaborter sent i svangerskapet. Vi føler derfor vi ikke har nok kunnskaper og erfaringer til å håndtere denne pasientgruppen.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinners erfaringer med å miste ett barn gjennom en dødfødsel.

1.3 Problemstilling

Hvordan erfarer kvinner å få et dødfødt barn?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Dødfødsel

Det er ikke lett å akseptere at barn dør. Selv om stadig ny kunnskap og medisinsk teknologi har bedret overlevelsesmulighetene for fostre og nyfødte, vil det være tilstander og situasjoner vi ikke råder over (Aspaas 2009, 169).

Det som vanligvis skjer i en slik situasjon er at kvinnen ringer til sykehuset på grunn av at hun har kjent lite tegn til liv, eller at hjertes fosterlyd ikke har blitt hørt når jordmor eller lege lytter på mor ved kontroll (Aspaas 2009).

Det kan være forskjellige årsaker til dødfødsler. Eksempler på årsaker kan være svikt i placenta, misdannelser eller sykdom hos mor eller fosteret. Det finnes noen risikofaktorer, som for eksempel høy alder hos mor (35 og oppover), diabetes, høyt blodtrykk og tidlige dødfødsler. I Norge er det blitt anslått at cirka 25 % av dødfødsler er av ukjent årsak. Dette skaper ofte svært stor frustrasjon hos mor og hennes familie (Aspaas 2009).

Hvis en mistenker at barnet ikke lever, må dette formidles på en skånsom måte til foreldrene, men samtidig skal man skaffe helsepersonell med sikker og god kompetanse til å foreta ultralydundersøkelse. Det er viktig at paret møtes på en profesjonell måte, og at forskjellige behov blir ivaretatt og tatt hensyn til. Det er vanlig at foreldrene reagerer med fornektelse. Det er mange foreldre som opplever det å føde et dødt barn som svært krevende og belastende (Aspaas 2009).

Vaginal forløsning anbefales ettersom det er mindre komplikasjoner ved en slik fødsel, og det er en fordel med tanke på en eventuell fødsel senere. Fødselsopplevelsen er også viktig i sorgarbeidet. Noen kvinner føler at den fysiske smerten ved svangerskapsavbrudd er med på å lindre den psykiske smerten (Aspaas 2009).

Mor må få god fødselshjelp, med klar og tydelig informasjon underveis ved vaginal forløsning. Eventuelle misdannelser barnet kan ha, bør være kjent for foreldrene på forhånd. Foreldrene blir oppfordret til å se på og holde barnet i armene sine, gjerne umiddelbart etter fødselen. Noen ønsker ikke å se på eller berøre barnet, og dette skal respekteres (Aspaas 2009).

Det fins foreldre som ikke ville se eller holde barnet sitt, og de forteller senere om en lengsel i forhold til dette. Trygghet og ro inne på fødestuen er med på å hjelpe foreldrene i en angstfylt situasjon, og informasjonen som gis må tilpasses behovet og dessuten hva foreldrene er i stand til å motta (Aspaas 2009).

Det er viktig at foreldrene får tid til å skape minner om barnet. Eksempler på å skape minner kan være at foreldrene får fot- og håndavtrykk av barnet, hårlokker og ta bilder. Dette kan også hjelpe med å bearbeide sorgen. Foreldre som ønsker dette, må gis anledning til å være sammen med barnet i dagene etter fødselen (Aspaas 2009).

Informasjon og opplysninger om obduksjon, begravelse og normale sorgreaksjoner skal formidles til foreldrene. Å bli stilt spørsmål om barnet skal obduseres kan være et følsomt tema for foreldrene. Riktig og god informasjon om formålet med undersøkelsen, og hva som gjøres med barnet kan være viktig for foreldrene å vite. Variasjoner i kulturell tilhørighet må også respekteres og bli tatt hensyn til (Aspaas 2009).

2.2 *Krise og krisereaksjoner*

Den som rammes av en alvorlig livshendelse går inn i en krise. Alvorlige livshendelser kan for eksempel være sykdom, traumer, katastrofer, vold, dødsfall, tap eller det kan være andre store endringer i livet. Dødfødsel kan være et eksempel på en traumatisk livshendelse. De personer som opplever kriser i livet, har som oftest behov for støtte, medmenneskelighet og noen å snakke med for å dele tanker og følelser. God kommunikasjon kan bidra med å hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og en kan klare å mestre krisen bedre. Det er samtidig viktig at pasienten får informasjonen hun trenger. Dette vil medføre at situasjonen blir mer forståelig og det bidrar til forutsigbarhet og mening i situasjonen (Eide og Eide 2007).

En kan skille mellom fire faser i menneskets normale krisereaksjon:

- Sjokkfasen
- Reaksjonsfasen
- Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen
- Nyorienteringsfasen

Fasene kan være et hjelpemiddel til å forstå pasientens sine reaksjoner og behov (Eide og Eide 2007).

2.2.1 Sjokkfasen

Det er mange foreldre som har vanskelig for å tro at barnet er dødt. De kan bytte mellom å benekte og innse realiteten. De kan oppleve et følelsesmessig kaos blandet med angst, og ofte leter de etter en mening med det som har hendt. Stemningen kan skifte fra fortvilelse til apati. Sjokkfasen kan også være preget av manglende konsentrasjon og man kan ofte glemme raskt og fortrenge det som har skjedd. Informasjon som gis fra helsepersonell i denne fasen må være enkel og sammenfattet, og en må ofte gjenta det som blir sagt (Eide og Eide 2007).

Foreldre har mange valg som må tas i denne perioden i forhold til barnet. Helsepersonell har en viktig rolle i forbindelse med å få frem konsekvenser av de ulike valgene, og de kan på denne måten hjelpe foreldrene til å ta de avgjørelsene som er best (Eide og Eide 2007).

2.2.2 Reaksjonsfasen

I denne fasen begynner foreldrene å ta innover seg det som har skjedd. Tankegangen omhandler ofte skyld og skam, og mange er preget av bitterhet. Mange forsøker å finne mening med det som har skjedd, og noen legger skylden på helsepersonell. Foreldre er svært sårbare, og alle detaljer i møte med helsepersonell blir lagt merke til. Det er viktig

med en rolig og trygg tilværelse. En må fortelle at deres reaksjoner er normale, og det gis rom for å uttrykke disse reaksjonene. En må ta seg tid til å lytte til foreldrene med en aksepterende holdning, som er betydelig for deres videre håndtering av sorgprosessen (Eide og Eide 2007).

Mange opplever en følelse av ensomhet når de kommer hjem uten barn. I den første tida er nettverket ofte parat, og det er mange som får støtte og hjelp fra familie og venner. Foreldre som opplever tap og sorg, skifter ofte frem og tilbake mellom sjokk- og reaksjonsfasen (Eide og Eide 2007).

2.2.3 Bearbeidingsfasen

Når bearbeidningen begynner er den akutte fasen over. I denne fasen begynner man å leve slik som før, man ser fremover og mange gjenopptar gamle aktiviteter. Til tross for at hverdagen er i ferd med å vende tilbake, vil ofte hele det første året være utfordrende. Man opplever at andre får barn rundt seg, og merkedager og høytider blir ekstra tunge (Eide og Eide 2007).

2.2.4 Nyorienteringsfasen

Hvis foreldrene kommer gjennom sorgen på en god måte, vil livet etter hvert oppleves som mer meningsfylt. Savnet og minnet av barnet de aldri fikk, vil alltid være der, men sorgen og følelser knyttet til sorgen forsvinner (Eide og Eide 2007).

2.3 *Tap og mestring*

2.3.1 Tap

Krisereaksjoner er som oftest sterkest når man ikke er forberedt på tapet. Tapet vil utfordre en persons selvfølelse, og en kan slite med å se mening og verdi i livet. Hvis en fremdeles beskytter seg mot tapet vil ikke bearbeidelsen finne sted, eller den blir svært begrenset. Dersom følelser holdes tilbake kan de oppstå brått og uventet senere (Eide og Eide 2007).

Reaksjoner og utfall som oppstår vil være ulike. Noen vil oppleve å komme styrket ut av krisen, og samholdet i familien kan oppleves som tettere og bedre enn før. Mens andre kan oppleve økt sårbarhet og mentale lidelse. De mest normale og typiske reaksjonene er aggresjon, nedsatt hukommelse, økt tretthet, økt aktivitetsnivå, depresjon og angst for at det skal skje noe med de eventuelle andre barna i familien (Eide og Eide 2007).

2.3.2 Mestring

Det finnes ikke en definisjon av mestringsbegrepet. I litteraturen blir det lagt vekt på at mestring består av komplekse og prosesser som er uoversiktlige. Mestring blir ofte sett på som summen av psykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, akseptere og minske de ytre eller indre påkjenninger en er blitt utsatt for, eller et forsøk på å redusere eller unngå at negative følger skal oppstå (Eide og Eide 2007)

3.0 Metode

I denne oppgaven skal vi i følge retningslinjene for Høgskolen i Molde skrive en bacheloroppgave i sykepleie i form av en systematisk litteraturstudie (Jørgensen og Michaelsen 2015). Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke og hjelper oss til å samle inn data (Dalland 2007).

I følge Forsberg og Wengström (2013) skal en godt formulert problemstilling være tilstede i oppgaven. Problemstillingen skal være et utgangspunkt som tar sikte på å besvare ved å

identifisere, velge, vurdere og analysere forskning som egner seg.

Egnet forskning finner en først og fremst ved systematiske søk etter vitenskapelige forskningsartikler i relevante databaser.

3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

3.1.1 Inklusjonskriterier

- Kvalitative og kvantitative artikler
- Kvinner som har vært gjennom en eller flere dødfødsler
- Pasientperspektiv
- Publisert i vitenskapelig tidsskrift på nivå 1 eller 2
- Fra de siste fem årene, 2011-2016
- Originale forskningsartikler

3.1.2 Eksklusjonskriterier

- Svangerskapsavbrudd eller abort
- Annet perspektiv
- Vitenskapelige tidsskrifter uten noe publiseringsnivå
- Reviewartikler

3.2 Datasamling

Ifølge retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie (Jørgensen og Michaelsen 2015) må datasamlingen være fremstilt så grundig at den kan utføres av andre på samme måte.

Dalland (2001) påpeker viktigheten av grundig fremstilling av databasesøk, for at undersøkelsen skal være troverdig.

Mot slutten av 2015 bestemte vi oss for endelig problemstilling og hensikt. Da hadde vi allerede begynt arbeidet med å søke artikler med tanke på at vi ville fokusere på kvinner og opplevelsen av dødfødsel. Etter bestemt hensikt utførte vi flere søk etter forskningsartikler i aktuelle databaser. Søkeord ble tatt både utfra hensikt og

problemstilling, og som nøkkelord i teori om tap og sorg. Synonymer og ulike begrep for dødfødsel ble brukt. For et systematisk og oversiktlig søk satte vi opp aktuelle søkeord i et PICO-skjema (se vedlegg 1). PICO skjema er en metode som brukes for å strukturere innholdet i søkeprosessen ut ifra problemstilling og hensikt (Dallan 2011).

«P» står for pasient eller populasjon (Dallan 2011). Dette inkluderer den gruppen vi ønsker å finne informasjon om, som i vårt tilfelle blir kvinner som har opplevd en dødfødsel. Ordene vi har brukt i denne delen ble «fetal death», «stillbirth», «stillborne», «perinatal death» og «intrauterine fetal death».

«I» beskriver en intervensjon eller tiltak som blir iverksatt (Dallan 2011). I begynnende søk brukte vi søkeordet «nurs*» og «nursing». Dette ble i senere søk tatt bort etter endelig problemstilling og hensikt ble fremstilt.

«C» står for kontrollgruppe, og blir brukt dersom hensikten er å sammenligne ulike intervensjoner (Dallan 2011). I vårt tilfelle var ikke «C» aktuelt, siden vi kun søker erfaringer, og ikke tiltak.

«O» står for resultat, og inkluderer de sluttverdiene vi er ute etter (Dallan 2011). Vi var opptatt av hvilke ulike erfaringer kvinner som gjennomgår en dødfødsel opplever og hadde flere ulike ord under denne kategoriene Ordene vi brukte var: «care», «caring», «grief», «bereavement», «loss», «cope», «coping», «adaption», «adapt», «manag*», «experienc*» og «master».

I databasesøket brukte vi søkeoperatørene «AND» og «OR». «AND» ble brukt for å begrense søkene, og «OR» ble igjen brukt for å finne flere kombinasjoner (Forberg og Wengström 2013).

