

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i sykepleie- klinisk forskning og
fagutvikling
September 2019

Måleegenskaper ved the Short Version of the Perinatal Grief Scale

Ida Myklebust Optun



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Hjertelig takk til min hovedveileder Liv Halvorsrud for hennes tilgjengelighet og hennes stødige og gode veiledning gjennom hele dette løpet. Vi har hatt mange gode samtaler som har gitt meg energi og satt i gang tankeprosesser som har holdt meg gående. Takk til medveileder Lisbeth Valla som har bidratt med gode refleksjoner og tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en takk til min arbeidsplass KAD Aker for deres tilrettelegging i henhold til arbeid med denne masteroppgaven.

I løpet av dette masterløpet har jeg blitt kjent med mange flotte medstudenter som jeg har delt både latter og tårer med. Det å skrive en master kan være krevende og til tider nesten utmattende, men det å kunne dele erfaringer og tanker med andre i samme situasjon gjennom masterseminarer har vært en positiv opplevelse. Takk til OsloMet for god oppfølging og muligheten til å ta en så spennende og lærerik master.

Arbeidet med temaet for denne masteren hadde ikke skjedd om det ikke var for gode venninner og bekjente som delte sine erfaringer og tanker med meg, til dere vil jeg si tusen takk.

Avslutningsvis vil jeg takke min familie og venner for støtte. Spesielt vil jeg takke min fantastiske samboer, Ørjan. Du er en motivator uten like og uten din stoiske ro og støtte ville denne prosessen vært svært krevende. Takk for at du alltid er her.

Ida Myklebust Optun

Oslo, mai 2019

Liv Halvorsrud

Lisbeth Valla

SAMMENDRAG

Bakgrunn og formål: Reproduktivt tap kan hos noen kvinner resultere i sorg, depresjon og angst. Formålet med denne tematiske fordypningen er å se på hvordan litteraturen beskriver ulike kulturelle syn på reproduktivt tap og sorg og hvordan kartlegging av reproduktiv sorg kan bedre ivareta kvinnen som har opplevd reproduktivt tap. Hensikten med den systematiske litteraturgjennomgangen er å se på the Short Version of the Perinatal Grief Scale. SVPGS er utviklet spesielt for å kunne kartlegge sorg etter reproduktivt tap.

Måleinstrumentet er utviklet i USA og oversatt til flere språk og det anvendes i dag i klinisk praksis i ulike kulturer på kvinner og familier.

Metode: Artikkelen er en systematisk litteraturgjennomgang hvor det ble søkt i databasene: Cinahl, Medline og PsychINFO i perioden september 2018 til desember 2018. Kvaliteten på artiklene ble vurdert etter Critical Appraisal Skills Programme (CASP) og Sjekkliste for vurdering av forskning (FHI). Den tematiske fordypningen bygger på funn i den systematiske litteraturgjennomgangen.

Resultat: Fem studier ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Studiene er fra USA, Sri Lanka, Sverige, Kina og Hellas. Studiene viser at Cronbach's alfa har delskår fra 0,73 til 0,96, test-retest viser moderat positiv korrelasjon. To av studiene oversetter skalaen til lokale språk. Pearson's r korrelasjonskoeffisienter ble testet mellom SVPGS og Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og State-Trait Anxiety Inventory (STAI), testen viste en positiv korrelasjon. En av studiene konstruerte en egen to-faktor SVPGS, deres test av Pearson's r Beck Depression Inventory (BDI) og General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) og kunne vise til moderat positiv korrelasjon mellom SVPGS og BDI og GHQ-12.

SVPGS) sine måleegenskaper.

Konklusjon: Studiene inkludert er fra flere internasjonale land. Resultatet viser at SVPGS innehar gode måleegenskaper for å måle sorg i tillegg til evne for å indentifisere angst og depresjon etter reproduktivt tap. Sorg kan være sterk tilknyttet kultur og studier viser at det kan være gunstig å oversette SVPGS for å tilpasses kulturelle forhold.

Nøkkelord: reproduktivt tap, spontanabort, sorg, reproduktiv helse, måleinstrument, perinatal, grief, scale, SVPGS.

ABSTRACT

Background and Purpose: Reproductive loss can for some women result in grief, depression and anxiety. The purpose of this thematic study is to look at how the literature describes different cultural views of reproductive loss and grief and how to survey reproductive grief can improve the care of women who have experienced reproductive loss. The purpose of the systematic literature review is to look at the Short Version of the Perinatal Grief Scale.

SVPGS is specially designed to identify grief after reproductive loss. The measuring instrument was developed in the United States and has been translated into several languages and it is currently used in clinical practice in different cultures on women and families

Method: The article is a systematic literature review where three databases were used: Cinahl, Medline and PsychINFO during the period September 2018 to December 2018. The quality of the articles was assessed according to the Critical Appraisal Skills Program (CASP) and Research Assessment Checklist (FHI). The thematic study is based on findings in the systematic literature review.

Results: Five studies were included in the literature review. The studies are from the USA, Sri Lanka, Sweden, China and Greece. The studies show that Cronbach's alpha has sub-scores from 0.73 to 0.96, test-retest shows moderately positive correlation. Two of the studies translate the scale into local languages. Pearson's correlation coefficients were tested between SVPGS and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the test showed a positive correlation. One of the studies constructed their own two-factor SVPGS and tested the Pearson's correlation coefficient with Beck Depression Inventory (BDI) and General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) that showed moderately positive correlation between SVPGS and BDI and GHQ-12.

Conclusion: The studies included are from several international countries. The result shows that SVPGS possesses good measurement properties to measure grief in addition to the ability to identify anxiety and depression after reproductive loss. Grief can be strongly associated with culture and studies show that it may be beneficial to translate SVPGS to adapt to cultural conditions.

Keywords: reproductive loss, miscarriage, grief, reproductive health, measuring instrument, perinatal, grief, scale, SVPGS.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
2.0 REPRODUKTIVT TAP OG SORG	7
2.1 Kvinnehelse, forskning, reprodutiv helse og tap.	8
2.2 Oppsummering	9
3.0 HISTORISKE, SPRÅKLIGE, SAMFUNNSMESSIGE OG KULTURELLE PERSPEKTIV PÅ REPRODUKTIVT TAP	9
3.1 Reprodutiv helse i et historisk perspektiv	9
3.2 Språk	10
3.3 Lovgivning	10
3.4 Kultur	10
3.5 Media og kunst.	13
3.6 Oppsummering	14
4.0 RELEVANS FOR SYKEPLEIEFAGET	14
4.1 Utfordringer i møtet mellom helsevernet og de berørte.	15
4.2 Hvordan kan helsevesenet kartlegge sorg hos kvinner og par som har opplevd reprodutivt tap?	17
6.0 Oppsummering	18
5.0 STYRKER OG SVAKHETER	19
6.0 OPPSUMMERING	19
7.0 LITTERATURLISTE	22

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven består av to deler, en artikkel og en tematisk fordypning. Den tematiske fordypningen vil bli presentert først. Tematikken i selve fordypningen bygger videre på aspekter som artikkelen belyser. Hovedfokuset i fordypningen er ulike kulturelle perspektiv på reproduktivt tap og sorg, samt hvordan dette kan gi konsekvenser for kartleggingen av reproduktiv sorg. Kulturelle perspektiver innebærer i denne fordypningen også samfunnsmessige, politiske, juridiske og språklige forhold.

Problemstillingen som er formulert i henhold til den tematiske fordypningen er;

«Hvordan beskriver litteraturen ulike kulturelle syn på reproduktivt tap og sorg? Og kan kartlegging av reproduktiv sorg bedre ivareta ivaretagelsen av kvinner som har opplevd reproduktivt tap?»

Den andre delen av denne masteroppgaven er en artikkel skrevet for publisering i *Sykepleien Forskning* og er en systematisk litteraturgjennomgang som ble utført i september og desember 2018. Artikkelen følger forfatterveiledningen til *Sykepleien Forskning* og er gjengitt etter den tematiske fordypningen. Hensikten med litteraturgjennomgangen er å beskrive måleegenskaper ved måleinstrumentet The Short Version of the Perinatal Grief Scale (SVPGS). Den systematiske litteraturgjennomgang identifiserte flere internasjonale studier som brukte SVPGS til å kartlegge sorg hos kvinner som hadde opplevd spontanabort. Et funn i den systematiske litteraturgjennomgangen var at enkelte av studiene viste til hvordan ulike kulturelle perspektiver på reproduktivt tap og sorg kunne ha konsekvenser for kartlegging av reproduktiv sorg (Kulathilaka, Hanwella & De Silva, 2016; Lai, Chung, Lee, Kong & Lok, 2013; Maniatelli et al., 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kvinnehelse og reproduktiv helse er stadig i fokus nasjonalt og internasjonalt, både når det kommer til politiske og juridiske arenaer. Samtidig har kvinnehelse og reproduktiv helse en svært privat side, som preges av personlige erfaringer av lykke, tap og sorg. Personlig kjenner jeg flere kvinner som opplevd hvordan reproduktivt tap og sorg har en påvirkning på dem og deres partnere. De har søkt trøst og informasjon i helsevesenet, men dessverre kan noen fortelle at de ikke fant det de hadde behov for. Flere viste til at det handlet hovedsakelig om oppfølging og anerkjennelse av de emosjonelle konsekvensene tapet hadde resultert i. Slike opplevelser gjelder selvfølgelig ikke alle, men noen. Disse kvinnene og parene med deres opplevelser var utgangspunktet for dette masterprosjektet. Denne tematiske fordypningen vil

se på litteraturen beskriver ulike kulturelle aspekter på reproduktiv tap og sorg, i tillegg til å belyse hvordan et måleinstrument som SVPGS kan sikre et godt møte mellom helsevesenet og individene ved at en får kartlagt den emosjonelle reaksjonen sorg etter reproduktivt tap.

2.0 REPRODUKTIVT TAP OG SORG

Reproduktivt tap kan forekomme i ulik form og på ulike tidspunkt i fosterets utvikling (Adolfsson, 2011). Opp mot 20-30 % av erkjente svangerskap ender med spontanabort (Ræder et al., 2015), og spontanabort kan skje så sent som i 22. svangerskapsuke, men 97 % skjer i løpet av de første tolv ukene (Muslim & Doraiswamy, 2018). Både nyere og eldre litteratur viser til at reproduktiv tap kan påvirke den psykiske helsen (Blackmore et al., 2011; Nikčević, Kuczmierczyk & Nicolaidis, 2007; Nikcevic, Tunkel & Nicolaidis, 2002; Opsahl, 2013; Quinley, Ratcliffe & Schreiber, 2014; Seibel & Graves, 1980). I tillegg kan spesielt tilbakevendende reproduktivt tap ha konsekvenser for parforholdet (Serrano & Lima. M., 2006). Følelsene som kommer etter tapet kan være overveldende og vanskelige å uttrykke noe som igjen kan påvirke parforholdet negativt (Serrano & Lima. M., 2006). Reproduktivt tap kan også oppleves som isolerende ved at en kanskje avstår fra sosiale sammenkomster da det kan være en belastende å se andre med barn eller gravide kvinner (S. Bennet, M., Litz, Sarnoff & Maguen, 2005).

Sorgens uttrykksform er særegent for den enkelte. Sorg avhenger av individets egen livshistorie, personlighet, kultur, tapets sosiale kontekst, sosiale normer, samt rammer og ritualer som omhandler sorgen (Sandvik, 2003; Sandvik, Røkholt, Bugge & Sandanger, 2018) Sorg er en grunnleggende følelsesmessig tilstand, men den er også en prosess som handler om tilpassing til tap over tid (Gulding, 2014). Sorgprosessen handler om å integrere tap og tapets betydning i livet og om å finne måter å leve med tapet (Sandvik et al., 2018). Det norske ordet sorg kan assosieres med de engelske ordene bereavement, grief og mourning, men disse betegnelse differensieres fra hverandre med hensyn til ordenes

Definisjoner:
Komplett spontanabort: Intrauterint innhold under 15 mm og opphørt blødning.
Inkomplett spontanabort:
<ul style="list-style-type: none">• Med heterogent uterin-innhold <15 mm, eller lavere ved persisterende blødning.• Intrauterin plommesekk uten fosteranlegg (anembryonalt svangerskap).• Intrauterint fosteranlegg uten hjerteaksjon
Disse gruppene kan enten ha fravær av eller oppleve blødning og smerte.
Det skiller mellom:
<ul style="list-style-type: none">• Tidlig spontanabort: Påvist fosteranlegg med en størrelse som tilsvarer svangerskapslengde på 12 uker eller kortere.• Sen spontanabort: Fosteranlegg med en størrelse som tilsvarer over 12 ukers svangerskapslengde. (Ræder, Wollen, Braut & Glad, 2015)

Tabell 1: Definisjon av spontanabort

etymologi. Bereavement kommer fra det latinske ordet *rumpere* som betyr å avbryte, brette og knuse (Boerner, Stroebe, Schut & Wortman, 2015). Dette referer til den objektive situasjonen til en person som opplever et tap eller død. Bereavement vil dermed si at en mister eller at noe er blitt tatt fra en. Grief kommer fra det latinske ordet *gravare* som betyr å tyngne ned (Boerner et al., 2015). Ordet referer til den emosjonelle erfaringen og de psykologiske, adferds spesifikke, sosiale og fysiske reaksjoner en har til tapet. Mourning kommer fra det latinske ordet *memoria* som på norsk kan oversettes til tankefull. Ordet referer til handlinger som uttrykker sorg som igjen er formet av sosiale og kulturelle praksiser og forventninger (Boerner et al., 2015). I denne tematiske fordypningen vil det norske ordet sorg bli brukt som et samlebegrep som omfatter ordene bereavement, grief og mourning. Det er vanlig å bruke begrepene reproduktivt tap, graviditetstap og reproduktivt traume om hverandre (Wenzel, 2014). Begrepene blir brukt om tap som oppstår under hele svangerskapet så samt som påfølgende etter en fødsel, noen ilegger også det å ikke ha vellykkede fertilitetsforsøk som en direkte opplevelse av reproduktivt tap (Wenzel, 2014).

2.1 Kvinnehelse, forskning, reproduktiv helse og tap.

Reprodktiv helse er en tilstand av fysisk, mentalt og sosialt velvære – ikke bare fravær av sykdom og lyte – i alle forhold som er relatert til reproduksjonsorganene (Austveg & Sundby, 2011). I internasjonal sammenheng innebærer reprodktiv helse retten til å ha et tilfredsstillende og trygt seksualliv, ha muligheten til å få barn og kunne velge om man skal det og i så fall når. Det betyr i sin tur kvinners og menns rett til å kjenne til og ha tilgang til prevensjonsmetoder og andre måter å regulere fruktbarheten på som ikke er imot loven. Dessuten innebærer det rett til tilgang til helsetjenester som gjør at kvinner trygt kan gjennomgå graviditet og fødsel og gi par den beste muligheten til å få et friskt barn (FN, 1994). Dette setter reprodktiv helse og tap i en internasjonal sammenheng. I Norge er det kvinnens behov og ønsker som er utgangspunktet for svangerskapsomsorgen og det er stort fokus på at individuell omsorg skal gis og at tilbudet kan tilpasses om nødvendig (Stortingsmelding-12, 2008-2009). Fokus på individuell og tilpasset omsorg er viktig i møtet med de som opplever reprodktivt tap (S. Bennet, M. , Litz, Maguen & Ehrenreich, 2008).

I dag finner en flere eksempler på hvordan ulike aktører i Norge retter søkelyset mot kvinnehelse, da spesielt ved å se på kjønnsforskjeller i helse og sykdom (Rødland, 2018). I de siste tiårene har det vært et økende fokus på kvinnehelse, og det er satt av midler til forskning på dette området. Denne utviklingen kan forstås som et forsøk på å fylle kunnskapshull, samtidig er det en indikasjon på at det norske helsevesenet tar kvinners leveutsikter og helse

på alvor. I et større perspektiv kan utviklingen ses i sammenheng med samfunnsendringer generelt; kvinners rettigheter, kvinners utdanning, yrkes- og arbeidstilknytning, fødselsmønster og likestilling i Norge (Sundby et al., 1999), men også internasjonalt hva angår kvinners rolle i politikk, forskning og medisin (Moulder, 1998). Samtidig ser en at en etterlyser mer norsk forskning på reaksjoner etter spontanabort (Elnan, Moe & Sørgerd, 2018).

2.2 Oppsummering

Reproduktivt tap, spesielt spontanabort, forekommer relativt hyppig og psykiske reaksjoner som sorg er en vanlig respons på slikt tap. Forskning innen dette feltet har vært satsningsområder blant annet i Norge og dette fokuset er med på å synliggjøre blant annet reproduktivt tap og de psykiske reaksjonene som tapet kan resultere i. Dermed er forskningen og lovgivning med på å underbygge reproduktiv helse ved å skape kunnskap og søkelys på både de fysiologiske reaksjonene, men også de psykologiske.

3.0 HISTORISKE, SPRÅKLIGE, SAMFUNNSMESSIGE OG KULTURELLE PERSPEKTIV PÅ REPRODUKTIVT TAP

3.1 Reproduktiv helse i et historisk perspektiv

Begrepet sorg kan knyttes til ulike kontekster og kan ses i lys av ulike situasjoner. Når en setter sorg inn i en historisk og kulturell kontekst er det ulike faktorer som påvirker sorgreaksjoner og sorgprosessen. Dette gjelder også sorg relatert til reproduktivt tap. Kuller og Katz (1994) diskuterer hvordan en i ulike samfunn kun i det siste tiårene har startet med å anerkjenne hvilken psykisk påvirkning spontanabort kan ha på kvinner og deres familier. Dette spesielt anerkjennelse av hvilken psykiske reaksjoner som kan fremkomme etter reproduktivt tap (Kuller & Katz, 1994). Til tross for at de påpeker at dette fokuset kun hører det moderne samfunnet til viser historiske tekster oss at sorgprosessen ble ritualisert og den sosiale aksepten var tilstede i ulike samfunn. De viser i sin artikkel til flere ulike kulturer som gjennom tidene har utført spesifikke ritualer etter spontanabort, blant annet var det i flere kulturer vanlig med begravelse. I det antikke Roma la romerske kvinner blomster på tempelet til Juno som offergave for å hindre spontanabort, og kvinner i Hellas, Mesopotamia og deler av Frankrike, Tyskland og det antikke Israel gikk med visse typer stener kalt «Eaglestones» for å hindre spontanabort. En kan dermed se at kvinners reproduktive helse og sorg ikke bare er i fokus i det moderne samfunn, men det har også vært i fokus for ulike kulturers ritualer og tradisjoner.

3.2 Språk

Kuller og Katz (1994) problematiserer hvordan lovgivning i ulike land og språket vi bruker har en påvirkning på hvordan vi prater om spontanabort. I medisinsk terminologi har en sett en økt bevissthet rundt bruken av ordet «abort». Det å bruke ordet abort kan gi assosiasjoner til provosert eller ulovlig abort noe som kan oppleves som i sterk kontrast til hva kvinnen og familiene i situasjonen opplever og ønsker.

I engelsk medisinsk praksis har den medisinske terminologien en distinksjon mellom begrepene «miscarriage» (spontanabort) og «abortion» (provosert eller selvbestemt abort). Dette reflekterer juridiske, tekniske, profesjonelle og samfunnsmessige utviklinger i England (Moscrop, 2013). I tillegg kan denne distinksjonen ses i sammenheng med prosessen med å gi kvinnene som har opplevd «miscarriage» (spontanabort) en definisjon som er separat fra «abortion» (provosert abort eller selvbestemt abort) (Moscrop, 2013). Hvordan disse begrepene blir brukt og har utviklet seg blir beskrevet i en artikkel med tittelen «Miscarriage or abortion? Understanding the medical language of pregnancy loss in Britain; a historical perspective».

3.3 Lovgivning

Slik det beskrives at språket påvirker våre assosiasjoner til reproduktiv helse kan en også se at samfunnsmessige perspektiver byr på utfordringer i henhold til spontanabort. Politikken og den juridiske innvirkningen på kvinners rett til å bestemme over egen kropp er i stadig fokus og blir ofte brukt som politiske spillebrikker, både i Norge og i utlandet. Så sent som i mai -19 ble det i USA signert en lov som dikterer at en kun tillater abort om morens liv er i risiko eller om fosteret ikke kan overleve (Law, 2019).

Slike lover er grobunn for omfattende demonstrasjoner og offentlige debatter.

Antiabortforkjempere har i ulike debatter blant annet brukt de psykologiske konsekvensene av spontanabort i sin sak ved å sidestille spontanabort med selvbestemt abort. Det at forskning viser at spontanabort kan forårsake negative psykiske konsekvenser for kvinner resonerer med deres syn på selvbestemt abort burde vært ulovlig og de bruker dette som argument mot selvbestemt abort (Moscrop, 2013).

3.4 Kultur

Kultur har en avgjørende rolle i hvordan sorgen formes (Lok & Neugebauer, 2007), men ifølge eksperter på perinatal sorg blir ikke kulturelle holdninger alltid uttalt, men heller uttrykt gjennom fravær av ulike ritualer som en assosierer med «tradisjonell» død og sorg (Fredenburg, 2017). For helsepersonell vil det å være bevisst hvordan kultur er med på å

påvirke sorgen viktig, men den kan også gi innsyn i hvordan en kan håndtere situasjonen (Lok & Neugebauer, 2007).

Tre av de fem studiene som ble inkludert i den systematiske litteraturgjennomgangen påpeker at kultur kan ha en avgjørende rolle med hensyn til reproduktivt tap og sorg (Kulathilaka et al., 2016; Lai et al., 2013; Maniattelli et al., 2017). To av studiene foretok oversettelser av SVPGS for å tilpasse den til lokale forhold. Et panel bestående av tre leger oversatte skalaen fra engelsk til sinhala individuelt. Siste oversettelse ble verifisert av samtlige leger. Deretter foretok en ekspert uten kjennskap til den originale skalaen en back-translation til engelsk. Skalaen ble så sammenlignet med den ordinale skalaen og nødvendige justeringer ble foretatt på den siste versjonen. Denne versjonen ble så testet på 20 personer. Face validitet, innholdsvaliditet og konsensuell validitet ble vurdert av et ekspertpanel bestående av en lege, psykolog og psykologisk sosial arbeider. Maniattelli et al. (2017) fikk godkjennelse av Lori J. Toedter som er en av forfatterne bak SVPGS til å oversette SVPGS til gresk.

Oversettelsesprosessen følger de internasjonale anbefalingene for lingvistisk og kulturell tilpassing for målinger av helse relatert livskvalitet (Maniattelli et al., 2017). SVPGS ble først oversatt av den ene forfatteren av artikkelen en jordmor som snakket både engelsk og gresk flytende. Deretter foretok et panel, bestående av en professor i psykiatri, en psykolog og en PhD-stipendiat innen perinatalt tap, en analyse for å modifisere måleinstrumentet opp mot grammatikk, lingvistikk, og kulturelle forskjeller. Til slutt ble den oversatt tilbake til engelsk. Den greske versjonen ble samkjørt med den engelske versjonen og deretter testet i en pilotstudie bestående 10 kvinner med ulike demografiske karakteristika som alle hadde opplevd reproduktivt tap. Pilotstudien forsikret forskerne om at den greske versjonen var valid og reliabel (Maniattelli et al., 2017).