Vi brukte limits for å finne artikler som passet for vår litteraturstudie. Ved hovedsøk som ble gjort i Ovid Medline avgrenset vi til språkene norsk, svensk, dansk og engelsk, og søkte kun på artikler fra 2011 til i dag. Ved hovedsøk som ble utført i ProQuest ble søket avgrenset til vitenskapelige journaler, artikler fra de siste 5 årene (2011 til i dag og artikler i fulltekst.

3.2.1 Databasesøk

Først valgte vi å utføre databasesøk i Ovid Medline og ProQuest, før vi eventuelt utførte manuelle søk.

Søk i ProQuest.

Vi utførte et søk 9/11 – 2015 med 1170 treff. Vi fant flere artikler i dette søket, og inkluderte til sammen 6 artikler, en fra Cacciatore, Frøen og Killian (2013), en annen fra Huberty et al. (2014b), en fra Kelley og Trinidad (2012), en fra Kersting et al. (2013), en fra Huberty et al. (2014a) og den siste fra Ryninks et al. (2014).

Søk i Ovid Medline.

Vi utførte et søk 8/12-2015 med 48 treff. I dette søket ble kun en artikkel inkludert av forfatterne Simwaka, Kok og Chilemba (2014).

3.2.2 Manuelle søk

Etter to hoved søk med til sammen 7 inkluderte artikler valgte vi å gjennomgå referanselistene i disse artiklene for å manuelt velge ut artikler. Vi valgte ut artikler manuelt etter ekskluderings- og inkluderingskjemaet, med fokus på vår hensikt og problemstilling.

Vi søkte deretter opp artiklene etter tittel på Google. Vi valgte først å lese over de som ble funnet i full tekst og gratis PDF-format. Vi leste til sammen 7 artikler, men valgte å inkludere 4 artikler (se vedlegg 4). Disse ble funnet gjennom artiklene til Ryninks et al. (2014).

3.3 Kvalitetsvurdering

Etter alle fullførte søk hadde vi totalt lest gjennom 48 artikler. Vurdering av artiklenes relevans ble utført fortløpende i søkene. Siden vi jobbet fra hver vår kant ble alle artiklene delt oss imellom. Artiklene ble først vurdert ut ifra hensikt og problemstilling. På nettsiden til NSD (NSD 2016) fikk vi kontrollert hvilket publiseringsnivå de ulike artiklene tilhørte. Totalt endte vi opp med 6 kvalitative og 5 kvantitative artikler.

Disse artiklene ble alle godkjent etter videre kvalitetssikring ved bruk av tilhørende sjekklister for hver enkelt studie (Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet 2016). Ut ifra hvor mange av kravene som ble oppfylt av de ulike artiklene for tilhørende sjekklister anslo vi kvaliteten av artiklene, vurdert fra god til meget god. Flere av artiklene oppfylte svært mange av kravene, og ble dermed vurdert som meget god. Vi brukte likevel ikke en systematisk vurdering av kvalitetslistene, men en kritisk vurdering av viktigheten i hvert krav. Dette er ytterligere beskrevet under metodediskusjon.

En etisk overveielse av artiklene ble til slutt viktig. Av alle artiklene hadde flere vært godkjent av etisk komite, og/eller så hadde deltagerne av undersøkelsen gitt muntlig eller skriftlig samtykke. Totalt 9 hadde blitt godkjent av etisk komite (se vedlegg 2).

3.4 Analyse

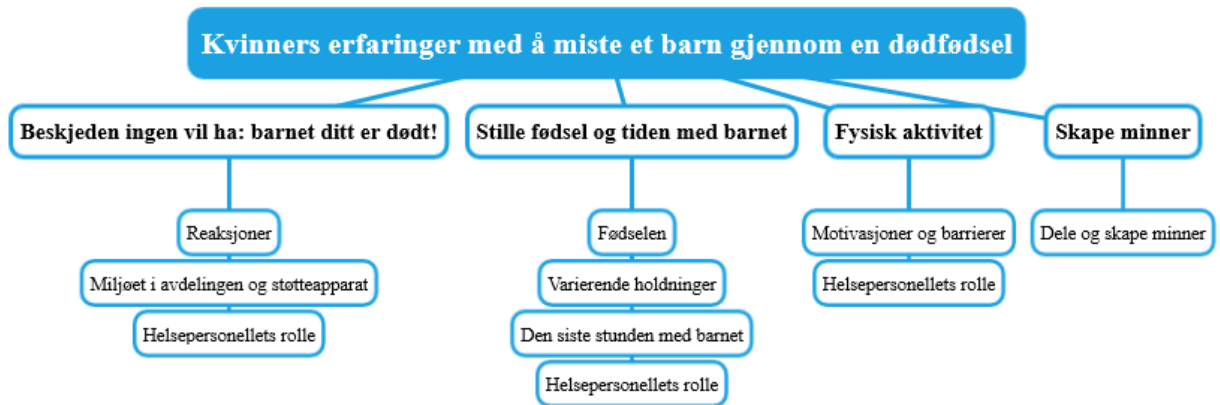
I følge Høgskolen i Molde's retningslinjer for bacheloroppgaven (Jørgensen og Michaelsen 2015) skal presentasjon av analyse være godt beskrevet slik at en eventuell etterprøving er mulig. Målet med analysen er å få en systematisk oversikt over resultat og relevante temaer (Jørgensen og Michaelsen 2015).

Vi startet vår analyse ved å lese artiklene hver for seg og markerte hovedtemaer i artiklene. Vi sørget for å fokusere på hensikt og problemstilling i vår analyse, og markerte hovedtemaer som var relevante. Deretter så vi etter likheter i temaene fra alle artiklene og diskuterte oss frem til fire hovedtemaer som gikk igjen i artiklene. Ut ifra disse hovedtemaene diskuterte vi oss frem til undertemaer tatt fra de forskjellige artiklene.

Artiklene ble samlet i en mappe med fargekoder. De artiklene med samme hovedtema ble markert med samme fargelapp, og de med samme undertema ble markert med samme fargelapp.

4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinners erfaringer med å miste ett barn gjennom en dødfødsel.



Figur 1: Oversikt over oppgavens hovedtemaer og undertemaer

4.1 *Beskjeden ingen vil ha: barnet ditt er dødt!*

I litteraturen ble det løftet frem ulike erfaringer basert på hvordan beskjeden om at barnet er dødt blir gitt, og mors reaksjoner på dette. Erfaringer om hvordan mor opplever helsepersonellet i denne tiden ble også nevnt i flere artikler.

4.1.1 Reaksjoner

Dødfødsel er noe man ikke forventer, og kommer som oftest som et sjokk (Kelley og Trinidad 2012) (Simwaka, Kok og Chilemba) (Ryninks et al. 2014). Dødfødsel er ikke noe en kvinne går rundt og tenker på, eller forbereder seg til (Kelley og Trinidad 2012).

Mange kvinner hadde en formening om at dødfødsel var veldig sjelden. Flere ble overasket over å se den reelle forekomsten av dødfødsler over hele verden, eller at dødfødsler i det hele tatt forekommer i høy-inntektsland slik som f.eks. USA (Kelley og Trinidad 2012).

I forhold til dette var det en mor som uttalte:

You think this is something that only happens in third world countries, but not to us with our health care resources (Kelley og Trinidad 2012, 3)

Mange kvinner mistenkte at det var noe galt med deres ufødte barn før det ble gitt bekreftende informasjon av helsepersonell at fosteret hadde dødd i livmoren. De fleste kvinnene hadde kjent mindre fosterbevegelser, mens andre trodde dette var vanlig på slutten av svangerskapet. De aller fleste kvinnene kontaktet jordmor og ble innlagt på sykehuset. Mange av kvinnene visste på forhånd at barnet var død, mens andre ble fortalt dette av gynekologilege i forbindelse med fødselen (Gravensteen et al. 2013).

Det å oppleve en dødfødsel kommer som et sjokk for mor, idet forventningen om et normalt svangerskap blir forandret. I Cacciatore, Frøen og Killian (2013) sin studie kommer det frem at svært mange mødre har et behov for å skylde på en eller flere faktorer etter en dødfødsel. Dette kan f.eks. være gud, fedre eller noe annet. Det samme finner vi i Simwaka, Kok og Chilemba (2014) sin studie, hvor flere av mødrene finner faktorer å legge skylden på. Slike faktorer kan være helsepersonell, fedrene eller religiøse årsaker. Hele 25 % av mødrene fra studien til Cacciatore, Frøen og Killians (2013) skylder på helsepersonellet.

Mange av mødrene opplever skyldfølelse etter en dødfødsel. Hele 24,6 % uttalte at de har skyldfølelse for tapet. De mødrene som satt igjen med skyldfølelse hadde igjen økt sjanse for å oppleve depresjon og angst (Cacciatore, Frøen og Killians 2013).

4.1.2 Miljøet i avdelingen og støtteapparat

Miljøet på en fødestue er ikke tilpasset for kvinner som har hatt dødfødsel. En fødsel er forbundet med mas og støy, babygråt, aktiviteter etter fødselen, gratulasjoner, telefonsamtaler for å dele den glade nyheten og jubel. En dødfødsel innleder derimot en dyp stillhet (Kelley og Trinidad 2012).

Det var flere mødre som beskrev aktiviteten inne på fødeavdelingen som grusom (Kelley og Trinidad 2012).

En mor sa:

They left me in the same floor as everybody else. You hear babies crying. I mean, that was horrible. They put a sticker on your door. I was like, “What is that for?” They’re like, “Well, it’s to let everybody know that you don’t have a baby here. It was just horrible (Kelley og Trinidad 2012, 6).

Det var en mor som forklarte at hun ble flyttet over til en annen avdeling på sykehuset fordi de ansatte tenkte hun ville få mer ro og privatliv der. Det som skjedde var at de ansatte på denne avdelingen lurte på hvorfor hun var der, og da måtte moren gjentatte ganger forklare at hun hadde blitt flyttet over fra fødeavdelingen fordi hun hadde hatt en dødfødsel (Kelley og Trinidad 2012).

To mødre delte sine erfaringer:

They didn’t put a sticker on my door, so they kept coming in—“Do you have your baby?” That was horrible because they came in two or three times. They came in to take pictures of him, thinking he was alive. I don’t think they knew what to do—it was horrible. (Kelley og Trinidad 2012, 6).

The nurse kept coming by and saying, “What are you hoping for, a girl or a boy?” So they weren’t even reading my chart about the baby having already died. Then I was in a room with all of the women delivering babies, because it was a smaller hospital (Kelley og Trinidad 2012, 6).

Mødre i studien opplevde sorg og depresjon i flere uker og måneder etter tapet av barnet. Kun noen av mødrene ble henvist til rådgivning. De fleste av mødrene etterspurte rådgivning, eller behandlet seg selv på egen hånd. De fleste av mødrene hadde ektefelle, familiemedlemmer eller venner boende hjemme hos seg i flere uker etter dødsfallet til sin baby (Kelley og Trinidad 2012).

Mødre uttrykte verdien av informasjon, rådgivning og støttegrupper for etterlatte etter en dødfødsel, og spesielt behovet for å snakke med andre som hadde gått gjennom det samme. De fleste av kvinnene fra studien Gravenstein et. al. (2013) fikk videre

oppfølging fra sykehus, eller oppsøkte hjelp på eget initiativ. Noen snakket med psykolog, jordmor, prest eller med annet helsepersonell. Det var kun ni kvinner som ikke hadde fått oppfølging, og av disse kvinnene var det tre kvinner som ønsket at de hadde fått oppfølging.

Nytt av dagen er bruk av internettbaserte tjenester i oppfølging av pasienter som har gjennomgått en dødfødsel. Kersting et al. (2013) fant med sin internettbaserte intervensjon at flere mødre slet med sorg i lengre tid etter dødfødselen. De fant også ut at dette har stor påvirkning på mor. Ved bruk av slike intervensjoner kan posttraumatisk stress syndrom (PTSD) og sorg bli oppdaget tidlig, og handlinger kan bli iverksatt i god tid. Dette gir en bedre oppfølging i tiden etter dødfødselen, der flere har opplevd et dårlig tilbud, og at de blir oversett av systemet (Kersting et al. 2013).

4.1.3 Helsepersonellets rolle

Mødre beskrev det som stressende og forvirrende i forhold til sykehusinnleggelsen. Flere ble henvist til legevakt og ble behandlet av ansatte som var dårlig forberedt. De fikk ikke hverken den informasjonen de trengte eller oppmuntring eller støtte i denne skremmende tiden. Barnet blir ofte bekreftet død av ultralyd (Kelley og Trinidad 2012).