Lai, Chung (13) beskriver at de foretok endringer i SVPGS for å tilpasse skalaen til kinesisk kultur. Årsaken var at det i den originale SVPGS inneholdt spørsmål som ikke var relevante for den kinesiske populasjonen og dermed ikke relevant i kinesisk kontekst. Lai et al. (2013) har gjennomført en statistisk analyse for å løsrive de ulike emnene i skalaen og deretter indentifisere de som hører sammen under de ulike kategoriene. Ulike måter å uttrykke seg på, medisiner og sosioøkonomiske klasser måtte tilpasses kulturen og studien kunne vise til av en god effekt av dette gjennom faktoranalyse (Lai et al., 2013).

Lai et al. (2013) viser til det de kaller et kinesisk syn på reproduktivt tap og angir at overbevisninger i den kinesiske kulturen kan påvirke sorgprosessen etter spontanabort i en

negativ forstand. En overbevisning er en holdning om at det er mor som er i alle fall delvis skyldig i tapet. Det finnes flere overbevisninger en som er gravid må følge, blant annet når det kommer til diett og fysisk aktivitet, om en kvinne opplever reproduktivt tap kan en i noen kontekster legge skylden på at disse overbevisningene ikke er blitt fulgt. Først og fremst er det sentralt i kinesisk ideologi at kvinnelighet er definert av ens evne til å ekspandere familiens avstamning ved å føde barn, helst en mannlig arving. Dermed kan reproduktivt tap ha to betydninger, ikke bare tap av et barn, men også tap av fremtid og mening med livet (Lai et al., 2013).

Slik det ble beskrevet innledningsvis finnes det mye forskning som har sett på sorg og reproduktiv tap, men majoriteten av denne forskningen er i vestlige land. Kulathilaka et al. (2016) viser til at det er få ikke-vestlige studier som har utforsket forholdet mellom sorg og depresjon etter spontanabort. I sin studie benytter de SVPGS for å kartlegge sorg hos kvinner som har opplevd spontanabort. De beskriver også at kulturelle faktorer har stor betydning med hensyn til blant annet: åpenhet rundt følelser som sorg. Forfatterne viser til at det å prate om sorg generelt er tabu i seg selv og i tillegg at reproduktivt tap ikke er noe en snakker åpent om i Sri Lanka. Ratislavová, Kalvas og Beran (2015) beskriver også et lignende tabu i sin artikkel. De viser nemlig til hvordan det politiske klimaet i Tsjekkia har vært med på å sentralisere oppfølging av kvinner med hensyn til reproduktiv helse generelt. Før 1989 var det tabu å prate om alt relatert til død, i tillegg var kvinners psykologiske helse et ikke-tema. De beskriver hvordan tilnærmelsen til kvinnene var slik; «det var et mål å fjerne det døde fosteret så fort som mulig fra mor i det de beskriver som en «ingen ting har skjedd»-situasjon, i tillegg til rasjonalisering og neddyssing av sorgen ofte ved å si at «det neste barnet du blir gravid med vil nok være friskt». Oppfølgingssamtale fra helsepersonell handlet i all majoritet om de medisinske og biologiske faktorene. Begravelser ble frarådet for å unngå unødvendig stimulering av sorgen (Ratislavová et al., 2015).

Det at sorgen holdes skjult kan ses i sammenheng med Fredenburg (2017) som viser til *Disenfranchised Grief* som kan oversettes til norsk som uberettiget sorg. Dette understrekes med å beskrive kulturelle handlinger, eller kanskje rettene sagt mangel på handlinger, for eksempel å ikke sende blomster eller samle sammen familie og venner etter tapet. I tillegg vises det til at arbeidsplasser ikke alltid gir gyldig fravær til en eller begge i paret ved reproduktivt tap (Fredenburg, 2017).

I en artikkel med tittelen «Spontanabort- den stille sorgen» beskriver Anne Margrethe Hausken Nordberg hvordan hun opplevde at hun bar på en usynlig sorg (Gregersen, 2000). Hun er en av flere kvinner som har valgt å være åpne om sitt tap og som har funnet støtte fra flere med samme opplevelser. Det at sorgen oppleves som usynlig ser en også blir beskrevet i litteraturen. Hvidtjørn et al. (2018) knytter blant annet det å ikke har noe fysisk å sørge over er med på å underbygge den usynlige sorgen etter reproduktivt tap.

I Japansk kultur som har sterke røtter i buddhismen finnes en sorgkultur som rettferdiggjør og synliggjør sorgen etter tapet (Elson, 2017). I buddsime tror en at en baby som aldri er født ikke drar til himmelen, dette skyldes det at den aldri ble født og dermed aldri fikk samlet god karma. *Jizo* er en buddhistisk skytsengel som blir personifisert gjennom en liten figur som representerer alle ufødte barn. Jizo transporterer barna opp til himmelen. Foreldre legger ofte blomster, leker og godteri ved disse statuene som Jizo leverer til de ufødte barna. En amerikansk journalist og hennes ektemann fulgte denne tradisjonen etter å ha mistet sitt barn i uke 10 og hun beskriver det som hjelpsomt å ha noe fysisk å sørge til (Elson, 2017).

Ulike kulturer har forskjellige forventninger rundt blant annet det å ha barn, i tillegg til ulike overbevisninger rundt betydningen av å være foreldre, meningen med døden og eksistens av et liv etter døden (S. Bennet, M. et al., 2005). De angir at kultur, språk og religion kan påvirke hvordan mor, far og familier opplever og oppfatter tapet, hjelpen de får og hvilken hjelp de kan benytte seg av (S. Bennet, M. et al., 2005). Som et resultat av global utvikling har Norge blitt formet av en stendig innvandring fra hele verden, dette gjør Norge mangfoldig med hensyn til språk, etnisitet og kultur (Daugstad & Østby, 2009). Nyere statistikk viser at det per 5.mars 2019 var det over 944 403 innvandrere fra over 220 land, som betyr en prosentandel på 18,9 prosent av total populasjon (SSB, 2019). Innvandrere i Norge er flerfoldig og heterogen og dette baserer seg på etnisitet, bakgrunn for innvandring, sosioøkonomisk bakgrunn, utdanning og kultur (HOD, 2013). Det er dermed interessant å se hvordan litteraturen beskriver hvordan kultur påvirker sorg etter reproduktivt tap.

3.5 Media og kunst.

På mange måter påvirker og dikterer kulturelle holdninger om spontanabort stillheten rundt sorgen og det å få pratet åpent om det (Fredenburg, 2017). En motsetning til denne stillheten er det som vår teknologiske hverdag tillater og muliggjør med hensyn til ulike plattformer for kommunikasjon og nettverksbygging. Flere kvinner og par velger å være åpne om sitt tap i ulike medium. En kan se at deres reaksjoner og bearbeidelse beskrives i blogger, artikler,

podcaster og i skjønnlitteratur (Fotokjerring, 2017; Svabø, Stenseth & Engen, 2018; Wergeland, 2015). Disse ulike arenaene gjør det mulig å nå frem til andre i samme situasjon ved at en deler opplevelser og tanker rundt tapet. Det å kunne uttrykke sin sorg kan gjøres på flere måter. Kunstneren Frida Kahlo brukte sin egen kropp i kunsten. På denne måten kunne hun illustrere blant annet hennes smerte relatert til ulike operasjoner og komplikasjoner, men hun benyttet også sine kunstneriske evner til å illustrere sin egen spontanabort (Munoz, 2012). I litografiet «Frida and the Miscarriage» fra 1932 og maleriet «Henry Ford Hospital» fra 1932 illustrerer hun spontanabort på en grafisk måte som reflektere den smerten og sorgen hun opplevde (Abbey-Lambertz, 2015; Munoz, 2012; Rogers, 2015).

3.6 Oppsummering

Ulike kulturelle retninger er med på å påvirke synet på reproduktivt tap og sorg. Det finnes kulturer hvor kvinnehelse generelt blir ansett som tabu, noe som angår reproduktiv helse så vel som psykisk helse. På en annen side kan en se at kultur også kan åpne for at sorgen blir synlig og akseptert, som Jizo i buddhistisk tradisjon. Sorg etter reproduktivt tap har også en offentlig arena via sosiale media og kunst. Her har flere privatpersoner og offentlige personer uttrykt sin personlige sorg og skapt rom for andre til å ta del i deres sorg.

Norge er et land sammensatt av mangfoldige etnisiteter med ulike kulturelle bakgrunner og det å danne en forståelse for hvor avgjørende kultur kan være med hensyn til sorg og reproduktiv helse er viktig. Dette gjelder kanskje spesielt med hensyn til hvor åpent vi prater om reproduktivt tap, men kanskje også at det prates om sorgen slik at den får plass. SVPGS er et verktøy som kan være nyttig i arbeidet med å indentifisere og kartlegge sorg etter reproduktivt tap, men også til å kanskje legitimere sorgen og skape rom til den.

4.0 RELEVANS FOR SYKEPLEIEFAGET

Lang et al. (2011) viser til at helsepersonell og spesielt sykepleiere har en unik mulighet til å hjelpe par som har opplevd reproduktivt tap med å håndtere følelsene som oppstår. Spesielt med hensyn til hvordan helsepersonellet imøtekommer, kommuniserer og anerkjenner de som har opplevd tapet. Det å bruke et språk som er lett å forstå og som ikke er fult av medisinsk terminologi er viktig (Lang et al., 2011). Forfatterne beskriver også at helsepersonellets mangel på kunnskap om fysiske og emosjonelle opplevelser ved reproduktivt tap kan ha en negativ effekt på dem som berøres. Et kartleggingsverktøy som er utviklet for å kartlegge sorg hos de som har opplevde reproduktivt tap kan være nyttig i å øke kunnskap og komme nærmere forståelse og anerkjennelse av tapet. Et slikt kartleggingsverktøy er SVPGS.

4.1 utfordringer i møtet mellom helsevernet og de berørte.

Sorg etter reproduktivt tap kan komme svært overraskende på kvinner og par. Nylig kunne vi i Norge lese om «Birthzillas» (Vignæs, 2019) Betegnelsen skildrer privilegerte kvinner i verdenssammenheng, som planlegger graviditeten i detalj. Nyere statistikk tyder på at det fødes færre barn i Norge og samtidig viser fagfolk til det som oppleves som økt stressnivå hos kommende mødre. Det som kjennetegner disse kvinnene er at de ønsker å ha full kontroll, de har høye forventninger og krav og de er utålmodige (Vignæs, 2019). Denne artikkelen fikk mye oppmerksomhet i media og flere kvinner ble engasjert i debatten. Graviditet i dag er ofte planlagt og noen kvinner ønsker å ha full kontroll over svangerskapet, dermed kan det hende at flere er uforberedt på mulig tap av barnet og sorgen som kan oppstå (Earle, Foley, Komaromy & Lloyd, 2008). Svangerskap og fødsel er for mange kvinner en utfordrende og sårbar periode i livet. Dessverre viser kvinnenes egne beskrivelser av helsetjenestebruk til at noen opplever det som problematiske, konfliktfylt eller lite konstruktive. Det er blitt argumentert for at medisinerer av fertilitet bidrar til illusjonen av en omnipotent helseoppfølging til reproduktiv helse (Earle et al., 2008). Det vises til at medisinsk, teknologisk og farmakologiske fremskritt uten tvil har reddet livet til både mor og barn, men at det da kan være vanskelig å akseptere fakta når ting ikke går bra eller går som planlagt og at sorgen ved reproduktivt tap kan være stor (Earle et al., 2008).

I en studie av sykepleiere ansatt på akuttmottak/legevakt og foreldre som oppsøkte hjelp etter reproduktivt tap var hensikten å avdekke hvilken opplevelse foreldrene hadde. De ønsket å indentifisere ulike behov, dette for å bli bevisst eventuelle endringer som kunne bedre ivaretagelsen av foreldrene (Emond, Montigny & Guillaumie, 2019). I sin studie oppsummerer Emond et al. (2019) tidligere kvalitativ forskning for å danne en bakgrunn for deres egen studie. De oppsummerer hvordan : 1) oppførsel og holdning til helsepersonell ble oppfattet som lite medfølelse og de hadde en tendens til å minimalisere og kanskje til og med overse tapet, 2) Verdigheten til kvinnene ble kompromittert på grunn av lyder og det generelle miljøet på akuttmottaket, 3) Lite informasjon ble gitt med hensyn til diagnostisering, test resultat, fysiske og emosjonelle påkjenninger og tilgjengelige ressurser, 4) Kvinnene opplevde at deres partner ikke ble tatt hensyn til, 5) lang ventetid 6) ingen oppfølging. Funn i deres egen studie oppsummeres i tre kategorier: 1) Fysiske helsebehov: raskere diagnostikk og tester for å sjekke levedyktighet hos foster og oppfølgingstime med helsepersonell. 2) Kognitive behov: Detaljerte forklaringer ved diagnostisering, essensiell informasjon om tiden

etter spontanaborten og skriftlig informasjon om spontanabort, tilgjengelige ressurser og tilbud. 3) Emosjonelle behov og tiltak rettet mot emosjonell helse, eget rom eller mer private omgivelser og støtte fra partner (Emond et al., 2019). Dette indikerer at det kan være et behov nøyte kartlegging som da kan danne grunnlag tilrettelagt oppfølging.

En kan se at norske kvinner i enkelte tilfeller angir at helsevesenet ikke ivaretar de psykiske reaksjonene godt nok, og de viser spesielt til manglende eller lite konstruktiv oppfølging (Skjeggstad, 2012; Staude, 2014). Dette beskrives også i andre internasjonale sammenhenger. En britisk studie av Wong, Crawford, Gask og Grinyer (2003) vises det til det de beskriver som et avvik mellom pasientens opplevde ønske og det helsevesenet kan tilby. De avdekket syv ulike faktorer gjennom intervjuer med kvinner som opplevde spontanabort, de var;

1. Et ønske og behov for en formell oppfølgingsplan
2. At de på grunn av deres psykiske reaksjon selv hadde manglende evne til å ta inn over seg og forstå informasjonen de fikk under sykehusoppholdet,
3. Et behov for mer informasjon og spesifikke svar,
4. De opplevde at helsepersonellet normaliserte spontanaborten, med en typisk «det skjer hele tiden» holdning,
5. Skyld og falske antagelser fra dem selv var med på å prege deres emosjonelle helse i tillegg til å sette opp en barriere for å ta kontakt med helsevesenet.
6. De avga veldig ulik respons med hensyn til kvaliteten av informasjon de mottok noe som tyder på en inkonsistens i hvilken informasjon og oppfølging som gis til disse kvinnene.
7. Forslag til forbedringer som de foreslo var en godt tilrettelagt oppfølging og opplæring av helsepersonell.

I en systematisk litteraturgjennomgang av 20 artikler med søkelys på emosjonelle erfaringer, holdninger og behov uttrykt fra helsepersonell i henhold til perinatal tap kunne de oppsummere de vanligste erfaringene som: observert frustrasjon, utålmodighet, anklagelse om fiendtlighet og at foreldrene gikk i en offerposisjon (Gandino, Bernaudo, De Fini, Vanni & Veglia, 2019).

Helsepersonell beskrev også emosjonelle erfaringer som skyldfølelse og en følelse av å være utilstrekkelig med hensyn til å ta vare på de sørgende foreldrene (Gandino et al.,

2019). De beskriver flere behov som kan knyttes til helsepersonell og klinikken. Et behov var at undervisning av helsepersonell må fokusere mer på hvordan en håndterer de emosjonelle behovene til foreldre, med spesielt søkelys på kommunikasjon. I tillegg kan det være nødvendig for helsepersonell selv å få emosjonell støtte eller mulighet til å prate om erfaringer med kollegaer.

4.2 Hvordan kan helsevesenet kartlegge sorg hos kvinner og par som har opplevd reproduktivt tap?

Bruk av kartleggingsverktøy er en måte å identifisere behovet for oppfølging av kvinner og deres partner (?) som har opplevd reproduktivt tap. SVGPS er et standardisert og utprøvd verktøy for å kartlegge sorg hos kvinner som har opplevd reproduktivt tap er SVPGS (Adolfsson & Larsson, 2006; Potvin, Lasker & Toedter, 1989). SVPGS blir benyttet i ulike kliniske settinger og er blitt forsket på i internasjonale studier. Kartleggingsverktøy er generelt nyttige i pasientbehandlingen, men slike kartleggingsverktøy kan også øke sykepleierens refleksjon i møte med pasienten, det kunne en undersøkelse foretatt på Sunnaas Sykehus HF vise til (Nortvedt, Wiborg, I-J. & Romsland, 2013). De intervjuet sykepleiere i bruken av et kartleggingsverktøy for å indentifisere smerte og de kunne studien viste at bruk av kartleggingsverktøy økte bevisstheten til helsepersonell (Nortvedt et al., 2013).

Manglede kartlegging med valideret verktøy kan medføre at kvinner ikke får oppfølging av psykiske konsekvenser etter reproduktivt tap slik Skjeggstad (2012) og Staude (2014) påpeker. Det fremkommer også at myndighetens utfordring ligger i det at en må innrette tjenesten slik at svake og utsatte grupper har lett tilgang til en tjeneste som har høy kunnskap om sosiokulturelle faktorer og ulike metoder for sensitiv tilnærming slik at den gravide ønsker å oppsøke tjenesten med både små og store problemer (Klovning et al., 2005). Dette gjør det enda mer aktuelt at helsetjenesten har kartleggingsverktøy til å identifisere de kvinnene som trenger oppfølging.

Et eksempel på hvordan helsevesenet tilpasser seg kan ses i hvordan Ullevål sykehus håndterte kritikken de fikk fra en kvinne som hadde opplevd spontanabort og fått oppfølging ved Ullevål. Kritikken bygger blant annet på at de berørte ikke opplevde å få nok informasjon om for eksempel sorgreaksjonen. Klinikkleder ved kvinneklinikken Bjørn Busund anerkjenner at det er et behov for kontroll i ettertid av spontanabort, dette spesielt med hensyn til de mentale konsekvensene, men tilføyer også at helsevesenet mangler ressurser og at det ikke er garantert helsegevinst ved å henvise til tidligere forskning på området (Elnan et al., 2018).

I en nylig publisert prospektiv studie foretatt i Norge vises det til at alder og fødselshistorikk er risikofaktorer i henhold til spontanabort. Forskerne har gjennomgått norske databaser for fødselsstatistikk og ser at der er en moderat økning i risiko for spontanabort hos kvinner <20 år, risikoen for spontanabort økte om tidligere graviditeter hadde resultert i for tidlig fødsel, keisersnitt eller svangerskapsdiabetes. Kvinner som selv hadde lav fødselsvekt opp mot forventet hadde også en økt risiko for spontanabort (Magnus, Wilcox, Morken, Weinberg & Håberg, 2019). Arbeid kan også spille en rolle med hensyn til risiko for spontanabort. En nylig publisert dansk studie ser en sammenheng mellom nattarbeid og økt risiko for spontanabort. Risikoen økte med 32% for spontanabort etter uke 8 om en arbeidet mer enn to nattevakter i uken (Begtrup et al., 2019). Dette gir oss ny og oppdatert kunnskap om hvem noen av disse kvinnene er, men noe annet som er viktig er å forstå de sosiokulturelle faktorene slik Klovning et al. (2005) beskriver over.

6.0 Oppsummering

Hensikten med denne tematiske fordypningen var å se på hvordan litteraturen beskriver ulike kulturelle syn på reproduktivt tap og sorg. I tillegg var det ønskelig å se på hvordan kartleggingen av reproduktiv sorg kan være med på å bedre ivaretagelsen av de som har opplevd reproduktivt tap.

Helsevesenet spiller en sentral og mulig også avgjørende rolle i hvordan kvinner og par opplever tiden etter reproduktivt tap. Dette spesielt ved å møte de emosjonelle reaksjonene og skape rom for tapet. En kan se at det er et krysningspunkt mellom helsepersonell og de som pårøres av tapet. Blant annet kan kvinnene og parets sårbare situasjon gjøre dem mottakelige for inntrykk av negativ art, blant annet ved å føle seg avvist og minimalisert i sin sorg. Det kan dermed ses på som problematisk når en leser artikler som referer til kvinner i fruktbar alder som «Birthzillas». Et virkemiddel for å møte dem som berøres kan være kartleggingsverktøyet SVPGS, som indirekte fokuserer på sorgen og gjør den synlig. I Norge er det fokus på at alle skal få en individuelt tilpasset og helhetlig behandling ved reproduktivt tap. Det påpekes at helsepersonell trenger mere kunnskap og at undervisning rundt de emosjonelle reaksjonene og at dette kan sikre at oppfølgingen blir mer tilpasset. For å kunne fore at denne oppfølging trenger helsepersonell også kartleggingsverktøy som både språklig og kulturelt er tilpasset den gruppen som skal undersøkes og følges opp.

Kartlegging av de emosjonelle reaksjonene som sorg kan være nødvendig for å kunne tilby en tilrettelagt oppfølging. Til denne kartleggingen kan standardiserte verktøy være gunstig, som for eksempel SVPGS. En slik kartlegging kan være med på å berette tapet, men også indentifisere de kvinnene og parene som har behov for ekstra og tilpasset oppfølging.

I tillegg til å kunne indentifisere sorg kan helsepersonell også ha nytte av å kjennskap til hvem disse kvinnene er, både hvem som er i risikogrupper og den sosiokulturelle konteksten de befinner seg i. Det å ha kunnskap om hvordan samfunn er med på å påvirke vårt syn på reproduktivt tap og sorg kan bidra til at en som helsepersonell møter kvinnene med respekt og åpenhet.

5.0 STYRKER OG SVAKHETER

Fordypningen bygger på en systematisk litteraturgjennomgang som blant annet viste at kultur spiller en rolle for spørsmålene i kartleggingsverktøysom SVPGS . Etter hva jeg erfarer finnes det lite litteratur de siste 10 årene som oppsummerer ulike kulturers syn og på reproduktiv sorg. Men det kan være at denne masteroppgaven ikke har fanget opp alle studier og rapporter. Søk i flere databaser kunne muligens gitt flere treff på aktuelle studier. Likevel vil jeg hevde at denne oppgaven med på å oppsummere flere kulturelle synspunkt og på reproduktivt tap og sorg. I tillegg setter denne fordypningen søkelys på hvordan helsevesenet oppfattes av de som berøres av reproduktivt tap, samt hvordan helsepersonell selv oppfatter slike tap i klinisk setting. Dette kan være nyttig norsk validert versjon av SVPGS for å bidra til at helsepersonell kan fange opp kvinner og par behov for oppfølging.. Så vidt det har vært mulig har ikke arbeidet med denne oppgaven kunne indentifisere noen norske studier som ser på helsepersonells holdninger og erfaringer med å møte kvinner og familier i en slik situasjon, dermed kan kanskje denne tematiske fordypningen bringe ny kunnskap på dette området. Denne tematiske fordypningen kunne gått mer i dybden på hvordan reproduktivt tap og sorg skiller seg fra annen type sorg. I tillegg tar den ikke for seg hvilken påvirkning ulike reproduktive tap påvirker sorg.

6.0 OPPSUMMERING

Det henvises til flere studier som viser til at det innad i kulturer finnes flere overbevisninger som er med på å påvirke synet på reproduktiv helse og tap, i tillegg til at sorg i seg selv kan i noen kulturer oppfattes som tabu. Dette fordi reproduktiv helse og kvinnehelse er temaer det ikke snakkes like mye om i alle kulturer. Oppsummert kan en se at sorgprosessen i seg selv er

knyttet opp mot individet og ens subjektive og emosjonelle opplevelse, men en kan allikevel trekke konklusjonen om at reproduktiv tap generelt sett er et tap som får lite oppmerksomhet. Oppgaven henviser til studier som benytter SVPGS for å indentifisere og kartlegge sorg hos kvinner og par som har opplevd reproduktivt tap. Det at det er utarbeidet et spesifikt verktøy som benyttes i så mange ulike kulturer sier oss noe om at sorg etter reproduktivt tap er universelt.