Kvinner uttrykte det som svært meningsfylt når leger og sykepleiere tok seg tid til å sette seg ned med dem, se dem i øynene og være tilstede med dem i sorgen. Alle mødre verdsatte øyekontakt, empati og følelsesmessig engasjement (Kelley og Trinidad 2012). Mange kvinner var fornøyde med hvordan bekreftelsen på at barnet var dødt ble formidlet på, mens andre opplevde mangel på øyenkontakt og empati (Gravensteen et al. 2013).

Mange av kvinnene opplevde helsepersonell som var ukomfortable med å bekrefte den triste nyheten om at deres barn var dødt (Kelley og Trinidad 2012).

I forhold til obduksjon av det dødfødte barnet, var det kvinner som opplevde og ikke få god nok informasjon om hva dette innebar i forkant av fødselen. Under dyp sorg var det derfor mange som takket nei til obduksjon av barnet. Flere angret derimot på denne avgjørelsen senere fordi de da ikke fikk vite årsaken til barnets død (Gravensteen et al. 2013).

4.2 Stille fødsel og tiden med barnet

Opplevelsen av å føde det døde barnet og tiden sammen med barnet ble diskutert i noen artikler, og var et sentralt tema i mors erfaringer. Også her var erfaringer med hvordan mor blir behandlet av helsepersonell et omtalt tema.

4.2.1 Fødselen

Mange av kvinnene opplevde en usikkerhet i forhold til hvordan en dødfødsel foregår, og opplevde å ikke få en korrekt beskrivelse. Noen kvinner ble sjokkerte over at de måtte gjennom en vaginal fødsel i stedet for keisersnitt (Kelley og Trinidad 2012).

Kvinner fra studien til Ryninks et al. (2014) snakket lenge om hvordan det var å oppleve selve dødfødselen og følelsen av moderlig stolthet ved å ha et barn og den positive prosessen som fulgte blant noen mødre. Selv om noen mødre kjente på en intens tristhet og tap etter dødfødselen var det en rekke mødre som beskrev det som svært meningsfylt å ha vært gjennom en dødfødsel, sett den dødfødte, og de gode minnene de hadde skapt med babyen (Ryninks et al. 2014).

En mor beskrev det slik:

Distraught, heartbroken, umm, angry, and then I held him and then it sort of all seemed to have gone away, and I started feeling happy. I managed to actually have a child which is more than most people get (Rebecca) (Ryninks et al. 2014, 6).

Dødfødselen opplevdes som svært emosjonelt for mange mødre (Ryninks et al. 2014) (Kelley og Trinidad 2012). Mødrene snakket om en intens smerte, og sorgen de følte overfor den dødfødte babyen (Ryninks et al. 2014).

I tillegg til denne emosjonelle opplevelsen som mange av mødrene følte, var det flere mødre som beskrev opplevelsen som surrealistisk. Det var opptil flere mødre som beskrev følelser av vantro (Ryninks et al. 2014).

Her er en mors beskrivelse på dette:

I guess the whole thing feels like it's happened to somebody else. And you feel almost like it's an out of body experience. And I guess the shock of it from the start is very much like this has happened to somebody else. I haven't even been pregnant (Sophie) (Ryninks et al. 2014, 7)

4.2.2 Varierende holdninger

For mange kvinner kan det være svært betydningsfullt å få se og være med barnet etter dødfødselen. Mange kvinner uttrykte at det var avgjørende for at sorgprosessen deres ble lettere. Noen kvinner ønsket å se og ha kontakt med barnet etter dødfødselen, mens andre opplevde dødfødselen som rystende og sjokkerende (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014).

After my daughter was born and they told me she was dead, I didn't want to see her. I didn't want to see what a dead baby looked like. They basically, for lack of a better word, forced me to do it. I had nurses in there. I was hysterical. They said, "You have to hold her and say goodbye to her while she is still warm (Kelley og Trinidad 2012, 7).

... They said, "You have to hold her and say goodbye to her while she is still warm. Don't wait for her to be put in the refrigerator. Don't go on 10 years and look back and say you never held her, you never saw her." I was so angry with them. I was yelling, but when I look back, that was the crucial event that they did to not only preserve future memories but for me to get through it (. . .) They were right (Kelley og Trinidad 2012, 7).

Mange av kvinnene uttrykte at det å se det dødfødte barnet, hjalp dem i å takle det som hadde skjedd, samt å akseptere at barnet hadde dødd (Kelley og Trinidad 2012).

I artikkelen Erlandsson, Warland og Cacciatore (2012), var det 692 av 840 mødre som så barnet sitt. Av de 840 mødrene var det 366 som opplevde at helsepersonell spurte om de ønsket å se barnet, mens 217 mødre ble gitt barnet uten at de spurte på forhånd. Det var 82

mødre som spurte selv om å få se barnet. Tre av mødrene uttalte at de opplevde å bli presset til å se barnet sitt, men på grunn av det lave tallet, ble ikke dataene inkludert i analysen i studien.

I den samme artikkelen, Erlandsson, Warland og Cacciatore (2012), var det en tabell som viste frekvens i antall og prosent av mødrene i forhold til det å se og holde barnet. Her er det store forskjeller fra sent på 1900-tallet til dags dato. Blant de mødrene som fødte før år 1990, var det 50 av 119 (42 %) som så babyen, mens for mødre som fødte etter 1990-tallet var det 609 av 680 (90 %) som så babyen.

Det er blitt ganske vanlig å spørre kvinner om de har lyst til å holde barnet etter en dødfødsel. Dette kan oppleves som medfølelse og støttende for mange kvinner å bli spurt om for eksempel holde, bade og kle på barnet. Kvinner fra studiene uttrykte blandede følelser om å se og holde barnet, men det var flere som hadde positive opplevelser enn negative. Flertallet av kvinnene uttrykte at det følte godt å holde babyen (86 %). Det var åtte kvinner fra studien som ikke valgte å holde barnet, og de uttrykte anger på dette i ettertid (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014).

Det var en mor i fra studien som følte seg utelatt. De ansatte mente at hun trengte å hvile, og spurte derfor kun far om han ønsket å bade og kle på barnet. Mor beskrev det å bade og stelle barnet som viktig for henne (Kelley og Trinidad 2012).

Det fysiske utseendet til barnet var et sentralt tema som dukket opp i en studie. Alle kvinnene fra studien uttrykte en bekymring og frykt i forhold til hvordan deres dødfødte barn så ut, og mange av dem følte seg lettet da de fikk se at barnet så ganske normalt ut og lignet på andre familiemedlemmer. For noen kvinner var derimot framtoningen på den dødfødte babyen ganske urovekkende. Flere kvinner uttrykte frykt for å se en død kropp (Ryninks et al. 2014).

Her er noen beskrivelser over hvordan mødre behersket kontakten med deres dødfødte barn:

When I first held him, he was warm and soft and wet like a newborn should be. But he was silent. I held him as his body grew cold. I tried to keep him warm, but I couldn't (Kelley og Trinidad 2012, 6).

Her feet, they were like her dad's, she had big toes (laughs) it was just the fact she was so perfectly formed, all the creases on her hands and feet, and the nails and the hair starting to come through and stuff like that (Katherine) (Ryninks et al. 2014, 6).

Fra studien til Erlandsson, Warland og Cacciatore (2012) og Ryninks et al. (2014) er det flere funn som tyder det på at mødre ønsker å bli behandlet som mødre som får et levende og friskt barn. Det var en del mødre som ble spurt på forhånd om de ønsket å se barnet og som svarte at de ikke ønsket dette, og som angret på det i ettertid. Resultatet fra studien til Erlandsson Warland og Cacciatore (2012) tyder på at mødre føler seg bedre, mindre redd og ukomfortabel når de ser og holder sitt dødfødte barn hvis helsepersonell gir de barnet i armene rett etter fødselen, i stedet for å spørre. Dette er et interessant funn i lys av forskning som tyder på at mødre som avslø når de ble spurt om de ønsket å se eller holde babyen, har mer alvorlige langvarig psykiatrisk følgetilstander, enn mødre som enten så eller holdt sin baby, eller ikke ble spurt. I resultatet av studien kom det frem at det å tilby barnet til moren uten å spørre, kan være den mest nyttige og naturlige måten å gi psykososial omsorg på (Erlandsson, Warland og Cacciatore 2012).

Å spørre en mor om hun ønsker å se og holde barnet, blir beskrevet som et unaturlig spørsmål i resultatet i studien. Ved å spørre mødre om dette spørsmålet, kan det medføre at noen ikke ønsker å se eller holde babyen (Erlandsson, Warland og Cacciatore 2012).

4.2.3 Den siste stunden med barnet

Å ha muligheten til å si farvel, i forhold til å se og ha nærkontakt med barnet mente helsepersonell bidro til at mange kvinner kom seg bedre i gjennom sorgprosessen. (Ryninks et al. 2014,).

Et viktig tema som dukket opp blant mødrene, var at de var sliten og lei, og ville si farvel

til den dødfødte babyen, samt realisering og akseptering av at barnet var dødt (Ryninks et al. 2014). «*I needed to say goodbye to her and I needed to say sorry (Olivia)*” (Ryninks et al. 2014, 7).

Her er et eksempel på en mor som ikke angret på sin avgjørelse:

I wouldn't have done anything differently um I definitely would have seen her. And I guess I almost can't believe I didn't want to, it would have been quite hard not to have seen her. It definitely helped... I think I would have felt worse now if I hadn't, you can't take that back, you can't go backwards and change it, so I definitely think it was the right thing to do and I guess I'm quite grateful for, I mean it wasn't, it wasn't pushy, but it was recommended (Sophie) (Ryninks et al. 2014, 7).

Her er et eksempel på en mor som angret på sin avgjørelse:

I do regret not holding him, and I think I regret not holding him purely because I never held him. Now, you know, I do regret not holding him. I think I should have been braver, but it's very easy to say that in hindsight. Cause at the time couldn't so. And maybe I was right at that time, cause if I had of held him I would have actually felt that physical sense of not having my baby in my arms. So perhaps it was a sort of self-preservation defence mechanism kicking in (Claire) (Ryninks et al. 2014, 7).

Flere mødre i studien til Downe et al. (2012) følte de ikke klarte å delta i avgjørelsen ved avskjed med barnet, grunnet vanskeligheter med å ta inn over seg informasjon som ble gitt av helsepersonell.

4.2.4 Helsepersonellens rolle

Kvinner fra studier uttrykte det som meningsfullt da de fikk den informasjonen de trengte før dødfødselen, samt at helsepersonell viste gode forberedelser (Ryninks et al. 2014) (Downe et al. 2012) (Kelley og Trinidad 2012). Det ble beskrevet som svært viktig for mødre at helsepersonell viste empati og ritualer for å hedre det døde barnet (Kelley og Trinidad 2012).

Kvinnene uttrykte blandende følelser rundt oppfølgingen av dødfødselen, men de fleste av kvinnene følte at de ansatte var støttende og visste respekt overfor den dødfødte babyen (Kelley og Trinidad 2012).

Flere uttrykte dårlig kommunikasjon blant helsepersonell, samt diffuse forberedelser, før dødfødselen. Noen kvinner fra studien uttrykte dårlige opplevelser med dette fra sykehuset (Kelley og Trinidad 2012).

De fleste av kvinnene følte i stor grad at helsepersonell var støttende i forhold til å ha kontakt med barnet, og i noe mindre grad i å gjøre sine egne beslutninger om dette (Ryninks et al. 2014) (Kelley og Trinidad 2012). En kvinne uttrykte at helsepersonell skulle vært mer støttende i forhold til kontakt med barnet, mens andre beskrev at ansatte skulle latt kvinnene bestemme mer. Noen opplevde varierende grad av støtte og press fra helsepersonell. Det var ingen kvinner som opplevde at de ansatte prøvde å overtale dem til å holde babyen mot deres egne ønsker (Kelley og Trinidad 2012).

Flere foreldre preges av skyldfølelse, frykt og sorg etter tapet, og rett etter forløsningen føler de fleste seg ute av stand til å ta viktige avgjørelser. Dersom helsepersonellet ikke var i stand til å forstå foreldrenes opplevelse, og ikke håndterte de varsomt, førte det til sinne og frustrasjon hos foreldrene (Downe et al. 2013).