Norge er et moderne og multikulturelt land og med det er det viktig at sykepleier er bevisst hvordan reproduktivt tap oppleves i ulike kulturelle kontekster. Samfunnet en befinner seg i kan ha en indirekte påvirkning på hvordan sorg blir oppfattet (Kulathilaka et al., 2016; Lai et al., 2013; Maniatelli et al., 2017). Når en andel rett under 20 % av populasjonen er innvandrere i Norge, kan det være vesentlig å tilrettelegge for disse forskjellene når en skal behandler eller kartlegge reproduktiv sorg. Det er kan også være avgjørende å ha kunnskap om hvordan ulike kulturer opplever sorg og reproduktivt tap for å kunne gi en helhetlig omsorg som imøtekommer den enkelte. I tillegg er det viktig å være klar over hvordan samfunns spesifikke perspektiver og utviklinger er med på å forme vårt syn på kvinnehelse og reproduktiv helse. En ser at det den dag i dag finnes politiske og juridiske begrensninger for kvinners selvbestemmelse over egen kropp. Det er viktig å se helheten som er reproduktiv helse i lys av internasjonal og nasjonal lovgivning der det bunner i kvinners rettigheter. I dag ser en også at fødselsstatistikken tyder på at norske kvinner får færre barn og at kvinnene i tillegg viser tendenser til stress og et ønske om full kontroll over egen reproduksjon, noe som kan være problematisk når graviditet og svangerskap ikke er en garanti.

I tillegg er det viktig å være bevisst hvilken rolle en som sykepleier har i møtet med disse kvinnene. Sykepleiere møter disse kvinnene og familiene i ulike kontekster som kan være prekære med tanke på hvordan en opplever tapet. Om det angår å hjelpe med å behandle de fysiske symptomene eller å møte og behandle de psykiske reaksjonene så er en som helsepersonell i en unik rolle til å ivareta. For å kunne ivareta de psykiske reaksjonene er det avgjørende at en innehar kunnskap om konsekvensene tapet kan ha, samt å underbygge og respektere reaksjonene som kommer.

Det er flere artikler skrevet av kvinner og familier som selv har opplevd spontanabort, missed abortion og annet tap, enten en gang eller flere ganger. De viser til at de opplever at deres sorg ikke har en arena. Altså at deres sorg er skjult og noen opplever det tabu i det offentlige rom. Dermed er det viktig at vi har et helsevesen tilrettelegger for åpenhet om sorgen. Dette kan SVPGS bidra til ved at det som måleinstrument er tilpasset til å kartlegge denne typen sorg.

Som helsepersonell kan det å ha kjennskap til ulike selvhjelpsgrupper for kvinner og familier i lignende situasjoner være viktig, dette for å sette kvinner og familier i kontakt med andre i samme situasjon. Der kan de finne støtte og hjelp til å uttrykke sorgen sammen så vel som å spre offentlig kunnskap og skape synlighet.

Ikke bare skal en som sykepleier erkjenne sorgen og sjokket ved reproduktivt tap, men en skal også underbygge håpet. Dette faller mye på helsepersonells skjønn og bør være iboende i enhver sykepleier. Det å sikre at pasienter som har opplevd reproduktivt tap ikke kun får behandling rettet mot symptomer som kvalme, smerter og blødning, men også tilrettelegging for de psykiske konsekvensene.

Arbeidet med denne tematiske fordypningen har gitt meg en oppfatning av at helsepersonell som er i kontakt med disse kvinnene kan gagne godt av å ha kunnskap om ulike kulturelle faktorer som er med på å påvirke våre holdninger til reproduktivt tap og sorg. I tillegg til å ha kjennskap til standardiserte verktøy som kan kartlegge sorg etter reproduktivt tap. Et slikt verktøy er SVPGS. Den systematiske litteraturgjennomgangen er vil bli presentert i andre del sikter til å avdekke hvordan litteraturen beskriver måleegenskapene til SVPGS.

7.0 LITTERATURLISTE

- Abbey-Lambertz, K. (2015). How Frida Kahlo's Miscarriage Put Her On The Path To Becoming An Iconic Artist. Hentet 2019 fra https://www.huffpost.com/entry/frida-kahlo-detroit-exhibiton_n_6854498
- Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 4.
- Adolfsson, A. & Larsson, P.-G. (2006). Translation of the short version of the Perinatal Grief Scale. *Scand Journal of Caring Science*, 20, 269-273.
- Austveg, B. & Sundby, J. (2011). Reproktiv helse – tusenårsålet lengst fra oppnåelse. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131(1907). doi: doi: 10.4045/tidsskr.11.0748
- Begtrup, L., M., Specht, I., O., Hammer, P., E., C., Flachs, E., M., Garde, A., H., Hansen, J., . . . Bonde, J., P. (2019). Night work and miscarriage: a Danish nationwide register-based cohort study. *Occup Environ Med*, 76, 302-308.
- Bennet, S., M., Litz, B., T., Maguen, S. & Ehrenreich, J., T. (2008). An Exploratory study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 485-510. doi: 10.1080/15325020802171268
- Bennet, S., M., Litz, B., T., Sarnoff, L. & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(2).
- Blackmore, E., R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., O'Connor, T., G., Glover, V., Evans, J. & Golding, J. (2011). Women Who Miscarry Have Long-lasting Mental Health Problems. *British Journal of Psychiatry*.
- Boerner, K., Stroebe, M., Schut, H. & Wortman, B., C. (2015). Theories of Grief and Bereavement. *Encyclopedia of Geropsychology*. doi: 10.1007/978-981-287-080-3_133-1
- Daugstad, G. & Østby, L. (2009). Et mangfold av tro og livssyn *Samfunnsspeilet: 2009/3*.
- Earle, S., Foley, P., Komaromy, C. & LLoyd, C. (2008). Conceptualizing reproductive loss: A social sciences perspective. *Human fertility*, 11(4), 259-262. doi: 10.1080/14647270802298272
- Elnan, T., S., Moe, I. & Sørgerd, C. (2018). Klinikleder ved Ullevål sykehus svarer på kritikken: – Mye vi kunne gjort annerledes. *Aftenposten*.
- Elson, A. (2017). The Japanese Art of Grieving a Miscarriage. *The New York Times*.

- Emond, T., Montigny, F. & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *J Clin Nurs*. doi: 10.1111/jocn.14780
- FN. (1994). *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5 – 13 September 1994*. ICPD: FN. Hentet fra <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>
- Fotokjerring. (2017). En helt vanlig spontanabort (advarsel: mulig sterk lesing). Hentet fra https://fotokjerring.blogg.no/1510916298_en_helt_vanlig_spontanabort_advarsel_mulig_sterk_lesing.html
- Fredenburg, M. (2017). Reproductive Loss: Giving Permission to Grieve. *Law and Medicine*, 32(2).
- Gandino, G., Bernaudo, A., De Fini, G., Vanni, I. & Veglia, F. (2019). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 65-78. doi: 10.1177/1359105317705981
- Gregersen, A.-M. (2000). Spontanabort - Den skjulte sorgen. *Stavanger Aftenblad* Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/5jqo6/Spontanabort---den-skjulte-sorgen>
- Gulding, M.-B. (2014). *Tab og sorg*. København: Hans Reitzels Forlag
- HOD. (2013). *Equal health and care services-Good health for all. National Strategy about Immigrant Health 2013-2017*. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services. Retrieved 02.12.18 from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>.
- Hvidtjørn, D., Prinds, C., Bliddal, M., Henriksen, T., B. , Cacciatore, J. & O'Connor, M. (2018). Life after the loss: protocol for a Danish longitudinal follow-up study unfolding life and grief after the death of a child during pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life. *BMJ Open Diabetes Research & Care*. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024278
- Klovning, A., Backe, B., Eide, I., B., Blix, E., Aarseth, J., Mathiesen, M., R. , . . . Roland, B. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*.
- Kulathilaka, S., Hanwella, R. & De Silva, A., V. (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*, 16(100). doi: 10.1186/s12888-016-0812-y
- Kuller, J., A. & Katz, V., L. . (1994). Miscarriage: A Historical Perspective. *Birth*, 21(4), 227-228.

- Lai, B., P., Chung, T., K., Lee, D., T., Kong, G., W. & Lok, I., H. (2013). Measuring grief following miscarriage: psychometric properties of the Chinese version of the Perinatal Grief Scale. *Sage Journals*, 20(1), 123-129.
- Lang, A., Fleischer, A., R., Duhamen, F., Sword, W., Gilbert, K., R. & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and perental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega- Journal of Death and Dying.*, 63(2), 183-196. doi: 10.2190/OM.63.2.
- Law, T. (2019). Here Are the Details of the Abortion Legislation in Alabama, Georgia, Louisiana and Elsewhere. Hentet fra <https://time.com/5591166/state-abortion-laws-explained/>
- Lok, I., H. & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.*, 21(2), 229-247.
- Magnus, C., M., Wilcox, A., J., Morken, N.-M., Weinberg, C., R & Håberg, S., E. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study *The BMJ*, 364(1869). doi: 10.1136/bmj.l869
- Maniatelli, E., Zervas, Y., Halvatsiotis, P., Tsartsara, E., Tzavara, C., Briana, D., B. & Salakos, N. (2017). Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. *The journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(1), 47-52. doi: 10.1080/14767058.2016.1247303
- Moscrop, A. (2013). 'Miscarriage or abortion?' Understanding the medical language of pregnancy loss in Britain; a historical perspectiv. *BMJ Best Practice*, 31, 98-104. doi: 10.1136/medhum-2012-010284
- Moulder, C. (1998). *Understanding Pregnancy Loss: Perspectives and issues in care* London: Macmillan Press
- Munoz, G. (2012). Understanding Frida Kahlo's fertility problems. *Science Illustrated*.
- Muslim, I. & Doraiswamy, J. (2018). *Miscarriage*. London: BMJ
- Nikčević, A., V. , Kuczmierczyk, A., R. & Nicolaidis, K., H. . (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic research*.
- Nikcevic, A., V. , Tunkel, S., A. & Nicolaidis, K., H. . (2002). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound in obstetrics and gynecology*, 11(2).

- Nortvedt, L., Wiborg, A.-G., I-J., N. & Romsland, G., I. (2013). Kartlegging av smerte ga økt refleksjon. *Sykepleien Fagutvikling*, 101(7), 38-41. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0059
- Opsahl, A., M., D. . (2013). Får angst og depresjon etter abort. *Sykepleien Fagutvikling*, 101(8), 70-72. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074>
- Potvin, L., Lasker, J. & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. . *Journal of psychosomatic Obstetrics & Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.
- Quinley, K., E. , Ratcliffe, S., J. & Schreiber, A., C. (2014). Psychological Coping in the Immediate Post-Abortion *Journal of women's health*, 23(1), 44-50.
- Ratislavová, K., Kalvas, F. & Beran, J. (2015). Validation of the Czech version of the Perinatal Grief Scale *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(1), 101-200. doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0003
- Rogers, L., J. (2015). "Abortion," "Miscarriage," or "Untitled"? A Frida Kahlo Lithograph's Complicated History. Hentet 2019 fra <https://hyperallergic.com/202802/abortion-miscarriage-or-untitled-a-frida-kahlo-lithographs-complicated-history/>
- Ræder, M., B., Wollen, A.-L., Braut, R. & Glad, R. (2015). Veileder i gynekologi 2015. Hentet 2019 fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Spontanabort/>
- Rødland, A., W. (2018). *Rapport fra forprosjektet til kvinnehelseportalen.no Hva vet vi om kvinners helse: Kilden Kjønnforskning & Norske Kvinners Sanitetsforening*
- Sandvik, O. (2003). Hva er sorg, og hvordan kan den forstås? I O. Sandvik (Red.), *Sorg* (s. 15-42). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvik, O., Røkholt, E., G., Bugge, K., E. & Sandanger, H. (2018). Tap, sorg og livet videre. I E. Røkholt, G., K. Bugge, O. Sandvik & H. Sandanger (Red.), *Sorg* (Bind 2). Oslo Fagbokforlaget.
- Seibel, M. & Graves, W., L. (1980). The psychological implications of spontaneous abortions. *The Journal of Reproductive Medicine*, 25(4), 161-165.
- Serrano, F. & Lima. M., L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Prac*, 79. doi: 10.1348/147608306X9699
- Skjeggstad, H. (2012). Kritiserer helsevesenet for mangelfull oppfølging etter spontanabort. *Aftenposten*.

- SSB. (2019). *Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents. 2019: Statistics Norway*. Oslo. Hentet fra <https://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/innvbef/aar>
- Staude, M., K. (2014). Kaoma spontanaborterte: – Seks uker gamle hjerteslag glemmer man ikke. *NRK*.
- Stortingsmelding-12. (2008-2009). *St. Meld. nr. 12 (2008-2009): En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svagerskaps-, og fødsels- og barselomsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009/id545600/sec4>
- Sundby, J., Bomnes, H., Eskild, A., Haukland, S., Johansen, S., H., Oftung, K., . . . Taksdal, A. (1999). *Kvinnens helse i Norge* Norges offentlige utredninger (NOU)
- Svabø, H., Stenseth, S. & Engen, M. (2018). Spontanabort *Femihelse*. PlayerFm.
- Vignæs, M., K. . (2019). Generasjon "Birthzilla".
- Wenzel, A. (2014). *Coping With Infertility, Miscarriage and neonatal Loss: Finding Perspective and Creating Meaning*: American Psychological Association.
- Wergeland, C. (2015). Noe som berører veldig mange av oss, men som forblir i stillhet... Hentet fra <http://www.carolinewergeland.no/2015/10/10/jeg-mistet-barnet-mitt/>
- Wong, M., K., Y. , Crawford, T., J., Gask, L. & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.

Artikkel ment for publisering i Sykepleien Forskning

Tittel:

Måleegenskaper ved The Short Version of the Perinatal Grief Scale.

Forfatter:

Ida Myklebust Optun

Fagsykepleier ved KAD/Aker og mastergradskandidat ved OsloMet

Ved publisering vil veilederne være satt som medforfattere.

Kontaktperson:

Ida Myklebust Optun

Ida_optun@hotmail.com

Adresse: Grevlingveien 52 B, 0595 Oslo.

Telefonnummer: 91306113

Antall ord: 2560

Antall tegn uten mellomrom: 16835

Antall tabeller: 3

Antall figurer: 1

SAMMENDRAG

Bakgrunn og formål: Reproduktivt tap kan hos noen kvinner resultere i sorg, depresjon og angst. Det standardiserte måleinstrumentet The Short Version of The Perinatal Grief scale (SVPGS) er utviklet spesielt for å kunne kartlegge sorg etter reproduktivt tap. SVPGS er utviklet i USA og oversatt til flere språk og det anvendes i dag i klinisk praksis i ulike kulturer på kvinner og familier. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å beskrive måleegenskaper ved SVPGS.

Metode: Dette er en systematisk litteraturgjennomgang av måleegenskaper ved SVPGS, hvor det ble søkt i databasene: Cinahl, Medline og PsychINFO i perioden september 2018 til desember 2018. Kvaliteten på artiklene ble vurdert etter Critical Appraisal Skills Programme (CASP) og Sjekklistor for vurdering av forskning (FHI).

Resultat: Fem studier ble inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Studiene er fra USA, Sri Lanka, Sverige, Kina og Hellas. Studiene viser at Cronbach's alfa har delskår fra 0,73 til 0,96, test-retest viser moderat positiv korrelasjon. To av studiene oversetter skalaen til lokale språk. Pearson's r korrelasjonskoeffisienter ble testet mellom SVPGS og Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og State-Trait Anxiety Inventory (STAI), testen viste en positiv korrelasjon. En av studiene konstruerte en egen to-faktor SVPGS, deres test av Pearson's r Beck Depression Inventory (BDI) og General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) og kunne vise til moderat positiv korrelasjon mellom SVPGS og BDI og GHQ-12.

Konklusjon: Studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen er fra flere internasjonale land, blant annet Sverige og USA. Resultatet viser at SVPGS innehar gode måleegenskaper for å måle sorg i tillegg til evne for å indentifisere angst og depresjon etter reproduktivt tap. Sorg kan være sterk tilknyttet kultur og studier viser at det kan være gunstig å oversette SVPGS for å tilpasses kulturelle forhold.

Nøkkelord: reproduktivt tap, spontanabort, sorg, reproduktiv helse, måleinstrument, perinatal, grief, scale, SVPGS.

Introduksjon

Reproduktivt tap kan forekomme på ulike tidspunkt i fosterets utvikling. Opp mot 20-30 % av alle erkjente svangerskap ender med spontanabort (1). Spontanabort kan skje så sent som i 22. svangerskapsuke, men 97 % av tilfellene skjer i løpet av de første tolv ukene (2). Den eksakte årsaken til spontanabort er i de fleste tilfeller ikke kjent, men genetisk defekt og utviklingsavvik er de hyppigste årsakene (3).

Sorg er en normal reaksjon på reproduktivt tap, men opptil 10 % av kvinnene kan oppleve sorg av en slik karakter at de er i behov av profesjonell oppfølging (4). Sorg manifesterer seg på ulike måter og avhenger av personens historie, personlighet, kultur, sorgens sosiale kontekst, sosiale normer, samt rammer og ritualer i individets kultur (5). Om en ikke bearbeider sorgen kan sorgreaksjonen hos noen utvikle seg til depresjon og angst (6). Sorg defineres som en grunnleggende følelsesmessig tilstand, men også som en prosess som handler om tilpasning til selve tapet (7). Sorgprosessen handler om finne måter å leve med tapet ved å integrere tapet og se dets betydning i livet (5). Sorg etter spontanabort kan skille seg fra sorg over annet tap ved at den blir beskrevet som «usynlig» og at den gis generelt lite oppmerksomhet fra omgivelsene (8). I tillegg kan reproduksjon og reproduktivt tap for noen oppfattes som tabu samtaleemner (8).

Det hevdes at det er behov for mer kunnskap om hvordan denne sorg etter reproduktivt tap kan kartlegges og måles slik at de som rammes får nødvendig helsehjelp (8, 9). SVPGS er spesifikt utviklet for å kartlegge og måle sorg hos kvinner som har opplevd reproduktivt tap som spontanabort, fosterdød og ektopisk graviditet (10). Skalaen består av 33 ulike spørsmål fordelt på tre subskalaer. Måleinstrumentet har spørsmål relatert til tanker og følelser ved reproduktivt tap og har en skåring på Likert-skala fra 1-5 (11). Vår studie undersøker måleegenskapene ved dette instrumentet.

Følgende forskningsspørsmålene er undersøkt i litteraturgjennomgangen:

- 1) I hvilke land er det gjennomført studier med SVPGS?
- 2) Hvilke karakteristika (antall, alder) er det på utvalget i studiene?
- 3) Hvilke kulturelle tilpasninger er foretatt?
- 4) Hvordan beskrives relabiliteten i studiene; test-retest og Cronbach's alpha?
- 5) Korrelerer SVPGS med andre validerte skalaer som er inkludert i studiene?

Metode

Søkehistorikk

Systematiske søk ble utført i databasene CINAHL, Medline og PsycINFO. To søk ble gjennomført, ett i september og ett i desember 2018. Søkene ble gjennomført sammen med universitetsbibliotekar ved OsloMet - storbyuniversitet. Et oppdatert søk i de samme databasene i mai 2019 identifiserte ikke flere relevante artikler publisert etter desember 2018. Søkeordene «Perinatal+Grief+Scale» ble anvendt for alle søk.

Kriterier og prosedyre for utvalgelse av artiklene

Etthundre og sekstifire artikler ble identifisert etter søk i databasene CINAHL, Medline og PsycINFO. Seleksjonsprosessen steg for steg vises i flytdiagrammet.

(sett inn FIGUR 1: Flytdiagram).

Inklusjonskriterier for grunnlaget er kvinner i fruktbar alder med spontanabort og eksklusjonskriteriene er kvinner med selvbestemt abort og fosterdiagnostikk. Dette er oppsummert i tabell 1: Inklusjon og eksklusjonskriterier. Perioden for utvelgelsen av artiklene ble avgrenset til 2008-2018. Fulltekstartikler (n=22) ble identifisert og av disse ble 17 ekskludert. De fem inkluderte artiklene ble satt inn i et skjema hvor de ble systematisert opp mot ulike kategorier som reflekterte de formulerte forskningsspørsmålene

(sett inn Tabell 1: Inklusjons og eksklusjonskriterier).

Søkene var i utgangspunktet brede ved at det var begrensede søkeord og ingen restriksjon på årstall. Ekskludering på bakgrunn av årstall ble gjort før gjennomgang av abstrakt. Ingen av artiklene var publisert i Norge. Den videre utvelgelsen basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier ble foretatt ved gjennomgang av artiklenes abstrakt.

Fulltekstartikler (n=22) ble fordelt mellom alle tre forfatterne, førsteforfatter vurderte samtlige artikler og de to andre forfatterne vurderte halvparten av artiklene hver for seg. Ved uenighet eller usikkerhet om vurdering av artiklene konfererte forfatterne med hverandre.

Kvalitetsvurdering av artiklene

For å sikre kvaliteten på de fem inkluderte artiklene er Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (12) benyttet for kvalitetsvurdering av tre kvantitative artikler (13-15) og sjekklister for vurdering av forskningsartikler hentet fra folkehelseinstituttet (16) ble benyttet på to kvalitative artikler (17, 18). CASP og Folkehelseinstituttets mal tilrettelegger for en systematisk gjennomgang av artiklenes relevans, troverdighet og funn (12, 16).

Funn

Fem artikler fra ulike land ble identifisert og inkludert i litteraturgjennomgangen. Studiene er fra USA (15), Hellas (17), Kina (14), Sverige (13) og Sri Lanka (18). En av studiene påpeker at det historisk sett er få ikke-vestlige studier som har utforsket sorg etter spontanabort, det er dermed interessant at flere av de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen er fra ikke-vestlige land (18). Størrelsen på utvalgene i studiene varierte fra mindre studier med 40 kvinner (15) til større studier med 199 kvinner (14), totalt er 654 kvinner inkludert i studiene. Gjennomsnittsalder i studiene er 31 år med variasjon fra 18 til 42 år.

(sett Tabell 2 inn her)

Samtlige av de inkluderte studiene referer til den originale engelske versjonen av SVPGS (11). To av artiklene Maniatielli, Zervas (17) og Kulathilaka, Hanwella (18) beskriver justeringer av den originale SVPGS gjennom tilpasninger til språk og grammatikk i oversettelsene. De ønsket med dette å sikre at skalaens spørsmål reflekterte deres kulturelle kontekst (17, 18). I den ene studien foretok et panel, bestående av en professor i psykiatri, en psykolog og en PhD-stipendiat innen perinatal tap, modifisering av måleinstrumentet i forhold til grammatikk, lingvistikk, og kulturelle forskjeller (17). Begge studiene oversatte skalaen til sine lokale språk, gresk (17) og sinhala (18), for så å oversette tilbake til engelsk. Den greske studien utførte i etterkant av oversettelsen en pilotstudie bestående 10 kvinner med ulike demografiske karakteristika som alle hadde opplevd reproduktivt tap. Pilotstudien forsikret forskerne om at den greske versjonen var valid og reliabel (17). Kulathilaka, Hanwella (18) testet sin oversatte versjon av SVPGS på 20 personer, men oppgir ikke hvem disse individene er. Etter denne testen utførte et ekspertpanel vurderinger på den oversatte versjonens face validitet og innholdsvaliditet.