4.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet var et interessant funn fra to av de inkluderte artiklene i vår litteraturstudie. Mangel på informasjon om fysisk aktivitet fra helsepersonell var noe flere av mødrene trakk frem. Forskjellige motivasjoner og barrierer for å utnytte fysisk aktivitet var også sentrale tema.

4.3.1 Motivasjoner og barrierer

Flere av kvinnene valgte å bruke fysisk aktivitet (jogging, yoga, løping) for å forbedre sin mentale helse, spesielt bruk av tilbud som er billige, ikke-farmakologisk og enkle (Huberty et al. 2014b) (Huberty et al. 2014a).

Kvinner la vekt på viktigheten av fysisk aktivitet som en måte å overkomme sorgreaksjoner og forbedre helsen mentalt og emosjonelt (Huberty et al. 2014a).

Ulike motiverende faktorer ble svært viktige for kvinnene, blant annet: tid for seg selv, bedre fysisk helse med tanke på ny graviditet, generelt bedre fysisk form, vekttap og misnøye med kropp etter graviditet, takle depressive symptomer, det å være et forbilde for egne barn og andre mødre i samme situasjon, og for å komme tilbake til tidligere fysiske aktivitet (Huberty et al. 2014b) (Huberty et al. 2014a).

Alt dette inngår i en prosess hvor mødrene ønsker å bearbeide sorgen og få kontroll over depressive symptomer, men også et ønske om å fremstå sterk og skjule sin sorg. Mødre som fant det viktig å være et forbilde for andre beskrev det som et ønske at andre skulle se at de ikke ble tynget ned av sorgen. Av de mødrene som ønsket å ha tid for seg selv handlet det også om å rømme fra sorgen, og et ønske om ikke å møte omverdenen (Huberty et al. 2014b) (Huberty et al. 2014a).

Flere av kvinnene i studien til Huberty et al. (2014a) nevnte ulike faktorer som hindret dem i å oppsøke fysisk aktivitet i ettertid av dødfødselen. Slike faktorer var trøtthet, skyldfølelse, skam over sin gravide kropp og det å se andre barn.

...when you are kind of dealing with all of this stuff it helps to do physical activity but at the same time when you get to a certain spot of just that despair and guilt you don't really want to do anything... (Huberty et al. 2014a, 3)

I studien til Huberty et al. (2014b) ble det funnet betydelige tilknytninger mellom lite fysisk aktivitet og depressive symptomer.

4.3.2 Helsepersonellens rolle

Flere av kvinnene i studiene til Huberty et.al (2014b) og Huberty et al. (2014a) fikk ikke nok informasjon om fysisk aktivitet som en mestringsmekanisme i sorgen, og flere ga uttrykk for at de ønsket mer veiledning i forhold til fysisk aktivitet.

Flertallet av helsepersonellet ga ikke informasjon eller anbefalinger om fysisk aktivitet i tiden etter dødfødsel. Det ble påvist at fysisk aktivitet etter en dødfødsel kan være med på å påvirke helsen til mor og barn ved neste fødsel, og det blir derfor anbefalt at helsepersonell tilbyr tilrettelegging og gir veiledning om fysisk aktivitet (Huberty et al.

2014a) (Huberty et al. 2014b).

4.4 Skape minner

Det å skape og dele minner av barnet ble fremhevet i flere artikler, samt erfaringene med helsepersonellens holdninger til dette.

4.4.1 Skape og dele minner

Det å skape minner med det dødfødte barnet er bevist positivt på mødres sorgprosess, og flere mødre setter pris på å få skape minner med barnet sitt (Crawley, Lomax og Ayers 2013). Mødre i samme studie, og også i Downe et al. (2013) studie, fortalte at det å ikke få skape flere minner var skuffende og at de fleste ønsket de hadde tid til å lage mer minner. Minnene kunne være bilder, momenter, hårlokk, video o.l. En mor i Downe et al. (2013) studie beskrev det å skape minner slik: «you've got to cram a lifetime of memories into a few hours» (intervju #16). Flere kvinner ønsket å ta vare på minnene de skapte med barnet, og fremhevet viktigheten av det å huske barnet slik det var (Kelley og Trinidad 2012) (Downe et al. 2013) (Ryninks et al. 2014).

Det å dele minnene kan være med på å bearbeide opplevelsen. Crawley, Lomax og Ayers (2013) ser at post-traumatisk stress syndrom (PTSD), angst og god mental helse kan relateres til ønsket om å snakke og dele mer om sitt barn. De finner at mødre som ikke får snakke om sitt barn gjør det vanskeligere for moren å identifisere seg selv i morsrollen og å skape et forhold til barnet (Crawley, Lomax og Ayers 2013)

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I litteratstudien vår har vi valgt å ha fokuset på kvinners erfaringer med en dødfødsel. I starten ekskluderte vi forskning som omhandlet mor og far, men vi valgte å inkludere to studier om akkurat dette, siden de passet vår hensikt og problemstilling. I de to studiene hentet vi ut den informasjonen som var relevant i forhold til vår litteraturstudie. Selv om det kan være store forskjeller på kvinner og menn på dette området, valgte vi å avgrense med tanke på oppgavens omfang.

I utgangspunktet valgte vi å bruke kvalitative artikler. Kvalitativ metode blir brukt i forbindelse med å hente ut meninger og erfaringer. Vi mener denne metoden passet med vår litteraturstudie siden det fokuserer på kvinners opplevelser. Vi har også valgt å inkludere kvantitative studier. Kvantitativ metode brukes for å fremstille informasjon i form av statistiske funn. Vi mener dette er en fordel i vår litteraturstudie, da flere forskingsdesign gjør litteraturstudien mer interessant og oversiktlig. I tillegg får vi frem hvordan kvinner opplever dødfødsel individuelt og følelsesmessig, mens vi statistisk får et overblikk i omfanget av de ulike erfaringer og opplevelser (Dalland 2011).

Under søkeprosessen valgte vi å avgrense til språkene norsk, svensk, dansk og engelsk. Alle de artiklene vi har valgt å ha med i vår oppgave, var på engelsk, og de forskjellige forskningsprosjektene ble gjort i utviklede områder som i USA, Australia, Canada og vestlige land, med unntak av en, som ble gjort i Malawi. Vi er klare over at det er store forskjeller i antall dødfødsler per år i utviklede land og Malawi. Men siden dette handler om kvinners erfaringer med dødfødsel og det døde barnet mener vi at dette uansett kan relateres til praksis, da antallet dødfødsler i området ikke har noen innvirkning på hvordan erfaringen er individuelt med dødfødsel. Etter gjennomlesning av artikkelen mente vi den var for viktig til å ekskluderes.

Med tanke på ulike rutiner som blir gjort i disse landene forskningsprosjektet ble gjennomført, i forhold til ivaretagelse av mor når hun får en dødfødt baby, så har vi kommet frem til at funnene våre ikke er overførbare til underutviklede land, dette mener vi også er en mulig svakhet for vår litteraturstudie.

Vi har bevisst ønsket å bruke artikler som ikke er eldre enn fem år. Hvordan kvinner behandles i disse situasjoner og rutinene for dette kan ha endret seg drastisk de siste årene. For å være relevant for dagens helsebilde har vi derfor fokusert på at det ikke skal være eldre artikler. Dette ser vi på som en styrke i vår artikkel.

Selv om publiseringsnivå 1 eller 2 fra NSDs sine nettsider (2015) var et krav, har vi vært bevisst på at vi ikke skulle ekskludere en artikkel uten kvalitetsvurdere den først, dersom den ikke var under ett av disse nivåene. Likevel har dette vært utgangspunktet vårt, noe vi ser på som en styrke. Vi fant likevel at alle vurderte artikler var innen ett av disse nivåene, slik at dette ikke har vært ett hinder i vår kvalitetsvurdering.

5.1.1 Datainnsamling

I PICO-skjemaet valgte vi å bruke søkeord med utgangspunkt i vår hensikt og problemstilling, og brukte synonymer i søket. Vi valgte å kun bruke engelske søkeord, dette fordi vi på prøvesøkene ikke fant relevante artikler ved søk på norske ord. Vi ser at vi kunne likevel inkludert norske ord i senere søk, da det kunne ha tilkommet nyere artikler i tiden etter prøvesøkene.

Vi brukte svært mange spesifikke søkeord i forhold til benevnelsen av dødfødsel («fetal death», «intrauterin fetal death», «stillborn»), og dette kan utelukke de andre søkeordene, men vi brukte søkeoperatørene «OR» og «AND» for å få med alle søkeordene i søket. Vi ser i ettertid at vi kunne funnet flere begreper i tillegg, siden dødfødsel har flere synonyme begreper, og at dette kanskje kunne gjøre at vi fant flere relevante artikler.

Vi gjorde flere søk på databasene, men fant kun 5 artikler vi mente passet til vår hensikt. I våre databasesøk brukte vi kun to søkemotorer, OvidMedline og ProQuest, og vi kunne kanskje funnet andre relevante artikler dersom vi hadde brukt andre søkemotorer. Vi utførte flere prøvesøk før de endelige søkene, men valgte å ekskludere de søkene vi ikke hentet artikler fra i oppgaven vår, for ikke å overgå oppgavens omfang. Vi ser på det som en fordel at vi utførte flere prøvesøk og dermed fikk vurdert hvilke søk som passet vår hensikt og problemstilling.

Vi fant flere artikler gjennom manuelle søk. Vi tror dette kan være en fordel fordi artiklene vi tok med ble funnet gjennom andre artikler som vi allerede hadde inkludert. Dette førte til at de artiklene som ble inkludert hadde samme tematikk og hensikt som de vi hadde tatt med fra før.

Ved databasesøk på ProQuest ble treffet 1170, noe vi ser i ettertid er et søk vi kunne tilspisset enda mer for å fremheve mest mulig relevante artikler. Av den grunn kan vi ha gått glipp av gode artikler, fordi søket ble såpass bredt.

Ingen av de inkluderte artiklene er eldre enn 4 år, og dette mener vi er en fordel for vår litteraturstudie. Helsepraksisen endres stadig, og det at forskningsartiklene er av nyere dato gjør at temaene og problemstillingene er aktuelle for dagens helsebilde.

Vi lagret søkene våre, både for hånd og gjennom søkemotorene, noe vi ser på som er stor fordel, da vi selv kan gå gjennom de søkene vi har utført og med det har mulighet til å kontrollere søkene vi har gjort.

Vi satt hver for oss og utførte søk individuelt på hver vår søkemotor. Vi kunne kanskje med fordel jobbet sammen med databasesøkene og vekslet mellom bruk av søkemotorene for et mer kritisk og variert søk.

Før vi endret problemstilling hadde vi fokus på sykepleieperspektiv, og hadde derfor «nurs*» og «nursing» med som ord i vår søkeprosess. Disse ble imidlertid ekskludert fra PO-skjemaet senere. Det vi fant i ettertid var at flere artikler hadde fokus på mødrenes erfaringer med helsepersonell/sykepleiere. Derfor inkluderte vi igjen disse søkeordene for å finne eventuelle lignende funn som kunne være relevante for oss.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

For å vurdere kvaliteten på de 11 artiklene brukte vi relevante sjekklister for hver artikkel fra Kunnskapssenteret sin nettside. Vi valgte å ta i bruk sjekklister siden vi ikke har mye

erfaring med kritisk å kunne vurdere forskning, og ved å ha tatt i bruk sjekklister øker oppgavens pålitelighet. Det kan ha vært en svakhet at vi ikke er godt nok rutinert på kvalitetssikring av artiklene, og at vi derfor kunne vurdert de feil, eller misforstått enkelte punkt.

Vi valgte å ikke lage et system av kvalitetsvurderingen basert på spesifikt hvor mange av kravene som ble oppfylt og lage en begrensning for hva som blir vurdert som god eller meget god. Dette fordi vi så at enkelte punkt hadde en viktigere rolle enn andre, og at å vurdere systematisk etter tall derfor ikke virket hensiktsmessig for å vurdere kvaliteten av den enkelte artikkel. Dermed ble artiklene vurdert kritisk med tanke på hvor mange krav som ble oppfylt, samtidig som vi vurderte viktigheten av hvert enkelt krav som ble oppfylt eller ikke oppfylt. Vi ser på dette som en styrke for vår litteraturstudie, i og med at vi med dette har vært grundig i vår vurdering av artiklene, med spesielt hensyn på etisk vurdering.