To av studiene viser Cronbach's alpha koeffisients totalskår på 0.92 (15) og 0,94 (14).

Verdien på de tre underkalaene er oppgitt i to av artiklene: «Active grief»: 0.93 (15) og 0.90 (17), «Difficulty coping»: 0.73 (15) og 0.82 (17) og «Dispair»: 0.96 (15) og 0.88 (17). Den kinesiske studien har kun to underskalaer, «Active Grief»: skåret 0.91 og «Complicated bereavment» skåret: 0.94 (14).

To av studiene anvender test-retest av SVPGS. Lai, Chung (14) utførte test rett etter tapet og retest etter ett år. Ved baseline deltok 280 kvinner av totalt 375 inviterte (75 % respons), ved retest etter ett år deltok 199 av de samme kvinnene, altså 71 % av de som deltok ved den

første besvarelsen. Test-retest korrelasjonskoeffisienter for de to definerte underskalaene viser en moderat positiv korrelasjon.

Volgsten, Jansson (13) ønsket å se om det var korrelasjon mellom SVPGS-skår og varighet på behandling. I denne studien ble 198 kvinner forespurt om å delta, 102 kvinner ble inkludert i studien (51,5% respons). Etter fire måneder svarte 81 av kvinnene på spørreskjemaene igjen. (Tabell 3: Måleegenskaper, her).

Av de inkluderte studiene viser to av dem til korrelasjon mellom SVPGS og andre instrumenter. Maniatielli, Zervas (17) testet Pearson's r korrelasjonskoeffisienter mellom SVPGS og Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og State-Trait Anxiety Inventory (STAI), testen viste en positiv korrelasjon. Lai, Chung (14) testet deres to-faktor konstruerte SVPGS mot Beck Depression Inventory (BDI) og General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) og kunne vise til en moderat positiv korrelasjon mellom SVPGS og BDI og GHQ-12.

Diskusjon

Resultatene viser at SVPGS er blitt testet og benyttet for å kartlegge og måle sorg hos kvinner i et variert utvalg hva angår etnisitet og alder fra Asia, Nord - Amerika og Skandinavia. Dette kan tyde på at SVPGS har en viss gyldighet på tvers av kulturer. På den annen side beskriver tre av de fem studiene at det er gjort kulturell tilpasning av skalaen (14, 17, 18).

Dette kan sees i sammenheng med sorgens plass og betydning, og hvilken status reproduksjon og kvinners har i de ulike samfunnene. Lai, Chung (14) beskriver at kvinners evne til å reprodusere spiller en avgjørende rolle i hvordan hun oppfattes av resten av samfunnet og hvordan hun kanskje også anser sin egen verdi. Dette indikerer at reproduktivt tap og sorg oppfattes forskjellig av kvinner fra ulike kulturer og at det kan være behov for spesifikke tilpasninger ved SVPGS.

To av studiene oversetter skalaen og viser til en transparent oversettelsesprosess som følger internasjonale metodologiske anbefalingene for lingvistiske og kulturelle tilpassing i oversettelsen (17, 18). Dette sikrer at oversettelsen blir stabil. Ved å oversette en skala er det sentralt at en vektlegger at de individuelle spørsmålene fanger konseptet og er ordlagt på en klar måte som ikke inneholder sjargong. Skalaer bør ha få lange setninger, ikke inneholde dobbel-negativ betydninger og ikke stille flere spørsmål samtidig (19). Studiene har lite søkelys på brukermedvirkning i henhold til å involvere berørte kvinner i prosessen med

oversettelse. Derimot er det nøye beskrevet at fagfolk er med (17, 18) og testing i pilotutvalg foretatt med berørte kvinner (17). I dagens forskningspraksis er brukermedvirkning svært sentralt for å sikre at en involverer de personene forskningen påvirker. En ser også en trend hvorav det blir stilt større krav til aktivt samarbeid mellom forskerne og brukerne (20). Det er rimelig å spørre om det også bør være mer søkelys på brukermedvirkning i oversettelsesprosesser. Det kan tenkes at de berørte kvinnene oppfatter situasjonen på annen måte og at de har essensielle og verdifulle vurderinger å dele om hvordan et skjema kan tilpasses kultur og språk. En måte for å sikre at disse vurderingene blir tatt hensyn til er gjennom kognitiv intervjuing, intensjonen med kognitiv intervjuing er å avdekke hvordan deltakerne reflekterer over deres egen tolkning av de ulike spørsmålene, deretter blir spørsmålene justert etter responsen (19).

Resultatene i denne litteraturgjennomgangen av måleegenskapene til SVPGS indikerer også at sorg etter spontanabort oppleves ulikt avhengig av kulturelle forhold og at noen spørsmål tas ut (14). Eksempelvis kan det i noen kulturer oppfattes som tabu og fremmed å uttrykke sorg, dermed kan det være utfordrende å kunne bearbeide sorgen på en hensiktsmessig måte (18). Sorg avtar som regel over tid ved at en bearbeider sorgen gjennom sorgprosessen (5). SVPGS er ment å måle en psykologisk tilstand som avtar over tid, men bearbeiding av sorg er ulikt fra menneske til menneske. Noen opplever at sorgprosessen går raskt og en opplever å mestre tapet, mens andre behøver lengre tid til bearbeidingen (5). Til tross for at sorg kan bearbeides over tid, er det interessant å se SVPGS blir benyttet i en test-retest-setting. Lai, Chung (14) utførte sin retest etter ett år., deres resultat kan gjenspeile at sorg bearbeides over tid og at kvinnene tilpasser seg tapet. Tilnærmet samme slutning kan en også trekke ved å se på resultatet til Volgsten, Jansson (13) som utførte retest kun fire måneder etter, men resultatene i den studien indikere at sorgen ikke er tilstrekkelig bearbeidet på den tiden. Test-retest relabilitet sier oss noe om måleinstrumentets stabilitet og reproduserbarhet. Det at følelser, erfaringer og holdninger forandres over tid kan være problematisk når en skal se på relabiliteten ved test-retest (19). Sorg er blitt beskrevet som en prosess som handler om å tilpasse seg til tapet over tid og gi det mening, dermed kan test-retest være utfordrende (13). I de to studiene som anvender test-retest har forskjellige intervaller fra ett år (14) og en uke etter spontanaborten (13).

Slik det er beskrevet kan sorg assosieres med andre psykiske tilstander som depresjon og angst (6). Måleinstrumentet SVPGS er i en metaanalyse vurdert som ett av flere instrumenter for å kartlegge sorg ved reproduktivt tap (4). Cronbach's alpha er en statistisk evaluering av måleinstrumenters interne konsistens, den sier oss om de ulike spørsmålene i instrumentet avdekker hovedfenomenet. En koeffisienteverdi over 0.80 er ansett som akseptabelt (19). Cronbach's alpha er dermed en god indikator på måleinstrumentets reliabilitet. Det er dermed interessant å se på studiene som har foretatt korrelasjonsanalyser og hvordan de kan vise til at SVPGS også evner å måle alle tre tilstandene. Korrelasjonskoeffisienter mellom to måleinstrumenter sier oss noe om forholdet mellom fenomener og den beskriver omfanget og retningen på dette forholdet. Pearson's r er dermed et viktig statistisk verktøy for å se på kvaliteten på måleinstrumenter (19). Pearson's r viser oss at SVPGS belyser samme egenskap for å fange opp sorg på lik måte som andre validerte og anerkjente måleinstrumenter for samme fenomen (14, 17).

Styrker og svakheter

De inkluderte studiene tar kun for seg kvinner som har opplevd spontanabort, men som beskrivelsen til SVPGS tilsier kan den anvendes også på kvinner som har opplevd fosterdød og ektopisk graviditet (10). Det kunne være interessant å gjøre en tilsvarende litteraturgjennomgang ved å se på sorg opp og andre former for reproduktivt tap.

Litteratursøket ble gjort i tre ulike databaser og bibliotekar deltok i begge søk. Om det hadde blitt søkt i flere databaser kunne en kanskje indentifisert andre relevante studier. I tillegg kan det være litteratur og kilder som er upublisert, altså grå litteratur som ikke ble undersøkt.

Mens det er en styrke at litteratursøkene var brede i henhold til søkeord og hvilket kan tilsi at treffene favner bredden i litteratur om SVPGS. Tre forfattere har vært med på å validere de inkluderte studiene ved å se på innhold og kvalitet gjennom FHI og CASP. Denne litteraturgjennomgangen kunne nok tatt ut og gått dypere inn på andre tema i de inkluderte studiene. Andre data kunne ha vært tatt ut og sammenlignet på tvers av artiklene dette kunne ha gitt en bredere og bedre oversikt over bruken av instrumentet.

Litteraturgjennomgangen setter søkelys på nyere og internasjonal forskning. Etter hva førsteforfatter er kjent med er det ingen studier på norsk som viser til måleegenskaper ved SVPGS, og dermed kan denne artikkelen være med på å bringe ny kunnskap om dette måleinstrument i en norsk sammenheng.

Konklusjon og implikasjoner for praksis

Denne systematiske litteraturgjennomgangen antyder at SVPGS er et validert standardisert måleinstrument som kan anvendes i oppfølging og behandling av kvinner som opplever reproduktivt tap i form av spontanabort. SVPGS er oversatt til flere språk og benyttet i studier for å kartlegge sorg hos kvinner som har opplevd reproduktivt tap. De inkluderte studiene viste gode måleegenskaper i form av gjennomgående høy reliabilitet og god korrelasjon med instrumenter SVPGS kan assosieres med. Som helsepersonell kan det være avgjørende i møtet med disse kvinner at en ikke bare undersøker de fysiologiske komplikasjonene, men også legger til rette for å kartlegge de psykiske konsekvensene spontanabort kan fremprovosere. Sorg i seg selv avhenger ikke bare av kulturell og sosial kontekst, rammer, sosiale normer og ritualer, men avhenger også av kvinnens indre ressurser, personlige historie og personlighet (6).

Studiene som har benyttet test-retest viser varierte resultat, men Lai, Chung (14) som har fulgt Potvin, Lasker (11) ettårs retesting viser moderat positiv korrelasjons, dette viser SVPGS evne til reproduserbarhet. Resultatene indikerer også at sorgprosessen gjør at sorg avtar over tid (5). En kan se en moderat positiv korrelasjon mellom SVPGS og BDI og GHQ-12 og en positiv korrelasjon med andre standardiserte instrumentert for å indentifisere blant annet angst og depresjon; EPDS, HADS og STAI, men flere studier er nødvendig for å bekrefte dette. Dette vil si at SVPGS måleegenskaper strekker seg fra å indentifisere og måle sorg til å kunne indentifisere og måle angst og depresjon hos kvinner som har opplevd spontanabort.