Alle våre inkluderte artikler er publisert på engelsk. Med tanke på at vi ikke har noe særlig erfaring med å lese engelske forskningsartikler og akademiske tekster, så er det ikke til å unngå at vi kan ha mistolket eller gått glipp av noe relevant for vår oppgave. Men vi mener at det stort sett har gått fint å oversette ord fra engelsk til norsk. Det kan være noen ord vi har oversatt fra engelsk til norsk som er litt diffuse, med tanke på at en del engelske ord kan oversettes til flere norske ord, noe som kan være en liten svakhet med vår oppgave.

Alle artiklene våre er etisk godkjent av komite og/eller så har deltagerne signert skriftlig samtykke og/eller gitt verbalt samtykke. Dette mener vi er en styrke for vår litteraturstudie, slik at vi er sikre på at de dataene som vi innhenter fra artiklene er etisk vurdert på forhånd. Selv om det er 2 artikler som ikke har blitt etisk godkjent av en komite, er begge disse etisk vurdert med tanke på at deltakerne har gitt skriftlig og muntlig samtykke ved deltagelse i studien.

Vi innser at dette er et spesielt sårbart tema, og vi passet derfor på å gjennomgå sitater og kontekst nøye før bruk for ikke å feiltolke det vi valgte å ta med i vår oppgave.

5.1.3 Analyse

Vi analyserte artiklene hver for seg uten en bestemt analysestrategi. Grunnen til dette er at vi tidlig i arbeidet så gjennom artiklene uten spesielle hensyn til analysestrategier, men fant allerede da hvilke hovedtema som gikk igjen. Vi fortsatte derfor analysen uten analysestrategi. Dette ser vi på som en svakhet i vår litteraturstudie. Det kan ha ført til at vi har brukt lengre tid enn nødvendig i vår analyse, og at vi kanskje kunne ha gått glipp av momenter som analysestrategier fremstiller som viktige.

Vi laget et eget system i vår analyse av artiklene. Ved bruk av fargekoder sorterte vi artiklene med ulike farger etter hvilke artikler som hadde samme hovedtema og undertema. Alle artiklene ble sortert og lagt i en felles mappe med fargekodene. Dette gjorde det lett for oss i vårt arbeid med artiklene og vi hadde en god oversikt over tematikken i artiklene.

Sitater ble gjengitt på originalspråket for å sikre at det kvinnene hadde gitt uttrykk for ikke skulle bli misforstått eller analysert feil.

5.2 Resultatdiskusjon

Erfaringer med en dødfødsel og det døde barnet er mange, og varierende. Ved gjennomgang av våre funn ser vi at det er fire sentrale temaer som er gjentakende. Vi har valgt å fokusere på det å møte mødre i denne krisen, fysisk aktivitet som en måte å bearbeide tapet på, selve kontakten med det døde barnet og til slutt den tøffe hverdagen.

5.2.1 Å møte mødre i en krise

Beskjeden om at barnet du har båret i flere måneder er dødt kommer som et sjokk for mor, og vi sier at mor er i sjokkfasen (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014) (Simwaka, Kok og Chilemba 2014) (Christoffersen og Teigen 2013) (Eide og Eide 2007). Hendelsen er som regel uventet, selv om flere mødre kan kjenne at noe ikke er som det skal før de får det bekreftet. Mødrene blir ekstra sårbare fordi det de har ventet på som skulle gi glede og lykke brått blir tatt fra dem (Tommys 2013). Vi vet at dødfødsel-ratioen er relativt lav i dag (Landsforeningen: Uventet Barsedød 2016), og at gravide f.eks. her i Norge er tett oppfulgt av fastlege, gynekolog og jordmor (Helse Norge 2014). Vi mener at

sjokket ved bekreftelse av dødfødsel derfor blir betydelig stort, når tallene er så lave og mødrene følges så tett.

En annen vanlig reaksjon er å ville «flykte» fra opplevelsen (Christoffersen og Teigen 2013) (Eide og Eide 2007). En umiddelbar reaksjon er at man ønsker å kvitte seg med det døde fosteret (Christoffersen og Teigen 2013).

En mor uttalte at: «*Min første tanke var å skjære av hele magen, ville bare ha det vekk*» (Christoffersen og Teigen 2013, 39). Vi kan tenke oss at dette er en måte å mestre denne opplevelsen på, hvor man ønsker å unngå negative følelser eller reaksjoner (Eide og Eide 2007). Samtidig er det ikke foretrukket å presse ting vekk fra seg, da det lett kan komme opp igjen (Eide og Eide 2007). Vi mener at dette kan føre til at sjokkfasen oppleves igjen, dersom sorgen som undertrykkes og bearbeidingsfasen oppstår på nytt (Eide og Eide 2007).

En annen måte å takle denne fasen på er å lete etter en årsak og forklaring på det som har skjedd. Dette ser vi i to artikler (Simwaka, Kok og Chilemba 2014) (Cacciatore, Frøen og Killian 2013). Mødrene forsøker å finne en mening med dødfødselen og legger skylden på blant annet helsepersonellens dårlige kompetanse, religiøse årsaker, medisinske diagnoser og/eller seg selv. Vi ser at skyldfølelse er en vanlig reaksjon, og mor bebreider seg selv for det som har skjedd (Cacciatore, Frøen og Killian 2013). Ifølge Eide og Eide (2007) blir dette en del av reaksjonsfasen.

Kommunikasjon er en viktig del av det å komme gjennom krisefasene, og man må være klar over at mor har behov for å snakke og bearbeide det som har skjedd. Med tanke på ulike reaksjoner mor kan ha etter en slik hendelse, er det viktig at mor får uttrykke det hun ønsker, og at man hele tiden er var på at mor er sårbar (Eide og Eide 2007).

En rolig og trygg tilværelse er også viktig under en slik opplevelse (Eide og Eide 2007). Ved en fødeavdeling kunne mødrene høre barneskrik, latter og gratulasjoner til andre nybakte mødre, noe som ble beskrevet som traumatisk (Kelley og Trinidad 2012). Dette mener vi kan bidra til at bekreftelsen av tapet oppleves sterkere og mer markant, samtidig som mor hele tiden blir påminnet at hun ikke har et barn.

Et interessant funn i artikkelen til Kelley og Trinidad (2012) var at flere av mødrene hadde opplevelser av at helsepersonell var uvitende til at de hadde gjennomgått en dødfødsel, og at de da flere ganger ble konfrontert med det faktum at de ikke hadde et frisk og levende barn med seg. Vi anser dette som et resultat av dårlig oppfølging, dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og dårlig rutiner for kvinner som gjennomgår en dødfødsel.

Ved kontakt med en jordmor på fødeavdelingen på Kristiansund sjukehus (se vedlegg 5) fikk vi konstatert at rutinene ved mottakelse av disse pasientene ikke har stort nok fokus på psykososial omsorg, men mest på praktiske rutiner i henhold til laboratorieprøver og henvisning til gynekologer. Dette mener vi kan skape utrygghet og variert oppfølging av pasientene, og kan føre til misforståelser mellom helsepersonell. Det ble også nevnt at mødrene vanligvis legges inn på fødeavdelingen. Selv om de får enerom mener vi fortsatt med bakgrunn av våre funn at mor med fordel kan innlegges på annen avdeling, nettopp for å unngå flere av disse påminnelsene om barnet de ikke fikk.

Det som ble nevnt i retningslinjene for dødfødsel (se vedlegg 5) er at mødrene skal få tilbudet om å ha kontakt med barnet, og ha mulighet til å skape minner sammen med barnet. Utfra våre funn mener vi dette er en viktig del av behandlingen av mødrene som mister sitt barn, men at retningslinjene likevel er litt for uklare om mottakelse og oppfølging av disse pasientene, og at psykososial omsorg bør vektlegges.

Vi ble overrasket av det faktum at mødrene legges inn på fødeavdelinga, med tanke på hvordan mødrene opplever omgivelsene med friske og gråtende barn. Om de ulike avdelingene har mulighet til å skjerme mødrene fra disse faktorene, mener vi det må være mulig å lage rutiner for oppfølging på en annen avdeling. Ved vår samtale med jordmor la hun vekt på at dette er noe som forekommer sjeldent, og at det derfor ikke er klare rutiner på det. Vi mener likevel at siden dødfødsel ratioen er stigende i Norge (Landsforeningen Uventet Barsedød 2014) er dette noe som absolutt er relevant for en slik avdeling.

Mye informasjon skal gis og mange avgjørelser skal tas etter bekreftelsen på at barnet faktisk er dødt. Det første som kommer opp er forløsningen. Flere uttrykker vantro og sjokk over beskjeden om at de skal føde barnet ved forløsning som ved en vanlig fødsel (Christoffersen og Teigen 2013). Dette kommer også frem i våre funn, hvor en mor

omtalte det å måtte ha en normal fødsel som «emotionally wrenching» (Kelley og Trinidad 2012).

Det er mange spørsmål som kommer opp, og mange spørsmål som mødre kanskje ikke tør eller greier å stille i denne perioden. God og kompetanserik informasjon er en viktig del av denne tiden, og vi som sykepleiere må være dyktige til å gi all nødvendig informasjon, og sørge for at mor er inneforstått med informasjonen (Aspaas 2009) (Christoffersen og Teigen 2013). Flere mødre uttrykte forvirring og mangel på informasjon (Kelley og Trinidad 2012). Helsepersonell følte et ansvar for å prøve å hjelpe foreldrene gjennom den tunge perioden, men selv følte de at det var vanskelig å håndtere de følelsesmessige behovene for foreldrene. En lege uttrykte det på følgende måte (Kelley og Trinidad 2012):

It's obviously very, very hard for the patient, but also hard for us because we can't answer it necessarily, why it happened (Kelley og Trinidad 2012, 4)

Foreldre vil ofte ha en grundig beskrivelse på hva som hadde skjedd og hvorfor, og følte på en frustrasjon når korrekt svar ikke kunne gis. Etter å ha mistet barnet er en obduksjon et sensitivt tema for mange foreldre. Siden man kan finne ut av dødsårsaken ved hjelp av en obduksjon, velger mange å la dette bli utført på barnet (Christoffersen og Teigen 2013).

Vi som sykepleiere må tenke over hvor sårbare kvinner er i en slik situasjon, og være forberedt på ulike reaksjoner som kan oppstå. Mor har behov for mye informasjon både i forkant av dødfødselen, under og etter, og hun trenger rolige og trygge omgivelser. Vi kan ta hensyn til dette for eksempel ved å ta henne med til et roligere miljø enn i fødeavdelingen. Dette kan føre til en mer åpen samtale og gir rom for ulike spørsmål.

5.2.2 Kan jeg få holde barnet mitt?

Når mor først får beskjed om at barnet er dødt, kan hun ha vanskelig for å tro at dette er sant (Eide og Eide 2007). Vi mener da at det å se barnet og forløse det bidrar til å bekrefte

realiteten. Dette fant vi også i våre resultater, der mødre mente dette var avgjørende i sorgprosessen (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014). Tommys (2013) understøtter også denne påstanden. Både Tommys (2013), og Christoffersen og Teigen (2013) legger vekt på at det er viktig å erkjenne at barnet eksisterer og behandles deretter.

Som en motpol i samme resultat fant vi at noen mente dette ble en vanskelig opplevelse (Kelley og Trinidad 2012). Som nevnt i vår teoridel vil barnet se annerledes ut, og ikke alle er forberedt på fysiske forandringer i barnet (Aspaas 2009). Noen er redde for hvordan barnet ser ut, og er usikre på hvordan det vil oppleves å se ett dødt barn (Ryninks et al. 2013). Men samtidig fant vi at flere som ikke så barnet etter dødfødselen senere angret på dette valget (Ryninks et al. 2014).

Noen mødre velger å holde barnet, andre avventer dette (Christoffersen og Teigen 2013). I våre resultater ser vi at flere av kvinnene valgte å holde sitt barn, og at et flertall av de som ikke gjorde det senere angret på de ikke holdt barnet (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014). I Christoffersen og Teigen (2013) kommer det tydelig frem at mange som ikke valgte å holde barnet slet med skyldfølelse i lengre perioder dersom de ikke holdt barnet. Vi finner også det samme i en annen studie, hvor flere angret sterkt på et slik valg (Ryninks et al. 2014). I Christoffersen og Teigen (2013) fant de også at foreldre knytter et sterkere bånd til barnet dersom de holder barnet.

En studie av Hughes et al. (2002) gir derimot et annet resultat. I denne studien viser det seg at mødre som ikke så eller holdt barnet sitt hadde mindre psykiske problemer i ettertid, mens blant mødre som så og holdt barnet sitt var psykiske problemer mer utbredt i ettertid, og i tillegg hadde mødre posttraumatisk lidelse i neste svangerskap (Hughes et al. 2002) (Christoffersen og Teigen 2013).

En forklaring på dette kan være at de som så og holdt barnet ikke var forberedt på de fysiske forandringene barnet kunne ha, siden senere forskning viser motstridende funn (Christoffersen og Teigen 2013).

Det å delta i stellet av barnet kan være en vesentlig del av det å knytte et bånd til barnet, noe flere mødre senere angret på. Det samme fant vi i våre resultater, hvor mor hadde ønsket å bade barnet (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014).

Vi som sykepleiere har en viktig rolle i det å veilede og forberede mor for at opplevelsen skal bli mindre traumatisk. Det å informere om fysiske forandringer i barnet, og forberede før fødselen er noe vi ser i våre resultater at mødrene verdsetter (Kelley og Trinidad 2012). Christoffersen og Teigen (2013) poengterer at tiden etterpå er knapp, og anbefaler at man motiverer foreldre til å se barnet.

Sykepleieren vet hvor lenge barnet holder seg varmt, hvor viktig obduksjonen er, og andre generelle opplysninger (Christoffersen og Teigen 2013). Når mor er midt oppe i en livskrise og ikke er i stand til å tenke klart må vi som sykepleiere utnytte disse kunnskapene og forklare forandringene på en skånsom måte til mor. Vi mener da at dersom vi som sykepleiere utfører god forberedelse kan denne opplevelsen være et positivt steg i bearbeidelsen av tapet.

5.2.3 Å være fysisk aktiv: en metode for å bearbeide tapet

Alle kvinner er forskjellige, og har ulike behov. Men det viser seg at kvinner erfarer mye av det samme tiden før, under og etter en dødfødsel, og kvinner gjør mye av det samme for å bearbeide tapet. Vi ser ut fra våre funn at fysisk aktivitet er en stor del av denne bearbeidelsen (Huberty et al. 2014a) (Huberty et al. 2014b). I følge studien viser det seg at fysisk aktivitet etter en dødfødsel har god effekt i forhold til å mestre tapet av et dødfødt barn.

Det kom frem flere positive sider ved det å være fysisk aktiv blant kvinnene. I studien beskrev de fysisk aktivitet som en metode for å føle seg bedre både mentalt og fysisk, og de beskrev fysisk aktivitet som terapi. Flere av kvinnene opplevde at fysisk aktivitet førte til både bedre humør og større energioverskudd (Huberty et al. 2014a) (Huberty et al. 2014b). Dette understøttes av Landsforeningen Uventet Barsedød (2015) som presiserer at lett fysisk aktivitet er gunstig for kroppen i tiden etter dødfødselen.

Andre kvinner hadde derimot ikke noe ønske om å være fysisk aktiv. I studien nevnte kvinner flere årsaker til at de ikke maktet å være fysisk aktive i tiden etter en dødfødsel. Dette kunne for eksempel dreie seg om emosjonelle reaksjoner, mangel på motivasjon, utmattelse, skyldfølelse, skam over sin gravide kropp eller frykt for å se babyer. En annen

grunn var et ønske om å bli gravid med en gang igjen, og med dette ønsket så de ikke noe grunn i å trene. Andre kvinner hadde vansker med å gi slipp på sin gravide kropp (Huberty et al. 2014a) (Huberty et al. 2014b).

Kvinnene som var fysisk aktive tiden etter dødfødselen taklet sine depressive symptomer bedre enn de kvinnene som ikke var fysisk aktive. Under diskusjon i studien står det nevnt at nyere studier tyder på at kvinner som har vært gjennom en dødfødsel og som unngår å være fysisk aktive på grunn av barrierer, senere i livet kan utvikle kronisk sykdom som for eksempel overvekt og fedme. Dersom mor ønsker et nytt svangerskap er fysisk aktivitet viktig for å redusere risikoen for svangerskapsforgiftning, svangerskapsdiabetes og/eller høyt blodtrykk (Huberty et al. 2014a) (Huberty et al. 2014b).

I studien kommer det frem at yoga kan være et godt alternativ for kvinner som har mistet et barn. Yoga er både lett gjennomførbart og en effektiv måte for å lindre stressende situasjoner og angst, og det kan praktiseres både hjemme eller på gruppetrening. Kvinnene verdsatte også at tilbudene var rimelige, og yoga passer derfor godt i den sammenheng (Huberty et al. 2014b) (Huberty et al. 2014a). De fleste kvinnene fra studien til Huberty et al. (2014a) fikk ikke råd og veiledning om fysisk aktivitet. Flere kvinner uttrykte at det hadde vært nyttig for dem å ha fått mer hjelp fra helsepersonell, siden det ville ha skapt mer motivasjon til å være fysisk aktiv (Huberty et al. 2014a).

Her ser vi igjen viktigheten av at kvinner får god informasjon og blir rådet til å være fysisk aktiv, spesielt med tanke på hvilke fordeler det utgjør og helsefaren ved for lite fysisk aktivitet (Huberty et al. 2014b). Som sykepleiere kan vi informere grundig om dette, og motivere mødre til å bli fysisk aktive (Huberty et al. 2014a).

Som sykepleiere kan vi være med å hjelpe mor i å planlegge rutiner for daglig mosjon og fysisk aktivitet, og samtidig informere om et godt kosthold.

5.2.4 Den tøffe hverdagen

Relasjonen man har til sine familier er en stor del av livet, derfor mener vi det blir viktig for mor å inkludere familien fortest mulig. Ifølge Tommys (2013) er det vanskelig for familien å vite hvordan man skal takle at noen i familien har opplevd en slik traumatisk

hendelse, og de vet oftest ikke hva de skal si. De mener også at det mest avgjørende for familien da blir på en ærlig måte vedkjenne at de synes det er vanskelig å vite hva de skal gjøre eller si.

Eide og Eide (2007) fremhever også ærlighet samt det å lytte og vise tillit for å få til en god gruppesamtale. Våre funn viser at mange av mødrene hadde familievenner i umiddelbar nærhet etter tapet (Ryninks et al. 2014) (Kelley og Trinidad 2012) (Crawley, Lomax og Ayers 2013). Dette tolker vi som at mødrene også har et behov for å komme tilbake til sin hverdag, og at de på denne måten bearbeider tapet. Samtidig mener vi at ærlighet og tillit blir viktig for at familien skal klare å få samme forhold som tidligere samt redusere utrygghet og angst.

Tommys (2013) fremhever viktigheten av det å snakke om barnet, dette finner vi også i våre resultater hvor mødrene som delte opplevelsen av å bli mor i ettertid opplevde bedre mental helse (Crawley, Lomax og Ayers 2013). Dette forteller oss at det er svært viktig å snakke om det som har skjedd for at mor skal få mulighet til å bearbeide det. I våre funn ser vi også gjennom flere fortellinger at mødrene ønsker å dele sine erfaringer som mor og det å ha fått et barn (Ryninks et al. 2014). Dette tolker vi som et behov for å dele opplevelsene, og at mødre kan finne en slags glede i det å snakke om barnet og den tiden de hadde sammen.

Ut i fra vår bakgrunns teori og ut fra resultatene fant vi at god kommunikasjon med helsepersonell kan være med å påvirke at bearbeidelsen av tapet blir lettere å mestre (Eide og Eide 2007). Med tanke på oppfølging var mange fornøyd med oppfølgingen og støtten, men samtidig var det noen som ikke hadde ytret behov for oppfølging (Kelley og Trinidad 2012). Det kan tenkes at dette stammer fra mors behov for å snakke med nærmere og trygge relasjoner, at mor ikke tør å søke hjelp eller ikke føler større behov for hjelp. Vi mener da at helsepersonell har en viktig oppgave i å tilby denne oppfølgingen på beste måte.

Videre fra våre funn ser vi at flere av mødrene hadde et stort behov for å snakke med mødre som hadde opplevd det samme, enten gjennom forum, internett eller støttegrupper (Kelley og Trinidad 2012) (Ryninks et al. 2014). Dette oppfordres av Tommys (2013), som beskriver det som viktig å snakke med noen som har opplevd det samme. Noen mødre

var desperate i sin søken etter informasjon (Kelley og Trinidad 2012). Når mor tiltar seg informasjon er det viktig at den fører til forutsigbarhet i hennes hverdag (Eide og Eide 2007).

Vi mener at informasjon fra andre som har opplevd det samme vil være svært viktig for mor. Hun vil da finne mødre i samme situasjon, som selv kanskje har stilt de samme spørsmålene og som da senere kan tilby gode praktiske råd. Som Tommys (2013) forteller finner også mange mødre gjennom støttegrupper venner for livet, noe som forteller oss at denne relasjonen er viktig for mor.

Under bearbeidingsfasen er kvinnen i ferd med å begynne å leve slik som hun gjorde før dødfødselen. Kvinnen begynner å se fremover, og begynner kanskje etterhvert å gjenoppta gamle aktiviteter som for eksempel fysisk aktivitet. Selv om hverdagen er i ferd med å vende tilbake, så vil likevel det første året være tungt og krevende for kvinnen og hennes nærmeste (Eide og Eide 2007).

Kvinner vil ofte legge ekstra godt merke til mødre med barn rundt seg, og høytider og andre spesielle dager vil være ekstra utfordrende. Under nyorienteringsfasen vil livet til kvinnen oppleves som mer meningsfylt, men det er av stor betydning hvordan sorgprosessen ble opplevd. Under spesielle anledninger vil kanskje sorgen komme tilbake, men den vil gradvis bli bedre med tiden (Eide 2007).

Vår oppgave som sykepleiere blir i dette tilfellet å henvise til sorggruppe og rådgivning dersom mor har et ønske om dette. Samtidig har vi opplevd i praksis, at vi som sykepleiere har en stor rolle i å lytte og støtte pasienten i en tung situasjon. Vi har erfart i praksis at mange pasienter betror seg til helsepersonell, og med dette blir det ofte knyttet bånd mellom pasient og helsepersonell. Dette båndet mellom pasient og pleier mener vi kan være svært betydningsfullt hos kvinner i en bearbeidingsfase etter en dødfødsel.

6.0 Konklusjon

Vi ser at sentrale tema i vår litteraturstudie var det å møte mor i en krise, å være fysisk aktiv, kontakten med barnet og hverdagen etter en dødfødsel.

Møte mor i en krise. Det er mange kvinner som opplever en dødfødsel. De fleste kvinner som rammes av dødfødsel er ikke forberedt på det, og hadde ikke forventet at dette skulle komme til å skje med dem. Årsaker til dødfødsler er mange, og noen ganger kan det være ukjente årsaker. Dette skaper ofte stor frustrasjon, og mor leter ofte etter en syndebukk. Støtte fra helsepersonell har en viktig rolle i det å informere og veilede mor gjennom en sårbar situasjon, mens familie og venner har stor betydning i ettertid. Det viktige

Vi ser at sykepleier kommer til å møte mor mest i den akutte perioden rundt bekreftelsen og fødselen, samt i den kritiske perioden rett etter fødselen. Det viktigste momentet for mor i møte med helsepersonell er informasjon, noe som er gjennomtrengende i alle våre funn. God informasjon, kommunikasjon og oppfølging ga forutsigbarhet i en forvirrende og stressende situasjon. Medmenneskelighet og omtanke var også noe som mødre fremhevet som svært viktig for dem.

Å være fysisk aktiv: en metode for å bearbeide tapet. I studier var det positive erfaringer med fysisk aktivitet hos flere av kvinnene, som en måte å mestre tapet av barnet. Noen kvinner var fysisk aktive både før og etter dødfødselen, mens andre kvinner ikke ønsket fysisk aktivitet. Andre hadde heller ikke mottatt råd og informasjon av helsepersonell rundt den positive effekten av fysisk aktivitet, både psykisk og fysisk. Det var også noen kvinner som uttrykte at de ikke ønsket å miste sin gravide kropp.

Kan jeg få holde barnet mitt. Det å erkjenne barnet gjennom det å se, holde, stelle barnet og skape minner viser seg å ha en god effekt på mental helse og noe mor satte stor pris på i ettertid. Det å erkjenne barnet ble en metode for å overkomme sorgen og bearbeide tapet. God kommunikasjon og veiledning bidro til å forhindre en slik opplevelse og ga mor mer forutsigbarhet i en forvirrende og stressende situasjon. Det blir viktig å vurdere individuelle behov, og avgjøre hva som er den beste behandlingen ut i fra det.