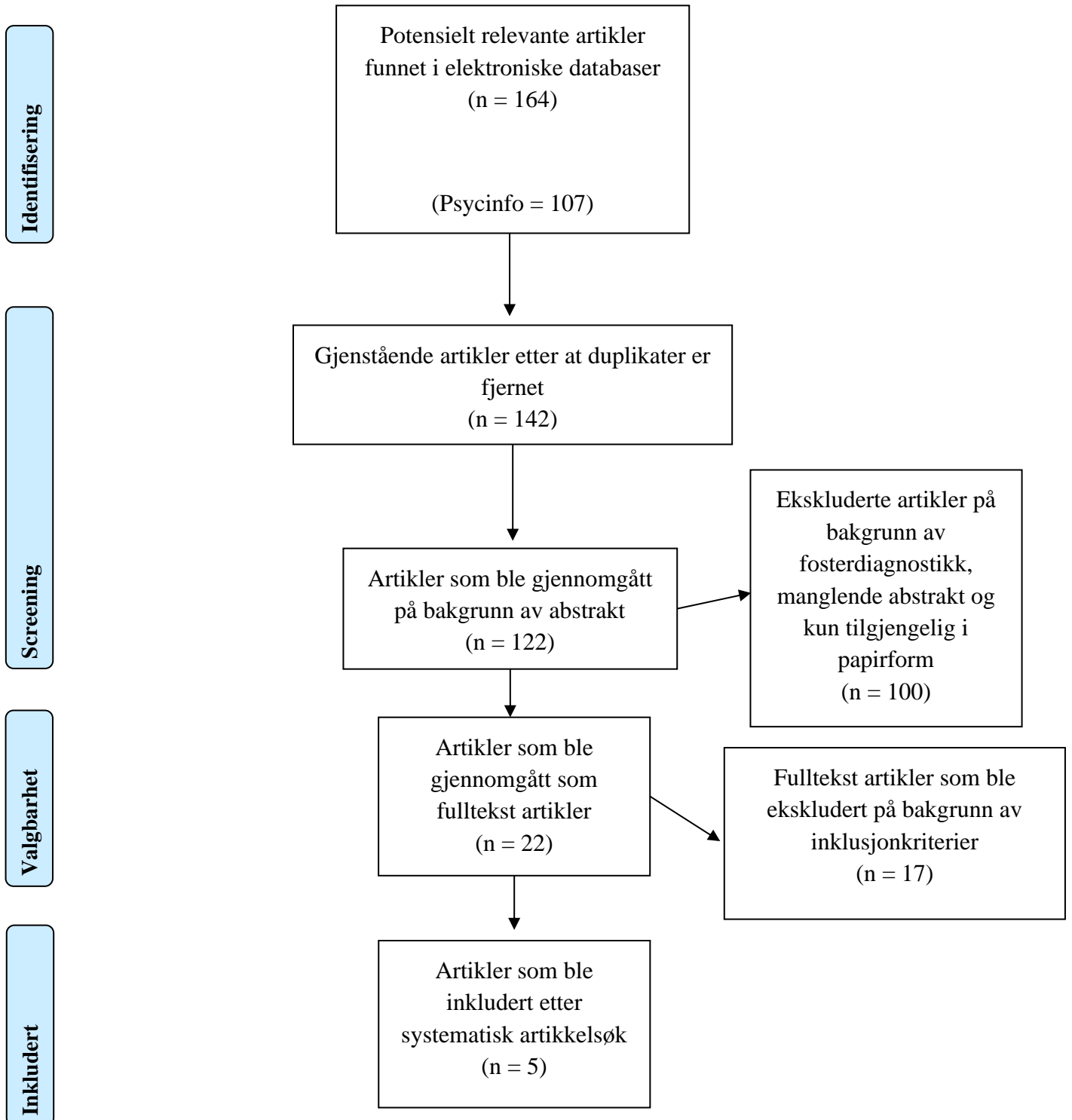
Det er rimelig å anta at SVPGS etter oversettelse og validering, kan brukes i norsk sammenheng for å imøtekomme og kartlegge sorg kvinner som har opplevde reproduktivt tap.

Kilder

1. Ræder M, B., Wollen A-L, Braut R, Glad R. Veileder i gynekologi 2015 Den norske legeforening Den norske legeforening 2015 [Available from: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Spontanabort/>].
2. Muslim I, Doraiswamy J. Miscarriage. In: BMJ, editor. BMJ Best Practice London: BMJ 2018.
3. Wollen A-L, Skulstad S, M. . Spontanabort Den Norske Legeforening: Den Norske Legeforening; 2014 [updated 2\]. Available from: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veileder-arkiv--utgatte-versjoner/veileder-i-generell-gynekologi-2009/spontanabort/>.
4. Adolfsson A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. Psychology Research and Behavior Management. 2011;4.
5. Sandvik O, Røkholt E, G., Bugge K, E., Sandanger H. Tap, sorg og livet videre. In: Røkholt E, G., Bugge K, Sandvik O, Sandanger H, editors. Sorg. 2. Oslo Fagbokforlaget; 2018.
6. Sandvik O. Hva er sorg, og hvordan kan den forstås? In: Sandvik O, editor. Sorg Bergen: Fagbokforlaget; 2003. p. 15-42.
7. Gulding M-B. Tab og sorg. København: Hans Reitzels Forlag 2014.
8. Hvidtjørn D, Prinds C, Bliddal M, Henriksen T, B. , Cacciatore J, O'Connor M. Life after the loss: protocol for a Danish longitudinal follow-up study unfolding life and grief after the death of a child during pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life. BMJ Open Diabetes Research & Care. 2018.
9. Krosch D, J., Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. . Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2017;9(4):425-33.
10. Toedter L, J. , Lasker JN, Alhadeff J, M. . The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. American Journal of Orthopsychiatry. 1988;58(3):435-49.
11. Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. . Journal of psychosomatic Obstetrics & Behavioral Assessment. 1989;11(1):29-45.
12. CASP. Critical Appraisal Skills Programme 2018 [Available from: <https://casp-uk.net/>].

13. Volgsten H, Jansson C, Darj E, Stavreus-Evers A. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and time of treatment. *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica*. 2018;97:1491-8.
14. Lai B, P., Chung T, K., Lee D, T., Kong G, W., Lok I, H. Measuring grief following miscarriage: psychometric properties of the Chinese version of the Perinatal Grief Scale. *Sage Journals*. 2013;20(1):123-9.
15. Johnson O, P. , Langford R, W. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss *Journal of Obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 2015;44:492-9.
16. Folkehelseinstituttet. Sjekklister 2018 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>].
17. Maniattelli E, Zervas Y, Halvatsiotis P, Tsartsara E, Tzavara C, Briana D, B. , et al. Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. *The journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017;31(1):47-52.
18. Kulathilaka S, Hanwella R, De Silva A, V. Depressive disorder and greif following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*. 2016;16(100).
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
20. Feiring M, Heiaas I, Solvang P, K. Fra deltakelse til brukermedvirkning i helseforskningen. *Kritiske perspektiver i helsefagene : Utdanning, yrkespraksis og forskning*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing); 2017. p. 281-308.

Figur 1: PRISMA FLOW DIAGRAM



Tabell 1: Inklusjons og eksklusjonskriterier

	INKLUDERT	EKSKLUDERT
Sample	<p>Kvinner og par som har opplevd reproduktivt tap i form av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spontanabort 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner som har gjennomført selvbestemt abort. • Aborter som er blitt gjennomført på bakgrunn av fosterdiagnostikk som tilsier sykdom eller annen medisinsk diagnostikk som tilsier at fosteret er levedyktig eller at mor ikke kan gjennomføre svangerskapet. • Dødfødsel • Krybbedød
Alder og andre karakteristika:	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner i fruktbar alder. • Kvinner som har gjennomført in vitro-fertilisering eller annen form for assistert befruktning hvorav en graviditet er konstatert. 	
Språk:	Engelsk, Skandinavisk	
Annet:	Perinatal Grief Scale (Short version) 33	Studier som ikke har benyttet SVPGS

Tabell 2 Karakteristika

Første forfatter, land og år.	Mål	Setting	Sample N og Alder (gj.snitt)	Type reproduktivt tap og når.
Johnson, 2015, USA	Opplever kvinner som har tidlig reproduktivt tap som mottar strukturert sorgintervensjon på akuttmottak samtidig/rett etter reproduktivt tap andre nivåer av sorg i en to ukers oppfølging enn kvinner i en kontroll gruppe?	To Fødsel- og kvinneklinikker I USA.	N=40 kvinner.	Spontanabort i uke 8-20. Majoriteten opplevde tapet i uke 14 og 19 (62,5%).
Maniatelli 2017, Hellas	Oversette og validere PGS Short Version i et utvalg av greske kvinner med perinatal tap i første og andre trimester.	To ulike kvinneklinikker, en privat og en offentlig. Begge i Aten.	N=176 kvinner.	Spontanabort i 1 og 2 trimester.
Lai, 2013, Kina.	Se på konstrukt validiteten av PGS ved å se på korrelasjonen med depresjon målt med Beck Depression Inventori (BDI), og psykologisk stress målt med the General Health Questionnaire- 12 (GHQ-12). De ønsker å se på reliabiliteten og validiteten på den kinesiske PGS.	ID*	N= 199 kvinner.	Spontanabort
Volgsten, 2018, Svergie	Forfatterne ønsker å se om hvilken type behandling og diagnose kvinnene får påvirker den emosjonelle erfaringen.	Gynekologisk avdeling ved Uppsala Universitets sykehus.	N=102 Kvinner	Spontanabort (n=35), MA (n=67)
Kulathilaka, 2016, Sri Lanka	Avdekke prevalens og risikofaktorer for depresjon og intens sorg hos kvinner etter spontanabort og sammenligne det risiko for depresjon hos gravide kvinner.	ID*	N=137	Spontanabort, kontroll gruppe med gravide kvinner

ID* står for ingen data.

Tabell 3 Måleegenskaper

Måleegenskaper						
Første forfatter, land og år.	Oversatt	Relabilitet	Test, retest	Korrelasjon	Andre standardiserte instrumenter	Diskusjon/Anbefalinger
Johnson, 2015, USA Studie: 1	Benytter både originalversjon (engelsk) og spansk versjon. De henviser ikke til nasjonal oversettelse.	Combach's alfa coefficients: 0.92-0.96. Total: 0.92. Active grief: 0.93, Difficulty coping: 0.73 og Dispair: 0.96.	Test: NEI Retest: 2 uker etter tap	ID'	NEI	Viser til underrapportering av reproduktivt tap, spesielt spontanabort. Angir stor forskjell på oppfølgingen kvinner får avhengig av når det reproduktive tapet skjer. Argumenterer at oppfølging hovedsakelig angår det fysiologiske med søkelys på blødning og smerter og at det er lite søkelys på de psykologiske konsekvensene og sorg responsen etter et slikt tap.
Maniatielli 2017, Hellas Studie: 2	Oversatt versjon (gresk).	Cronbach's alfa coefficients: "Active grief"=0.90, "Difficulty coping"=0.82, "Despair"= 0.88.	Test: Rett etter tap Retest: NEI	Pearson's correlation coefficients viste en signifikant positiv sammenheng mellom PGS tre-subskalaer og Edingburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), State-Trait Anxiety Inventori (STAI).	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), State-Trait Anxiety Inventori (STAI)	Studien gjør rede for behovet for et standardisert instrumenter for å kartlegge kvinners sorgreaksjon etter spontanabort i første og andre trimester. De foretar en oversettelse av instrumentet.
Lai, 2013, Kina. Studie: 3	Oversatt (kinesisk versjon)	Cronbachs alfa total: 0,94, Active Grief: 0.91, Complicated bereavment: 0.94.	Test: Rett etter tap Retest: 1 år etter	Bruker to andre tester for å sjekke validiteten til SVPGS. Dette var GHQ-12 og BDI (21-item). PGS har en positiv korrelasjon mot begge disse testene.	Beck Depression Inventori (BDI), General Health Questionnaire- 12 (GHQ-12)	Studien påpeker at det er avgjørende å ta høyde for kulturelle faktorer innvirkning på sorg i oversettelse og bruk av standardiserte instrumentet..
Volgsten, 2018, Svergie Studie: 4	Oversatt (Svensk versjon)	ID*	Test: 1 uke etter tap Retest: 4 måneder etter	ID*	Revised Impact of Miscarriage Scale og Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale.	Type behandling har større emosjonell påvirkning enn type diagnose. Konklusjonen er at behandlingen av disse kvinnene bør være så effektiv og behandlingstiden bør være kort.
Kulathilaka, 2016, Sri Lanka Studie: 5	Oversatt (Sinhala versjon)	Bruker Cronbach's alpha fra den originale studien til (13)	Test: 6-10 uker etter tap Retest: NEI	ID*	Patients Health Questionnaire (PHQ-9).	Kvinner som viste symptomer på depresjon, burde ble henvist til videre oppfølging fra lege.

ID står for ingen data*

Forfatterveiledning for Sykepleien Forskning, hentet: 15.09.2019.

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>