Den tøffe hverdagen. Det er viktig med tillit og åpenhet rundt temaet i familiesammenheng. Familien og venner er en stor del av mødrenes hverdag, og det å få mulighet til å dele opplevelsen med dem blir derfor viktig. Støttegrupper ble sett på som et annet viktig moment, og vi ser at relasjoner med mødre som har opplevd det samme er til god hjelp for mor.

Konsekvenser for praksis. Sykepleiere kan gi mor mulighet til å dele erfaringene og bearbeide tapet, samt sørge for å tilby tjenester, veiledning og råd. I våre funn er det tydelig at retningslinjer for psykososial omsorg til disse pasientene er alt for dårlig utarbeidet, og at praksis for ivaretagelse av mødre varierer. Våre funn kan bidra til å løfte frem mors erfaringer med en dødfødsel og bidra til bevissthet rundt deres opplevelse og reaksjoner, som igjen fører til at vi som sykepleiere blir bedre forberedt til å ta imot disse pasientene.

6.1 Forslag til videre forskning

Vi mener helsepersonell ikke har nok kompetanse på dette området, og at dette emnet kunne vært bedre belyst. Det finnes en del forskning rundt temaet hvordan helsepersonell skal kommunisere og møte disse mødrene, men derimot lite spesifikk forskning rundt kvinners opplevelse av en dødfødsel. Som helsepersonell bør man ha god forståelse av hvordan mor opplever en dødfødsel, dette for å kunne møte henne i sorgen med god kompetanse.

Et interessant funn for oss var viktigheten av fysisk aktivitet for mor. Dette var det derimot svært lite forskning på, og generelt lite omtalt i litteratur. Det kunne med fordel vært forsket på effekten av fysisk aktivitet på mors helse, og hvordan dette kan benyttes i helsepraksis som en del av bearbeidelsen av tapet.

7.0 Referanseliste

Aspaas, Rikke. 2009. "Dødfødsel". I *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Cacciatore, Joanne, J. Frøen, og Michael Killian. 2013. "Condemning Self, Condemning Other: Blame and Mental Health in Women Suffering Stillbirth". *Journal of Mental Health Counseling*: October 2013, Vol. 35, No. 4, pp. 342-359. DOI: <http://dx.doi.org/10.17744/mehc.35.4.15427g822442h11m>

Christoffersen, Line og Janne Teigen. 2013. Når livet slutter før det begynner. Oslo: Abstrakt forlag.

Christoffersen, Line og Janne Teigen. 2013. «I ingenmannsland – tiden etter dødsbudskapet» I *Når livet slutter før det begynner*. Oslo: Abstrakt forlag.

Crawley, Rosalind, Samantha Lomax og Susan Ayers. 2013. "Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health". *Journal of reproductive and infant psychology* 31(2), pp. 195-207. DOI: 10.1080/02646838.2013.795216.

Dalland, Olav. 2011. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Downe, Soo, Ellie Schmidt, Carol Kingdon og Alexander Heazell. 2013. "Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study". *BMJ Open* 3:e002237. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002237.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. "Krise- og mestringsteori". I *kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag

Erlandsson, Kerstin, Jane Warland og Joanne Cacciatore. 2012. "Seeing and holding a stillborn baby: Mothers feelings in relation to how their babies were presented to them

after birth-Findings from an online questionnaire”. *Midwifery* 1.57. DOI: 10.1016/j.midw.2012.01.007.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
Landsforeningen: Uventet Barsedød. 2016. «Dødfødsel». (Lest 05.03.2016)

Gravensteen, Ida Kathrine, Linda Björk Helgadóttir, Eva-Marie Jacobsen, Ingela Rådestad, Per Morten Sandset og Øivind Ekeberg. 2013. ”Women`s experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study”. *BMJ Open* 3:e003323. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003323.

Helse Norge. 2014. “Svangerskapskontroller”. (Lest 05.03.2016).
<https://helsenorge.no/gravid/svangerskapskontroller>

Huberty, Jennifer, Jason Coleman, Katherine Rolfsmeyer og Serena Wu. 2014a. ” A qualitative study exploring women`s beliefs about physical activity after stillbirth”. *BMC Pregnancy & Childbirth* 14:26. DOI: 10.1186/1471-2393-14-26

Huberty, Jennifer, Jenn A Leiferman, Katherine J Gold, Lacey Rowedder, Joanne Cacciatore, Darya Bonds McClain. 2014b. “ Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions”. *BMC Pregnancy & Childbirth* 14:391. DOI: 10.1186/s12884-014-0391-1.

Hughes, Patricia, Penelope Penny Turton, E. Hopper og Chris Evans. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet Journals*, 13:360: 114-118.

Kelley, C. Maureen og Susan B Trinidad. 2012. “ Silent loss and the clinical encounter: Parents` and physicians` experiences of stillbirth—a qualitative analysis”. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12:137. DOI: 10.1186/1471-2393-12-137

Kersting, Anette, Ruth Dolemeyer, Jana Steinig, Franziska Walter, Kristin Kroker, Katja Baust og Birgit Wagner. 2013. ”Brie internet-based intervention reduces posttraumatic

stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial”. *Psychother psychosom* 82:6,372-381. DOI: 10.1159/000348713.

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2016. «Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar». (Lest 07.01.2016)

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Landsforeninga Uventen Barsedød. 2015. «Dødfødsel». (Lest 12.01.2016)

<https://www.lub.no/dodfodsel>

Landsforeninga Uventen Barsedød. 2015. «Mors kropp etter en fødsel». (Lest 12.02.2016)

<https://www.lub.no/mors-kropp-etter-en-fodsel>

Lawn, Jay E, Hannah Blencowe, Peter Waiswa, Agbessi Amouzou, Clin Mathers, Dan Hogan, Vicki Flenady, J Fredrik Frøen, Zeshan U Qureshi, Claire Calderwood, Suhail Shiekh, Fiorella Bianchi Jassir, Danzhen You, Elizabeth M McClure, Matthews Mathai, og Simon Cousens. 2016. «Stillbirth: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet Journals* 387: 587-603.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)

Lisy, Karolina, Micha D. J. Peters, Dagmara Riitano, Zoe Jordan og Edoardo Aromataris. (2016). Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents’ Experiences. *BIRTH*, 41:1 6-18.

NSD. Database for statistikk om høgre utdanning. 2016. "Publiseringskanalar". (Lest 18.02.2016).

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanalar/Forside>

Ryninks, Kirsty, Cara Roberts-Collins, Kirstie McKenzie-McHarg og Antje Horsch. 2014. ‘‘ Mothers’ experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis’’. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14:203. DOI: 10.1186/1471-2393-14-203

Simwaka, Andrew, Bregje De Kok og Winnie Chilemba Kamuzu. 2014. "Womens perceptions of Nurse-Midwives caring behaviours durin perinatal loss in Lilongwe, Malawi: An exploratory study". *Malawi Medical Journal* 26(1):8-11.

Tommys. 2016. "Interview with Dr Alex Heazell". Lest 21.03.2016.

<http://www.tommys.org/interview-with-dr-alex-heazell>

Tommy's. 2013. *When a baby dies: information for parents, family and friends*. London: Tommy's. (Lest 17.03.2016).

www.tommys.org

Üsündag-Budak, A. Meltem, Michael Larkin, Gillian Harris og Jacqueline Blissett. 2015. Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationship with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:263 1-14. DOI: 10.1186/s12884-015-0700-3

Vedlegg 1: P(IC)O-skjema

P = population/problem	O = outcome/resultat
<p>Fetal death</p> <p>Stillbirth</p> <p>Stillborn</p> <p>Perinatal death</p> <p>Intrauterine fetal death</p>	<p>Care</p> <p>Caring</p> <p>Grief</p> <p>Bereavement</p> <p>Loss</p> <p>Cope</p> <p>Coping</p> <p>Adaption</p> <p>Adapt</p> <p>Manag*</p> <p>Master</p>

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

Forfattere År Land Tidsskrift	1 Cacciatore, Joanne, J Frederik Frøen, Michael Killian. 2013. USA. Journal of Mental Health Counseling
Tittel	”Condemning Self, Condemning Other: Blame and Mental Health in Women Suffering Stillbirth”.
Hensikt	Studiets hensikt var å finne ut hvordan holdningene til kvinner var etter en dødfødsel, og om noen led av depressive symptomer.
Metode/ Instrument	Kvantitativ metode.
Deltakere/ Frafall	2232 kvinner.
Hovedfunn	Mange av kvinnene led av skyldfølelse, og skyldte på andre (helsepersonell, Gud.)
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.

Forfattere År Land Tidsskrift	2. Crawley, Rosalind, Samantha Lomax og Susan Ayers. 2013. United Kingdom. School of Health Sciences.
Tittel	”Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health”.
Hensikt	Studiets hensikt var å undersøke kvinners opplevelser av å skape og dele minner fra sine dødfødte babyer, og om det er i noen grad assosiert med mors mental helse etter dødfødselen.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode

Deltakere/ Frafall	189 kvinner som deltok. Men 27 av kvinnene hadde bare delvis utfylt spørreskjema, slik at det endelige tallet var 162.
Hovedfunn	Kvinner erfarte mer sosial støtte enn faglig støtte. Å skape minner ble rapportert av minst 90 % av mødrene, ved å se og holde baby, navngi baby, holde begravelse og lage minneboks. Ved vurderingen av om mødre bør bli oppmuntra til å se og holde deres dødfødte baby, er det bemerkelsesverdig at alle mødre så sine barn og nesten alle holdt dem. Det var stor variasjon i psykisk score, men det var ingen sammenheng mellom det å skape minner og symptomer på PTSD, angst eller depresjon.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent survey. Nivå 1. God.
Forfattere År Land Tidsskrift	3. Downe Soo, Ellie Schmidt, Carol Kingdon, Alexander E P Heazell 2013. United Kingdom. BMJ Open
Tittel	"Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study".
Hensikt	Studiets hensikt var å få synspunktene til etterlatte foreldre, om deres samhandling med helsepersonell når babyen deres døde like før eller under fødselen.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	22 familier.
Hovedfunn	Det var tre vesentlige hovedtemaer som var tilstede: "varig og flere tap", "gjør uopprettelig øyeblikk edle" og "best mulig stell til den verst tenkelige".
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.
Forfattere År Land	4. Erlandsson, Kerstin, Jane Warland, Joanne Cacciatore og Ingela Radestad

Tidsskrift	2012. Sweden. Midwifery
Tittel	”Seeing and holding a stillborn baby: Mothers’ feelings in relation to how their babies were presented to them after birth— Findings from an online questionnaire”.
Hensikt	Studiets hensikt var å finne ut av om hvordan helsepersonell gir muligheter til å se og holde en dødfødt baby, om hvordan dette påvirker mors følelser og om opplevelsen av å se og holde en dødfødt baby som er nyfødt.
Metode/ Instrument	Kvantitativ metode.
Deltakere/ Frafall	Det var totalt 1034 kvinner som svarte på spørreundersøkelsen, og da også inkludert med kvinner som fødte før 22 svangerskapsuke. Men bare fødende kvinner etter 22 svangerskapsuke ble inkludert i studien, som var 840 kvinner.
Hovedfunn	Hovedfunn i fra studiet er at mødre føler seg mer naturlig, god, og mindre redd og ubehagelig når de ser og holder sin dødfødte baby, og føler seg bedre hvis helsepersonell tilbyr de om dette på forhånd. Dette funnet er interessant i lys av forskning som tyder på at mødre som avslø når de ble spurt om de ønsket å se eller holde sine babyer, har mer alvorlig langvarig psykiatrisk følgetilstander enn mødre som enten så eller holdt sine babyer eller som aldri ble tilbudt den samme muligheten. I tillegg må tilbydere være klar over at mødre kan nekte å se på og holde deres baby på grunn av innholdet av psykologisk traume og dyp frykt.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.
Forfattere År Land Tidsskrift	5. Gravensteen, Ida Kathrine, Linda Björk Helgadóttir, Eva-Marie Jacobsen, Ingela Rådestad, Per Morten Sandset og Øivind Ekeberg 2013. Oslo, Norway. BMJ open

Tittel	”Women’s experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study”.
Hensikt	Studiets hensikt var å undersøke kvinners erfaringer med en tidligere dødfødsel og deres vurdering av omsorgen de fikk på sykehuset. Dette for å vurdere det langsiktige nivået av posttraumatiske stress symptomer som kan utvikle seg (PTSS) i denne gruppen og identifisere risikofaktorer for dette utfallet.
Metode/ Instrument	Kvantitativ metode.
Deltakere/ Frafall	Det ble identifisert 439 tilfeller av dødfødsler, definert som fosterdød >23 svangerskapsuke, eller fødselsvekt >500g. Etter gjennomgang av journaler, ble det ekskludert 49 saker som ble feilaktig diagnostisert, 8 med ikke-utskiftbare plater og tre med trilling graviditeter. Det som står igjen da er 379 kvinner med en bekreftet diagnose for dødfødsel (enkel eller tvilling graviditet). Kvinner som hadde emigrert, døde eller hadde et ugyldig eller utenlandsk adresse ble ekskludert, dermed: totalt 346 kvinner fikk en invitasjon til å delta i studien. Etter to purringer, 106 (31 %) enige om å delta. Av de kvinnene som ble enige om å delta, var det 101 som fullførte omfattende spørreskjema, i to deler.
Hovedfunn	Et stort flertall av kvinnene så og holdt babyen etter dødfødsel og følte at helsepersonell var støttende. En av tre kvinner presenterte med en klinisk signifikant grad Posttraumatisk stress syndrom 5-18 år etter dødfødsel. Å holde barnet var assosiert med mindre langsiktig PTSD. Studiet konkluderer med at helsepersonell bør fortsette med å gi denne muligheten, og oppmuntre kvinner til å ha fysisk kontakt med sin dødfødte baby.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.

Forfattere År Land Tidsskrift	6. Huberty, L Jennifer, Jason Coleman, Katherine Rolfsmeyer og Serena Wu. 2014. USA. BMC Pregnancy & Childbirth
Tittel	”A qualitative study exploring women’s beliefs about physical activity after stillbirth”.
Hensikt	Hensikten studien var å kvalitativt utforske kvinners oppfatninger om fysisk aktivitet etter en dødfødsel.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	41 kvinner meldte seg opp frivillig til å delta i studien, og 40 kvinner ble kontaktet av forskerteamet og ble spurt om å delta. Av de 81 kvinnene, var 25 kvalifiserte til å delta i studien. De 25 kvinnene ble intervjuet for å delta på studien, og deretter ble en ekskludert på grunn av en sjelden kronisk sykdom. I alt, 24 kvinner ble inkludert i studien.
Hovedfunn	5 hovedkategorier for kvinnenes syn på fysisk aktivitet etter dødfødsel: Barrierer for fysisk aktivitet, fordeler for fysisk aktivitet, betydningen av fysisk aktivitet, motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet, og helsepersonell og fysisk aktivitet.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.
Forfattere År Land Tidsskrift	7. Huberty, Jennifer, Jenn A Leiferman, Katherine J Gold, Lacey Rowedder, Joanne Cacciatore og Darya Bonds McClain 2014. USA. BMC Pregnancy & Childbirth
Tittel	”Physical activity and depressive symptoms after stillbirth: informing future interventions”.
Hensikt	Fysisk aktivitet kan bidra til å minske symptomer på depresjon hos kvinner som har erfart en dødfødsel, men dette er det

	lite forskning om. Hensikten med studien er altså om fysisk aktivitet kan være med på å bedre livskvalitet etter dødfødsel.
Metode/ Instrument	Kvantitativ metode.
Deltakere/ Frafall	Det var 352 kvinner som klikket på linken for å delta i nettundersøkelsen. Av disse var det 297 som fullførte undersøkelsen. 38 av kvinnene ble ekskluderte på grunn av bosted utenfor USA, seks ble ekskludert for å være over 45 år, 49 ble ekskludert for å være mer enn ett år siden dødfødsel og 29 hadde manglende data relatert til dato for deres dødfødsel. Totalt: 175 inkluderte kvinner.
Hovedfunn	Kvinner som har vært gjennom en dødfødsel, her erfaringer med mentale og fysiske helseutfall, hvorav mange kan påvirke senere svangerskap. Kvinner kan være interessert i fysisk aktivitet for å hjelpe dem med å håndtere, velvære og alene tid. I tillegg kan kvinner være interesserte i å forbedre sin psykisk (depressive symptomer) og fysisk (vekt) helse for eventuelle senere svangerskap. Kvinner rapporterte at de er mest interessert i gå trening, stepping eller yoga.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Informert samtykke Nivå 1. Meget god.

Forfatter År Land Tidsskrift	8. Kelley C Maureen og Susan B Trinidad 2012. USA. BMC Pregnancy & Childbirth.
Tittel	”Silent loss and the clinical encounter: Parents’ and physicians’ experiences of stillbirth—a qualitative analysis”.
Hensikt	Hensikten er å undersøke foreldrenes opplevelser av dødfødsel, innenfor ramme av det kliniske møtet, med spesiell oppmerksomhet til de følelsesmessige og personlige beretninger om foreldre og deres oppfatninger av kommunikasjon og støtte under sykehusoppholdet og deres sorgprosess.

Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	18 kvinner.
Hovedfunn	Det er flere aktuelle funn i studien. For det første så trengs det bedre og mer opplæring i forhold til sorg behovene pasienter og pårørende har etter en dødfødsel. Det trengs forbedringer innenfor psykisk helse, støtte og veiledning utover den korte perioden på sykehuset. Mer forskning rundt dette området er nødvendig for å vurdere spesielle tiltak og praksiser som tar hensyn til kulturell variasjon blant pasientgrupper. For det andre må sykehus tilrettelegge for et miljø som er tilpasset for den som skal føde, og for tiden etterpå. Helsepersonell kan spille en viktig rolle i å snu stigma og sosiale holdninger rundt en dødfødsel, for eksempel ved å kommunisere direkte med sine pasienter, vise medfølelse og respekt.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Informert samtykke. Nivå 1 God.
Forfatter År Land Tidsskrift	9. Kersting Anette, Ruth Dölemeyer, Jana Steinig, Franziska Walter, Kristin Kroker, Katja Baust og Birgit Wagner. 2013. Germany. Psychotherapy and psychosomatisk
Tittel	”Brief Internet-Based Intervention Reduces Posttraumatic Stress and Prolonged Grief in Parents after the Loss of a Child during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial”.
Hensikt	Internettbaserte intervensjoner ved hjelp av eksponeringsteknikker og kognitiv restrukturering har vist seg effektive for post-traumatiske stresslidelse (PTSD) og langvarig sorg. Studiets hensikt var å sammenligne effekten av internettbaserte intervensjon for foreldre etter prenatal tapet med en venteliste tilstand (WLC).
Metode/ Instrument	Kvantitativ metode.
Deltakere/ Frafall	Totalt 381 interesserte foreldre gjennomførte screeningskjema mellom

	mars 2009 og september 2011. Av disse ble 228 identifisert som kvalifiserte.
Hovedfunn	Internett-basert intervensjon viste seg å være en mulig og kostnadseffektiv behandling, som er med på å redusere symptomer på posttraumatisk stress, sorg, depresjon, angst og generell mental helse etter graviditet tap. Lavterskel e-helse intervensjoner bør vurderes nærmere og iverksatt rutinemessig for å bedre psykologisk støtte etter graviditet tap.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.
Forfatter År Land Tidsskrift	10. Ryninks Kirsty, Cara Roberts-Collins, Kirstie McKenzie-McHarg og Antje Horsch. 2014. Switzerland. BMC Pregnancy & Childbirth
Tittel	”Mothers’ experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis”
Hensikt	Studiets hensikt var å undersøke på hvordan mødre beskriver sin opplevelse av å tilbringe tid med sin dødfødte baby, og hvordan de følte seg i ettertid, og beskrivelse av det valget en har tatt om å se og holde den dødfødte babyen sin eller ikke.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	Tjueen mødre med en gjennomsnittsalder på 34,4 år ble intervjuet som en del av en stor longitudinell studie av 65 mødre, som undersøkte mors mentale helse etter dødfødsel.

Hovedfunn	Seks ordnede temaer og 15 underordnede temaer ble utviklet: kjennetegn på kontakt, kroppslig het, emosjonell opplevelse, surrealistisk opplevelse, finalitet og beslutning. God forberedelse før kontakten med barnet, faglig støtte i denne kontakten og faglig oppfølging er avgjørende for å hindre utvikling av psykiske helseproblemer. Men likevel, der mødre ikke opplevde å få et valg, de beskrev kontakten med babyen som viktig, og at de i ettertid følte at de hadde tatt den riktige avgjørelsen.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.
Forfatter År Land Tidsskrift	11. Simwaka A N.K., B de Kok og W Chilemba 2014. Malawi. Malawi Medical Journal
Tittel	”Women’s perceptions of Nurse-Midwives’ caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: An exploratory study”.
Hensikt	Studiets hensikt var å undersøke kvinners opplevelse av og tilfredshet med sykepleie de har mottatt under sin dødfødsel og neonatal død i landsbyene rundt et fellesskap sykehus i Lilongwe.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	20 kvinner.
Hovedfunn	Funnene synliggjør hvor vanskelig en dødfødsel kan være for malawiske kvinner. Kvinnene uttrykte dyp sorg uavhengig av antall tidligere svangerskap, antall levende barn eller om graviditeten var planlagt. I studiet kommer det frem at lytting, bruk av empati, vise respekt og gode kommunikasjoner er generelt ansett som viktig. En risiko for at helsepersonell viser dødfødsel fra et medisinsk perspektiv med fokus på kun de fysiologiske faktorer.

Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå, ukjent. God.

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
(Fetal death* OR intrauterin fetal death* OR stillbirth OR stillborn) AND nurs* AND (loss* OR grief* OR adapt* OR (coping OR cope*) OR master* OR manag*)	16/10-15	ProQuest	3,239	10	0	0
(“perinatal death” OR “fetal death” OR “intrauterine fetal death” OR stillbirth OR stillborn) AND nurs* AND (loss* OR grief* OR (coping OR cope*) OR master* OR experience* OR support*	09/11-15	ProQuest	1,170	22	10	6

(“perinatal death” OR “fetal death” OR “intrauterine fetal death” OR stillbirth) AND (nurs* OR nursing OR loss OR grief OR coping OR cope* OR bereavement OR manag” OR eperience” OR support”)	5/1-16	ProQuest	6,048	10	1	0
(Fetal death OR stillbirth OR stillbirth*) OR (perinatal death* OR stillbirth) AND (nurs* OR nursing) AND support* AND (care OR caring*)	8-12-15	Ovid Medline	48	14	4	1
(Fetal death OR fetal death*) OR (stillbirth OR stillbirth*) OR (fetal death OR perinatal death* OR stillbirth) AND (nurs* OR nursing) AND (care OR caring) AND support* AND experience* AND (grief OR grief* OR bereavement)	3-12-15	Ovid Medline	4	0	0	0

Vedlegg 4: Oversikt over manuelt inkluderte artikler

«Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health» (Crawley, Lomax og Ayers 2013)	http://openaccess.city.ac.uk/2637/
“Seeing and holding a stillborn baby. Mothers’ feelings in relation to how their babies were presented to them after birth – Findings from an online questionnaire” (Erlandsson, Warland, Cacciatore og Rådestad 2013)	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812000083
“Women’s experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term posttraumatic stress symptoms: a retrospective study» (Gravensteen, Helgadóttir, Jacobsen, Rådestad, Sandset og Ekeberg 2013)	http://bmjopen.bmj.com/content/3/10/e003323.full
«Bereaved parents’ experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study» (Downe, Schmidt, Kindgon, og Heazell 2012)	http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e002237.full

Vedlegg 5: E-post korrespondanse med Cecilie Widiendahl Aaskov

Intrauterin fosterdød



Aaskov, Cecilie Widiendahl (Cecilie.Widiendahl.Aaskov@helse-mr.no) [Add to contacts](#) 4/12/201

To: 'eli.snekvik@hotmail.com' ▾

Hei Eli.

Hermed sender jeg vor prosedyre for intrauterin fosterdød.

Som nevnt, har vi ikke riktig en retningslinje der forteller hvordan vi skal ta hånd om paret rent psykisk, hvordan vi best snakker med dem om barnet osv. (andet end det der er nevnt i prosedyren).

Vi prøver å tilrettelegge forløpene best mulig for parene, slik at de får individuelle forløp tilpasset deres behov, ønsker og tanker. De får alltid enerom på fødeavdelingen og oppfordres til at være sammen med barnet (se, røre og holde barnet = skape minder og skape deres «historie»/liv med barnet). Heldigvis er intrauterin fosterdød ikke noget der skjer ofte!

Endelig spør hvis der er mer dere lurer på – og lykke til med bacheloren 😊